

X REUNIÓN
CIENTÍFICA
GEIO 2025

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO SUPRESOR EN LA INFECCIÓN DE PRÓTESIS ARTICULAR

Rosa Escudero Sánchez

E. Infecciosas

Hospital Ramón y Cajal (Madrid)

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO SUPRESOR EN LA INFECCIÓN DE PRÓTESIS ARTICULAR

Lo que espera el Traumatólogo



Lo que ve el Infectólogo



TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO SUPRESOR EN LA INFECCIÓN DE PRÓTESIS ARTICULAR

> Sin conflictos de interés.

Introducción

- Diferentes escenarios en la definición
- Evidencia del TAS
 - Series retrospectivas sin control
 - TAS en vida real
 - Series con control

Eficacia

- Beneficios
- Inconvenientes

Aspectos prácticos

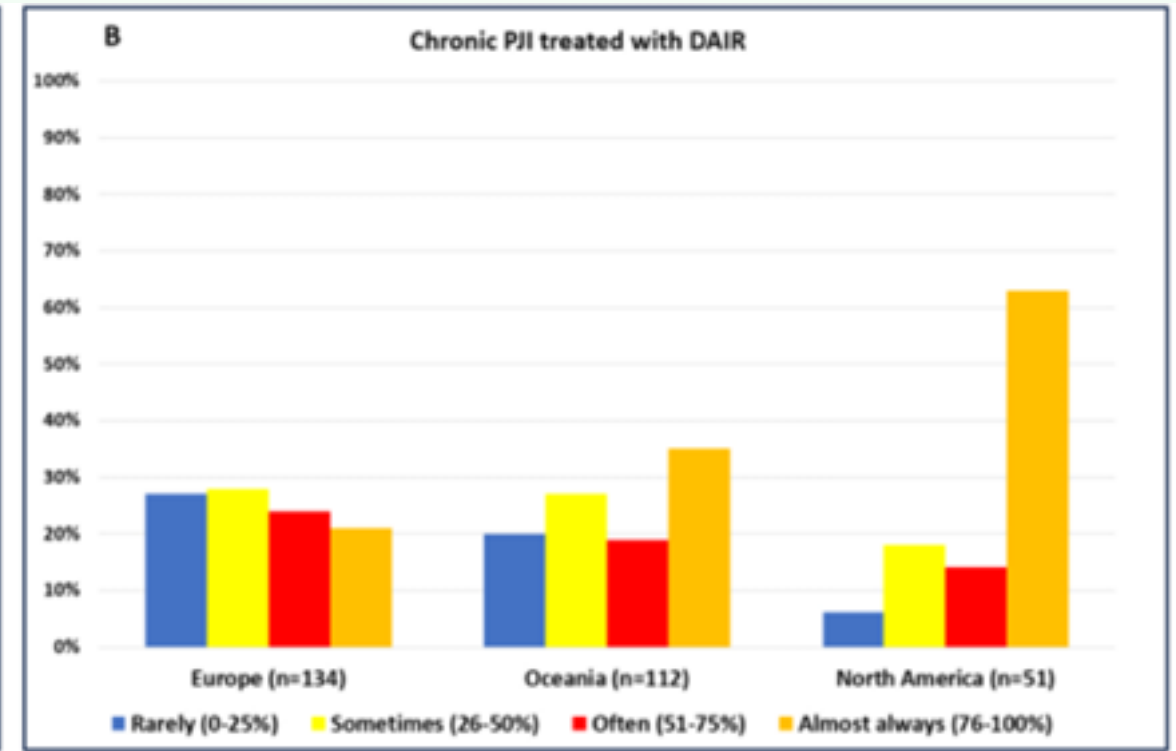
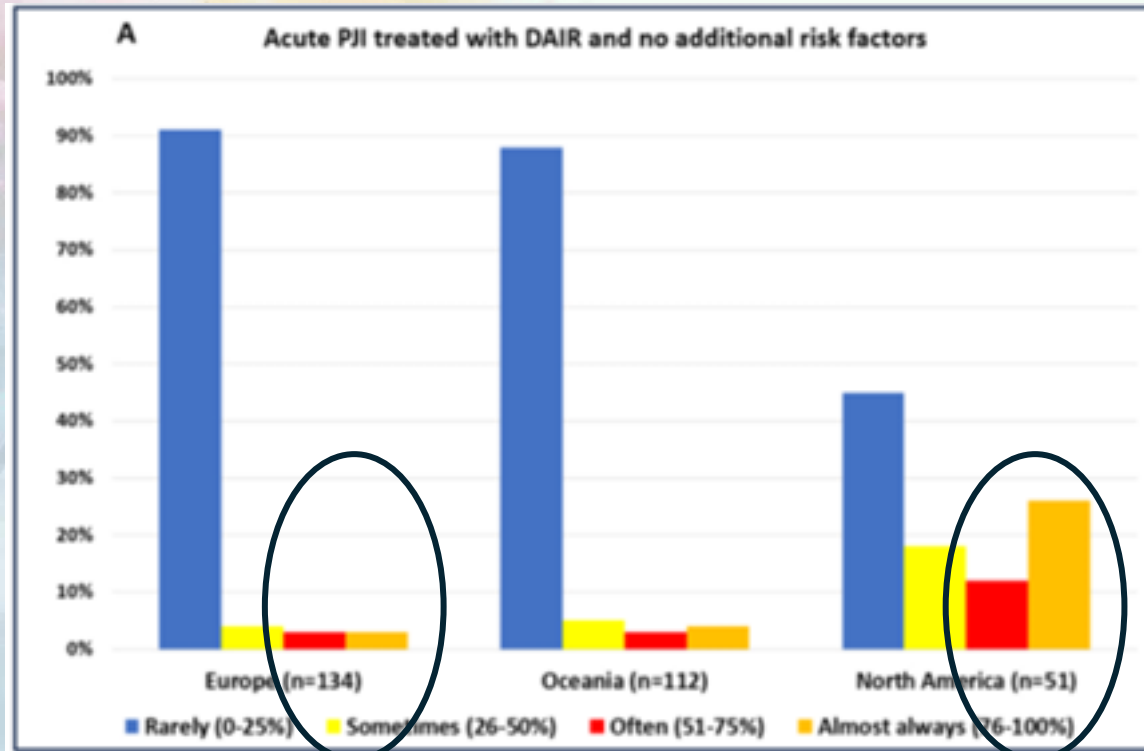
- Motivo de fracaso
- Antibióticos
- Posología
- Monitorización

Encuesta internacional (42 países)
330 respuestas

Infectious Disease Practice

Global practice variation of suppressive antimicrobial treatment for prosthetic joint infections: A cross-sectional survey study

Jaap L.J. Hanssen^{a,*}, Maaïke G.J. Gademan^{b,c}, Marjan Wouthuyzen-Bakker^d, Joshua S. Davis^{e,f}, David Dewar^{g,h}, Laurens Manning^{i,j}, David Campbell^{k,l}, Joffrey van Prehn^m, Andy O. Millerⁿ, Robert J.P. van der Wal^b, Henrica M.J. van der Linden^b, Nicolás W. Cortés-Penfield^o, Alex Soriano^p, Mark G.J. de Boer^{a,c}, Henk Scheper^a



La indicación del TAS es heterogénea

Realización de un procedimiento potencialmente curativo pero con elevado riesgo de fracaso.

Renuncia a un tratamiento quirúrgico potencialmente curativo:

- Resultados funcionales anticipados de la articulación no aceptables si se realiza la cirugía adecuada para el tipo de IPA.
- Secuelas o riesgos quirúrgicos desproporcionados para los síntomas que presenta el pacientes.
- Presencia de otra enfermedad o condiona que hace aconsejable demorar la intervención.
- Expectativa de vida corta del pacientes.
- Contraindicación quirúrgica mayor.
- Negativa del pacientes a la intervención.

Fracaso es posible:

- IPA por *S. aureus* manejada sin posibilidad de combinar con rifampicina.
- IPA por BGN resistentes a quinolonas.
- Múltiples fracasos previos al tratamiento de una IPA.
- IPA aguda en inmunodeprimidos sin retirada del implante.

Imposibilidad de conseguir la curación:

- IPA crónica manejada con retención del implante.
- IPA aguda que fracasa tras DAIR y no se retirar el implante.
- IPA aguda manejada sin desbridamiento.

Puede sobreestimar éxito del TAS

Puede infraestimar el éxito del TAS

✓ El tratamiento antibiótico supresor (TAS) consiste en la administración **indefinida** de antibiótico con el objetivo de reducir los síntomas y/o evitar la progresión de la infección.

✓ Es una **alternativa no curativa** cuando el tratamiento quirúrgico no es posible o ha sido insuficiente para conseguir la curación de la Infección.

