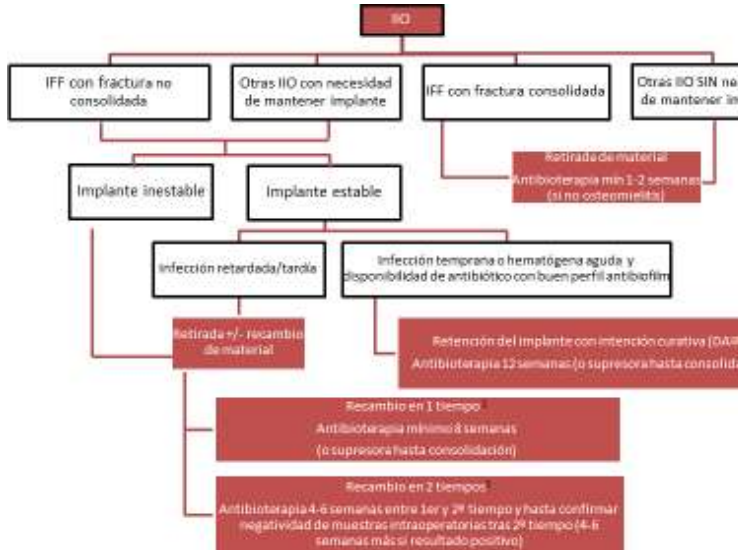


INFECCIÓN OSTEOARTICULAR¹

| Edad | Tratamiento empírico IV ² | Tratamiento empírico OR ² | Paso a vía oral | Duración mínima, con normalización clínico-analítica |
|----------------|---|--|---|--|
| <1 mes | Cloxacilina + cefotaxima Alternativa*: Clindamicina + gentamicina | Habitualmente tratamiento completo IV (individualizar; entre 1 y 3 meses mín 7 días IV) | | Artritis séptica aguda: 2 semanas Osteomielitis aguda: 3 semanas Duración más prolongada, individualizada (4-6 semanas) si: respuesta lenta, subóptima o complicaciones; necesidad de varias intervenciones; bacteriemia persistente; SARM o LPV+, <i>Salmonella</i> ; localización pélvica o columna; inmunosupresión. Infección crónica: mínimo 6-8 semanas (individualizar) |
| 1-3 meses | Cloxacilina + ceftriaxona Alternativa*: Clindamicina + gentamicina | | | |
| 3 meses-2 años | Cefuroxima 200 mg/kg/día c.6h Alternativa*: Cotrimoxazol o ciprofloxacino | Tras 2-4 días ⁴ en infección aguda no complicada (24 horas de apirexia, mejoría clínica y disminución de PCR de 30-50%). | | |
| ≥2 años | Cefazolina ³ 150 mg/kg/día c.8h Alternativa*: Vancomicina o clindamicina | | Cefadroxi ³ 60-90 mg/kg/día c.8h Alternativa*: Cotrimoxazol, cipro/levofloxacino, clindamicina o linezolid | |

| | | | | |
|---|---|--|---|---|
| <p>Asociada a implantes ortopédicos</p> | <p>Infección precoz (<1-3 meses postqx): Vancomicina 60 mg/kg/día c.6h +ceftazidima 150 mg/kg/día c.8h Alternativa*: Vancomicina + ciprofloxacino</p> <p>Infección retardada/tardía: Vancomicina</p> | <p>Ciprofloxacino o levofloxacino +/-rifampicina⁵</p> <p>Alternativa: Cotrimoxazol +/- rifampicina⁵</p> | <p>Si cirugía, 5-7 días tras la misma</p> |  <p>IIO= Infección asociada a implante ortopédico IFF= infección asociada a fijación de fractura DAIR=desbridamiento con retención de implante</p> |
|---|---|--|---|---|

Alternativas en alergia a penicilina *con reacción inmediata y tardía grave.

¹Hematógena (lo más frecuente en Pediatría) o por extensión de un foco séptico contiguo o inoculación directa. Considerar siempre posible necesidad de tratamiento quirúrgico.

²Posología de B-lactámicos con dosis habitualmente 2-3 veces superiores a las habituales. Dosis estándar en caso de clindamicina, TMP-SMX y quinolonas. Ajustar pauta de tratamiento según factores de riesgo específicos y/o microorganismo aislado:

- *Kingella* à amoxicilina OR.
- SGA, *S. agalactiae* o *S. pneumoniae* sensibles à ampicilina IV y amoxicilina OR.
- En infecciones en relación con heridas por mordedura à amoxicilina-clavulánico o ceftriaxona + metronidazol.
- Sospecha de Infección por *Pseudomonas* (por ej. OM en relación con fractura abierta o con herida punzante en planta del pie)à asociar ceftazidima o ciprofloxacino.
- Colonización/antecedente de infección por SARM à Vancomicina. Valorar alternativas con Infectología.
- Considerar otras etiologías potenciales menos habituales según factores de riesgo (i.e drepanocitosis-*Salmonella*; contacto TB-*M. tuberculosis*; varicela-*S. pyogenes*...)

