Gramnegativos resistentes: cómo tratar BLEE, AmpC, carbapenemasas, Pseudomonas DTR, Acinetobacter y Stenotrophomonas (guía IDSA 2026)

Basada en la guía de la Infectious Diseases Society of America: Tamma PD, Bonomo RA, Heil EL, Justo JA, Satlin MJ, Mathers AJ. *Infectious Diseases Society of America 2026 Guidance on the Treatment of Antimicrobial-Resistant Gram-Negative Infections*. Clin Infect Dis 2026 (doi 10.1093/cid/ciag481; vigente al 1 de marzo de 2026; reemplaza las versiones previas), y en la revisión Tamma PD. *Gram-Negative Bacterial Resistance*. N Engl J Med 2026;395:1728–43. La guía se enfoca en la práctica en Estados Unidos; la columna de disponibilidad en México es agregado editorial.

Versión 1.0 · 30 de octubre de 2026 · Equipo editorial de Medicina en Resumen · Cada recomendación y dosis verificada contra la fuente original

58 %
de los aislados de *E. coli* en México producen BLEE (revisión NEJM 2026)

12 vs 4 %
mortalidad a 30 días con piperacilina-tazobactam vs meropenem en bacteriemia por BLEE (ensayo detenido antes de tiempo)

~10 vs <3 %
resistencia durante el tratamiento de KPC: ceftazidima-avibactam vs imipenem-relebactam o meropenem-vaborbactam

LO QUE TIENES QUE SABER

- **Se trata por mecanismo y por sitio**, no solo por el antibiograma: en una BLEE "sensible", piperacilina-tazobactam **no** se usa fuera de la vía urinaria, y cefepima ni siquiera en IVU complicada.
- **BLEE invasiva = carbapenémico** (meropenem o imipenem si hay estado crítico o hipoalbuminemia). En cistitis, nitrofurantoína o TMP-SMX.
- **AmpC inducible** (*Enterobacter cloacae*, *Klebsiella aerogenes*, *Citrobacter freundii*, *Hafnia alvei*): **cefepima** si CMI ≤8; ceftriaxona y piperacilina-tazobactam no se sugieren en infección invasiva.
- **CRE: identifica la carbapenemasa**. KPC → ceftazidima-avibactam, imipenem-relebactam o meropenem-vaborbactam. NDM → aztreonam-avibactam o cefiderocol (o ceftazidima-avibactam + aztreonam). OXA-48 → ceftazidima-avibactam.
- **Pseudomonas DTR**: ceftolozano-tazobactam, ceftazidima-avibactam o imipenem-relebactam (en IVU complicada también cefiderocol); ceftolozano-tazobactam de elección en neumonía. Si es sensible a betalactámicos tradicionales, úsalos antes que un carbapenémico.
- **CRAB**: sulbactam-durlobactam + imipenem o meropenem. **Stenotrophomonas**: cefiderocol en monoterapia.
- La **terapia combinada** no se sugiere de rutina en CRE ni en Pseudomonas DTR con sensibilidad confirmada. La resistencia por sí sola no obliga a prolongar el tratamiento.

1 Antes de elegir: definiciones y empírico
2 BLEE (ESBL-E)
3 AmpC inducible
4 Enterobacterias resistentes a carbapenémicos (CRE)
5 *Pseudomonas aeruginosa* DTR
6 *Acinetobacter baumannii* resistente (CRAB)
7 *Stenotrophomonas maltophilia*
8 Dosis y disponibilidad en México
9 Lo que estás haciendo mal
10 Preguntas tipo examen