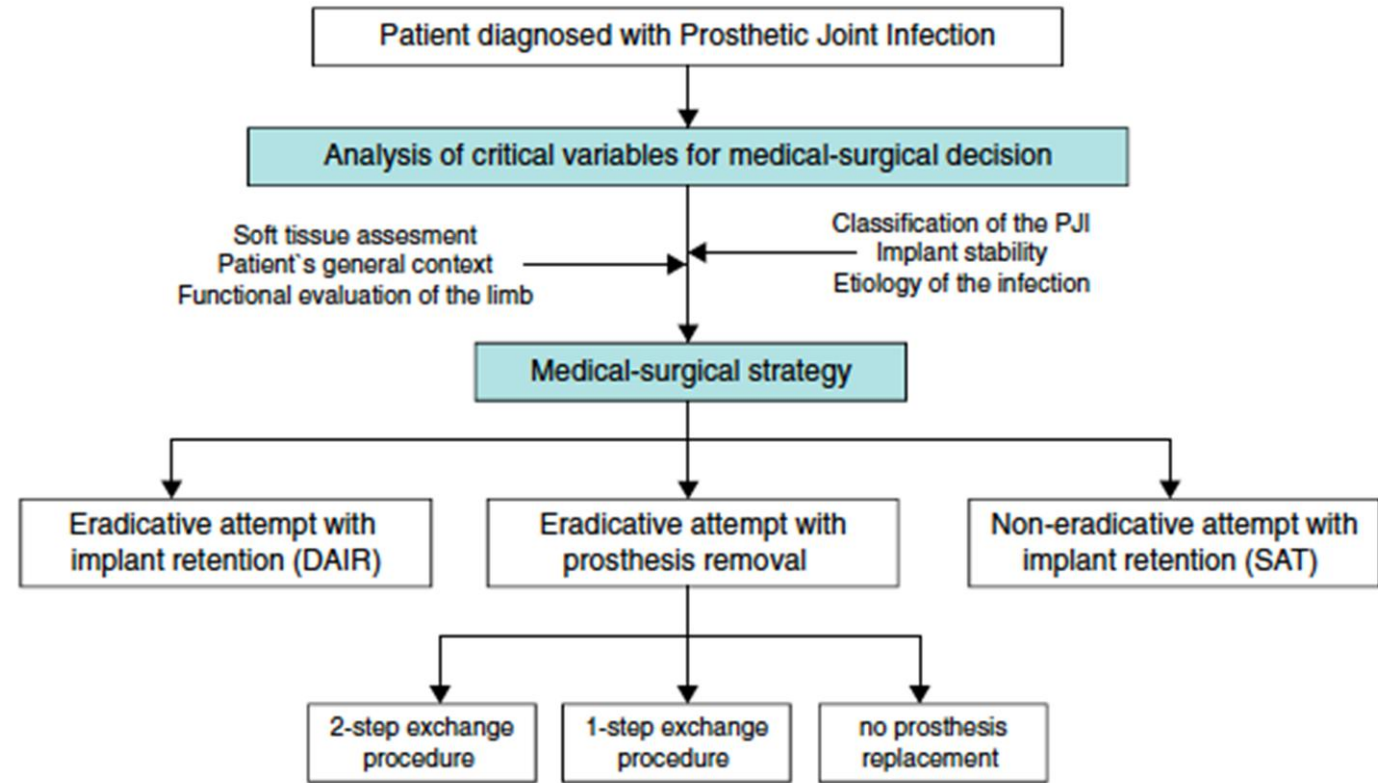
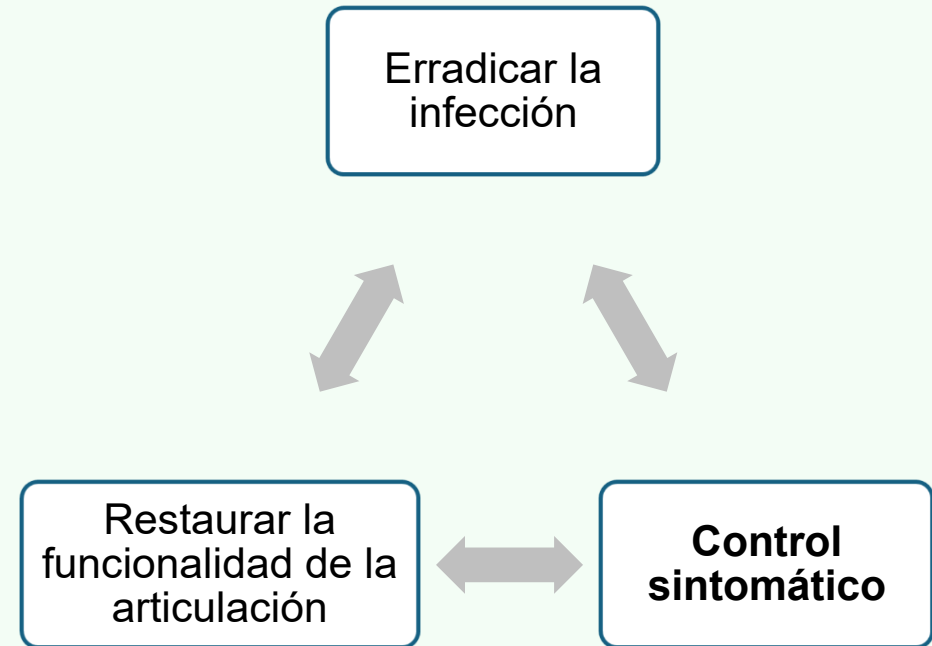
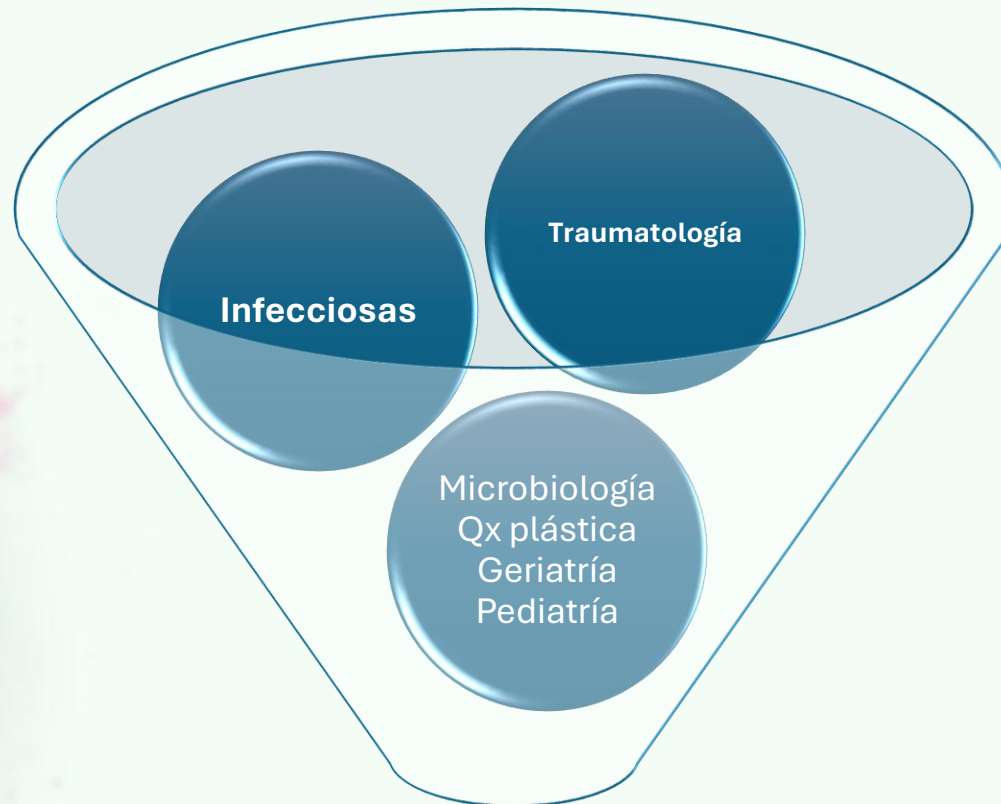


Fig. 1. Choice chart of medical-surgical strategies for prosthetic joint infections.

- ✓ El tratamiento antibiótico supresor (TAS) consiste en la administración **indefinida** de antibiótico con el objetivo de reducir los síntomas y/o evitar la progresión de la infección.


- ✓ El **control sintomático se prioriza** como objetivo antes de conseguir la curación de la IPA





Decisión
Decision multidisciplinaria
multidisciplinaria

- Riesgo quirúrgico
- Características de la IPA
- Reserva ósea y estado de partes blandas
- Microorganismo responsable
- Disponibilidad de los antibióticos
- Expectativas del paciente



¿Qué hay descrito sobre ello?

¿En qué le beneficia a mi paciente?

¿Es una estrategia segura?

¿Qué antibiótico elijo para ello?

¿Por qué fracasan?

¿Cada cuánto debo hacer el seguimiento?

¿Se puede bajar la dosis?

¿Pauta intermitente?

¿Qué hay descrito sobre ello?

Cohortes retrospectivas sin control

Autor/año	Tipo de estudio	Casos	Clasificación Tsukayamma	Localización implante	Seguimiento (media, meses)	Éxito (%)	Toxicidad
Goulet 1988	Retrospectivo	19	89% crónica	19 C	49,2	47,4	No datos
Tsukayama 1991	Retrospectivo	13	100% crónica	8 R, 5 C	37,2	23,1	38% cambiaron Ab por efectos adverso.
Segreti 1998	Retrospectivo	18	50% crónica, 44% aguda	12 R, 6 C	48	83,3	22% Diarrea C.difficile
Rao 2003	Retrospectivo	36	Aguda (<1 año): 47%	19 R, 15 C, 2 Co	60	86,1	8% Diarrea
Pavoni 2004	Retrospectivo	34	64,7% retr/tard 35,3% aguda	10 R, 24 C	10,3	50	0
Marculescu 2006	Retrospectivo	78	No datos	No datos	18	60	3% Diarrea, 11% hipersensibilidad
Byren 2009	Retrospectivo	112	68,8% aguda 31,3% crónica	51 R, 52 C	27,6	82	No datos
Prendky 2014	Retrospectivo	38 (>80 años)	39,5% <1 años, 60,5% crónica	13 R, 24 C, 1 H	24	60	2,6% Diarrea C.difficile, 10,5% nauseas o micosis
Prendky 2017	Retrospectivo	136	No datos	53 R, 82 C	24	61	19%

¿Qué hay descrito sobre ello?

Cohortes retrospectivas sin control

Autor/año	Tipo de estudio	Casos	Clasificación Tsukayamma	Localización implante	Seguimiento (media, mes)	Éxito (%)	Toxicidad
Pradier 2017	Retrospectivo	39	61,5% retr/tard 38,5% temprana	23 C	24	74,4	7,7%
Wouthuyzen-Bakker 2017	Retrospectivo	21	76% retr/tard 34% temprana	6 R, 13 C, 2 H	21	66,7	43%
Pradier 2018	Retrospectivo	78	60,3% retr/tard 39,7% temprana	37 R, 35 C	33,6	71,8	18%: fotosensibilidad y gastrointestinal
Sandiford 2019	Retrospectivo	24	No datos	14C, 10 R	37,2	83,0	Ninguna
Escudero-Sánchez 2020	Retrospectivo	302	15,9% aguda, 72,8% crónica	136C, 157R	36,5	58,6	26,8%
Burr 2021	Retrospectivo	45	No datos	14C, 31R	50,0	67,0	11,1%

¿Qué hay descrito sobre ello?

Indicaciones del TAS

Observacional

Escasa información sobre la seguridad

Ausencia de grupos control

Metodología retrospectiva

Escaso tamaño muestral

Variabilidad en la definición del fracaso del TAS

¿En qué le beneficia a mi paciente?

Éxito del TAS

- Byren I, *et al* (2009):

Tratamiento prolongado en 112 pacientes con una IPA manejada con DAIR.

1) Mayor fracaso en infecciones donde el desbridamiento se realizó >90 días desde artroplastia.

- 31% IPA temprana -> tasa fracaso 11,7%
- 69% IPA retrasada/tardía -> tasa fracaso 31,4%

2) Beneficio del tratamiento prolongado en pacientes que continuaban el antibiótico frente aquellos que los suspendían.

- Aumento x 4 el riesgo de fracaso en quienes suspendían el antibiótico.

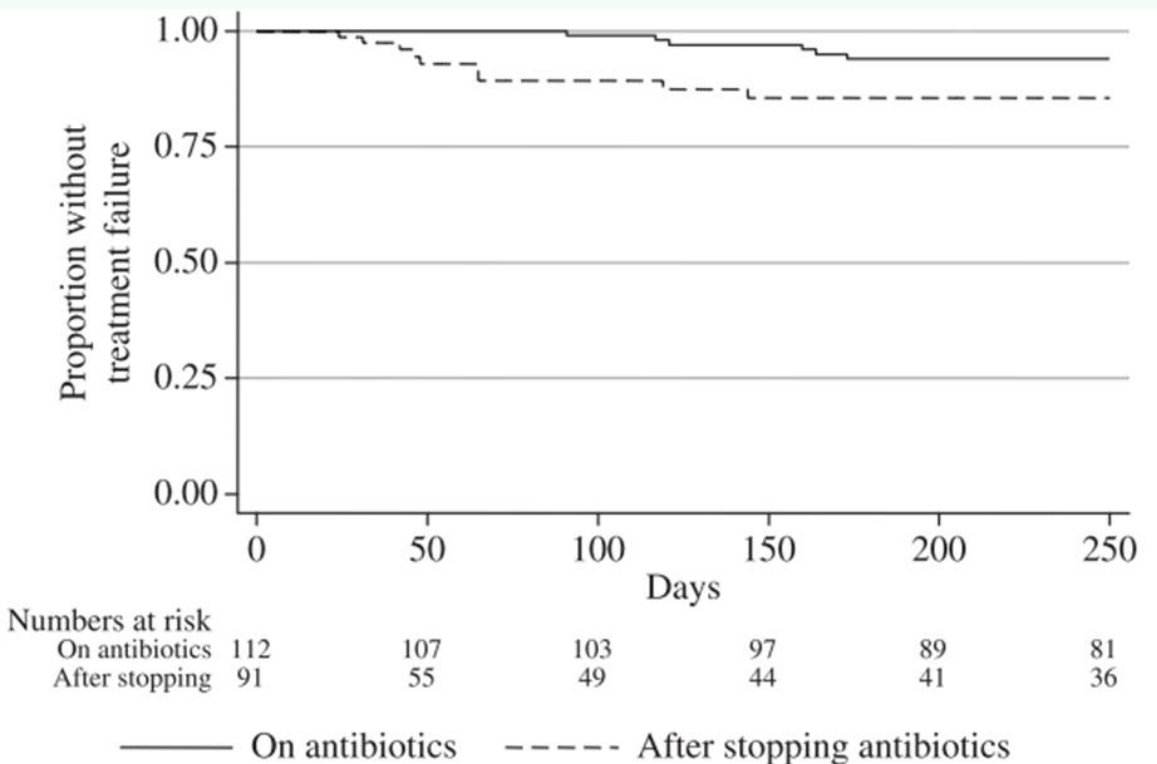


Figure 3. Kaplan–Meier plot of time to treatment failure for patients on oral antibiotics (HR=1) and patients stopping oral antibiotics (where day of stopping is day 0) (HR=4.3, 95% CI 1.4–12.8, P=0.01).

