

CURSO TRATAMIENTO EMPÍRICO EN INFECCIONES

NEUMONÍA ADQUIRIDA COMUNIDAD

Ainhoa Urraca Gamaury

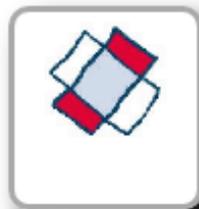
S. Urgencias. Grupo PROA Zamora.

Marzo 2024





Enlaces Destacados



Inicio

Pacientes

- [Programas](#)

GENERAL

MEDICINA





> Información general

- > Presentación
- > Compromiso social
- > Reseña histórica
- > Área de influencia
- > Estructura y órganos de dirección
- > Comisiones hospitalarias
- > Campañas
- > Cartera de servicios
- > Calidad
- > Publicaciones
- > Enlaces
- > Normativa
- > Docencia
- > Destacados

> Complejo asistencial

- > Hospital Virgen de la Concha
- > Hospital Provincial
- > Hospital de Benavente
- > Centro E. de Benavente



Destacados

- Comunicado sobre una brecha de seguridad en el Estudio Nacional en Enfermedad Inflamatoria Intestinal sobre Determinantes Genéticos y Ambientales 'Eneida'



Presentación

Desde aquí le damos la bienvenida al Complejo Asistencial de Zamora. Podrá conocernos y saber con qué recursos contamos para resolver o paliar su problema de salud, y por otra parte, con su colaboración y sus sugerencias, nos ayudará a prestar la atención sanitaria que nos corresponde con la máxima calidad, que es en definitiva nuestro principal objetivo.

- Campaña de sensibilización frente a las agresiones en el ámbito sanitario



Con el objetivo de promover la generación de un clima de confianza, respeto y seguridad en las relaciones entre los profesionales sanitarios y los usuarios del sistema sanitario, familiares o acompañantes.



Donaciones

Si usted mismo o alguno de sus familiares o amigos desea ser Donante de Sangre, le recordamos que para ello puede ponerse en contacto con el Servicio de Hematología del Hospital Virgen de la Concha.

Para mas información puede llamar al teléfono gratuito:
900 40 50 60



› Información general

- › Presentación
- › Compromiso social
- › Reseña histórica
- › Área de influencia
- › Estructura y órganos de dirección
- › Comisiones hospitalarias
- › Campañas
- › Cartera de servicios
- › Calidad
- › Publicaciones
- › Enlaces
- › Normativa
- › Docencia
- › Destacados

› Complejo asistencial

- › Hospital Virgen de la Concha
- › Hospital Provincial
- › Hospital de Benavente
- › Centro E. de Benavente

Inicio / Complejo Asistencial de Zamora / Información general



Comisiones hospitalarias

Actualmente pendiente de Renovación por la Junta Técnico Asistencial

- [Grupo PROA ZA](#)
- Comisión de Servicios Centrales
- Comisión Seguridad del Paciente- AREA
- Comisión de Dirección
- Junta Técnico Asistencial
- Comisión Mixta
- Comisión Central de Garantía de Calidad
- Comisión de Investigación y Biblioteca- ÁREA
- Comisión de Tumores, Tejidos y Mortalidad



Ficheros disponibles

 Informe Sensibilidad Antimicrobianos 2022 Zamora	(17 páginas)	625 KB
 Duración antibióticos. 28-09-22.	(3 páginas)	711 KB
 Infecciones Respiratorias Agudas en Pediatría	(5 páginas)	336 KB
 Infección Urinaria en Pediatría	(3 páginas)	130 KB
 Neumonía en Pediatría	(4 páginas)	340 KB
 Infección Urinaria en Adultos	(13 páginas)	769 KB
 Infecciones de Piel y Partes Blandas	(8 páginas)	463 KB
 Neumonía Adquirida en la Comunidad Adultos	(8 páginas)	890 KB
 Neumonía Asociada Ventilación Mecánica_PROA	(6 páginas)	764 KB
 Betalactámicos_Perfusión_Extendida_PROAZA	(15 páginas)	945 KB

DEFINICION NEUMONIA

INFLAMACIÓN AGUDA DEL PARÉNQUIMA PULMONAR

- Signos y síntomas de infección tracto respiratorio inferior
- Infiltrado en prueba de imagen
- Con o sin aislamiento microbiológico asociado

LUGAR ADQUISICION

- Neumonía adquirida en la comunidad NAC
- Neumonía nosocomial (incluye NAVM) NN
- Neumonía relacionada con asistencia sanitaria NRAS

MECANISMOS DEFENSIVOS DEL PACIENTE

- Inmunocompetente
- Inmunocomprometido

NAC: Neumonía adquirida en la comunidad

INCIDENCIA

- 5-10 casos por cada 1000 habitantes
- varones en edades extremas de la vida (< 5 y > 65 años)
- enfermedades crónicas y tabaquismo