1 Antes de elegir: definiciones y tratamiento empírico

TÉRMINO	DEFINICIÓN OPERATIVA EN LA GUÍA
BLEE (ESBL-E)	Enterobacteria productora de betalactamasa de espectro extendido. Sin prueba molecular, la **resistencia a ceftriaxona (CMI ≥4 µg/mL) en *E. coli*, *K. pneumoniae* o *K. oxytoca*** se acepta como marcador sustituto. En *Enterobacter*, *K. aerogenes* o *C. freundii*, la resistencia a ceftriaxona suele deberse a AmpC.
AmpC-E de riesgo moderado	*E. cloacae* complex, *K. aerogenes*, *C. freundii* y probablemente *H. alvei*: gen *ampC* inducible con riesgo de resistencia durante el tratamiento.
CRE	Enterobacteria resistente a al menos un carbapenémico o productora de carbapenemasa (en *Morganella*, *Proteus* y *Providencia* se exige resistencia a un carbapenémico distinto de imipenem). Puede o no producir carbapenemasa (KPC, NDM, OXA-48, VIM, IMP); el tratamiento depende del mecanismo.
Pseudomonas MDR	No sensible a ≥1 antibiótico en ≥3 clases (penicilinas, cefalosporinas, carbapenémicos, fluoroquinolonas, aminoglucósidos).
Pseudomonas DTR	No sensible a **todos**: aztreonam, cefepima, ceftazidima, ciprofloxacino, imipenem, levofloxacino, meropenem y piperacilina-tazobactam.

IVU no complicada (uUTI)	Confinada a la vejiga, en mujeres u hombres sin fiebre.
IVU complicada (cUTI)	Se extiende más allá de la vejiga: pielonefritis, IVU febril o con bacteriemia, asociada a sonda o prostatitis.

TRATAMIENTO EMPÍRICO

- Guiarlo por el patógeno probable, la gravedad, el foco y el paciente (alergia grave a betalactámicos, inmunosupresión, función renal).
- Revisar **cultivos y antibiogramas de los últimos 12 meses**, **antibióticos de los últimos 3 meses** y la epidemiología local.
- Los esquemas empíricos habituales casi nunca cubren CRAB ni *Stenotrophomonas*: cubrirlos se decide caso por caso.
- Distinguir **infección de colonización**: tratar colonizaciones selecciona más resistencia.

DURACIÓN Y PASO A VÍA ORAL

- La duración **no tiene que ser mayor** que la de la misma infección por un germen sensible.
- Si el empírico resultó inactivo en una infección distinta a cistitis, cambiar a un fármaco activo y **contar la duración desde el inicio de la terapia activa**.
- En cistitis con mejoría clínica, aunque el empírico fuera inactivo, no hace falta repetir urocultivo, cambiar ni prolongar.
- El control del foco (drenaje, retiro de dispositivos) es parte del tratamiento.

2 BLEE (ESBL-E): el sitio manda

SITIO	PREFERIDOS	ALTERNATIVOS O CON CONDICIONES
Cistitis (uUTI)	Aminoglucósido en dosis única, gepotidacina, **nitrofurantoína**, pivmecilinam, sulopenem, **TMP-SMX** (sin orden de preferencia)	Fosfomicina oral (solo *E. coli*). Si no hay opción: fluoroquinolona, cefepima-enmetazobactam o carbapenémico
IVU complicada (cUTI)	**TMP-SMX, ciprofloxacino o levofloxacino** si son activos. Si no: cefepima-enmetazobactam o carbapenémico (ertapenem, meropenem, imipenem)	Fosfomicina IV (solo *E. coli*), aminoglucósidos, **piperacilina-tazobactam** (solo sin estado crítico y sin bacteriemia)
Fuera de la vía urinaria (bacteriemia, intraabdominal, neumonía, piel)	**Ertapenem, imipenem o meropenem**. Imipenem o meropenem si hay **estado crítico o hipoalbuminemia**: el ertapenem se une mucho a proteínas; con albúmina baja aumenta su fracción libre y se depura más rápido (en un estudio observacional, albúmina <2.5 g/dL se asoció a más mortalidad), y en el crítico su farmacocinética es impredecible	Cefepima-enmetazobactam. Al estabilizarse: **paso a ciprofloxacino, levofloxacino o TMP-SMX oral** si son activos

LO QUE NO SE SUGIERE AUNQUE SALGA SENSIBLE

- **Piperacilina-tazobactam fuera de la vía urinaria.** En el ensayo de bacteriemia por BLEE (n = 391), la supervivencia a 30 días fue 88 % (164/187) vs 96 % (184/191) con meropenem y se detuvo antes de tiempo. En el reanálisis con CMI ≤16 la diferencia se atenuó (91 vs 96 %; IC 95 % −1 a 11 %), pero la guía sigue prefiriendo carbapenémico.
- **Cefepima** en cUTI o fuera de la vía urinaria.
- **Cefamicinas** (cefoxitina, cefotetán): faltan datos clínicos y dosis óptima.
- Paso oral con **nitrofurantoína, fosfomicina, amoxicilina-clavulanato, omadaciclina o doxiciclina** en bacteriemia: concentraciones séricas insuficientes.