¿En qué le beneficia a mi paciente?

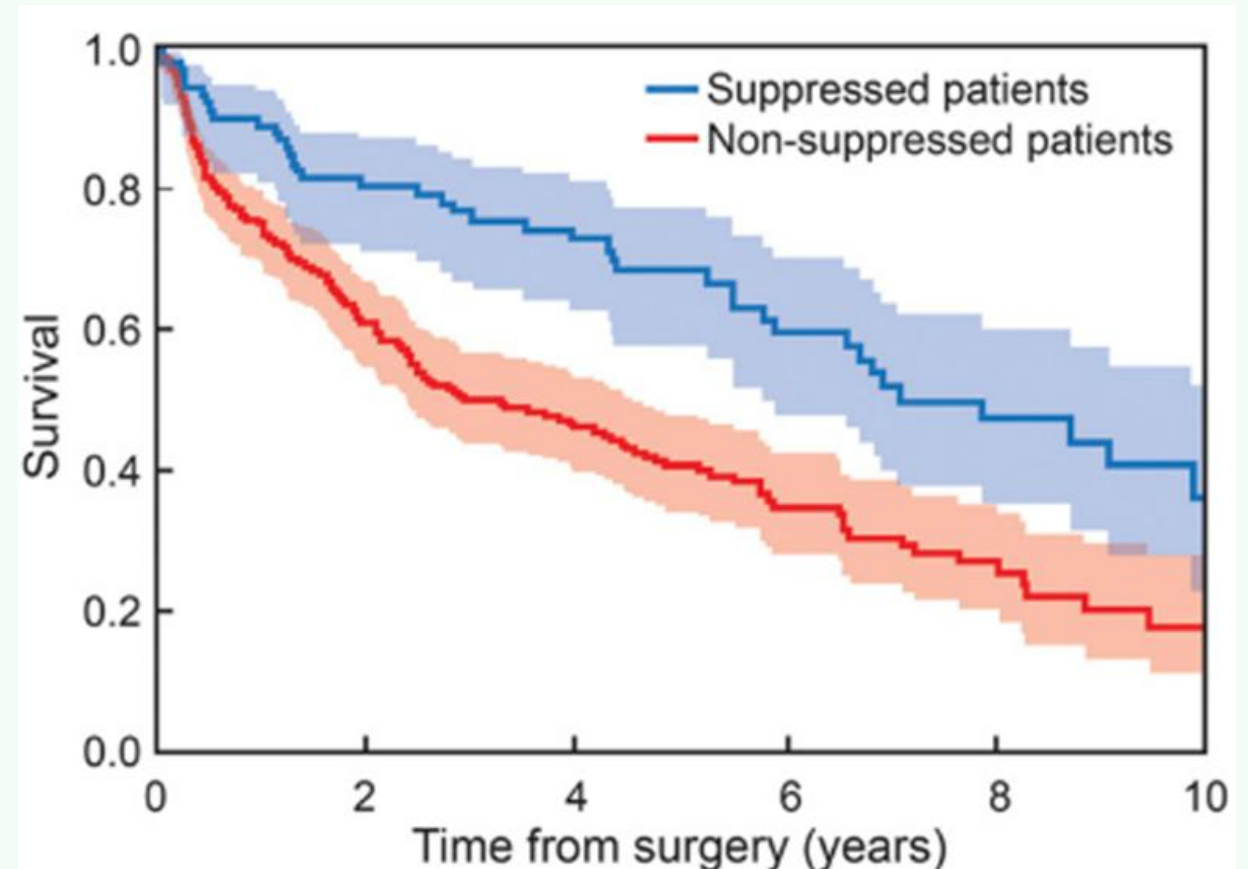
Éxito del TAS

- Siqueira M, *et al* (2015):

Revisión cohorte histórica 92 pacientes.
Propensity score (1:3)

Éxito del TAS a los cinco años del 68,5% frente al 41,1% de los pacientes que no recibieron TAS (p 0,008)

Incluyen pacientes con factores de riesgo para recurrir ¿resultados sobreestimados?

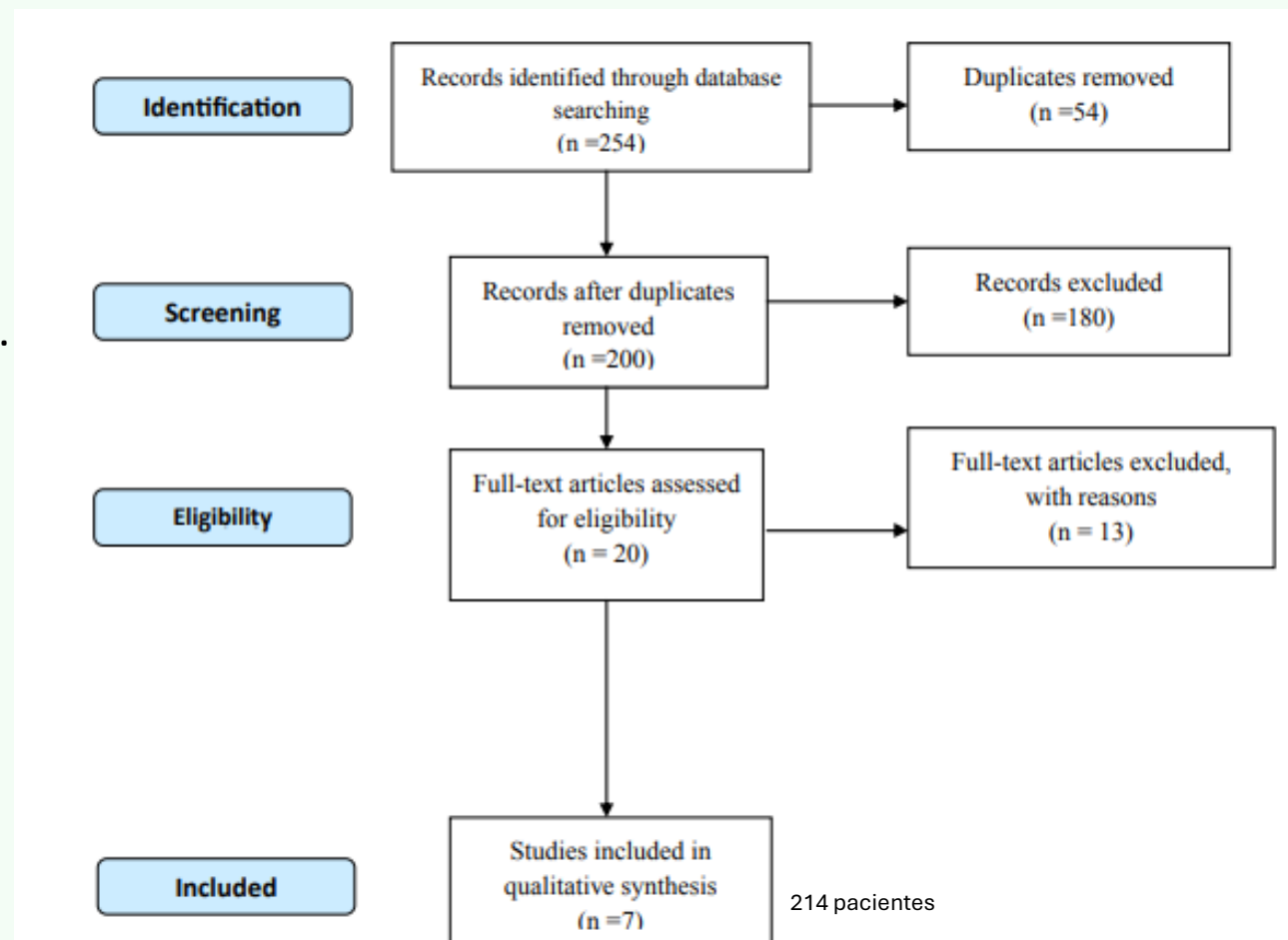


¿En qué le beneficia a mi paciente?

Éxito del TAS

- Malahias MA, *et al* (2020):

- 1) Heterogeneidad en los criterios para recibir TAS. Distintos escenarios en la definición.
- 2) Se incluyeron pacientes que manejaron su IPA con un DAIR, incluso si el manejo quirúrgico había sido adecuado



¿En qué le beneficia a mi paciente?

Éxito del TAS

- Aboltins C, *et al* (2025):

31% de la cohorte recibe TAS

Prescrito en IPA que podrían haber sido curadas con el manejo quirúrgico realizado. Sobreestima resultado?

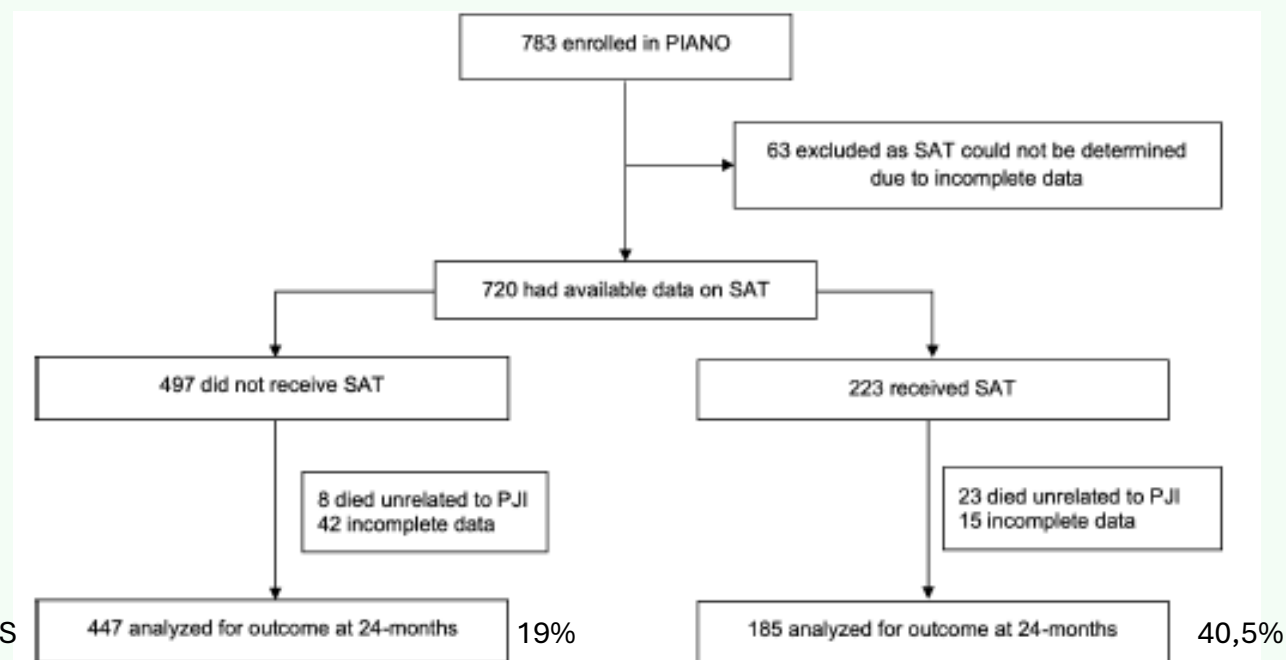
Revisión retrospectiva de cohorte prospectiva, no aleatorizado

Evaluación de la funcionalidad.

