

Duración del tratamiento antibiótico

Es difícil definir la duración del tratamiento antibiótico ya que son muchas las variables que influyen en la resolución del proceso infeccioso:

- Las características PK/PD del antibiótico empleado.
- El microorganismo causante de la infección.
- Factores propios del hospedador: neutropenia, inmunosupresión...
- La gravedad de la infección.
- La respuesta inflamatoria del huésped.

Aunque es necesario **individualizar** la duración del tratamiento antibiótico en función de la respuesta clínica, cada vez aparecen más evidencias de que con tratamientos “cortos” se obtienen resultados no inferiores a los obtenidos con pautas tradicionales más prolongadas. Las recomendaciones que se muestran a continuación son para pacientes **adultos**.

Localización de la infección	Síndrome infeccioso	Duración de la terapia antibiótica
Infecciones SNC Meningitis	<i>N. meningitidis</i>	7 días.
	<i>H. influenzae</i>	7 días.
	<i>S. pneumoniae</i>	10-14 días.
	<i>L. monocytogenes</i>	21 días (monoterapia), 14 días (tratamiento combinado)
	<i>S. aureus</i>	10-14 días (14 días si el tratamiento es con vancomicina). Valorar respuesta clínica para precisar la duración del tratamiento.
	Bacilos Gram negativos, <i>Enterococcus</i> , <i>Streptococcus</i> GB	Al menos 21 días.
Infecciones SNC	Absceso cerebral	4-6 semanas (evolución radiológica).
Genital	Enfermedad pélvica inflamatoria	14 días.
Infección Urinaria	Cistitis aguda (no complicada)	-Nitrofurantoina: 5 días. -Fosfomicina-trometamol: 1-2 día. -TMP-SMX o Fluoroquinolonas 5 días.
	Pielonefritis aguda	-Fluoroquinolonas 7 días. -TMP-SMX 7 días. -Betalactámicos 7-10 días.
	Prostatitis aguda	14-28 días.

	Prostatitis crónica	4 semanas (quinolonas) – 6 semanas (B-Lactámicos).
Intraabdominal	Peritonitis secundaria	4-7 días, con control del foco: tratamiento quirúrgico precoz (12-24h tras el inicio de la clínica) y definitivo y evolución clínica favorable (tolerancia oral, defervescencia, normalización de leucocitos).
	Peritonitis nosocomial	7 días tras control del foco.
	Diverticulitis aguda	7 días.
	Absceso drenado	2-3 días tras drenaje.
	Abscesos no drenados	2-4 semanas (1 semana de tratamiento IV)
Tracto Respiratorio	Neumonía adquirida en la comunidad (típica)	5 días. Valorar 5 días de tratamiento en pacientes sin fiebre durante 2-3 días (cobertura antibiótica de patógenos causantes de neumonía como <i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> y <i>Moraxella catarrhalis</i>). El paciente no debe presentar signos de inestabilidad (>100 ppm, > 24 rpm, TAs<90 mmHg, SatO2<90%) (Existe evidencia para emplear tratamientos cortos de antibioterapia basada en EC randomizados) Se pueden emplear los niveles de PCT para individualizar la duración de la antibioterapia: Tratar con antibióticos hasta que la PCT disminuya un 80% de su pico máximo o hasta que la PCT alcance un valor del 0.25 ng/ml. Pacientes con inmunosupresión, absceso o empiema requieren/pueden requerir tratamientos más prolongados.
	Neumonía comunitaria atípica (<i>Legionella</i> / <i>Chlamydia</i>)	7-14 días.
	Neumonía por <i>Pseudomonas spp</i>	14 días, aunque puede ser necesario tratamientos más prolongados.
	Neumonía nosocomial	8 días de tratamiento en NAVM (exceptuando BGNF).
	Absceso pulmonar	4- 6 semanas.

	Tuberculosis pulmonar	6 meses.
	Exacerbación aguda EPOC	< 5 días.
Piel y partes blandas	Piomiositis, fascitis necrotizante	14-21 días de tratamiento.
	Celulitis	5-10 días (hasta 3 días después de la mejoría / desaparición de la inflamación aguda; el edema y eritema puede resolverse tras la suspensión del tratamiento antimicrobiano)
ORL	Otitis media aguda en adultos	Infección leve-moderada: 5-7 días. Infección grave (pérdida auditiva, dolor intenso, eritema marcado de la membrana timpánica): 10 días.
	Faringo-amigdalitis estreptocócica (SGA)	5-10 días.
Osteoarticular	Artritis séptica no gonocócica	14-28 días (adultos).
	Artritis gonocócica	7 – 14 días. Valorar duración en función de respuesta (disminución del dolor...) y del estado de inmunosupresión del paciente.
	Osteomielitis aguda	6 semanas. (6 semanas osteomielitis vertebral; 8 semanas pacientes con insuficiencia renal terminal, infección por SAMR, ausencia de drenaje paravertebral, absceso del psoas o dispositivos implantados).
	Osteomielitis crónica	6 semanas a 3 meses (según cronicidad y tratamiento quirúrgico o presencia de material de osteosíntesis).
	Infección protésica precoz	8-12 semanas (desbridamiento con retención de la prótesis), 6 semanas (retirada protésica).
	Infección protésica crónica	6 semanas si retirada de la prótesis.
Infección intravascular	Endocarditis	Depende de la válvula, cirugía y microorganismo (ver capítulo de endocarditis).
	Bacteriemia por Bacilos Gram Negativos, con	-Bacilos Gram negativos: 7días. Considerar 7 días de tratamiento en paciente inmunocompetente y con control