MATICES ÚTILES

- Si empezaste piperacilina-tazobactam o cefepima en una **cistitis** y el paciente mejoró, no cambies ni prolongues.
- Reserva aztreonam-avibactam, ceftazidima-avibactam, meropenem-vaborbactam, imipenem-relebactam, ceftolozano-tazobactam y cefiderocol para **resistencia a carbapenémicos**, aunque sean activos contra BLEE.
- La evidencia de bacteriemia se extrapola a infecciones intraabdominales, de piel y tejidos blandos, y neumonía.

3 AmpC inducible: no te confíes de la ceftriaxona

OPCIÓN	POSTURA DE LA GUÍA
Cefepima	**Sugerida** si CMI ≤8 µg/mL (sensible o sensible dependiente de dosis) y no se ha identificado una BLEE.
Ceftriaxona, cefotaxima, ceftazidima	**No en infección invasiva**. Excepción: infección no grave iniciada con ceftriaxona, con mejoría clínica y foco controlado: es razonable terminar el curso.

Piperacilina-tazobactam	No en infección invasiva.
No betalactámicos (TMP-SMX, fluoroquinolonas, aminoglucósidos, tetraciclinas)	Opción eficaz si son activos: no son sustrato de AmpC. Elegir según sitio, gravedad y toxicidad.
Betalactámicos nuevos	Activos, pero se reservan para resistencia a carbapenémicos. **Ceftolozano-tazobactam no se sugiere** para AmpC-E.

Organismos de bajo riesgo de AmpC (*Serratia marcescens*, *Morganella morganii*, *Providencia* y otros poco frecuentes): es razonable tratar según el antibiograma (ceftriaxona si es sensible). Solo con carga bacteriana alta y control del foco limitado (endocarditis, sistema nervioso central) es razonable considerar cefepima aunque salga sensible a ceftriaxona.

4 CRE: primero el mecanismo

Enterobacteria resistente a carbapenémico
Pide al laboratorio la identificación de la carbapenemasa

Sin carbapenemasa
Ertapenem R, pero meropenem e imipenem S (CMI ≤1)
→ **meropenem o imipenem en infusión extendida**, con vigilancia estrecha

KPC
→ **ceftazidima-avibactam, imipenem-relebactam o meropenem-vaborbactam**
Alternativos: aztreonam-avibactam, cefiderocol, eravaciclina o tigeciclina*

NDM (metalo-betalactamasa)
→ **aztreonam-avibactam o cefiderocol**
Alternativo si no hay aztreonam-avibactam: ceftazidima-avibactam + aztreonam simultáneos
Alternativos: eravaciclina o tigeciclina*

OXA-48
→ **ceftazidima-avibactam** (>95 % de aislados sensibles)
Alternativos: aztreonam-avibactam, cefiderocol, eravaciclina o tigeciclina*
No meropenem-vaborbactam ni imipenem-relebactam

* Eravaciclina y tigeciclina no se sugieren en bacteriemia ni en IVU: se distribuyen rápido a tejidos y dejan concentraciones bajas en sangre y orina. Con tigeciclina, una CMI ≥0.5 µg/mL se asocia a malos desenlaces aunque se reporte "sensible".

CRE EN VÍA URINARIA

- **Cistitis**: aminoglucósido en dosis única, ciprofloxacino, levofloxacino, nitrofurantoína o TMP-SMX (aunque la probabilidad de sensibilidad es baja). Los IV nuevos se reservan.
- **cUTI**: ciprofloxacino, levofloxacino o TMP-SMX si son activos; o IV nuevos (aztreonam-avibactam, cefiderocol, ceftazidima-avibactam, imipenem-relebactam, meropenem-vaborbactam), sobre todo con inestabilidad. Alternativos: fosfomicina IV (preferentemente *E. coli*) o aminoglucósido una vez al día.