Factores asociados al fracaso:

- Infección crónica-tardía
- Fístula
- *S. aureus*

Fracaso TAS



¿En qué le beneficia a mi paciente?

- Escudero R, *et al* (2020):

Características de los pacientes:

	n (302)	%
Sex Male	122	40.4
Age (years) (mean, SD)	75.5 ± 13.9	—
>70 years	220	72.8
>85 years	85	28.1
Prosthesis		
Knee	157	52.0
Hip	136	45.0
Upper limb	9	3.0
Number of prostheses placed in the same localization		
Primary	162	53.6
Secondary	108	35.8
Tertiary or more	29	9.6
Classification		
Early postoperative ^a	48	15.9
Late chronic	220	72.8
Haematogenous ^a	34	11.3
Diagnostic criteria		
Fistula	133	44.0
Inflammatory and radiological signs, with elevated CRP and positive culture	107	35.4
Synovial fluid count ^b	73	24.2
Positive culture	280	72.8
Characteristics of the prostheses		
Cemented	106	64.6 ^c
Loose	51	23.2 ^c
Comorbidity		
Charlson index (median, IQR)	4 (3–6)	—
Diabetes	68	22.5
Solid neoplasm	37	12.3
Congestive heart failure	33	10.9
Kidney failure	31	10.3
Liver failure	18	6.0



ELSEVIER



Original article

Suppressive antibiotic therapy in prosthetic joint infections: a multicentre cohort study

R. Escudero-Sanchez^{1,*}, E. Senneville², M. Digumber², A. Soriano³, M.D. del Toro⁴, A. Bahamonde⁵, J.L. del Pozo⁶, L. Guio⁷, O. Murillo⁸, A. Rico⁹, M.J. García-País¹⁰, D. Rodríguez-Pardo¹¹, J.A. Iribarren¹², M. Fernández¹³, N. Benito¹⁴, G. Fresco¹, A. Muriel¹⁵, J. Ariza⁸, J. Cobo¹

Revisión cohorte histórica.

302 pacientes

✓ Criterios de inclusión y exclusión sobre la indicación

✓ Definición de fracaso:

Aparición o persistencia de una fístula,

Necesidad de desbridamiento o retirada de la prótesis debido a la presencia de infección,

Síntomas no controlados,

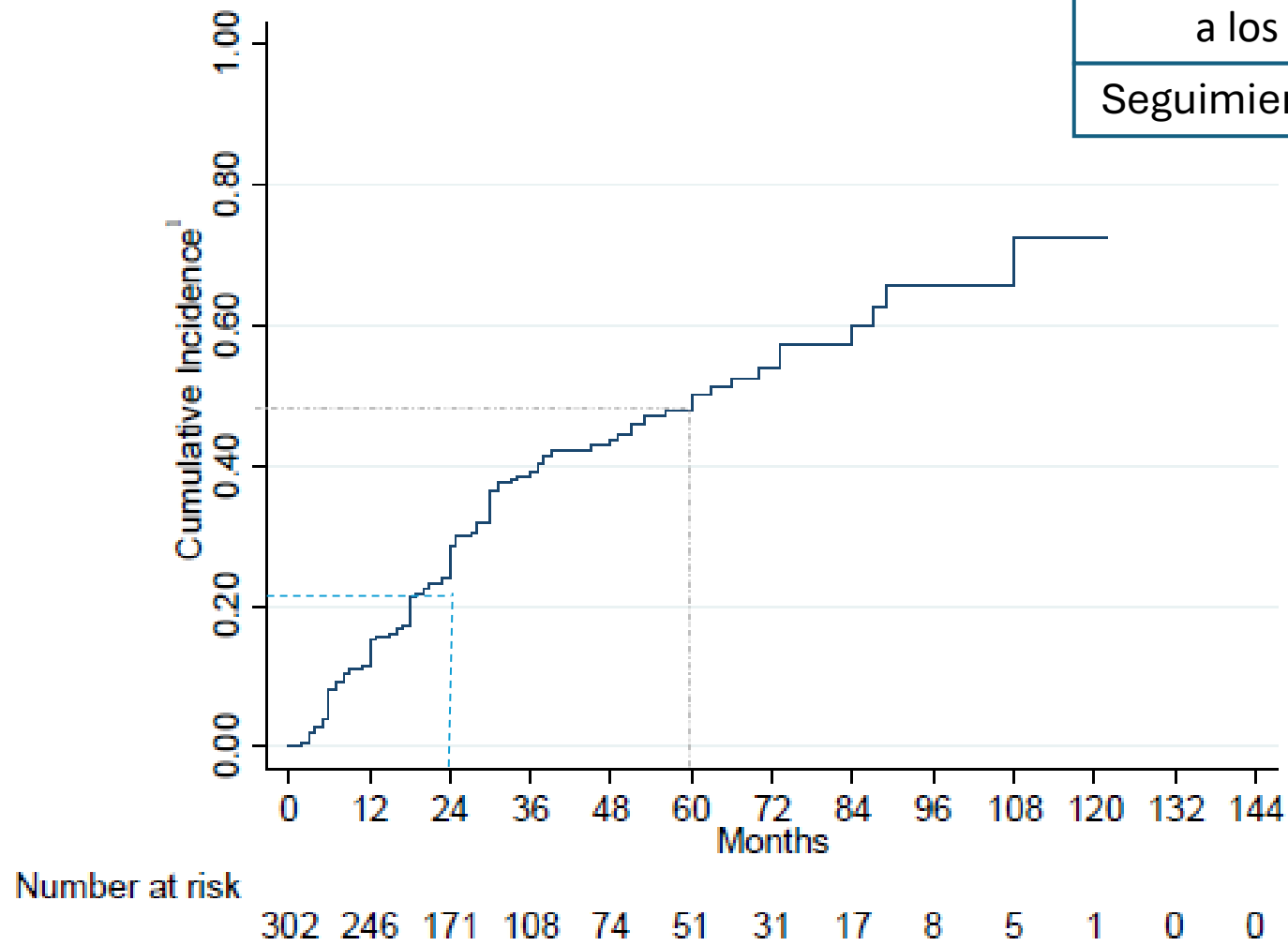
Muerte debido a la IPA.

¿En qué le beneficia a mi paciente?

Éxito del TAS

Éxito a los 2 años del 75%
a los 5 años del 50%

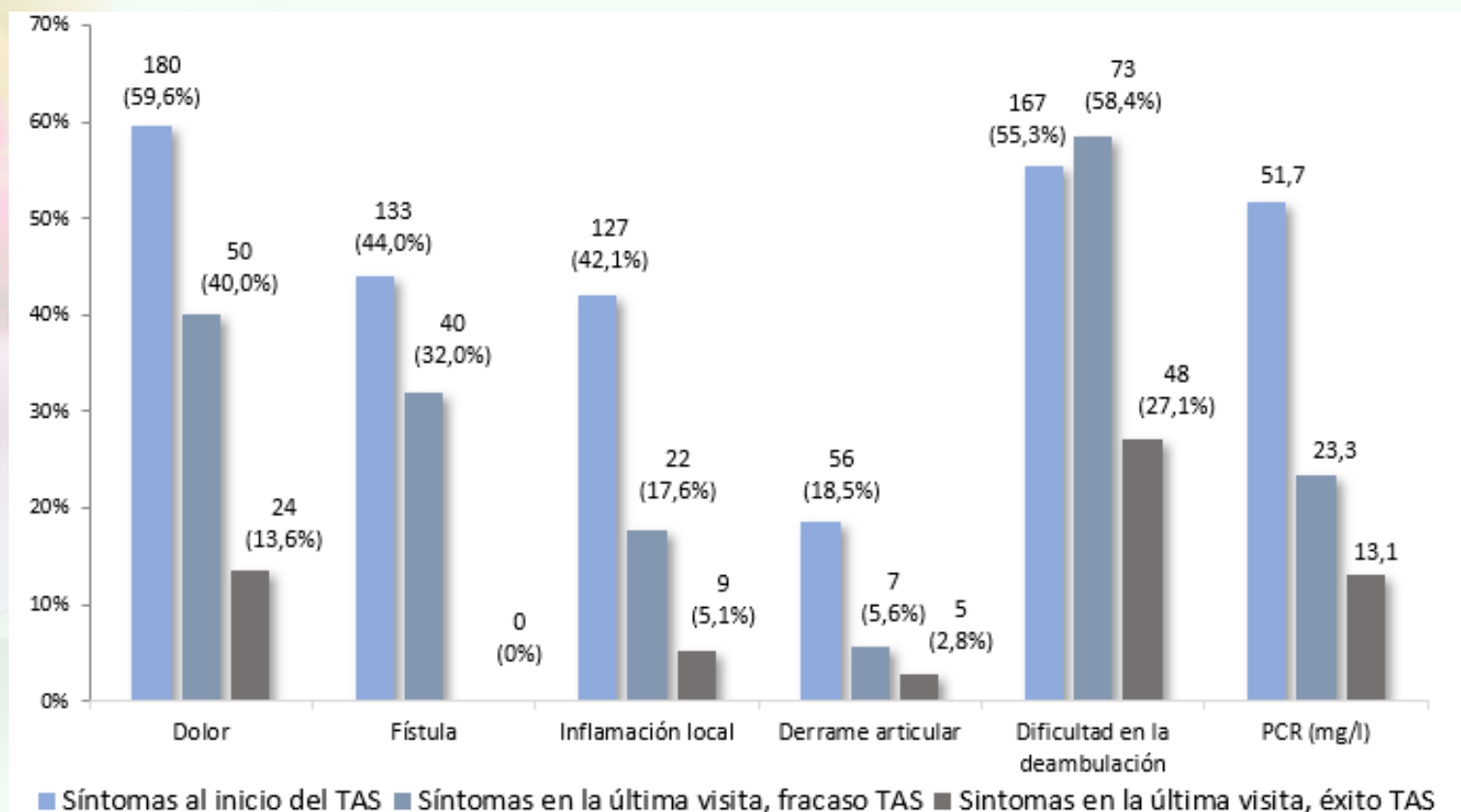
Seguimiento 36,5 meses (mediana)



¿En qué le beneficia a mi paciente?