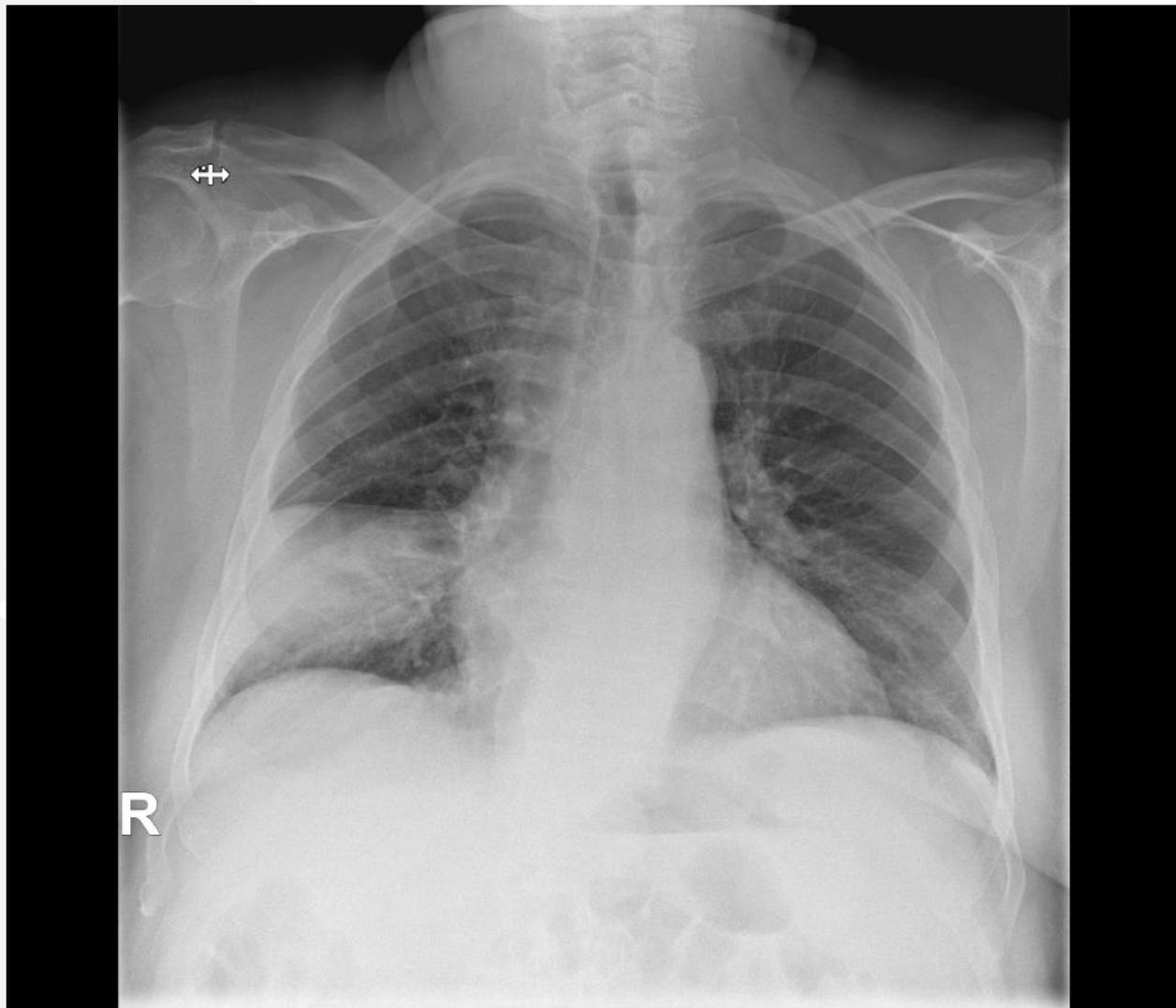
PRIMERA CAUSA DE MORTALIDAD DE ORIGEN INFECCIOSO

- <1% ambulatorios
- 2-30% hospitalizados
- >30% UCI

DIAGNÓSTICO

- Síntomas o signos de enfermedad infecciosa
Tos productiva, fiebre, disnea, dolor torácico...
Pruebas de laboratorio
- Infiltrado no conocido en una prueba de imagen

NAC: Neumonía adquirida en la comunidad



Sí, pero...

Infradiagnosticada 15% por radiólogo
Opiniones discordantes entre 2 radiólogos hasta 10% casos
27% diagnosticados en SHU tienen proceso no infeccioso

NAC: Neumonía adquirida en la comunidad

ETIOLOGIA

HASTA 50% DESCONOCIDA

NEUMONIA TIPICA

- *Streptococcus pneumoniae* (más frecuente 20-65%)
- *Haemophilus influenzae*
- *Staphylococcus aureus*

NEUMONIA ATÍPICA

- *Mycoplasma pneumoniae*
- *Chlamydia pneumoniae*
- *Coxiella burnetti*,
- *Legionella pneumophila*
- Virus respiratorios.

Cuadro subagudo, ausencia de escalofríos, tos seca, cefalea, diarrea, vómitos... Patrón intersticial RX

OTROS

- *Chlamydia psittaci*, bacilos gram negativos.

NAC : Etiología

© The Author 2018. Published by Sociedad Española de Quimioterapia. All rights reserved. For permissions, please e-mail: info@seq.es

Documento de consenso

Agustín Julián-Jiménez^{1,2,3}
Inmaculada Adán Valero⁴
Alicia Beteta López⁵
Luis Miguel Cano Martín⁶
Olga Fernández Rodríguez⁷
Rafael Rubio Díaz¹
M^a Antonia Sepúlveda Berrocal⁸
Juan González del Castillo^{3,9}
Francisco Javier Candel González^{3,10}

En nombre del grupo NAC (neumonía adquirida en la comunidad) del grupo Infecciones en Urgencias-Código Sepsis de la Red de Expertos y Profesionales de Urgencias del SESCAM (Servicio de Salud de Castilla La Mancha) y de INFURG-SEMES (Grupo de trabajo de Infecciones de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias).

