

Tratamiento de Infecciones por Bacilos Gram Negativos resistentes a los antibióticos

Pregunta: ¿Cuáles son los antibióticos preferidos para tratar infecciones por fuera del tracto urinario causadas por enterobacterias productoras de BLEE?

Respuesta: Los antibióticos indicados para el tratamiento de enterobacterias productoras BLEE, son los carbapenémicos como el : meropenem, imipenem-cilastatina o ertapenem. En pacientes críticamente enfermos o con albúmina <2.5 g/dL, se prefiere el uso de meropenem o imipenem-cilastatina.

Pregunta: ¿Tiene algún papel la piperacilina-tazobactam en el tratamiento de infecciones por enterobacterias productoras de BLEE?

Respuesta: Se puede utilizar Pip/tazobactam para el tratamiento de infecciones urinarias producidas por enterobacterias productoras de BLEE en pacientes no críticos el cuándo el MIC es ≤ 4 . En infecciones de otros órgano diferente a la vía urinaria, se recomienda el uso de carbapenémicos.

Pregunta: ¿Puede utilizarse cefepime contra enterobacterias productoras de BLEE?

Respuesta: No se recomienda el uso de cefepime en infecciones ocasionadas por enterobacterias productoras de BLEE.

Pregunta: ¿Cuál es el tratamiento recomendado en infecciones por enterobacterias AmpC?

Respuesta: Cefepime, meropenem o imipenem son opciones para infecciones no graves y graves por *C. freundii*, *E. cloacae* y *K. aerogenes*. Ninguno tiene superioridad clínica sobre los otros. No use ertapenem para el tratamiento de infecciones producidas por *C. freundii*, *E. cloacae* y *K. aerogenes*.

Pregunta: ¿Se recomienda ceftriaxona o cefotaxima en infecciones por *C. freundii*, *E. cloacae* y *K. aerogenes* AmpC?

Respuesta: No se recomienda.

Pregunta: ¿Puede usarse Pip/tazobactam para infecciones ocasionadas por enterobacterias productoras de AmpC?

Respuesta: No se recomienda el uso de Pip/tazobactam para el tratamiento de infecciones ocasionadas por enterobacterias productoras de AmpC.

Pregunta: ¿Qué antibióticos son preferidos para infecciones por enterobacterias resistentes a carbapenémicos (CRE) sin carbapenemasa?

Respuesta: Si las enterobacterias productoras de carbapenémicos son susceptibles a meropenem o imipenem con MIC ≤ 1 $\mu\text{g/mL}$, se sugiere usar en infusión prolongada de 3 horas. Si no hay susceptibilidad

a los carbapenémicos se recomienda usar ceftazidima-avibactam o imipenem-relebactam si son sensibles en el antibiograma.

Pregunta: ¿Qué antibióticos elegir para el tratamiento de CRE productora de KPC?

Respuesta: Use como tratamiento Ceftazidima-avibactam, imipenem-relebactam o meropenem-vaborbactam. Verifique la susceptibilidad de estos antibióticos en pruebas de sensibilidad.

Pregunta: ¿Cuál es la primera opción para una infección producida por una CRE productora de metalobetalactamasa (MBL) como NDM, VIM o IMP?

Respuesta: Ceftazidima-avibactam 2.5 gramos IV cada 6 horas en infusión de 3 horas + aztreonam 2 g IV cada 6 horas, o cefiderocol en monoterapia.

Pregunta: ¿Qué antibióticos son preferidos para Pseudomonas aeruginosa multirresistente (MDR)?

Respuesta: Se recomienda valorar el antibiograma y si los antibióticos tradicionales sensibles (cefepime, piperacilina-tazobactam, ceftazidima, meropenem) estos pueden ser usados. En cistitis los aminoglucósidos como amikacina son una opción.

Pregunta: ¿Qué antibióticos son preferidos para Pseudomonas aeruginosa difícil de tratar (DTR) fuera del tracto urinario?

Respuesta: Ceftolozano-tazobactam, ceftazidima-avibactam e imipenem-relebactam. Cefiderocol es una alternativa. Se debe verificar susceptibilidad de estos medicamentos.

Pregunta: ¿Cuál es el enfoque general para el tratamiento de infecciones por Acinetobacter baumannii resistente a carbapenémicos (CRAB)?

Respuesta: Se indica el uso de Sulbactam-durlobactam + meropenem o imipenem. Si no están disponible este antibiótico, se indica usar ampicilina-sulbactam a dosis alta (9 g IV cada 8 h) en infecciones graves combinada al inicio con otro antibiótico activo y luego considerar monoterapia. El uso de Ampicilina/sulbactam a altas dosis, es independiente de su susceptibilidad in vitro. En el caso de infecciones leves se puede utilizar ampicilina-sulbactam 3 g IV cada 4h en monoterapia, si es susceptible in vitro a este antibiótico. Vigilar toxicidad.

Pregunta: ¿Cuál es el enfoque general para infecciones por Stenotrophomonas maltophilia?

Respuesta: La primera es la combinación de dos antibiótico como cefiderocol, minociclina, TMP-SMX o levofloxacin. La segunda opción es la combinación de ceftazidima-avibactam 2.5 gramos IV cada 8 horas en infusión de 3 horas + aztreonam 2 gramos cada 6 horas.

Pregunta: ¿Cuál es el tratamiento indicado para una ERC productora de carbapenemasa tipo OXA?

Respuesta: Ceftazidima-avibactam es un antibiotico que puede ser usado en una enterobacteria productora de carbapenemasa OXA 48 y no sirve para el tratamiento de OXA23. Imipenem-relevacta