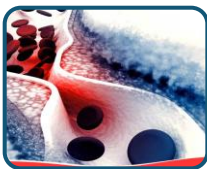
Ventajas adicionales

Mejoría sintomática y ↓ PCR incluso en el grupo de pacientes que fracasaron.



¿En qué le beneficia a mi paciente?

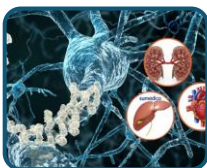
Ventajas adicionales



Inflamación crónica



Carcinoma células escamosas



Amiloidosis

Review > [Foot Ankle Int](#) (IF: 2.292; Q1). 2004 Nov;25(11):805-9.

doi: 10.1177/107110070402501109.

Squamous cell carcinoma arising in chronic osteomyelitis in foot and ankle

Murat Altay¹, Murat Arıkan, Yusuf Yildiz, Yener Saglik

Affiliations + expand

PMID: 15574240 DOI: 10.1177/107110070402501109

Table 1. Underlying Disorders and Treatment in 374 Patients with AA Amyloidosis.*

Underlying Disorder	No. of Patients (%)	
Chronic inflammatory arthritis	224 (60)	Immunosuppress or cyclophosph (Rheumatrex, interleukin-1-r
Rheumatoid arthritis	123 (33)	
Juvenile idiopathic arthritis	64 (17)	
Other chronic inflammatory arthritides	37 (10)	

Chronic and severe prosthetic joint infection complicated by amyloid A amyloidosis with renal and bladder impairment

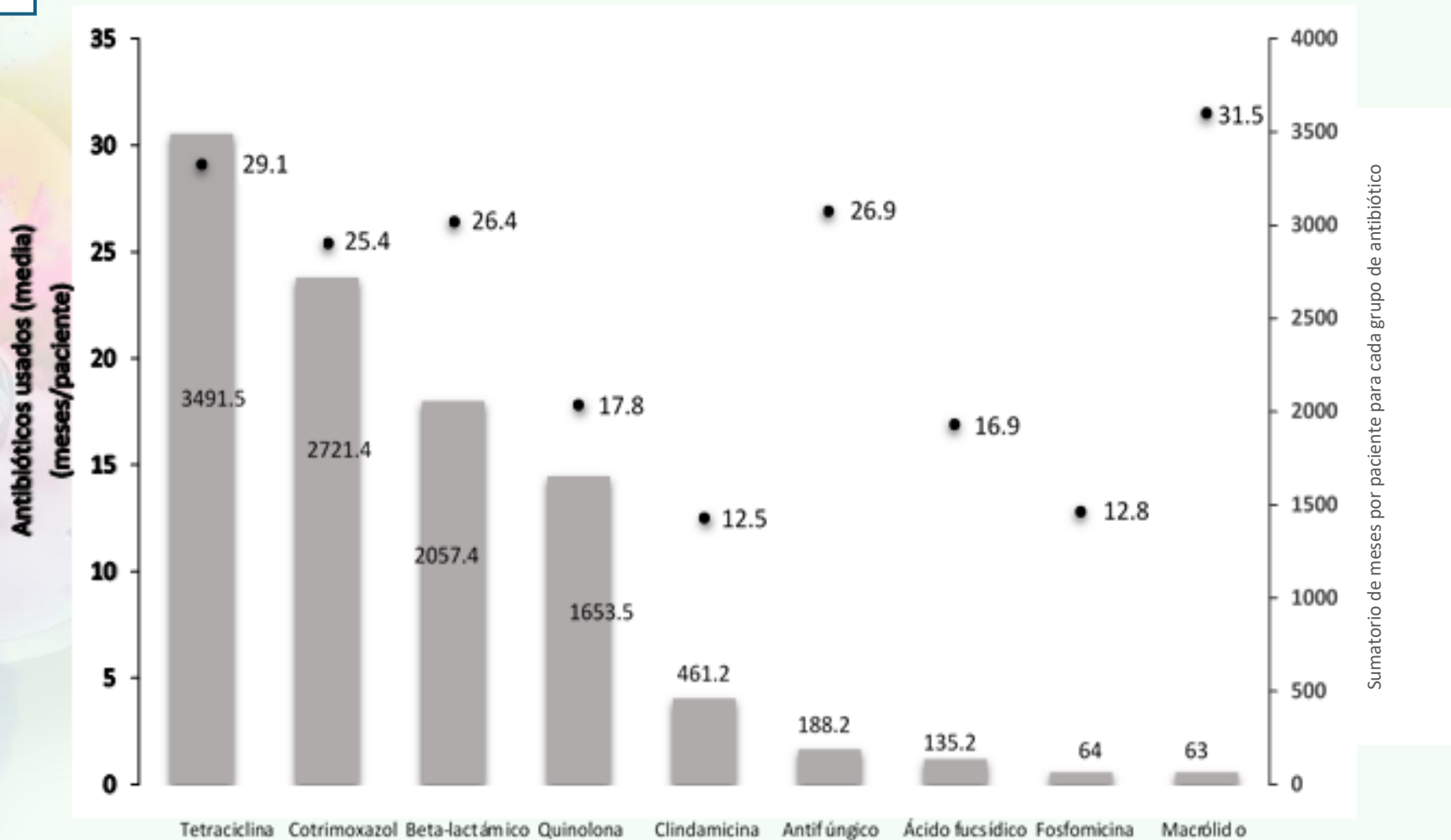
Nicolas Benech,¹ Sebastien Lustig,^{1,2,3,4} Christian Chidiac,^{1,2,4,5} Tristan Ferry,^{1,2,4,5} on behalf of Lyon BJI Study group

¿Es una estrategia segura?

Efectos adversos

26%

Gastrointestinal: lo más frecuente
 Infección por *C. difficile*: 1%
 Suspensión del TAS por efecto/s adverso/s: 6%



Introducción

Evidencia

¿Es una estrategia segura?

Efectos adversos

Incidencia 9-43%

Fundamentalmente síntomas gastrointestinales

Incidencia de diarrea por *C. difficile* 2-22%

Epidemiology of adverse events and *Clostridium difficile*-associated diarrhea during long-term antibiotic therapy for osteoarticular infections[☆]

Journal of Infection (2013) 67, 433–438

J. Bone Joint Infect. 2017, Vol. 2

77



Journal of Bone and Joint Infection

2017; 2(2): 77-83. doi: 10.7150/jbji.17353

Research Paper

Efficacy of Antibiotic Suppressive Therapy in Patients with a Prosthetic Joint Infection

Marjan Wouthuyzen-Bakker¹, Jasperina M. Nijman¹, Greetje A. Kampinga², Sander van Assen¹, Paul C. Jutte³

CLINICAL ORTHOPAEDICS AND RELATED RESEARCH
Number 414, pp. 55–60
© 2003 Lippincott Williams & Wilkins, Inc.

Long-Term Suppression of Infection in Total Joint Arthroplasty

Nalini Rao, MD^{*,**}; Lawrence S. Crosssett, MD^{**};
Raj K. Sinha, MD, PhD^{**}; and Jack L. Le Froock, MD, PhD

Schindler M. Journal of Infection. 2013

Rao N. Clin Orthop Relat Res. 2003

Wouthuyzen-Bakker M. J Bone Jt Infect. 2017

¿Es una estrategia segura?

Selección microorganismos multirresistentes

Aislamientos en muestra fecales

<i>E. coli</i> BLEE (CTX-M15)	2 pacientes (11,8%)
<i>Enterococcus</i> resistente glucopéptido	0
<i>S. aureus</i> resistente meticilina	0
Enterobacterias carbapenemasa	0

Cultivos positivos de muestras clínicas durante el TAS

Muestra	Microorganismo	Significado clínico	Antibiótico para el TAS
Orina	<i>E. coli</i> R-CTX	Infección urinaria	Cotrimoxazol
Orina	<i>E. coli</i> R-CTX	Bacteriuria asintomática	Cotrimoxazol
Orina	<i>E. coli</i> R-CTX	Bacteriuria asintomática	Cotrimoxazol
Orina	<i>K. pneumoniae</i> IRT	Bacteriuria asintomática	Cefalexina

Article

Long-Term Impact of Suppressive Antibiotic Therapy on Intestinal Microbiota

Rosa Escudero-Sánchez ¹, Manuel Ponce-Alonso ², Hugo Barragán-Prada ³, María Isabel Morosini ², Rafael Cantón ², Javier Cobo ¹ and Rosa del Campo ^{2,*}

Cohorte : 17 pacientes
Análisis en muestras heces y muestras clínicas durante el TAS

¿Es una estrategia segura?

Impacto en la microbiota intestinal

Disbiosis

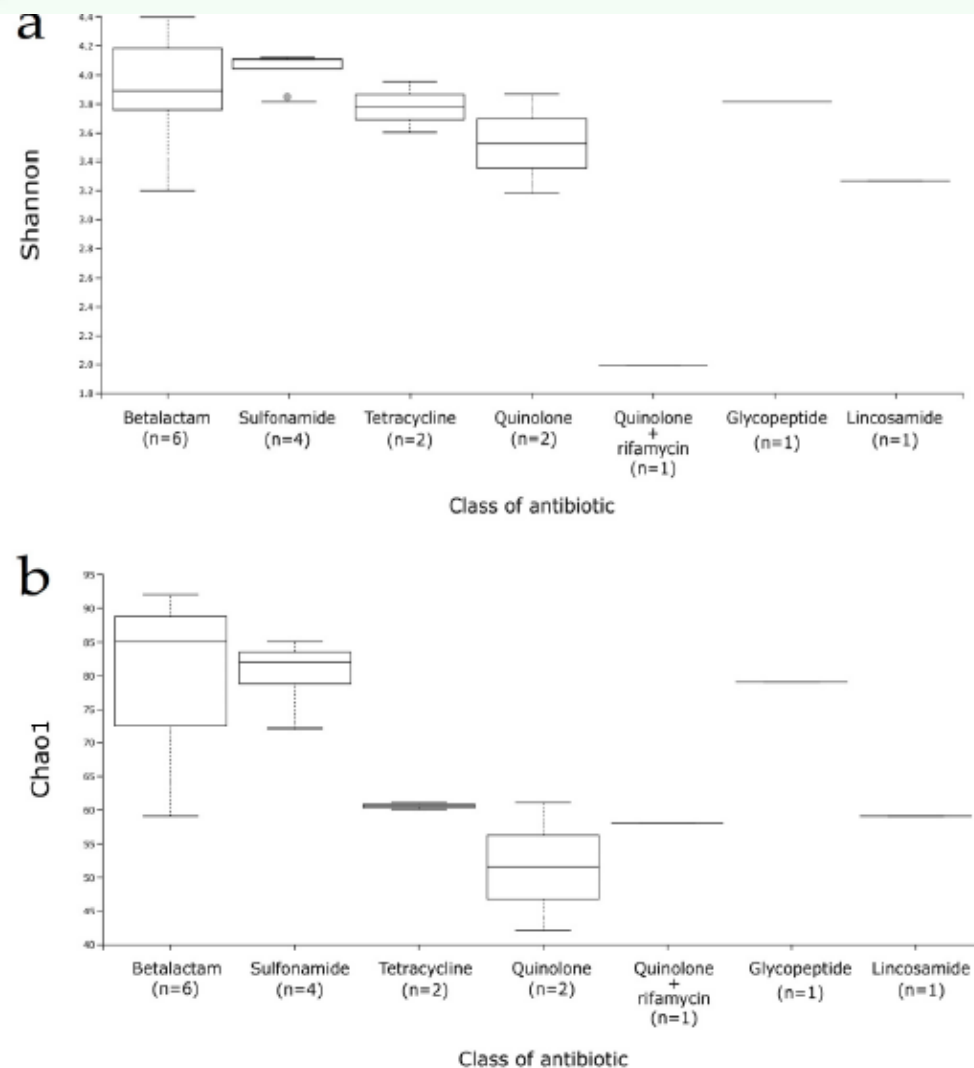



Figure 1. Alpha diversity boxplot of samples according to the antibiotic class. (a) Shannon index (b) Chao1 index.