Recomendaciones para la atención del paciente con neumonía adquirida en la comunidad en los Servicios de Urgencias

¹Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo.
²Grupo Infecciones en Urgencias-Código Sepsis de la Red de Expertos y Profesionales de Urgencias del SESCAM (Servicio de Salud de Castilla La Mancha).
³INFURG-SEMES (Grupo de trabajo de Infecciones de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias)
⁴Servicio de Urgencias del Hospital de Valdepeñas, Ciudad Real.
⁵Servicio de Microbiología y Parasitología del Hospital Nuestra Señora del Prado de Talavera, Toledo.
⁶Centro de Salud de Menasalbas, Gerencia de Atención Primaria de Toledo.
⁷Gerencia de Atención Primaria de Toledo.
⁸Servicio de Medicina Interna (Unidad de Enfermedades Infecciosas) del Complejo Hospitalario Universitario de Toledo.
⁹Servicio de Urgencias. Hospital Clínico San Carlos, Madrid.
¹⁰Servicio de Microbiología Clínica. Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Article history
Received: 16 March 2017; Accepted: 23 March 2017

Tabla 2 Condiciones clínico-epidemiológicas relacionadas con patógenos específicos

Pacientes ancianos	<i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , bacilos gramnegativos, <i>L. pneumophila</i> , anaerobios, virus influenza A y B, <i>M. catarrhalis</i>
Pacientes ancianos e institucionalizados	<i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>S. aureus</i> , bacilos gramnegativos, <i>P. aeruginosa</i> , <i>C. pneumoniae</i> , anaerobios
EPOC, tabaquismo	<i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>C. pneumoniae</i> , <i>L. pneumophila</i>
Bronquiectasias, fibrosis quística	<i>P. aeruginosa</i> , <i>S. aureus</i>
Etilismo	<i>S. pneumoniae</i> , <i>K. pneumoniae</i> , anaerobios, <i>S. aureus</i>
Internos en prisiones	<i>S. pneumoniae</i> , <i>M. tuberculosis</i>
Contacto con pájaros, aves y animales de granja	<i>Chlamydophila psittaci</i>
Contacto con caballos o ganado	<i>Coxiella burnetii</i>
Contacto con conejos	<i>Francisella tularensis</i>
Epidemia de gripe	Virus influenza, <i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>S. aureus</i>
Boca séptica, aspiración	Polimicrobiana, anaerobios
Infección VIH avanzada	<i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>P. jiroveci</i> , <i>M. tuberculosis</i>
Usuarios de drogas vía parenteral	<i>S. aureus</i> , anaerobios
Tratamiento esteroideo	<i>S. aureus</i> , <i>Aspergillus</i> spp, <i>L. pneumophila</i>
Comorbilidad (diabetes, hepatopatía, Insuficiencia renal)	<i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , bacilos gramnegativos
Uso reciente de antibióticos	<i>S. pneumoniae</i> resistente, <i>P. aeruginosa</i>
Mediterráneo: Levante y Cataluña	<i>L. pneumophila</i>
Exposición aire acondicionado, torres de refrigeración, SPAs	<i>L. pneumophila</i>
Zona norte: País Vasco, Cantabria, norte de Castilla-León y Aragón	<i>Coxiella burnetii</i>
Viajes al sudeste asiático	<i>B. pseudomallei</i> , coronavirus (SARS), virus gripe aviar
Viajes al sudeste de EE.UU	<i>Coccidioides immitis</i>

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; EEUU: Estados Unidos de América
Adaptada de referencias [14,15]

NAC: Neumonía adquirida en la comunidad

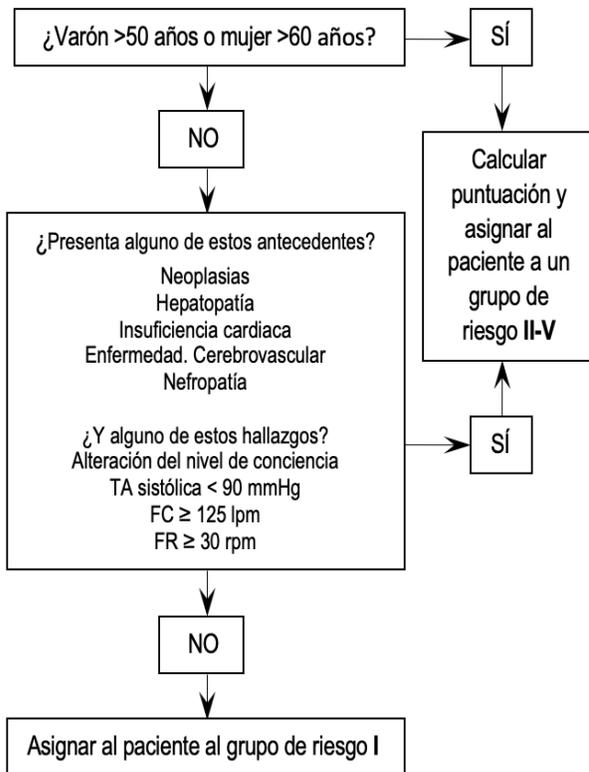
DECISIONES AL DIAGNÓSTICO

- **Lugar de tratamiento: alta o ingreso**
- Pruebas diagnósticas para conocer etiología
- Antibioterapia empírica (primeras 4 horas)

ESCALAS PRONÓSTICAS

- Pneumonia Severity Index (PSI)
- CURB 65
- Escala ATS/IDSA predictor precoz ingreso UCI

VALORACIÓN PSI (PNEUMONIA SEVERITY INDEX) O DE FINE EN EL PACIENTE CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD



Variables y características del paciente	Puntos asignados
Factores demográficos	
Edad varón	Nº años
Edad mujer	Nº años - 10
Institucionalizado en residencia	Nº años + 10
Comorbilidad	
Neoplasia	+30
Hepatopatía	+20
Insuficiencia cardiaca	+10
Enfermedad cerebrovascular	+10
Nefropatía	+10
Examen físico	
Alteración nivel de consciencia	+20
FR ≥ 30 rpm	+20
TA sistólica < 90 mmHg	+20
Temperatura < 35°C ó ≥ 40°C	+15
FC ≥ 125 lpm	+10
Pruebas complementarias	
pH arterial < 7,35	+30
Urea > 60 mg/dl (BUN> 30 mg/dl)	+20
Sodio < 130 mEq/l	+20
Glucemia > 250 mg/dl	+10
Hematocrito < 30%	+10
PaO ₂ < 60 mmHg ó Sat O ₂ < 90%	+10
Derrame pleural	+10

Grupos/Clases de riesgo, mortalidad a 30 días y recomendación de lugar de tratamiento			
PSI			
Grupos/Clases de riesgo	Puntos	Mortalidad %	Recomendación sitio de tratamiento
I (Bajo)	< 51	0,1	Domicilio*
II (Bajo)	≤ 70	0,6	Domicilio*
III (Bajo)	71 - 90	2,8	Valorar Unidad Observación (UO) *
IV (Alto)	90 - 130	8,2	Hospitalización (Valorar UCI)
V (Alto)	≥ 130	29,2	Hospitalización (Valorar UCI)

*Si PaO₂ < 60 mmHg (PSI modificado) o criterios de sepsis o hipotensión aislada, al menos Unidad de Observación.
Tener siempre en cuenta cualquier factor o situación que impida el tratamiento ambulatorio

LIMITACIONES

- Infravalora gravedad en jóvenes
- Factores sociales

VALORACIÓN CURB-65 EN EL PACIENTE CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

C	Confusión. Desorientación en tiempo, espacio y persona*	
U	Urea plasmática > 42 mg/dl (BUN > 19,4 mg/dl ó > 7 mmol/l)	
R	Frecuencia Respiratoria ≥ 30 rpm	
B	TA sistólica < 90 mmHg o TA diastólica ≤ 60 mmHg	
65	Edad ≥ 65 años	
Puntuación	Estratificación	Mortalidad %
0	Posible tratamiento ambulatorio	0,7
1	Posible tratamiento ambulatorio	2,1
2	Ingreso hospitalario (Unidad de Observación o UCE)	9,2
3	Ingreso en planta hospitalaria	14,5
4 - 5	Ingreso en planta hospitalaria (considerar UCI)	>40

*En el cuestionario, preguntar por: 1. Edad. 2. Tiempo (hora aproximada). 3. Dirección (repetir al final del test). 4. Año. 5. Nombre del hospital/Centro de atención. 6. Reconocer a 2 personas (médico, enfermera). 7. Día de su cumpleaños. 8. Año de inicio de la guerra civil. 9. Nombre del Rey o del presidente de gobierno. 10. Contar desde 20 al 1 (Por cada respuesta correcta se le da un punto. Si menos de 6 se considera que está confuso)

CURB-65 > 2 INGRESO

LIMITACIONES

- No tiene en cuenta oxigenación
- Alteraciones radiológicas
- Factores sociales
- Incapacidad para realización de tratamiento oral

VALORACIÓN ATS/IDSA INGRESO EN UCI EN EL PACIENTE CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

Criterios mayores	Criterios menores
Necesidad de ventilación mecánica	TAS < 90 mmHg (que requiere fluidoterapia agresiva)
	Afectación multilobar (≥ 2 lóbulos o bilateral)
	Frecuencia respiratoria > 30 rpm
	Confusión/Desorientación
	Urea ≥ 45 mg/dl (BUN ≥ 20 mg/dl)
Shock séptico con vasopresores	PaO ₂ / FiO ₂ ≤ 250
	Leucopenia* < 4.000 mm ³
	Trombocitopenia < 100.000 mm ³
	Hipotermia (temperatura < 36º C)
	Otros: Hipoglucemia, etilismo agudo, cirrosis, asplenia, acidosis metabólica inexplicable, lactato sérico
Se debe cumplir un criterio mayor o tres menores para indicar su ingreso en UCI	
ATS/IDSA: American Thoracic Society / Infectious Diseases Society of America	