	posibilidad de control del foco (excluyendo endocarditis)	del foco y con al menos 5 días de mejoría. No en caso de infección por <i>Pseudomonas</i> o <i>Acinetobacter</i> (no evidencia).
	Infección de catéter venoso	<p>-Bacteriemia por <i>Staphylococcus aureus</i> no complicada¹, completar tratamiento IV hasta 14 días después del último hemocultivo negativo (Se recomienda valoración por Enfermedades Infecciosas).</p> <p>-Bacteriemia por <i>Staphylococcus coagulasa</i> negativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bacteriemia no complicada: 5-7 días, retirada del catéter (≥ 2 hemocultivos positivos con ≤ 24 horas de diferencia, sin infección metastásica, sin dispositivos vasculares permanentes). - Bacteriemia complicada (≥ 2 hemocultivos positivos con >24 horas de diferencia) en ausencia de infección metastásica o endocarditis, es razonable una duración del tratamiento de 7 días (excluyendo pacientes con dispositivo intravascular permanente). <p>- Candidemia: 14 días después del primer hemocultivo de control negativo (sin afectación retiniana y tras retirada del catéter).</p>
	Bacteriemia primaria por <i>Staphylococcus aureus</i>	4 semanas tras hemocultivos negativos, descartar endocarditis infecciosa o infección metastásica (osteomielitis vertebral por ejemplo), posibilidad de secuenciar a tratamiento antibiótico oral (Se recomienda valoración por Enfermedades Infecciosas).

1- Cuando se excluye endocarditis, con hemocultivos de control negativos a los 2-4 días desde el inicio del tratamiento y con el control del foco, ausencia de dispositivos intravasculares, sin infección metastásica y con mejoría del paciente en las 48-72 h desde el inicio del tratamiento. La bacteriemia con los siguientes focos requerirá también un tratamiento mas prolongado: endocarditis, infección de dispositivo cardiaco, osteomielitis, infección de prótesis articular, artritis séptica, meningitis, neumonía.

Bibliografía

- Guía Antibioterapia Sandford. App. Actualizada Julio 2023
- Guía Antibioterapia Mensa. App. Actualizada Julio 2023
- Maggie Wong, Tim T.Y. Lau, Victor Leung, Is shorter better? Duration of therapy for common bacterial infections in adults. *BCMJ* 64 (5) 208-212 June 2022

- Chastre J, Wolff M, Fagon JY, Chevret S, Thomas F, Wermert D, Clementi E, Gonzalez J, Jusserand D, Asfar P, Perrin D, Fieux F, Aubas S; PneumA Trial Group. Comparison of 8 vs 15 days of antibiotic therapy for ventilator-associated pneumonia in adults: a randomized trial. JAMA. 2003 Nov 19;290(19):2588-98. doi: 10.1001/jama.290.19.2588. PMID: 14625336.

Revisiones Up to Date

- Gram-negative bacillary bacteremia in adult. Rebekah Moehring, Deverick J. Anderson. Última actualización agosto 2022. Consulta octubre 2022.
- Clinical approach to Staphylococcus aureus bacteremia in adults. Vance G. Fowler, Jr., Thomas L Holanda. Última actualización septiembre 2022. Consulta octubre 2022.
- Infection due to coagulase-negative staphylococci: Treatment. JoAnn M Tufariello, Franklin D Lowy. Última actualización octubre 2022. Consulta octubre 2022.
- Treatment of bacterial meningitis caused by specific pathogens in adults. Rodrigo Hasbun, Última actualización julio 2022. Consulta octubre 2022.
- Pelvic inflammatory disease: Treatment in adults and adolescents. Harold C Wiesenfeld, MD, CM. Última actualización marzo 2022. Consulta octubre 2022.
- Pneumococcal pneumonia in patients requiring hospitalization. Daniel M Musher, Elaine I Tuomanen. Última actualización mayo 2021. Consulta octubre 2022.
- Acute cellulitis and erysipelas in adults: Treatment. Denis Spelman, Larry M Baddour. Última actualización julio 2022. Consulta octubre 2022.
- Acute bacterial prostatitis. Alain Meyrier, Thomas Fekete. Última actualización septiembre 2022. Consulta octubre 2022.
- Chronic bacterial prostatitis. Alain Meyrier, Thomas Fekete. Última actualización Octubre 2020. Consulta octubre 2022.
- Acute otitis media in adults. Charles J Limb, Lawrence R Lustig, Marlene L Durand. Última actualización abril 2022. Consulta octubre 2022.
- Disseminated gonococcal infection. Jeffrey D Klausner. Última actualización julio 2022. Consulta octubre 2022.

Dr. Enrique Nuño Alvarez. Servicio de Enfermedades Infecciosas.

Elena Sánchez Yáñez. Servicio de Farmacia.

Julio 2023