↓ cuantitativo en la diversidad de la microbiota intestinal:

- Favorece la colonización de microorganismos multirresistentes y *C. difficile*

Alteración de la funcionalidad del ecosistema:

- Asociado a numerosas patologías (obesidad, EII, alergias...)



¿Qué hay descrito sobre ello?

¿En qué le beneficia a mi paciente?

¿Es una estrategia segura?

¿Por qué fracasan?

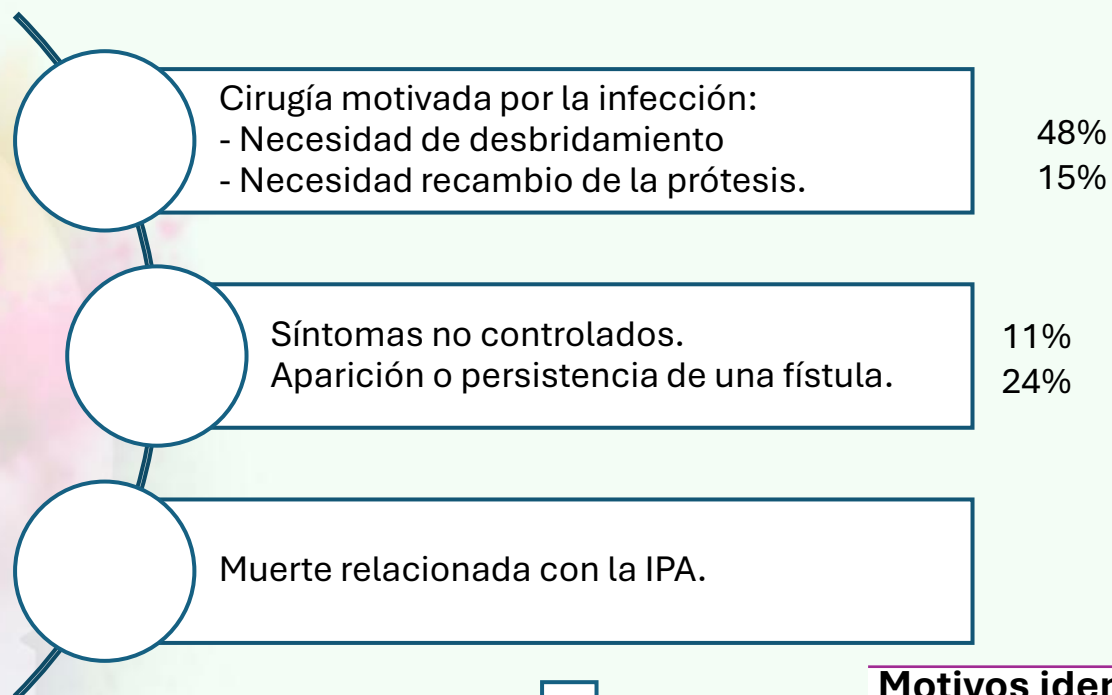
¿Qué antibiótico elijo para ello?

¿Cada cuánto debo hacer el seguimiento?

¿Se puede bajar la dosis?

¿Pauta intermitente?

¿Por qué fracasan?

**Motivos identificados de fracaso**

Desconocido	53,6%
Suspensión del TAS	16,8%
Desarrollo de resistencias	12,0%
Aparición de un microorganismo no sospechado	11,2%
Mala adherencia al tratamiento	7,2%

Documentado microbiológicamente 52%



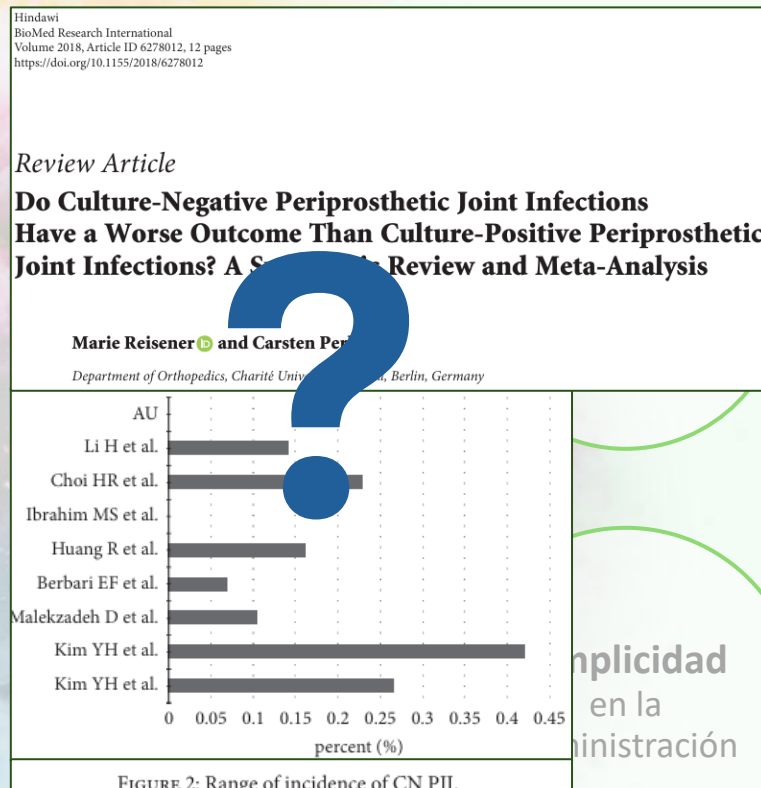
Original article

Suppressive antibiotic therapy in prosthetic joint infections: a multicentre cohort study

¿Qué antibiótico elijo para ello?



¿Qué antibiótico elijo para ello?




Dirigido al microorganismo responsable de la infección



ambigüedad en la administración

IDENTIFICAR EL MICROORGANISMO

Contents lists available at [ScienceDirect](#)

 **Clinical Microbiology and Infection**
journal homepage: www.clinicalmicrobiologyandinfection.com

CMI
CLINICAL MICROBIOLOGY AND INFECTION
ESCMID 2020

Original article

Suppressive antibiotic therapy in prosthetic joint infections: a multicentre cohort study

22 pacientes cultivos negativos (7,3% de la cohorte)
15 fracasaron (**12%** de los fracasos).
SHR 1,87 (1,09-3,2); p 0,02.

interacciones

Insistir en técnicas diagnósticas complementarias:

- Nuevas muestras intraoperatorias / artrocentesis
- PCR/métodos moleculares
- Sonicación del implante

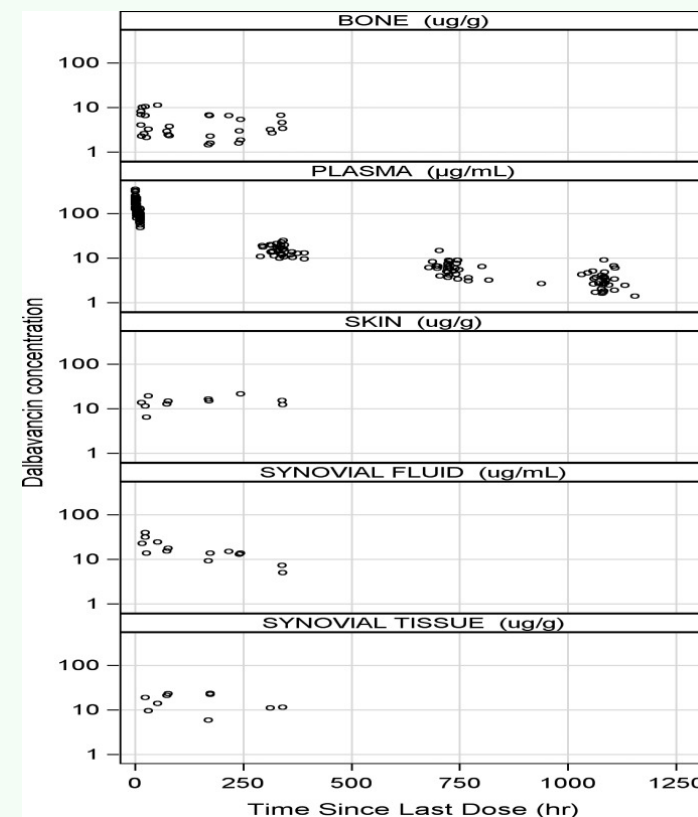
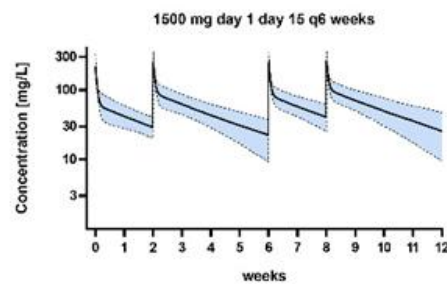
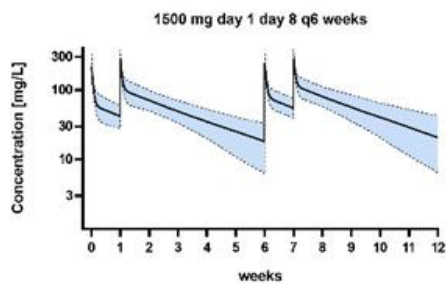
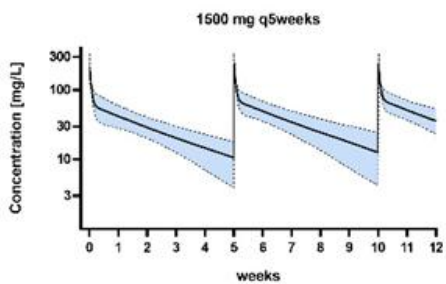
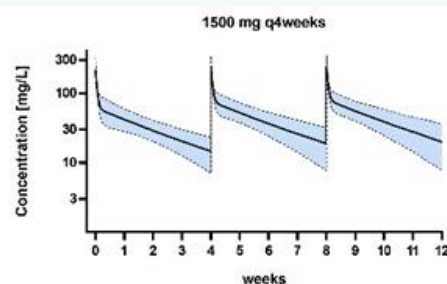
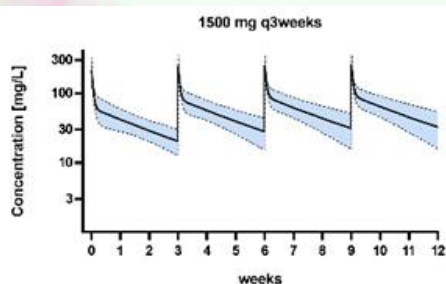
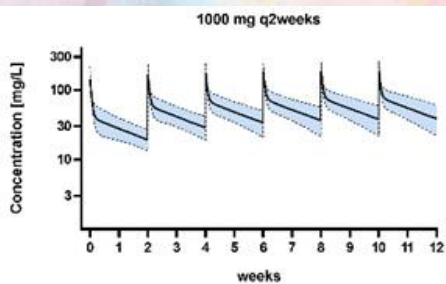
¿Qué antibiótico elijo para ello?