INGRESO UCI

- 1 CRITERIO MAYOR
- 3 CRITERIOS MENORES

NAC grave que requieren ingreso en UCI

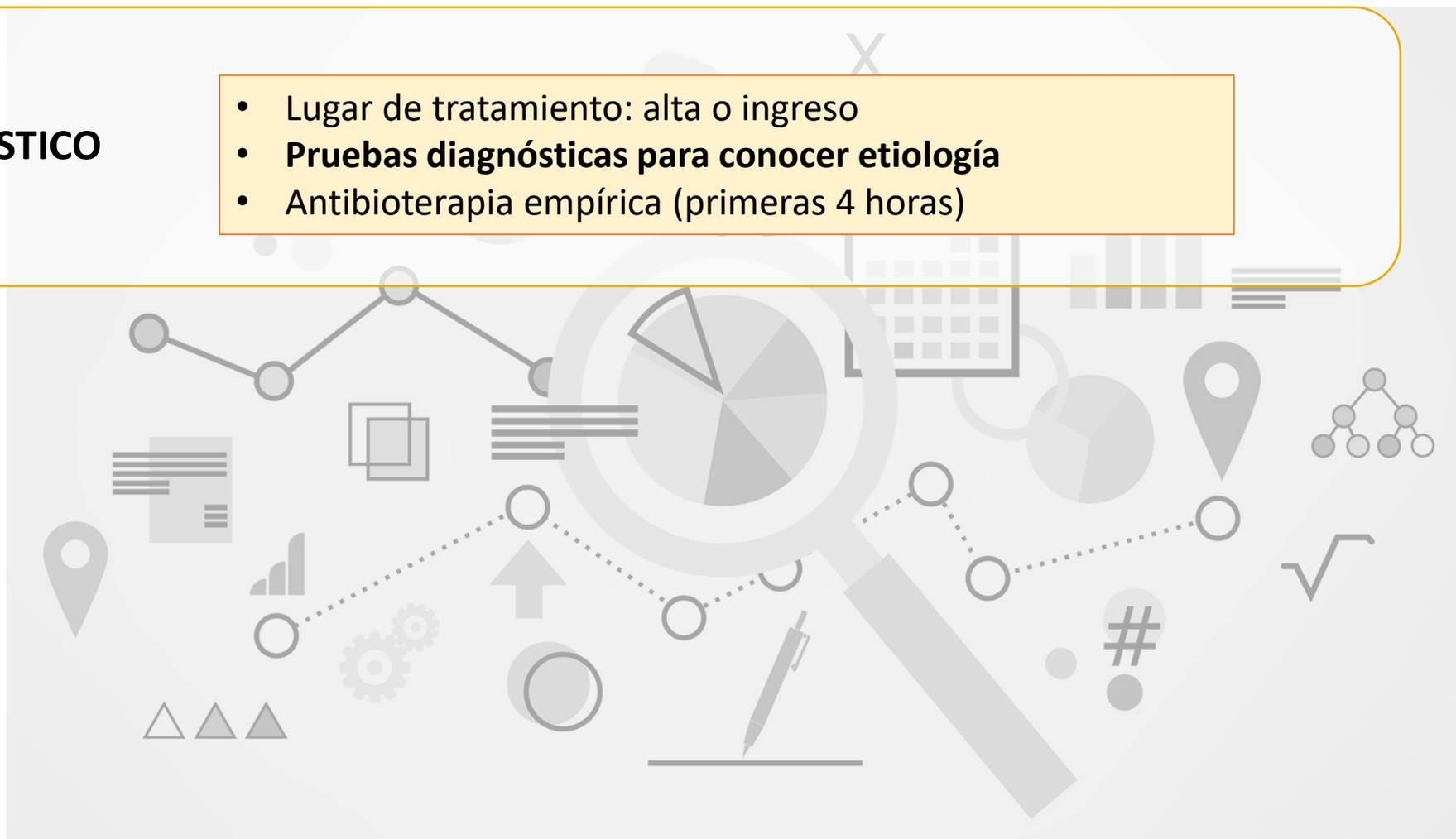
IMPORTANTE
obtener una muestra respiratoria que permita **cultivo y PCR virus + bacterias.**

*Debida solo a la infección (ej.: no inducida por la quimioterapia)

NAC: Neumonía adquirida en la comunidad

DECISIONES AL DIAGNÓSTICO

- Lugar de tratamiento: alta o ingreso
- **Pruebas diagnósticas para conocer etiología**
- Antibioterapia empírica (primeras 4 horas)



NAC: Estudio etiológico

ESTUDIO ETIOLOGICO COMPLETO

- Hemocultivos
- Tinción GRAM y cultivo esputo
- Antígeno neumococo en orina (si negativo *legionella*)

INDICACIONES

- Pacientes con NAC que requieren hospitalización
- NAC grave
- Mala respuesta
- Sospecha MRS

OBJETIVO

- Cambiar tratamiento antibiótico empírico
- Reducir fracaso terapéutico
- Prevenir uso excesivo antibióticos

Aislados Globales (PRIMARIA+CONSULTAS+HOSPITAL)
GRAMPOSITIVOS (% de sensibilidad)



INFORME DE SENSIBILIDAD DE LAS BACTERIAS AISLADAS
EN 2022
UNIDAD DE MICROBIOLOGÍA

	<i>Staphylococcus aureus</i> (443)	<i>Staphylococcus aureus</i> resistente a meticilina (136)	<i>Staphylococcus epidermidis</i> (166)	<i>Enterococcus faecalis</i> (535)	<i>Enterococcus faecium</i> (167)	<i>Streptococcus agalactiae</i> (betahemolítico grupo B) (229)	<i>Streptococcus pyogenes</i> (betahemolítico grupo A) (37)	<i>Streptococcus pneumoniae</i> (33)	<i>Streptococcus pneumoniae</i> Invasivas (12)
PenicilinaG	16%		1%			100%	100%	94%	100%
PenicilinaG Meningitis						100%		61%	67%
Ampicilina				100%	10%	100%	100%	89%	100%
Ampicilina Meningitis								78%	100%
Oxacilina	69%		23%						
Cefotaxima						100%	100%	100%	100%
Cefotaxima Meningitis								88%	92%
Ceftriaxona						100%	100%	100%	100%
Levofloxacin	71%	18%	34%					97%	100%
Gentamicina	95%	88%	47%						
Sinergia Gentam				68%	89%				
Sinergia Strept				67%	19%				
Teicoplanina	97%	96%	68%	100%	99%	100%	100%	100%	100%
Vancomicina	100%	100%	100%	100%	99%	100%	100%	100%	100%
Linezolid	100%	100%	96%	99%	100%	100%	100%	100%	100%
Daptomicina	99%	99%	99%						
Clindamicina	76%	73%	3%			72%	86%	76%	
Eritromicina	64%	41%	37%			64%	81%	61%	
Rifampicina	99%	99%	93%						
TrimethopSulfa	98%	96%	48%						
Fosfomicina				93%					
Nitrofurantoina	100%	100%	100%	99%					
Acido fusidico	89%	79%	50%						
Mupirocina	18%	10%	35%						