KPC: POR QUÉ IMPORTA CUÁL ELIGES

- No hay ensayos que comparen directamente los tres preferidos; los tres superan a los esquemas con polimixina o aminoglucósido en desenlaces y toxicidad.
- Entre los tres, el panel favorece ligeramente meropenem-vaborbactam, luego ceftazidima-avibactam y luego imipenem-relebactam.
- Resistencia durante el tratamiento: **~10 % con ceftazidima-avibactam** vs **<3 % con imipenem-relebactam o meropenem-vaborbactam**.
- La **terapia combinada** (betalactámico + aminoglucósido, quinolona, fosfomicina, tetraciclina o polimixina) **no se sugiere de rutina** en CRE.

5 *Pseudomonas aeruginosa* con resistencia difícil de tratar (DTR)

ESCENARIO	PREFERIDOS	ALTERNATIVOS / NOTAS
Sensible a betalactámicos tradicionales o quinolonas	Aztreonam, cefepima, ceftazidima, piperacilina-tazobactam, ciprofloxacino o levofloxacino **antes que un carbapenémico**	El carbapenémico selecciona más resistencia durante el tratamiento sin mejores desenlaces
DTR · cUTI	Cefiderocol, ceftazidima-avibactam, ceftolozano-tazobactam, imipenem-relebactam (sin orden)	Amikacina o tobramicina una vez al día
DTR · fuera de vía urinaria	Ceftazidima-avibactam, ceftolozano-tazobactam, imipenem-relebactam. **Neumonía: ceftolozano-tazobactam**	Cefiderocol
DTR productora de carbapenemasa	KPC: cefiderocol, ceftazidima-avibactam o imipenem-relebactam. **MBL (NDM, VIM, IMP): cefiderocol**	Poco frecuente en EUA; pide al laboratorio el mecanismo

OJO

- Hay **resistencia emergente en ~20 %** de los aislados tratados con betalactámicos nuevos: si no hay respuesta, repite cultivos y antibiograma.
- Pide al laboratorio sensibilidad a los 4 nuevos (cefiderocol, ceftazidima-avibactam, ceftolozano-tazobactam, imipenem-relebactam): su actividad varía.
- **No combinar** una vez confirmada la sensibilidad a uno de los 4, y **no usar antibióticos nebulizados** de rutina en neumonía si hay un betalactámico sistémico activo.

6 *Acinetobacter baumannii* resistente a carbapenémicos (CRAB)

TRATAMIENTO

- Preferido **Sulbactam-durlobactam + imipenem o meropenem**.
- Alternativos cefiderocol, minociclina o polimixina B, siempre **en combinación** con otro fármaco, y solo si hay resistencia a sulbactam-durlobactam o como **puente** mientras se consigue.
- **Ampicilina-sulbactam a dosis alta** (9 g de sulbactam al día) + un segundo fármaco (cefiderocol, minociclina o polimixina B): solo como **puente temporal** hasta iniciar sulbactam-durlobactam.
- El sulbactam actúa contra *A. baumannii* a exposiciones altas, aun con aislados reportados como no sensibles.
- **No** se sugieren antibióticos nebulizados de rutina en neumonía por CRAB.

ANTES DE TRATAR

- CRAB aparece sobre todo en cultivos respiratorios y de heridas, donde distinguir colonización de infección es difícil (ventilación mecánica, quemaduras extensas).
- La infección invasiva ocurre sobre todo en el paciente crítico.
- Muchos laboratorios no separan *A. baumannii* del resto del complejo *A. baumannii-calcoaceticus*.

