



Duración de los tratamientos antibióticos: cada vez menos.

Dr. Stefano Fabbiani

La duración óptima del tratamiento antibiótico es un tema aún controversial, de difícil estandarización y con escasa evidencia que apoye las prácticas habituales. El tiempo hasta alcanzar la curación clínica de una infección depende de la susceptibilidad del paciente, la severidad de la infección, del microorganismo y del régimen antibiótico utilizado, entre otros factores. Una práctica extendida es prolongar el tratamiento antibiótico más allá de la resolución de los síntomas o administrar antibióticos de amplio espectro, ambas prácticas erróneas en la mayoría de casos.

El uso de pautas prolongadas de antibióticos y el uso inadecuado de los mismos conduce al desarrollo de resistencia antimicrobiana, que constituye un problema de salud pública a nivel mundial. La resistencia antimicrobiana genera mayores fallos terapéuticos, morbilidad y muertes, además de prolongar los períodos de internación y aumento de los costos. El aumento de la resistencia además limita las opciones terapéuticas disponibles para tratar las infecciones.

Una de las estrategias para reducir la exposición mundial a antibióticos y reducir la resistencia antimicrobiana es la reducción de exposición a los antibióticos. Reducir las dosis no parece una estrategia adecuada, ya que las bacterias estarían expuestas a concentraciones subterapéuticas de los mismos con riesgo de resistencia. La reducción de la duración de los tratamientos es una estrategia atractiva, que es tan eficaz como los de duración estándar.¹⁻³

La elaboración de pautas posológicas para el tratamiento de múltiples infecciones debe basarse en la sensibilidad del microorganismo planteado, sitio de infección, gravedad y características del huésped, y de ser posible, el diagnóstico microbiológico. La pauta posológica de un medicamento incluye la dosis, el intervalo interdosis, la vía de administración, forma farmacéutica y duración del tratamiento.⁴

La duración de los tratamientos antimicrobianos son frecuentemente arbitrarios a partir de criterios clínicos empíricos, de opinión de expertos o excepcionalmente surgen a partir de ensayos clínicos que siguen una pauta preestablecida.⁵ Tradicionalmente la duración es de 7 días o múltiplos de este número (14, 21, 28 días), basado en la duración de los días de la semana, unidad de medida que ha sido llamada Unidades de Constantino; o 5 días o sus múltiplos basado en los días hábiles. Sin embargo, el efecto bactericida se hace clínicamente visible al 3º o 4º día de tratamiento, mientras que la inducción de las resistencias es más lenta y dependiente del tiempo de exposición.⁶

Ensayos clínicos en distintas infecciones bacterianas que compararon períodos de tratamiento antibiótico largos versus ciclos cortos, han demostrado que la terapia ha sido



igual de eficaz y con una presión de selección de microorganismos resistentes reducida, a excepción de la tuberculosis.⁷ Evidencia creciente desafía el paradigma clásico y ha demostrado que las pautas posológicas cortas son igualmente eficaces que las habituales, en particular en infecciones leves a moderadas. Existen excepciones a este cambio, donde la antibioticoterapia prolongada está justificada, son la endocarditis, la osteomielitis y abscesos intraabdominales.⁴

Una de las infecciones que presenta mayor evidencia es la neumonía aguda comunitaria (NAC). Su tratamiento con antibióticos es esencial para su curación y el inicio precoz de antibióticos reduce las complicaciones, la morbimortalidad y la recuperación. Se ha demostrado que tratamientos de entre 3-5 días son igualmente eficaces que una duración de 10 días en la recuperación de la NAC.⁷ Del mismo modo ocurre con la neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVM), que se ha visto que tratamientos de hasta 7-8 días son igualmente eficaces que tratamientos largos, a menos que la misma sea causada por *P. aeruginosa* o en inmunocomprometidos.^{4,9}

Para el caso de las infecciones del tracto urinario (ITU) la evidencia es más escasa. Se ha demostrado que para las ITU no complicadas en mujeres un tratamiento de 3 días tiene tasas de curación comparables con tratamientos de 5 días o más y una menor incidencia de efectos adversos. Sin embargo, la erradicación microbiológica es menor con tratamientos más cortos, por lo que en ciertas poblaciones se deberían mantener tratamientos más largos, como la embarazada, vías urinarias instrumentadas o con sonda vesical a permanencia. En el caso de la embarazada se recomiendan 5 días de tratamiento.⁹⁻¹⁰

Los cursos cortos de antibióticos, la interrupción oportuna de los tratamientos, la aplicación de protocolos de programas de optimización de antimicrobianos son las principales medidas destinadas al uso racional de antibióticos y a disminuir la resistencia antimicrobiana. Es importante generar evidencia adecuada para hacer recomendaciones lo más precisas posibles, con la mejor relación beneficio/riesgo posible en beneficio de los pacientes y contra el desarrollo de resistencia antimicrobiana.