S. aureus resistente a meticilina: 30,6% Implica resistencia a todos los antibióticos β-lactámicos.

Aislados Globales (PRIMARIA+CONSULTAS+HOSPITAL)
BACILOS GRAMNEGATIVOS (% de sensibilidad)

	<i>Escherichia coli</i> (2493)	<i>Escherichia coli</i> productora de BLEE (305)	<i>Klebsiella pne.spp pneumoniae</i> (345)	<i>Klebsiella pneumoniae</i> productora de BLEE (176)	<i>Proteus mirabilis</i> (365)	<i>Klebsiella oxytoca</i> (170)	<i>Enterobacter cloacae</i> (148)	<i>Morganella morganii</i> (124)	<i>Citrobacter freundii</i> (56)	<i>Serratia marcescens</i> (53)	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> (389)	<i>Stenotrophomonas maltophilia</i> (44)	<i>Haemophilus influenzae</i> (57)
Ampicilina	45%				46%								86%
AmoxClav	60%	43%	43%	8%	79%	78%							96%
PiperaciTazoba	94%	89%	49%	18%	99%	88%	76%	97%	93%	98%	81%		
Aztreonam											89%		
Cefuroxi Axetil	82%		47%		93%	79%							77%
Cefotaxima	88%	3%	49%	1%	95%	89%	73%						100%
Ceftazidima	92%	39%	49%	2%	99%	98%	76%				87%		
Cefepim	94%	50%	57%	5%	99%	98%	97%	100%	100%	100%	91%		
Ertapenem	100%	100%	70%	45%	100%	99%	94%	100%	98%	98%			
Imipenem	100%	100%	88%	74%	96%	100%	100%	98%	100%	100%	83%		100%
Meropenem	100%	100%	65%	52%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	93%		100%
Ciprofloxacino	71%	12%	47%	5%	53%	88%	90%	64%	100%	96%	77%		91%
Levofloxacin												95%	91%
Gentamicina	94%	85%	69%	41%	81%	99%	99%	81%	100%	100%	87%		
Tobramicina	93%	70%	69%	38%	87%	98%	100%	86%	100%	93%	91%		
Amikacina	100%	99%	77%	59%	100%	100%	100%	100%	100%	100%			
TrimethopSulfa	73%	47%	69%	43%	45%	89%	89%	69%	96%	100%		100%	
Fosfomicina	96%	90%											
Nitrofurantoina	99%	97%											
Tigeciclina	98%	96%	40%	10%	0%	74%	15%	10%	63%	0%			
Colistina											99%		

E. coli BLEE: 12,2%.

K. pneumoniae BLEE: 51%.

K. pneumoniae productora de carbaenemasas: 12%. En todos los casos. OXA 48.

≥80% (S)

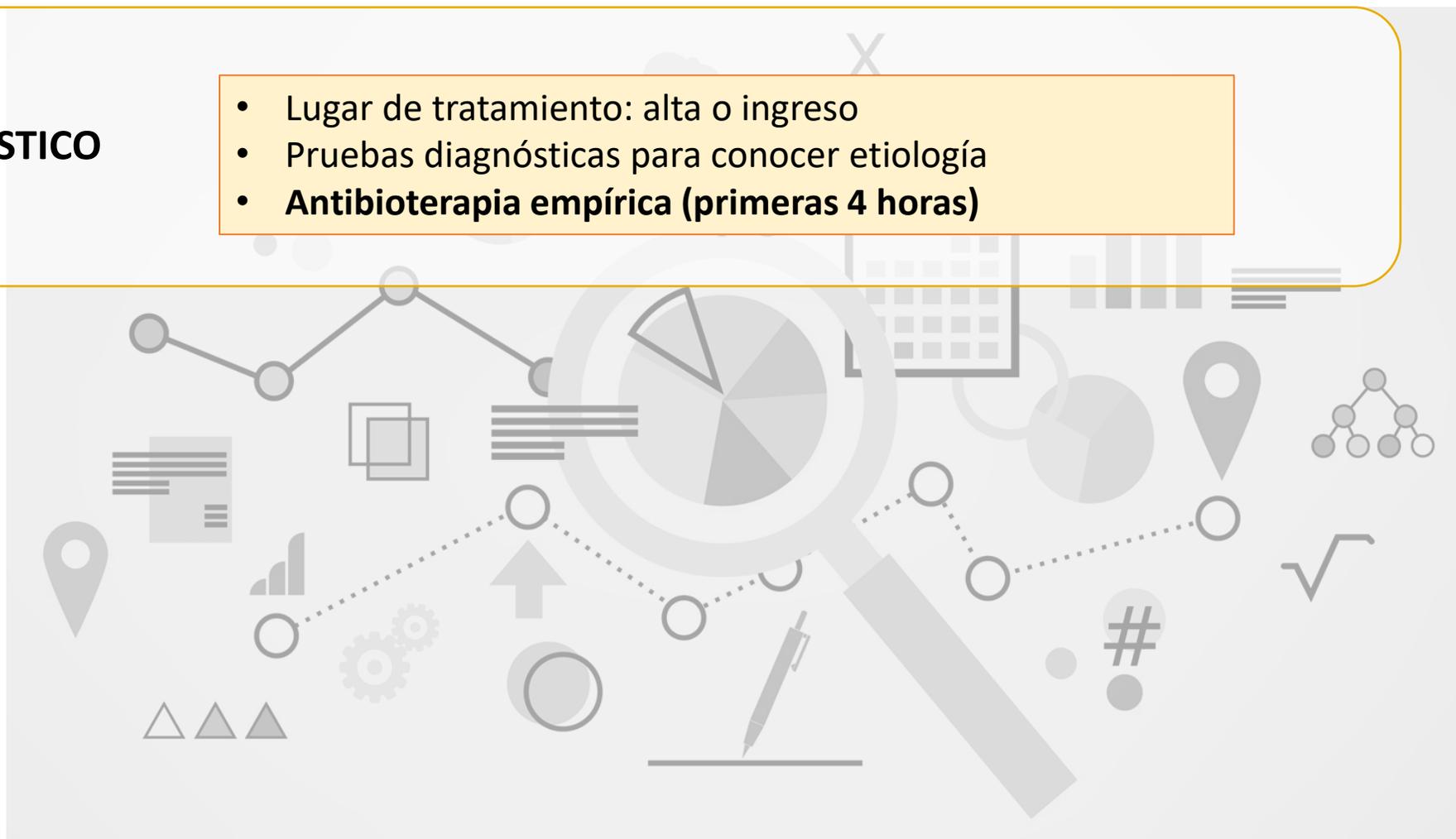
≥80% (S+I)