7 *Stenotrophomonas maltophilia*

OPCIÓN	POSTURA
Cefiderocol	Preferido, en monoterapia (basado sobre todo en modelos animales, no en desenlaces clínicos)
Aztreonam-avibactam	Alternativo, de preferencia con un segundo fármaco
Levofloxacino, minociclina, TMP-SMX	Alternativos solo **como parte de terapia combinada**

8 Dosis en adultos con función renal normal y disponibilidad en México

FÁRMACO	DOSIS (GUÍA IDSA 2026)	MÉXICO*
Meropenem	cUTI e invasiva: 1–2 g IV c/8 h en infusión de 3 h (2 g en obesidad, SNC, ECMO o DCr ≥130). Cistitis: 1 g c/8 h en 30 min	Genérico
Imipenem-cilastatina	500 mg c/6 h en 3 h (si es factible) o 1 g c/8 h en 1 h; DCr ≥90: 1 g c/6 h	Genérico
Ertapenem	1 g IV c/24 h	Genérico
Cefepima	Carga de 2 g en 30 min, luego 2 g c/8 h en infusión de 3 h. Cistitis: 1 g c/8 h	Genérico
Ceftazidima-avibactam	2.5 g (2 g + 0.5 g) IV c/8 h en 3 h	Registro SSA
Ceftazidima-avibactam + aztreonam	Ceftazidima-avibactam 2.5 g c/8 h + aztreonam 2 g c/8 h, ambos en 3 h y simultáneos (en Y)	Aztreonam: verificar
Ceftolozano-tazobactam	3 g (2 g + 1 g) IV c/8 h en 3 h. Cistitis: 1.5 g c/8 h en 1 h	Registro SSA
Imipenem-relebactam	1.25 g IV c/6 h en 30 min	Sin registro localizado
Meropenem-vaborbactam	4 g (2 g + 2 g) IV c/8 h en 3 h	Sin registro localizado
Aztreonam-avibactam	Carga 2.67 g en 3 h, luego 2 g (1.5 g + 0.5 g) c/6 h en 3 h	Sin registro localizado
Cefiderocol	2 g IV c/8 h en 3 h (DCr ≥120: c/6 h)	Acceso temprano
Sulbactam-durlobactam	2 g (1 g + 1 g) IV c/6 h en 3 h (DCr ≥130: c/4 h), con imipenem o meropenem	Sin registro localizado

Ampicilina-sulbactam (dosis alta)	9 g (6 g + 3 g) IV c/8 h en 4 h, o 27 g en infusión continua de 24 h (9 g de sulbactam al día)	Genérico
Tigeciclina	Carga de 200 mg, luego 100 mg IV c/12 h	Registro SSA
Minociclina	200 mg IV u oral c/12 h	Solo oral localizada
Fosfomicina	Cistitis: 3 g VO dosis única. cUTI: 6 g IV c/8 h en 1 h	Oral e IV con registro
TMP-SMX	Cistitis: 160 mg (TMP) c/12 h. Otras: 8–15 mg/kg/día (TMP) divididos c/8–12 h	Genérico
Ciprofloxacino / levofloxacino	Cipro: 400 mg IV c/8 h o 750 mg VO c/12 h (cistitis: 400 mg IV c/12 h o 500 mg VO c/12 h). Levo: 750 mg IV/VO c/24 h	Genérico
Nitrofurantoína	Macrocristales/monohidrato 100 mg VO c/12 h (5 días)	Genérico
Amikacina / gentamicina	Cistitis: dosis única (amikacina 15 mg/kg; gentamicina 5 mg/kg). cUTI: amikacina 15 mg/kg o gentamicina 7 mg/kg y ajustar por niveles	Genérico
Polimixinas	Según el consenso internacional de polimixinas	Colistimetato con registro · polimixina B: verificar

* Agregado editorial (29-oct-2026): "Registro SSA" = registro localizado en el diccionario PLM México (ceftazidima-avibactam Reg. 057M2018 SSA; ceftolozano-tazobactam Reg. 023M2017 SSA; colistimetato Reg. 152M2015 SSA; fosfomicina IV Reg. 87806 SSA). "Acceso temprano" = cefiderocol sin aprobación comercial en Latinoamérica, disponible en México por un programa de acceso temprano (2024). "Sin registro localizado" no prueba que no exista: confirma con la farmacia de tu hospital. Gepotidacina, sulopenem, pivmecilinam, cefepima-enmetazobactam, eravaciclina y plazomicina tampoco se localizaron.

