

Duración individualizada de antibióticos: “cuanto menos tiempo, mejor”

La duración óptima del tratamiento antibiótico es un tema controvertido difícil de estandarizar. El tiempo necesario para lograr la curación clínica de una infección depende de la vulnerabilidad del paciente, de la gravedad de la infección, del patógeno causante y del régimen antibiótico utilizado, entre otros factores.

Una práctica muy extendida y errónea es *alargar el tratamiento antibiótico más allá de la resolución de los síntomas*. Brad Spellberg, autor de un [editorial publicado](#) recientemente en *Jama*, desmiente este dogma y señala como causa de este hábito el temor a la recaída o la falsa creencia de que prolongar el antibiótico previene la aparición de resistencias.

En la mayoría de infecciones, las resistentes surgen entre la flora colonizante lejos del foco de infección. Por lo tanto, a mayor duración del antibiótico más es la presión selectiva sobre la microflora colonizante y, por consiguiente, la probabilidad de que los gérmenes desarrollen resistencia al antibiótico. No hay evidencia para apoyar que la administración de antibiótico, una vez que los síntomas se han resuelto, vaya a reducir la aparición de resistencias, sino más bien al contrario: se ha observado que los regímenes de antibiótico más largos inducen el desarrollo de gérmenes resistentes ([Chastre, 2003](#); [Singh, 2000](#); [Guillemont, 1998](#)).

En cuanto a la posibilidad de recaídas, es frecuente que en los aislamientos de infecciones recurrentes se encuentran patógenos multirresistentes, diferentes a los que provocaron la infección original. En este sentido, la estancia hospitalaria es un factor de riesgo para desarrollar nuevas infecciones. En algunos casos prolongar la estancia para administrar un antibiótico por vía intravenosa, cuando ya no hay síntomas, puede ser más perjudicial que beneficioso.

Según la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (IDSA) unas de las claves para combatir la resistencia a antibióticos es acortar la duración de los tratamientos ([Clin Infect Dis, 2011](#)). Estudios recientes realizados en algunos tipos de infección apoyan esta estrategia. Sin embargo, para otras infecciones no se dispone de evidencia. Dado que acortar las terapias reduciría las ventas, es probable que la industria no vaya a financiar este tipo de estudios. Por tanto, es necesario que sean financiados con fondos públicos en el contexto de los planes de acción frente a la resistencia a antimicrobianos [mundiales \(OMS\)](#) y [nacionales](#).

Últimamente, las guías clínicas están recomendando duraciones de tratamiento más cortas y flexibles basadas en la evolución clínica del paciente. A continuación se muestran algunos ejemplos de infecciones en las que la evidencia científica apoya acortar la terapia antibiótica:

Infecciones intraabdominales complicadas: lo habitual han sido duraciones de antibiótico de 7 a 14 días. La guía conjunta de la IDSA y de Cirugía recomienda limitar el tratamiento a 4-7 días si la infección está controlada ([Clin Infect Dise, 2010](#)).

Neumonía adquirida en la comunidad: dos metaanálisis sugieren la no inferioridad de acortar los tratamientos ([Winston, 2007](#) y [Dimopoulos, 2008](#)); la guía conjunta de la IDSA y la Sociedad Torácica Americana recomienda que la duración mínima de la terapia sea de 5 días. Para interrumpir el tratamiento, el paciente deberá estar afebril 48-72 h y no presentar más de un síntoma de inestabilidad clínica ([Clin Infec Dise, 2007](#)).

Precisamente, un estudio español ([Uranga, 2016](#)) publicado en JAMA, en el mismo número del editorial, confirma estas recomendaciones de la IDSA. La respuesta clínica de los pacientes hospitalizados por neumonía a los que se interrumpió el antibiótico tras 5 días tratamiento -cumplían criterios de la IDSA- no fue inferior a la observada en el grupo control con regímenes de antibiótico más largos.

Neumonía adquirida en el hospital y asociada a ventilación mecánica: la guía IDSA recomienda que la duración de la terapia antimicrobiana sea de 7 días, pero hay situaciones en las que puede estar indicado acortar o alargar la terapia dependiendo de la mejoría clínica, radiológica y parámetros de laboratorio ([Clin Infec Dise, 2016](#)). En la causada por bacilos gram-negativos no fermentadores, acortar la terapia podría tener mayor riesgo de recurrencia ([Cohrane, 2015](#)).

Neumonía comunitaria en niños menores de 5 años: la remisión de la infección con 3 días de tratamiento es tan efectiva como con 5 días ([Cohrane, 2008](#)).

Infección urinaria en niños: el antibiótico durante 2-4 días fue tan efectivo en la erradicación de la infección como el tratamiento de 7-14 días. No se encontraron diferencias entre ambos regímenes en la aparición de resistencias ni en la recurrencia de la infección ([Cochrane, 2003](#)).

No obstante, hay que tener en cuenta que las pautas recogidas en la evidencia científica son orientativas y que cada caso deberá individualizarse. La evolución clínica es el aspecto fundamental a considerar, pero hay otros factores que influyen en la duración de la terapia, como son los factores predictivos de fracaso (patógeno recurrente, inmunosupresión, etc.) o los biomarcadores, como la procalcitonina.

Ventajas de acortar la terapia antibiótica

Si el paciente está estable y no presenta síntomas, suspender la terapia antibiótica reduce la probabilidad de desarrollar resistencias, disminuye los efectos adversos y complicaciones, facilita la adherencia -en atención primaria- y acorta la estancia hospitalaria en el caso de pacientes ingresados. Además, podría suponer un ahorro en el coste de los tratamientos.

En atención primaria ¿cómo proceder?

La atención primaria es el nivel asistencial donde más antibióticos se consumen y, a diferencia de los hospitales, es difícil controlar diariamente la evolución clínica y el cumplimiento terapéutico. El hábito de prescribir antibióticos con una duración fija debería cambiar y hay que recomendar a los pacientes que vuelvan a la consulta si sus síntomas desaparecen antes de completar el tratamiento. De este modo, su médico podrá valorar la evolución clínica y decidir si interrumpir o continuar el tratamiento.

Conclusiones

- La duración de la terapia antibiótica debería INDIVIDUALIZARSE. La evolución clínica del paciente es el aspecto fundamental a considerar
- Prolongar los antimicrobianos más allá de la resolución de los síntomas, a diferencia de lo que se cree, puede aumentar la aparición de patógenos resistentes
- Se recomienda consultar la evidencia científica específica para cada tipo de infección
- Acortar el tiempo de antibiótico tiene importantes ventajas: menor probabilidad de patógenos resistentes, mejor adherencia, menos efectos adversos y menor coste.

La duración del tratamiento antibiótico debe ser la mínima que, adaptada a las circunstancias de cada paciente, consiga la curación completa con una mínima tasa de recurrencia.

Autora: Belén Calabozo¹. Dirección Técnica de Farmacia

Revisores: Mónica Sáez Villafañe¹; José Manuel Guerra Laso²; M^a Isabel Fernández Natal³. Hospital de León

¹Farmacéutica hospitalaria ²Infectólogo ³Microbióloga.