

 Hospital Universitario Príncipe de Asturias	Comisión de Infecciones	Revisión: Servicio de Medicina Interna y Traumatología
		Fecha de última revisión: sept 2024
TRATAMIENTO EMPÍRICO DE LA INFECCIÓN OSTEOARTICULAR		

INDICACIÓN		ETIOLOGÍA	Duración ¹	TTO DE ELECCIÓN	ALTERNATIVA	DOSIS ANTIBIÓTICOS ²
Artritis séptica primaria*		<i>S. aureus</i> BGN	2-4 sem ³	CLOXACILINA + CEFTRIAXONA ⁴	AMOXICILINA-CLAVULÁNICO; VANCOMICINA + CIPROFLOXACINO	Amoxicilina-clavulánico 2 g/8h iv. Aztreonam 2 g/8h iv Ceftazidima 2 g/8h iv Ceftriaxona 2g/24h iv. Ciprofloxacino 400 mg/12h iv; 750 mg/12h vo. Clindamicina 600 mg/8h iv. Cloxacilina: 2 g/ 4h iv Daptomicina: 8-10 mg/Kg/día Doxiciclina 100 mg/12h vo. Imipenem: 500 mg/6h iv. INH: 5 mg/kg/24 vo (máx. 300). Linezolid 600 mg/12 iv y vo. Piperacilina-tazobactam: 4g/6h. PZD: 20 mg/kg/24h vo. RFM: 600 mg/24h iv/vo. Teicoplanina: 6 mg/kg 3 dosis cada 12h; continuar con 6 mg/kg cada 24h. Vancomicina: 1 g/8h iv 3 dosis; continuar com 1 g/12h y ajustar según niveles.
Bursitis		<i>N. gonorrhoeae</i>	2 sem			
Artritis sobre prótesis (infección de prótesis articular)		<i>Staphylococcus</i> (metiR) <i>Enterococcus</i> BGN (incluido <i>Pseudomonas</i>)	4-8 sem ⁵	VANCOMICINA + CEFTAZIDIMA ⁶	TEICOPLANINA ⁷ / DAPTOMICINA ⁸ / LINEZOLID ⁸ + AZTREONAM/ CIPROFLOXACINO ⁹	
Osteomielitis aguda	Postraumática Mordedura ¹⁰	Polimicrobiana (incluido anaerobios)	4-6 sem	AMOXICILINA-CLAVULÁNICO	IMIPENEM; CLINDAMICINA + CIPROFLOXACINO	
Espondilodiscitis aguda	Hematógena	<i>S. aureus</i> BGN	6-8 sem ¹¹	CLOXACILINA+ CEFTRIAXONA ⁴	VANCOMICINA + CEFTAZIDIMA ¹² / AZTREONAM/ CIPROFLOXACINO ⁹	
	Postcirugía	<i>Staphylococcus</i> (metiR) <i>Enterococcus</i> BGN (incluido <i>Pseudomonas</i>)	4-8 sem ¹³	VANCOMICINA + CEFTAZIDIMA	TEICOPLANINA ⁷ / LINEZOLID ⁸ + CIPROFLOXACINO	
Osteomielitis crónica			2-6 meses			
Osteomielitis asociada a úlcera (decúbito/ isquémica)		<i>Staphylococcus</i> <i>Streptococcus</i> Anaerobios BGN (incluido <i>Pseudomonas</i>)	2-6 meses	AMOXICILINA-CLAVULÁNICO	VANCOMICINA + PIPERACILINA/ TZB; CLINDAMICINA + CIPROFLOXACINO	
Espondilodiscitis crónica		<i>M. tuberculosis</i> <i>Brucella</i>	3-9 meses	Evitar ¹⁴	INH+ RFM + PZD + DOXICILINA	

Salvo casos extrema gravedad diferir inicio de tratamiento antibiótico hasta obtención de muestras válidas (hemocultivos, líquido articular, tejido óseo, muestras intraoperatorias...).

*. Contactar con Sº de Microbiología para realización de panel FilmArray de detección rápida.

En infecciones estafilocócicas óseas o asociadas a implantes (tanto *S. aureus* como coagulasa negativos) asociar tratamiento de continuación con Rifampicina 600 mg/24 horas a (en orden de preferencia y según antibiograma): levofloxacin (500 mg/12h), cotrimoxazol (800-160 mg/8 horas), clindamicina (300 mg/8 horas). No asociar con Linezolid por interacción.

BGN: Bacilos Gram negativos. MetiR: meticilín resistentes. INH: isoniazida. RFM: rifampicina. PZD: pirazinamida.

En todos los casos se precisa mínimo 1-2 semanas de tratamiento iv; si la evolución es positiva y el microorganismo es sensible se puede completar con tratamiento oral.

1. En casos con buena evolución clínica y normalización de valores de PCR mantener antibiótico la duración mínima del rango.
2. Dosis para función renal y hepática normales.
3. En caso de gonococo pueden ser suficientes 10 días; si *Streptococcus* o *Haemophilus* 2-3 semanas; si *S. aureus* o BGN 3-4 semanas (en caso de osteomielitis asociada o respuesta lenta prolongar hasta 6 semanas).
4. En caso de ADVP cambiar Ceftriaxona por Ceftazidima.
5. Si retirada de prótesis 4-6 semanas; si conservación de prótesis 8 semanas (prolongar hasta 12 semanas si respuesta lenta).
6. En caso de infección de prótesis de revisión o prótesis tras fractura de cadera sustituir Ceftazidima por Imipenem.
7. En caso de insuficiencia renal moderada (CCr 20-50) o síndrome de hombre rojo por vancomicina.
8. En caso de insuficiencia renal severa (CCr<20) o alergia confirmada a glucopéptidos.
9. En caso de desabastecimiento de aztreonam.
10. Si la mordedura es de gato considerar Doxicilina por posibilidad de *Pasteurella multocida*.
11. Considerar 8 semanas en casos producidos por *S. aureus*.
12. En caso de origen nosocomial de la bacteriemia.
13. En caso de retirada de implantes 4 semanas, prolongar en caso de mantenimiento del mismo.
14. Evitar tratamientos empíricos. Repetir biopsia ósea si es preciso antes de iniciar tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Benito N, Martínez-Pastor JC, Lora-Tamayo J, Ariza J, Baeza J, Belzunegui-Otano J, *et al*. Executive summary: Guidelines for the diagnosis and treatment of septic arthritis in adults and children, developed by the GEIO (SEIMC), SEIP and SECOT. *Enferm Infecc Microbiol Clin* (Engl Ed) 2024 Apr;42(4):208-214.
2. Mensa J, Gatell JM, García-Sánchez JE, Letang E, López-Suñé E, Marco F. Guía de Terapéutica Antimicrobiana. 2017.
3. Ariza J, Cobo J, Baraia-Etxaburu J, Benito N, Bori G, Cabo J, Corona P *et al*. Clinical practice guidelines for the management of prosthetic joint infections. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2017 Mar;35(3):189-195.
4. Infecciones osteoarticulares y de partes blandas. Guía clínica práctica de la SEIMC. Disponible en: <http://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosclnicos/seimc-procedimientoclinicovi.pdf>
5. Putho A, Puhto T, Syrjala H. Short-course antibiotics for prosthetic joint infections treated with prosthesis retention. *Clin Microbiol Infect* 2012; 18:1143–8
6. Spellberg B. The New Antibiotic Mantra-"Shorter Is Better". *JAMA Intern Med* 2016 Sep 1;176(9):1254-5.

Aprobado por la Comisión de Infecciones y Política de antibióticos