	PRINCIPALES EEA	INTERACCIONES	DESARROLLO RESISTENCIA	EXPERIENCIA	COMODIDAD
B-LACTÁMICOS	Hipersensibilidad, gastrointestinales	escasas	+/-	+++	Generalmente múltiples dosis, excepto cefixima
TETRACICLINAS	fitotoxicidad, úlceras esofágicas, pseudotumor cerebral	escasas	+	+++	Dosis única
COTRIMOXAZOL	Hipersensibilidad, citopenias, toxicidad renal...	escasas	+	+++	1-2 dosis diaria
QUINOLONAS	Tendinopatía, artralgias-mialgias, SNC, arritmias...	frecuentes	++	+	1-2 dosis diarias
CLINDAMCIINA	Diarrea, disgeusia, candidiasis, hipersensibilidad	escasas	+	+	3 dosis diarias
“LONG-ACTING” GLP	Excelente tolerabilidad	No	?	+/-	Dosis quincenal/mensual

¿Qué antibiótico elijo para ello?

	PRINCIPALES EEA	INTERACCIONES	DESARROLLO RESISTENCIA	EXPERIENCIA	COMODIDAD
"LONG-ACTING" GLP	Excelente tolerabilidad	No	?	+/-	Dosis quincenal/mensual

Dalbavancina



¿Qué antibiótico elijo para ello?

	PRINCIPALES EEA	INTERACCIONES	DESARROLLO RESISTENCIA	EXPERIENCIA	COMODIDAD
“LONG-ACTING” GLP	Excelente tolerabilidad	No	?	+/-	Dosis quincenal/mensual

Dalbavancina

European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases (2024) 43:1475–1480
<https://doi.org/10.1007/s10096-024-04849-0>

BRIEF REPORT

Dalbavancin as suppressive therapy for implant-related infections: a case series with therapeutic drug monitoring and review of the literature

	n	Dosis	Seguimiento
Dinh et al. 2019	2	1500mg, seguido 500mg/3 semanas	---
Barbero-Allende et al. 2020	1	1500mg/4 semanas	730 días
Ruiz-Sancho et al. 2023	1	1000mg, seguido 500mg/semanas	336
DALTAS- GEIO	43		

Table 3 Dabavancin SAT for implant-related infections. ICD: Intra-cardiac device; PJI: Periprosthetic Joint Infection; PVE: Prosthetic Valve Endocarditis; PVI: Prosthetic vascular Infection

Reference	Number of patients	Type of infection	Bacteria involved	Dalbavancin dosing	Duration of follow-up (days)	Outcome
Nunez-Nunez et al. 2018	1	PVI	<i>E. faecium</i>	First dose 750 mg, then 350 mg once per week	434	Good
Spaziante et al. 2019	1	PVI+PVE	<i>S. epidermidis</i> <i>S. mitis</i>	Each dose 1,500 mg at J1, J7, J42, J112, J189	189	Good
Howard-Anderson et al. 2019	1	ICD	<i>S. aureus</i>	1,500 mg once a week for 10 weeks Then 1,500 mg every 2 weeks	235	Good
Dinh et al. 2019	3	PJI PJI Endocarditis	Unknown	First dose 1,500 mg, then 500 mg every 3 weeks First dose 1,500 mg, then 500 mg every 3 weeks 1,500 mg every 3 weeks	Unknown	Unknown
Barbero-Allende et al. 2020	1	PJI	<i>S. epidermidis</i>	1,500 mg every 4 weeks	730	Good
Matesanz et al. 2021	1	Vertebral device	<i>S. aureus</i>	1,500 mg every 2 weeks	365	Good
Hitzenbichler et al. 2021	4	PVE	<i>S. aureus</i>	First dose 1,000 mg, then 500 mg every week	14	Death
		ICD	<i>E. faecium</i>	First dose 1,000 mg, then 500 mg every week	365	Good
		ICD	<i>E. faecalis</i>	First dose 1,000 mg, then 500 mg every week	180	Death
		PVE	<i>E. faecalis</i>	First dose 1,500 mg, then 1,000 mg every 2 weeks	115	Death
Ruiz-Sancho et al. 2023	8	PVI	<i>E. faecium</i>	First dose 1,000 mg, then 500 mg every week	434	Good
		PVI	<i>S. aureus</i>	First dose 1,000 mg, then 500 mg every week	91	Good
		PVI	<i>S. intermedius</i>	First dose 1,500 mg, then 1,500 mg every 2 weeks	98	Death
		PVI	<i>S. gallolyticus</i>	First dose 1,500 mg, then 1,500 mg every 2 weeks	224	Good
		PVI	Unknown	First dose 1,500 mg, then 1,500 mg every 2 or 3 weeks	826	Good
		PVI	<i>S. aureus</i>	First dose 1,500 mg, then 1,500 mg every 2 weeks	98	Good
		PJI	<i>S. epidermidis</i>	First dose 1,000 mg, then 500 mg every week	336	Good

¿Qué antibiótico elijo para ello?

	PRINCIPALES EEA	INTERACCIONES	DESARROLLO RESISTENCIA	EXPERIENCIA	COMODIDAD
“LONG-ACTING” GLP	Excelente tolerabilidad	No	?	+/-	Dosis quincenal/mensual

Oritavancina

Figure 1: Population Mean Plasma Concentration-Time Profile after a Single 1200 mg dose of Oritavancin Administered Intravenously Over 3 Hours – Semi-Log Scale

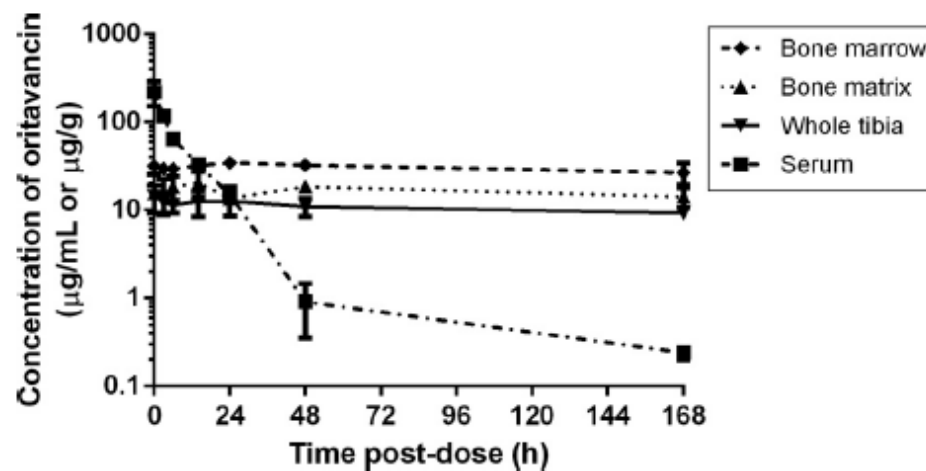
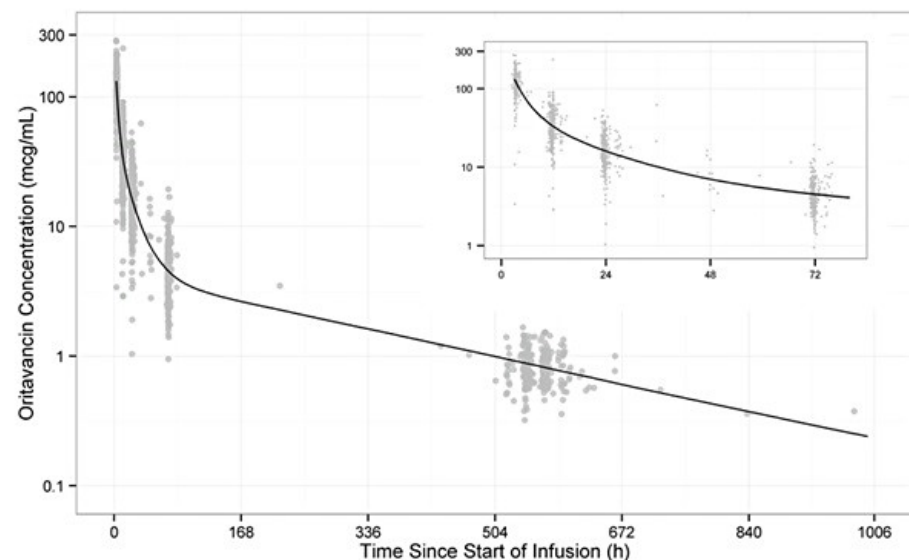


FIG 2 Mean (± SD) oritavancin concentration-versus-time curves for serum, whole tibia, bone matrix, and bone marrow from rabbits administered a 20-mg/kg intravenous dose; n = 3 rabbits/time point. The y axis has a logarithmic scale.

¿Qué antibiótico elijo para ello?

	PRINCIPALES EEA	INTERACCIONES	DESARROLLO RESISTENCIA	EXPERIENCIA	COMODIDAD
"LONG-ACTING" GLP	Excelente tolerabilidad	No	?	+/-	Dosis quincenal/mensual

Oritavancina

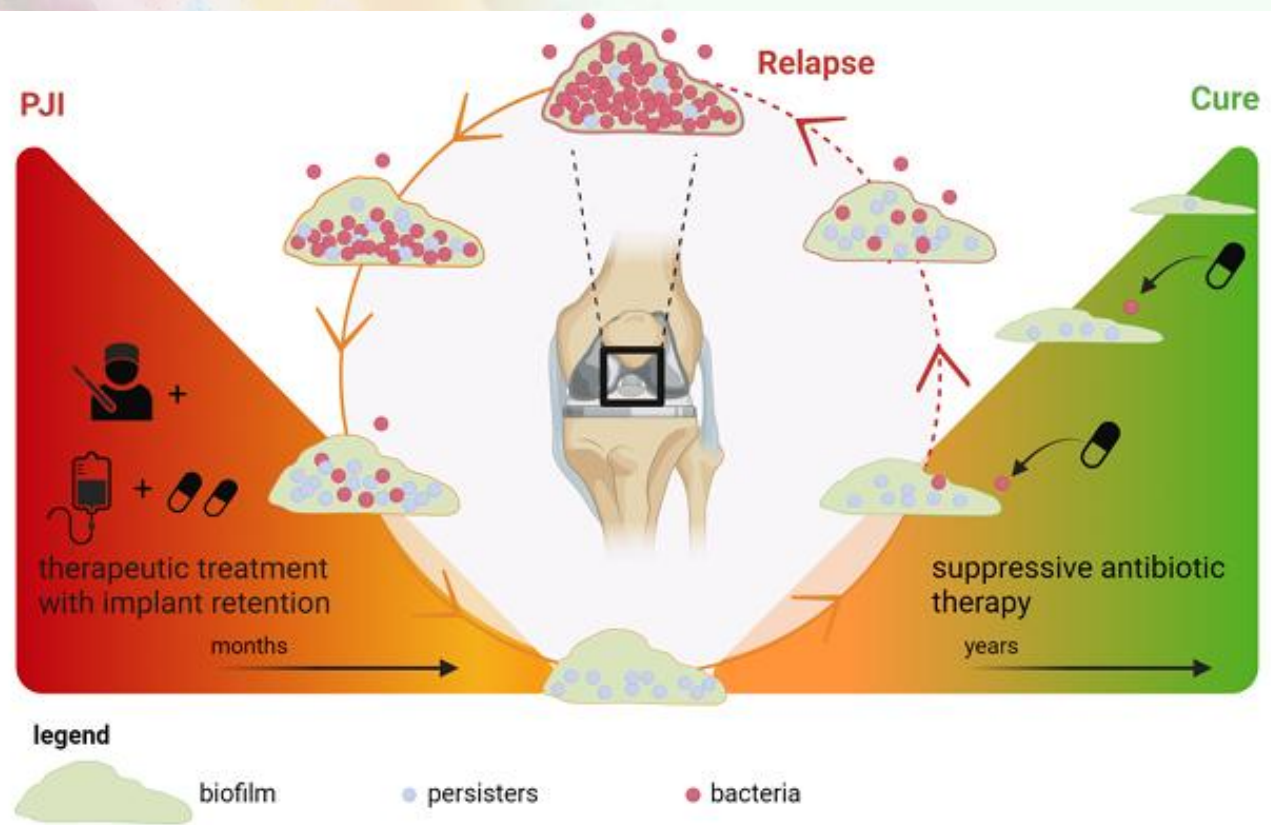
	Tipo	n	Etiología	Resultado
Buonomo et al. <i>IDcases</i> . 2024	Caso	1 (hombro)	SERM	Éxito; 28 meses seguimiento
Krask M at al. <i>Clinical Orthopaedics and Clinical Research</i> . 2025	Multicéntrico Retrospectiva	5	ERV	Éxito; 21 meses seguimiento

¿Se puede bajar la dosis?

