

**TRATAMIENTO EMPÍRICO DE LA INFECCIÓN OSTEOARTICULAR**

INDICACIÓN		ETIOLOGÍA	Duración <sup>1</sup>	TTO DE ELECCIÓN	ALTERNATIVA	DOSIS ANTIBIÓTICOS <sup>2</sup>
Artritis séptica primaria		<i>S. aureus</i> BGN	2-6 sem <sup>3</sup>	CLOXACILINA +	VANCOMICINA +	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>	2-4 sem	CEFTRIAXONA <sup>4</sup>	CIPROFLOXACINO	
Artritis sobre prótesis		<i>Staphylococcus</i> (metiR) <i>Enterococcus</i> BGN (incluido <i>Pseudomonas</i> )	4-12 sem <sup>5</sup>	VANCOMICINA + CEFTAZIDIMA <sup>6</sup>	TEICOPLANINA <sup>7</sup> / DAPTOMICINA <sup>8</sup> / LINEZOLID <sup>8</sup> + AZTREONAM	
Osteomielitis aguda	Postraumática <sup>9</sup> Mordedura <sup>10</sup>	Polimicrobiana (incluido anaerobios)	4-6 sem	AMOXICILINA-CLAVULÁNICO	IMIPENEM; CLINDAMICINA + CIPROFLOXACINO	
Espondilodiscitis aguda	Hematógena	<i>S. aureus</i> BGN	4-8 <sup>11</sup> sem	CLOXACILINA+ CEFTRIAXONA <sup>4</sup>	VANCOMICINA + CIPROFLOXACINO	
	Postcirugía	<i>Staphylococcus</i> (metiR)	8 sem	VANCOMICINA +	TEICOPLANINA <sup>7</sup> / LINEZOLID <sup>8</sup> + CIPROFLOXACINO	
Osteomielitis crónica <sup>12</sup>		<i>Enterococcus</i> BGN (incluido <i>Pseudomonas</i> )	2-6 meses	CEFTAZIDIMA		
Osteomielitis asociada a úlcera (decúbito/ isquémica); pie diabético		<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 <sup>13</sup>	INH+ RFM + PZD + DOXICILINA	

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

En infecciones estafilocócicas óseas o asociadas a implantes (tanto coagulasa positivo como negativo) asociar tratamiento de continuación con Rifampicina 600 mg/24 horas a (en orden de preferencia y según antibiograma): levofloxacino (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* 14 días; si *S. aureus* o BGN 4- 6 semanas.
4. En caso de ADVP cambiar Ceftriaxona por Ceftazidima.
5. Si retirada de prótesis 4-6 semanas; si conservación de prótesis mínimo 8 semanas.
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. Para profilaxis de infección tras una fractura abierta basta un tratamiento de 48- 72 horas.
10. Si la mordedura es de gato considerar Doxicilina por posibilidad de *Pasteurella multocida*.
11. Osteomielitis 4 semanas, espondilodiscitis 6-8 semanas.
12. Siempre precisa tratamiento quirúrgico (en las agudas ocasionalmente).
13. Evitar tratamientos empíricos. Repetir biopsia ósea si es preciso antes de iniciar tratamiento.

#### BIBLIOGRAFÍA:

1. Mensa J, Gatell JM, García-Sánchez JE, Letang E, López-Suñé E, Marco F. Guía de Terapéutica Antimicrobiana. 2017.
2. 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.
3. Infecciones osteoarticulares y de partes blandas. Guía clínica práctica de la SEIMC. Disponible en: <http://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosclinicos/seimc-procedimientoclinicovi.pdf>
4. Barbero JM, Montero E, Gete L, Agudo RM, Pérez L, García M, Rebollar A, Culebras A, López J. Validación de un protocolo de tratamiento empírico con Vancomicina y Ceftazidima en la infección de prótesis articular en el Hospital Príncipe de Asturias. Resultados en el período 2009-2014. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2015;33 (Espec Cong 1):129.
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.

**Autores: José María Barbero (FEA Medicina Interna)**

***Aprobado por la Comisión de Infecciones y Política de Antibióticos***