

RECOMENDACIÓN TERAPIA SECUENCIAL ANTIBIÓTICA (TSA)



1

>48-72 h en Tto AB IV

No

MANTENER TTO AB IV



No

2 EL PACIENTE

ESTABILIDAD CLÍNICA

- Estabilidad Hemodinámica (PAS > ó= 90 mmHg ,FC< 100 lpm)
- Ausencia de fiebre
- Mejoría de las manifestaciones clínicas locales
- Normalización parámetros analíticos (PCR, PCT, Leucocitos)

+

TOLERA VO Y ES SEGURA (* La SNG NO CONTRAINDICA TSA)

(deglución conservada, paciente colaborador, no riesgo aspiración)

TRACTO GASTROINTESTINAL FUNCIONANTE

(no síndromes malabsortivos, intestino corto, gastroparesia severa, íleo intestinal, SNG a bolsa)

3 LA INFECCIÓN

NAC y nosocomial

Infección intraabdominal

ITU

Infección piel y tejidos blandos

Infección osteoarticular

Neutropenia febril

Enfermedad Inflamatoria pélvica

Pielonefritis

Candidemia

Shock séptico

Fascitis necrotizante

Infecciones protésicas endovasculares

Infección del sistema nervioso central

Abscesos no drenados

Exacerbaciones graves fibrosis quística

Empiemas y mediastinitis

Infecciones catéteres vasculares permanentes.

ENDOCARDITIS Y BACTERIEMIAS

INDIVIDUALIZAR TSA

CONSULTA A EXPERTOS PROA 4136//4073

4 EL ANTIBIÓTICO

Existe presentación VO del mismo u otro AB con perfil antimicrobiano adecuado
Buena BIODISPONIBILIDAD VO (*Consultar tabla)
Buena penetración al foco de infección



RECOMENDACIÓN DE TSA

MANTENER TTO AB IV



No

Pautas de terapia secuencial con función renal normal y biodisponibilidad oral

ANTIBIÓTICO IV (dosis habitual mantenimiento)	ORAL (dosis habitual)	BD oral	Observación
AMOXICILINA/CLAVUL 1 g/200 mg cada 6-8 h	AMOXICILINA/CLAVUL 1 g-875 mg/125 mg	75- 98%	1
AMPICILINA 1 g cada 6 h	AMOXICILINA 1 g cada 6-8 h	70-80%	1
CEFAZOLINA 1 g, 2 g cada 8 h	CEFALEXINA 500 mg-1 g cada 6-8 h	90%	1
CEFEPIMA 1-2 g cada 8 h	Antibiótico según resultado microbiológico		
CEFOTAXIMA 1-2 g cada 6-8 h	CEFDITORENO 400 mg cada 12 h	15-20%	1,2
CEFTAZIDIMA 2 g cada 8 h	Antibiótico según resultado microbiológico		
CEFTRIAXONA 1-2 g cada 24 h	CEFDITORENO 400 mg cada 12 h	15-20%	1,2
CEFUROXIMA 1,5 g cada 8 h	CEFUROXIMA 500 mg cada 12 h	50%	1,2
CIPROFLOXACINO 200-400 mg cada 12 h	CIPROFLOXACINO 500-750 mg cada 12 h	70-80%	1
CLARITROMICINA 500 mg cada 12 h	CLARITROMICINA 500 mg cada 12 h	50-60%	1,2
CLINDAMICINA 600 mg cada 8 h	CLINDAMICINA 600 mg cada 8 h	90%	
CLOXACILINA 1-2 g cada 4 h	CLOXACILINA 500 mg-2 g cada 4-6 h	50%	2
	CEFALEXINA 500 mg-1 g cada 6-8 h	90%	
DOXICICLINA 100 mg cada 12 h	DOXICICLINA 100 mg cada 12 h	90-100%	
ERITROMICINA 500 mg-1 g cada 6 h	ERITROMICINA 500 mg cada 6-8 h	18-60%	1,2
ERTAPENEM 1 g cada 24 h	Antibiótico según resultado microbiológico		
IMIPENEM+CILASTATINA IV	Antibiótico según resultado microbiológico		
LEVOFLOXACINO 500 mg cada 24 h	LEVOFLOXACINO 500 mg cada 24 h	99%	1
LINEZOLID 600 mg cada 12 h	LINEZOLID 600 mg cada 12 h	100%	
MEROPENEM 500 mg-1 g cada 6-8 h	Antibiótico según resultado microbiológico		
METRONIDAZOL 500 mg cada 6-8 h	METRONIDAZOL 500 mg cada 6-8 h	100%	1
PIPERACILINA/TAZOBACTAM 4 g cada 6-8 h	Antibiótico según resultado microbiológico		
SULFAMETOXAZOL+TRIMET 160-800 mg cada 8-12 h	SULFAMETOXAZOL+TRIMET 160-800 mg cada 8-12 h	85-90%	1
TEICOPLANINA 400 mg cada 24 h	LINEZOLID 600 mg cada 12 h	100%	
TIGECICLINA 50 mg/12 h	Antibiótico según resultado microbiológico		
VANCOMICINA 1 g cada 12 h	LINEZOLID 600 mg cada 12 h	100%	
ANTIFÚNGICOS IV	ORAL		
VORICONAZOL 4 mg/kg cada 12 h	VORICONAZOL 200-300 mg cada 12 h	96%	
FLUCONAZOL 200-400 mg cada 24 h	FLUCONAZOL 200-400 mg cada 24 h	90%	1

1: Precisa ajuste de dosis en insuficiencia renal, 2: Antibiótico recomendado en TS a pesar de baja biodisponibilidad

PUNTOS CLAVE para realizar la TERAPIA SECUENCIAL

¿QUÉ ES? Es el paso de un tratamiento por vía INTRAVENOSA (IV) a vía ORAL SIN comprometer la efectividad del misma.

¿POR QUÉ?

- Porque presenta la misma efectividad que el tratamiento IV
- Porque presenta menos efectos secundarios
- Porque no aumenta la mortalidad
- Porque reduce la estancia hospitalaria
- Porque no aumenta la tasa de reingresos
- Porque es más cómodo para el paciente

¿CUÁNDO?

- Pensar en ello en todo paciente hospitalizado con **tratamiento antibiótico mayor de 3 días** con buena evolución (ver algoritmo).
- Pensar en ello en infecciones que requieren **tratamientos prolongados** tras un tiempo razonable de tratamiento intravenoso (endocarditis, osteomielitis...)

¿CÓMO?

- Con la **alternativa terapéutica oral adecuada** al tipo de infección tratada.

Bibliografía:

1. Akhloufi H, Hulscher M, van der Hoeven CP y col. A clinical decision support system algorithm for intravenous to oral antibiotic switch therapy: validity, clinical relevance and usefulness in a three-step evaluation study. J Antimicrob Chemother 2018;73:2201-6.
2. Guía de recomendaciones en la Terapia Secuencial antibiótica. Guías Clínicas SEIMC 2006. en https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/guiasclinicas/seimc-GuiaClinica3_2006_TSA.pdf
3. Li HK, Rombach I, Zambellas R y col. Oral versus Intravenous Antibiotics for Bone and Joint Infection. N Engl J Med 2019;380:425-36.
4. Iversen K, Ihlemann N, Gill SU y col. Partial Oral vs Intravenous Antibiotic Treatment of Endocarditis. N Engl J Med 2019;380:415-24.
5. Association of 30-Day Mortality with Oral Step-down vs Continued Intravenous Therapy in Patients Hospitalized With Enterobacteriaceae Bacteremia. JAMA Internal medicine 2019;179:316-23.