SI NO TIENES LOS ANTIBIÓTICOS NUEVOS

- En KPC u OXA-48, ceftazidima-avibactam sí tiene registro en México. En NDM, la combinación **ceftazidima-avibactam + aztreonam** es la opción realista si consigues aztreonam.
- Los esquemas basados en polimixina o aminoglucósido tuvieron peores desenlaces y más toxicidad que los betalactámicos nuevos: si son tu única opción, involucra a infectología.
- En CRAB, sulbactam-durlobactam no tiene registro localizado en México: el puente con ampicilina-sulbactam a dosis alta + un segundo fármaco puede ser lo único disponible; decide con infectología.
- Pide al laboratorio la **prueba de carbapenemasa**: sin el mecanismo, es fácil elegir un fármaco inactivo (por ejemplo, ceftazidima-avibactam sola en NDM).

9 Lo que estás haciendo mal

ERROR FRECUENTE	LO QUE DICE LA GUÍA
Dar piperacilina-tazobactam a una bacteriemia por BLEE porque el antibiograma dice "sensible"	Carbapenémico fuera de la vía urinaria, aunque salga sensible
Usar ertapenem en el paciente crítico o con hipoalbuminemia	Meropenem o imipenem: con albúmina baja el ertapenem se depura más rápido, y en el crítico su farmacocinética es impredecible
Tratar con ceftriaxona una bacteriemia por *Enterobacter cloacae* sensible	Cefepima (CMI ≤8): riesgo de resistencia por AmpC inducible durante el tratamiento
Tratar "una CRE" sin saber la carbapenemasa	KPC, NDM y OXA-48 tienen tratamientos distintos; ceftazidima-avibactam sola no sirve en NDM
Combinar de rutina dos antibióticos en CRE o Pseudomonas DTR	Monoterapia con un betalactámico activo; la combinación no mejoró desenlaces
Usar meropenem en una Pseudomonas sensible a cefepima o piperacilina-tazobactam	Betalactámico tradicional: preserva los carbapenémicos
Bajar a nitrofurantoína o amoxicilina-clavulanato tras una bacteriemia por BLEE	Paso oral solo con ciprofloxacino, levofloxacino o TMP-SMX activos
Alargar el tratamiento "porque es resistente"	La duración no cambia; se cuenta desde el inicio de la terapia activa

10 Preguntas tipo examen

1. Mujer de 67 años con colangitis y bacteriemia por *E. coli* BLEE, en choque séptico y albúmina de 2.1 g/dL. El antibiograma reporta piperacilina-tazobactam sensible. ¿Qué es lo indicado?

A) Piperacilina-tazobactam en infusión extendida B) Ertapenem C) Meropenem D) Cefepima a dosis alta

C. Infección invasiva por BLEE: carbapenémico. Con estado crítico e hipoalbuminemia se prefiere meropenem o imipenem sobre ertapenem. Piperacilina-tazobactam y cefepima no se sugieren fuera de la vía urinaria aunque salgan sensibles.

2. Mujer de 30 años, afebril, con cistitis por *E. coli* BLEE sensible a nitrofurantoína. ¿Qué das?

A) Ertapenem 3 días B) Nitrofurantoína 100 mg c/12 h C) Meropenem D) Ceftazidima-avibactam

B. En cistitis por BLEE son preferidos nitrofurantoína, TMP-SMX, aminoglucósido en dosis única, gepotidacina, pivmecilinam o sulopenem. Los carbapenémicos quedan para cuando no hay otra opción.

3. Bacteriemia por *Enterobacter cloacae* sensible a ceftriaxona (CMI 0.5) y a cefepima (CMI 1). ¿Cuál es la mejor opción?

A) Ceftriaxona B) Piperacilina-tazobactam C) Cefepima D) Ceftolozano-tazobactam

C. AmpC inducible de riesgo moderado: cefepima si CMI ≤8. Ceftriaxona y piperacilina-tazobactam no se sugieren en infección invasiva; ceftolozano-tazobactam no se sugiere para AmpC-E.

4. Bacteriemia por *K. pneumoniae* productora de NDM. Si no hay aztreonam-avibactam ni cefiderocol, ¿qué esquema es el indicado?