Diferentes guías y consensos recomiendan tratamientos antibióticos cortos para distintas infecciones. A continuación se describe una tabla con las posologías recomendadas.

Tabla 1. Posologías recomendadas de infecciones frecuentes.^{2,10,11,12}

Infección	Duración recomendada
Faringoamigdalitis aguda	Adultos: 7-10 días Niños: 5 días
Sinusitis aguda	Adultos: 5 días



	Niños: 10 días
Otitis media aguda	Adultos: 5-7 días Niños > 2 años: 5-7 días Niños < 2 años: 7-10 días
Exacerbación de EPOC	Sin riesgo de <i>P. aeruginosa</i> : 5 días Con riesgo de <i>P. aeruginosa</i> : 10-14 días
Neumonía aguda comunitaria	5-7 días
Neumonía y traqueobronquitis asociadas a la ventilación mecánica	7-8 días
Cistitis aguda no complicada	3-5 días ¹
Pielonefritis aguda no complicada	5-7 días
Pielonefritis aguda complicada y en embarazada	7-10 días
Infecciones intraabdominales	3-7 días
Celulitis, erisipela y absceso (bajo riesgo de SAMR ²)	5 días
1. Para fosfomicina monodosis. 2. <i>Staphylococcus aureus</i> meticilino resistente.	

Bibliografía

1. Wilson HL, Daveson K, Del Mar CB. Optimal antimicrobial duration for common bacterial infections. *Aust Prescr.* 2019;42(1):5-9.
2. Boletín INFAC. Duración de la antibioticoterapia: desmontando mitos. Vol 27; N°2. 2019.
3. Boletín farmacológico. Resistencia antimicrobiana: un problema mundial. Telechea H. Volumen 6; N° 1. Febrero 2015. Departamento de Farmacología y Terapéutica.
4. Leekha S, Terrell C, Edson R. General Principles of Antimicrobial Therapy. *Mayo Clin Proc.* 2011 Feb; 86(2): 156–167.
5. Horsburgh, C. R., Shea, K. M., Phillips, P., & Lavalley, M. (2013). Randomized clinical trials to identify optimal antibiotic treatment duration. *Trials*, 14, 88. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-14-88>
6. Álvarez Martins M, Giménez Pérez M, Reynaga E, Carabias Ané L, Mòdol Deltell JM. Novedades en la duración recomendada de los tratamientos antibióticos. *FMC.* 2020; 27:247-253.



7. Spellberg B. Rice L. The New Antibiotic Mantra—"Shorter Is Better". *Ann Intern Med.* 2019 Aug 6;171(3):210-211. doi: 10.7326/M19-1509.
8. Boletín farmacológico. ¿Cuál es la duración óptima del tratamiento antibiótico de la neumonía? De Santis A. Speranza N. Viroga S. Volumen 9; N° 3. Octubre 2018. Departamento de Farmacología y Terapéutica.
9. Dawson-Hahn EE. Mickan S. Onakpoya I. Roberts N. Kronman M. Butler CC. Thompson MJ. Short-course versus long-course oral antibiotic treatment for infections treated in outpatient settings: a review of systematic reviews. *Fam Pract.* 2017 Sep 1;34(5):511-519. doi: 10.1093/fampra/cmz037.
10. Wilson H. Daveson K. Del Mar C. Optimal antimicrobial duration for common bacterial infections. *Aust Prescr.* 2019 Feb; 42(1): 5–9. doi: 10.18773/austprescr.2019.001.
11. Álvarez Martins M et al. Novedades en la duración recomendada de los tratamientos antibióticos. *Terapéutica en APS.* 2020;27(5):247-253.
12. J. Pasquau, et al. La duración del tratamiento antibiótico. *Rev Esp Quimioter.* 2015 Sep;28 Suppl 1:30-3.