³Excepto en mayores de 2 años NO vacunados frente a neumococo o Hib, que estarían indicados cefuroxima IV y amoxicilina-clavulánico OR.

⁴En casos seleccionados y siempre de acuerdo con Infectología se podría valorar el tratamiento oral de entrada, en pacientes con cuadro clínico altamente sugestivo de infección por *Kingella* (6m-5a, BEG, afectación leve, nula o mínima alteración analítica, posibilidad de seguimiento estrecho etc).

⁵Asociar rifampicina siempre y cuando se haya realizado un adecuado control del foco y haya disminuido la carga bacteriana (2-3 días tras intervención); nunca utilizarla en monoterapia.

Protocolos relacionados:

A-PED-PC-0049-01_ Infección osteoarticular (IOA) en el paciente pediátrico inmunocompetente

A-PED-PC-0087-01_ Infección osteoarticular asociada a implantes ortopédicos

- Saavedra, J.; Falup-Pecurariu, O.; Faust, S.; Girschick, H.; Hartwig, N.; Kaplan, S.; Lorrot, M.; Mantadakis, E.; Peltola, H.; Rojo, P.; et al. Practice Guideline Bone and Joint infections. 2017. Available online: <http://links.lww.com/INF/C729> (accessed on 14 February 2020).
- Saavedra-Lozano J, Calvo C, Huguet Carol R, Rodrigo C, Núñez E, Pérez C, et al. [SEIP-SERPE-SEOP Consensus Document on aetiopathogenesis and diagnosis of uncomplicated acute osteomyelitis and septic arthritis]. An Pediatr Barc Spain 2003. 2015 Sep;83(3): 216.e1-10.
- Saavedra-Lozano J, Calvo C, Huguet Carol R, Rodrigo C, Núñez E, Obando I, et al. [SEIP-SERPE-SEOP Consensus document on the treatment of uncomplicated acute osteomyelitis and septic arthritis]. Pediatr Barc. 2015 Apr;82(4): 273.e1-273.e10.
- Woods CR, Bradley JS, Chatterjee A, Copley LA, Robinson J, Kronman MP, Arrieta A, Fowler SL, Harrison C, Carrillo-Marquez MA, Arnold SR, Eppes SC, Stadler LP, Allen CH, Mazur LJ, Creech CB, Shah SS, Zaoutis T, Feldman DS, Lavergne V. Clinical Practice Guideline by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America: 2021 Guideline on Diagnosis and Management of Acute Hematogenous Osteomyelitis in Pediatrics. J Pediatric Infect Dis Soc. 2021 Sep 23;10(8):801- 844.
- Benito N, Martínez-Pastor JC, Lora-Tamayo J, Ariza J, Baeza J, Belzunegui-Otano J, Cobo J, Del-Toro MD, Fontecha CG, Font- Vizcarra L, Horcajada JP, Morata L, Murillo O, Nolla JM, Núñez-Cuadros E, Pigrau C, Portillo ME, Rodríguez-Pardo D, Sobrino- Díaz B, Saavedra-Lozano J. Executive summary: Guidelines for the diagnosis and treatment of septic arthritis in adults and children, developed by the GEIO (SEIMC), SEIP and SECOT. Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed). 2023 Oct 31: S2529-993X (23)00255-1.

- Patel R. Periprosthetic Joint Infection. *N Engl J Med*. 2023 Jan 19; 388(3):251-262. doi: 10.1056/NEJMra2203477. PMID: 36652356.
- Tai DBG, Patel R, Lovecchio F, Kwee T, Wouthuyzen-Bakker M. State-of-the-Art Review: Diagnosis and Management of Spinal Implant Infections. *Clin Infect Dis*. 2024 Dec 17; 79(6):e65-e71. doi: 10.1093/cid/ciae436. Erratum in: *Clin Infect Dis*. 2025 Mar 17; 80(3):698. doi: 10.1093/cid/ciaf013. PMID: 39688553.
- Bernard L, Arvieux C, Brunschweiler B, Touchais S, Ansart S, Bru JP, Oziol E, Boeri C, Gras G, Druon J, Rosset P, Senneville E, Bentayeb H, Bouhour D, Le Moal G, Michon J, Aumaître H, Forestier E, Laffosse JM, Begué T, Chirouze C, Dauchy FA, Devaud E, Martha B, Burgot D, Boutoille D, Stindel E, Dinh A, Bemer P, Giraudeau B, Issartel B, Caille A. Antibiotic Therapy for 6 or 12 Weeks for Prosthetic Joint Infection. *N Engl J Med*. 2021 May 27;384(21):1991-2001. doi: 10.1056/NEJMoa2020198. PMID: 34042388.