2011-2022

Multicéntrico. TAS en pacientes con IPA, IRF, IIV

108 pacientes



Dosing and treatment duration of suppressive antimicrobial therapy in orthopedic implant infections: a cohort study



Jaap L. J. Hanssen¹, Robert J. P. van der Wal², Henrica M. J. van der Linden², Joffrey van Prehn³, Henk Scheper¹, and Mark G. J. de Boer^{1,4}

	Standard-dosage SAT	Low-dosage SAT
Amoxicillin	1000 mg t.i.d. or q.i.d.	500 mg b.i.d., t.i.d. or q.i.d. 1000 mg b.i.d.
Flucloxacillin	1000 mg q.i.d.	500 mg b.i.d, t.i.d. or q.i.d. 1000 mg b.i.d. or t.i.d.
Amoxicillin / clavulanic acid	1250 mg t.i.d.	625 mg b.i.d
Pheneticillin	1000 mg q.i.d.	500 mg q.i.d.
Ciprofloxacin	500–750 mg b.i.d.	500–750 mg q.d.
Levofloxacin	500 mg b.i.d.	250–500 mg q.d.
Moxifloxacin	400 mg q.d.	–
Clindamycin	600 mg t.i.d.	300 mg b.i.d. or t.i.d. 600 mg b.i.d.
Trimethoprim / sulfamethoxazole	960 mg b.i.d.	480 mg q.d or b.i.d. 960 mg q.d
Doxycycline	100 mg b.i.d.	100 mg q.d.
Linezolid	600 mg b.i.d.	150–600 mg q.d.
Rifampicin*	450–600 mg b.i.d.	300 mg q.d.
Fluconazole	200 mg b.i.d.	200 mg q.d.

The abbreviations used in the table are as follows: SAT – suppressive antimicrobial therapy; q.d. – once daily; b.i.d. – twice daily; t.i.d. – three times a day; q.i.d. – four times a day. * In combination with levofloxacin.

¿Se puede bajar la dosis?

2011-2022

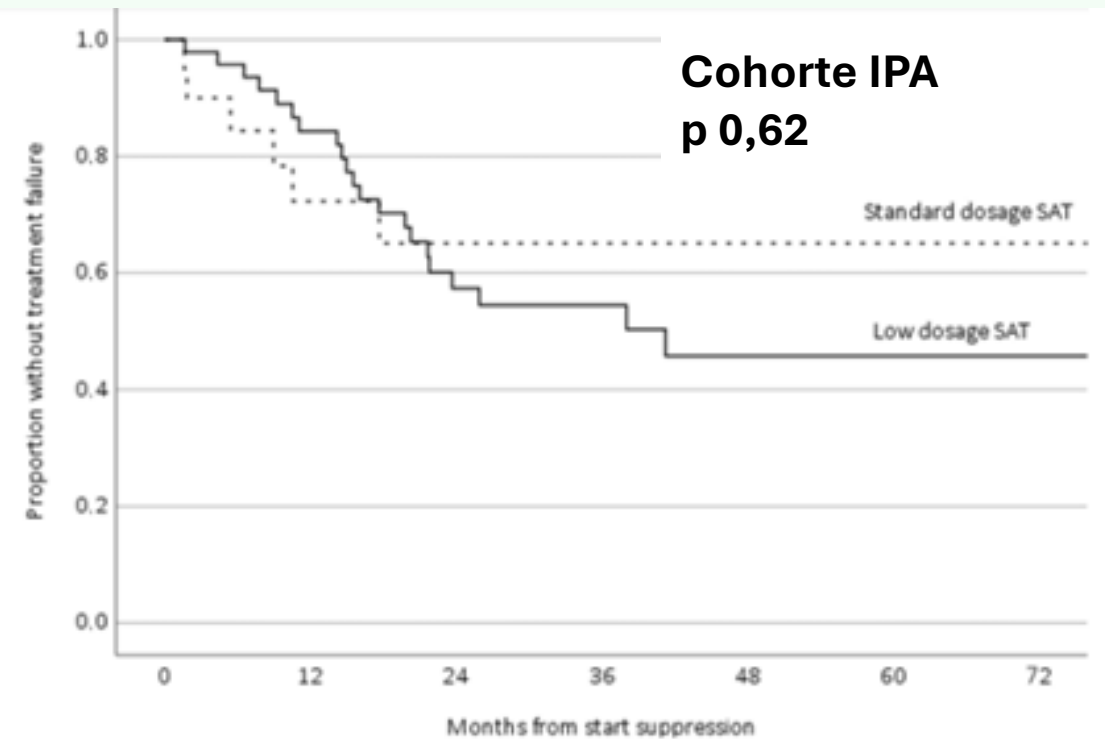
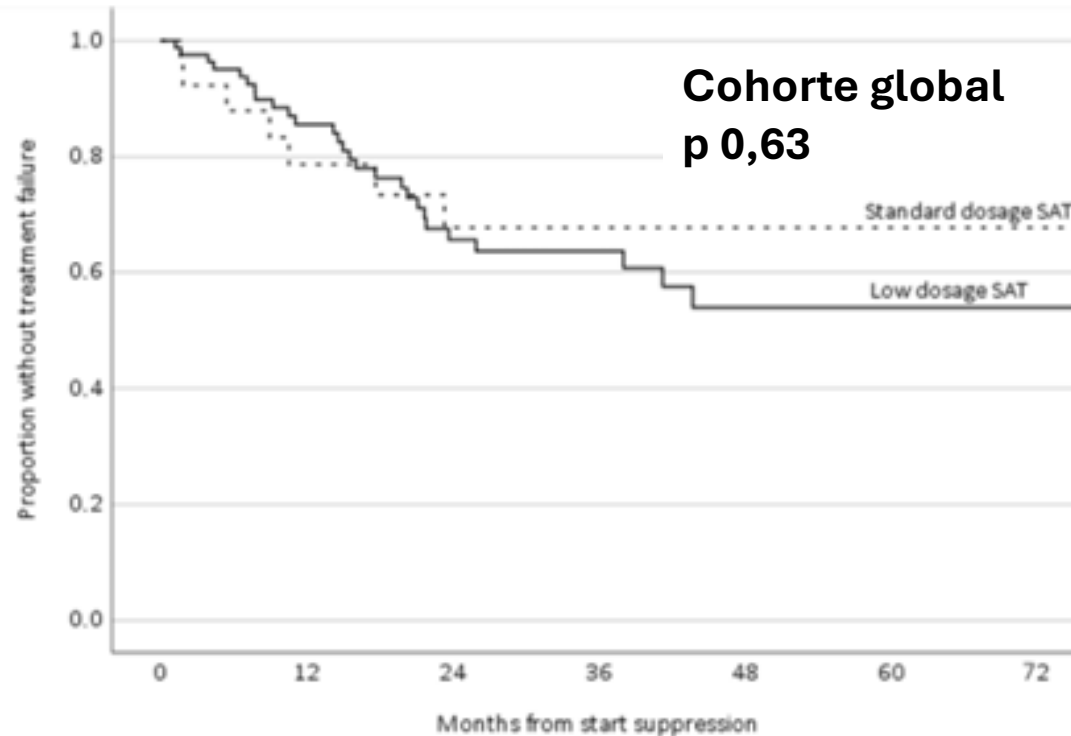
Multicéntrico. TAS en pacientes con IPA, IRF, IIV

108 pacientes

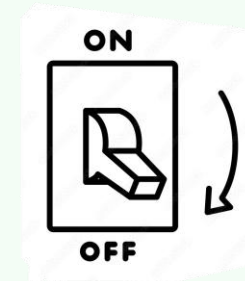
Dosing and treatment duration of suppressive antimicrobial therapy in orthopedic implant infections: a cohort study



Jaap L. J. Hanssen¹, Robert J. P. van der Wal², Henrica M. J. van der Linden², Joffrey van Prehn³, Henk Scheper¹, and Mark G. J. de Boer^{1,4}



¿Pauta intermitente?

Evidencia **escasa** en TAS para IPA, y heterogénea

TAS intermitente **5,6%** (17/302) { Incidencia efectos adversos: similar
Eficacia: sin diferencias



Infección



Control sintomático

Reactivación
Selección resistencias

?

Escasa
evidencia

¿Cada cuánto debo hacer el seguimiento?

Clínica

+

Analítica

Seguimiento más estrecho al inicio (4-8 semanas, según el antibiótico → tri/semestral)

- Síntomas locales
- Efectos adversos
- Adherencia
- Interacciones medicamentosas

Función renal, hepática, hemograma, PCR

OK

Fracaso

¿Cada cuánto debo hacer el seguimiento?

Clínica

+

Analítica

OK

Fracaso

- Documentar recaídas
- Repetir cultivos
- Reevaluar el antibiótico/ dosis
- Replantear actitud quirúrgica

¿Qué hay descrito sobre ello?

¿En qué le beneficia a mi paciente?

¿Es una estrategia segura?

¿Por qué fracasan?

¿Qué antibiótico elijo para ello?

¿Pauta intermitente?

¿Se puede bajar la dosis?

¿Cada cuánto debo hacer el seguimiento?

¿Qué hay descrito sobre ello?

¿En qué le beneficia a mi paciente?

¿Es una estrategia segura?

¿Por qué fracasan?

¿Qué antibiótico elijo para ello?

¿Pauta intermitente?

¿Se puede bajar la dosis?

¿Cada cuánto debo hacer el seguimiento?

- Reevaluar la indicación: fracaso posible vs incapacidad para obtener la curación
- Es necesaria una monitorización clínica y analítica.
- Escasa evidencia en pautas TAS on/off.

- Eficacia “razonable” teniendo en cuenta el contexto de los pacientes
- Bajo desarrollo de resistencias al antibiótico del TAS.
- Intensidad leve de los efectos adversos, siendo poco habitual la suspensión del TAS por este motivo.
- Posibilidad de reducir la dosis del antibiótico en fase de control sintomático.



Gracias
rosa.escudero@salud.madrid.org