A) Ceftazidima-avibactam sola B) Meropenem-vaborbactam C) Ceftazidima-avibactam + aztreonam simultáneos D) Tigeciclina

C. Es la alternativa de la guía cuando no hay aztreonam-avibactam (los preferidos son aztreonam-avibactam y cefiderocol). Avibactam no inhibe metalo-betalactamasas, pero protege al aztreonam (que las metalo-betalactamasas no hidrolizan) de las otras betalactamasas que suelen acompañar. Tigeciclina no se sugiere en bacteriemia.

5. Infección por enterobacteria KPC. ¿Qué afirmación es correcta?

A) Se sugiere combinar con aminoglucósido B) La resistencia durante el tratamiento es mayor con ceftazidima-avibactam (~10 %) que con imipenem-relebactam o meropenem-vaborbactam (<3 %) C) Eravaciclina es de elección en bacteriemia D) Ertapenem es suficiente si es sensible a meropenem

B. Los tres preferidos son ceftazidima-avibactam, imipenem-relebactam y meropenem-vaborbactam; la combinación no se sugiere de rutina y las tetraciclinas no se usan en bacteriemia.

6. Neumonía asociada al ventilador por *P. aeruginosa* DTR, sensible a los 4 betalactámicos nuevos. ¿Qué eliges?

A) Ceftolozano-tazobactam B) Cefiderocol C) Meropenem + amikacina nebulizada D) Colistimetato + meropenem

A. En neumonía por Pseudomonas DTR, ceftolozano-tazobactam es el preferido; cefiderocol es alternativo fuera de la vía urinaria. No se combinan ni se nebulizan de rutina si hay un betalactámico activo.

7. ¿Cuál es el tratamiento preferido de la infección invasiva por *Acinetobacter baumannii* resistente a carbapenémicos?

A) Colistimetato en monoterapia B) Sulbactam-durlobactam + imipenem o meropenem C) Tigeciclina en monoterapia D) Cefiderocol en monoterapia

B. Las alternativas (cefiderocol, minociclina, polimixina B) van siempre en combinación y solo si hay resistencia a sulbactam-durlobactam o como puente; ampicilina-sulbactam a dosis alta + un segundo fármaco es solo un puente temporal.

8. ¿Qué fármaco se prefiere en monoterapia para la infección invasiva por *Stenotrophomonas maltophilia*?

A) TMP-SMX B) Levofloxacino C) Cefiderocol D) Minociclina

C. TMP-SMX, levofloxacino y minociclina son alternativos solo como parte de terapia combinada; aztreonam-avibactam es alternativo, de preferencia con un segundo fármaco.

Referencias

1. Tamma PD, Bonomo RA, Heil EL, Justo JA, Satlin MJ, Mathers AJ. Infectious Diseases Society of America 2026 Guidance on the Treatment of Antimicrobial-Resistant Gram-Negative Infections. Clin Infect Dis 2026. doi:10.1093/cid/ciag481.
2. Tamma PD. Gram-Negative Bacterial Resistance. N Engl J Med 2026;395:1728–43. doi:10.1056/NEJMra2506114.
3. Diccionario de Especialidades Farmacéuticas PLM México: Zavicefta (Reg. 057M2018 SSA), Zerbaxa (Reg. 023M2017 SSA), Tygacil, Fosfocil solución inyectable y colistimetato. Consultado el 29-oct-2026.
4. Inceptua Group. Ampliación del programa de acceso temprano a cefiderocol en Latinoamérica (Argentina, Chile, Colombia, Guatemala, México y Panamá). Outsourcing-Pharma, 16-may-2024.

SOBRE ESTA GUÍA EN RESUMEN

Medicina en Resumen condensa guías y artículos recientes para médicos. Cada cifra se verifica contra la fuente original. La información se basa en la bibliografía citada y no sustituye el criterio del médico tratante ni la consulta con infectología. La guía IDSA se enfoca en Estados Unidos: ajusta a tu epidemiología local y a la disponibilidad de tu hospital. Más guías, artículos explicados y videos en **medicinaenresumen.com** · @medicina.en.resumen