<80% (S+I)

NAC: Neumonía adquirida en la comunidad

DECISIONES AL DIAGNÓSTICO

- Lugar de tratamiento: alta o ingreso
- Pruebas diagnósticas para conocer etiología
- **Antibioterapia empírica (primeras 4 horas)**



NAC: Tratamiento empírico

LA PRIMERA DOSIS PRECOZ EN URGENCIAS ANTES DE 4 HORAS * inmediata si sospecha sepsis

TRATAMIENTO AMBULATORIO

CIRCUNSTANCIA	TRATAMIENTO	COMENTARIOS
Tratamiento ambulatorio Sin factores de riesgo (enfermedad crónica subyacente) ¹ .	Primera elección: <ul style="list-style-type: none">• Amoxicilina: 1g/8h 5-7 días Alternativa: <ul style="list-style-type: none">• Cefuroxima: 500 mg/12h 5-7d Alérgicos a betalactámicos: <ul style="list-style-type: none">• Levofloxacino oral: 500 mg/24h 7d	
Tratamiento ambulatorio Con comorbilidades o factores de riesgo ¹	Primera elección: <ul style="list-style-type: none">• Amoxicilina Clavulánico: 875/125mg/8h 7d o Cefuroxima 500 mg/12h 7d + Azitromicina: 500mg/24h/3d o Claritromicina 500mg/12h 5-7d Alternativa: <ul style="list-style-type: none">• Cefditoreno²: 400 mg/12h 5-7d Alérgicos a betalactámicos: <ul style="list-style-type: none">• Levofloxacino oral: 500 mg/24h 7d	

FACTORES DE RIESGO

Cardiopatía, neumopatía, hepatopatía o enfermedad renal crónica; diabetes mellitus; alcoholismo; neoplasia; esplenectomía; estados de inmunodepresión.

En estos casos se incrementa el porcentaje de neumonías asociadas a *H. influenzae*.

NAC:

TRATAMIENTO EMPÍRICO HOSPITALARIO

TRATAMIENTO	COMENTARIOS
<ul style="list-style-type: none">• β lactámico<ul style="list-style-type: none">- Ceftriaxona 2 gr iv / 24 h- Cefotaxima 2 gr iv /8 h- Ceftarolina 600 mg iv / 12 horas (alternativa cuando no existe otra opción)+ Macrólido<ul style="list-style-type: none">- Azitromicina 500 mg /24 h oral o iv x 3 días- Claritromicina 500 mg /24 h oral o ivo• Quinolona en monoterapia<ul style="list-style-type: none">- Levofloxacino 500 mg iv/12 h x 2 días seguido de 500 mg / 24 h <p>con factores de riesgo para <i>Staphylococcus aureus</i> metilicilín resistente (SAMR)⁴</p> <p>+</p> <ul style="list-style-type: none">• Linezolid VO o IV (600 mg/12h/7d) o Vancomicina 15 mg/kg/8-12h (según función renal). <p>con factores de riesgo para <i>Pseudomona aeruginosa</i>⁵</p> <ul style="list-style-type: none">• Antibiótico antipseudomona<ul style="list-style-type: none">- Piperacilina-tazobactam 4.5 gr iv /6h- Cefepime o ceftazidima 2 gr iv/8h- Imipenem 1 gr iv / 6h- Meropenem 1g iv / 8h- Aztreonam 2 gr iv / 8h	<p>Test diagnósticos: individualizar</p> <ul style="list-style-type: none">- <i>Influenza</i> (estacional)- Considerar cultivo y PCR múltiple en esputo de acuerdo con Microbiología- Ag neumococo en orina- Ag <i>Legionella</i> orina (si sospecha)³- Hemocultivos <div data-bbox="1039 596 2474 905" style="border: 1px solid orange; background-color: #fff9c4; padding: 10px;"><p>3 Sospecha <i>Legionella pneumophila</i>:</p><ul style="list-style-type: none">• Tabaquismo, EPOC e inmunosuprimidos• Brote estival (eliminación aerosoles por torres de refrigeración y agua caliente)• Hiponatremia, hipofosfatemia y hematuria asociadas</div> <ul style="list-style-type: none">- Frotis nasal para PCR de <i>S. aureus</i> si sospecha para permitir la desescalada o la confirmación- Cultivos para <i>Pseudomonas</i> si sospecha para permitir la desescalada o la confirmación

NAC:

TRATAMIENTO EMPÍRICO HOSPITALARIO

TRATAMIENTO	COMENTARIOS
<ul style="list-style-type: none"> • β lactámico <ul style="list-style-type: none"> - Ceftriaxona 2 gr iv / 24 h - Cefotaxima 2 gr iv / 8 h - Ceftarolina 600 mg iv / 12 horas (alternativa cuando no existe otra opción) + Macrólido <ul style="list-style-type: none"> - Azitromicina 500 mg /24 h oral o iv x 3 días - Claritromicina 500 mg /24 h oral o iv o • Quinolona en monoterapia <ul style="list-style-type: none"> - Levofloxacin 500 mg iv/12 h x 2 días seguido de 500 mg / 24 h <p>con factores de riesgo para <i>Staphylococcus aureus</i> metilicilín resistente (SAMR)⁴</p> <p>+</p> <ul style="list-style-type: none"> • Linezolid VO o IV (600 mg/12h/7d) o Vancomicina 15 mg/kg/8-12h (según función renal). <p>con factores de riesgo para <i>Pseudomonas aeruginosa</i>⁵</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antibiótico antipseudomona <ul style="list-style-type: none"> - Piperacilina-tazobactam 4.5 gr iv /6h - Cefepime o ceftazidima 2 gr iv/8h - Imipenem 1 gr iv / 6h - Meropenem 1g iv / 8h - Aztreonam 2 gr iv / 8h 	<p>Test diagnósticos: individualizar</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Influenza</i> (estacional) - Considerar cultivo y PCR múltiple en esputo de acuerdo con Microbiología - Ag neumococo en orina - Ag <i>Legionella</i> orina (si sospecha)³ - Hemocultivos <ul style="list-style-type: none"> - Frotis nasal para PCR de <i>S. aureus</i> si sospecha para permitir la desescalada o la confirmación <ul style="list-style-type: none"> - Cultivos para <i>Pseudomonas</i> si sospecha para permitir la desescalada o la confirmación

4 Riesgo de *S. Aureus* metilicilín Resistente (SARM):

- Colonización previa por SARM
- Infección reciente por Influenza
- Hospitalización reciente
- Paciente de residencia
- Uso de tratamiento antibiótico iv en los 90 días previos
- DM
- Ulceras por presión o heridas.
- Usuarios de drogas por vía parenteral



Shorr Score for MRSA Pneumonia ☆

Identifies pneumonia patients at low risk for MRSA.

When to Use	Pearls/Pitfalls	Why Use
-------------	-----------------	---------

Age 19-29 or >79 years	No 0	Yes +1
------------------------	------	--------

Nursing home, skilled nursing facility, or long term acute care exposure Within 90 days	No 0	Yes +1
---	------	--------

Prior IV antibiotic therapy Within 30 days	No 0	Yes +1
--	------	--------

Hospitalization for ≥2 days Within 90 days	No 0	Yes +2
--	------	--------

ICU admission On or before index culture	No 0	Yes +2
--	------	--------

Any cerebrovascular disease Prior to admission	No 0	Yes +1
--	------	--------

Dementia	No 0	Yes +1
----------	------	--------

Female with diabetes mellitus	No 0	Yes +1
-------------------------------	------	--------

NAC:

TRATAMIENTO EMPÍRICO HOSPITALARIO

TRATAMIENTO	COMENTARIOS
<ul style="list-style-type: none">• β lactámico<ul style="list-style-type: none">- Ceftriaxona 2 gr iv / 24 h- Cefotaxima 2 gr iv /8 h- Ceftarolina 600 mg iv / 12 horas (alternativa cuando no existe otra opción)+ Macrólido<ul style="list-style-type: none">- Azitromicina 500 mg /24 h oral o iv x 3 días- Claritromicina 500 mg /24 h oral o ivo• Quinolona en monoterapia<ul style="list-style-type: none">- Levofloxacino 500 mg iv/12 h x 2 días seguido de 500 mg / 24 h <p>con factores de riesgo para <i>Staphylococcus aureus</i> meticilin resistente (SAMR)⁴</p> <p>+</p> <ul style="list-style-type: none">• Linezolid VO o IV (600 mg/12h/7d) o Vancomicina 15 mg/kg/8-12h (según función renal). <p>con factores de riesgo para <i>Pseudomona aeruginosa</i>⁵</p> <ul style="list-style-type: none">• Antibiótico antipseudomona<ul style="list-style-type: none">- Piperacilina-tazobactam 4.5 gr iv /6h- Cefepime o ceftazidima 2 gr iv/8h- Imipenem 1 gr iv / 6h- Meropenem 1g iv / 8h- Aztreonam 2 gr iv / 8h	<p>Test diagnósticos: individualizar</p> <ul style="list-style-type: none">- <i>Influenza</i> (estacional)- Considerar cultivo y PCR múltiple en esputo de acuerdo con Microbiología- Ag neumococo en orina- Ag <i>Legionella</i> orina (si sospecha)³- Hemocultivos <ul style="list-style-type: none">- Frotis nasal para PCR de <i>S. aureus</i> si sospecha para permitir la desescalada o la confirmación <ul style="list-style-type: none">- Cultivos para <i>Pseudomona</i> si sospecha para permitir la desescalada o la confirmación

Riesgo de *Pseudomonas aeruginosa*

- Uso de antibióticos iv en los 90 días previos (carbapenems, cefalosporinas AE, Fluoroquinolonas)
- Colonización previa por *Pseudomonas*
- Más de 4 ciclos de antibióticos en el año previo
- Tratamiento crónico con glucocorticoides sistémicos
- Enfermedad pulmonar estructural
EPOC con FEV1 < 50%,
Bronquiectasias,
Fibrosis Quística

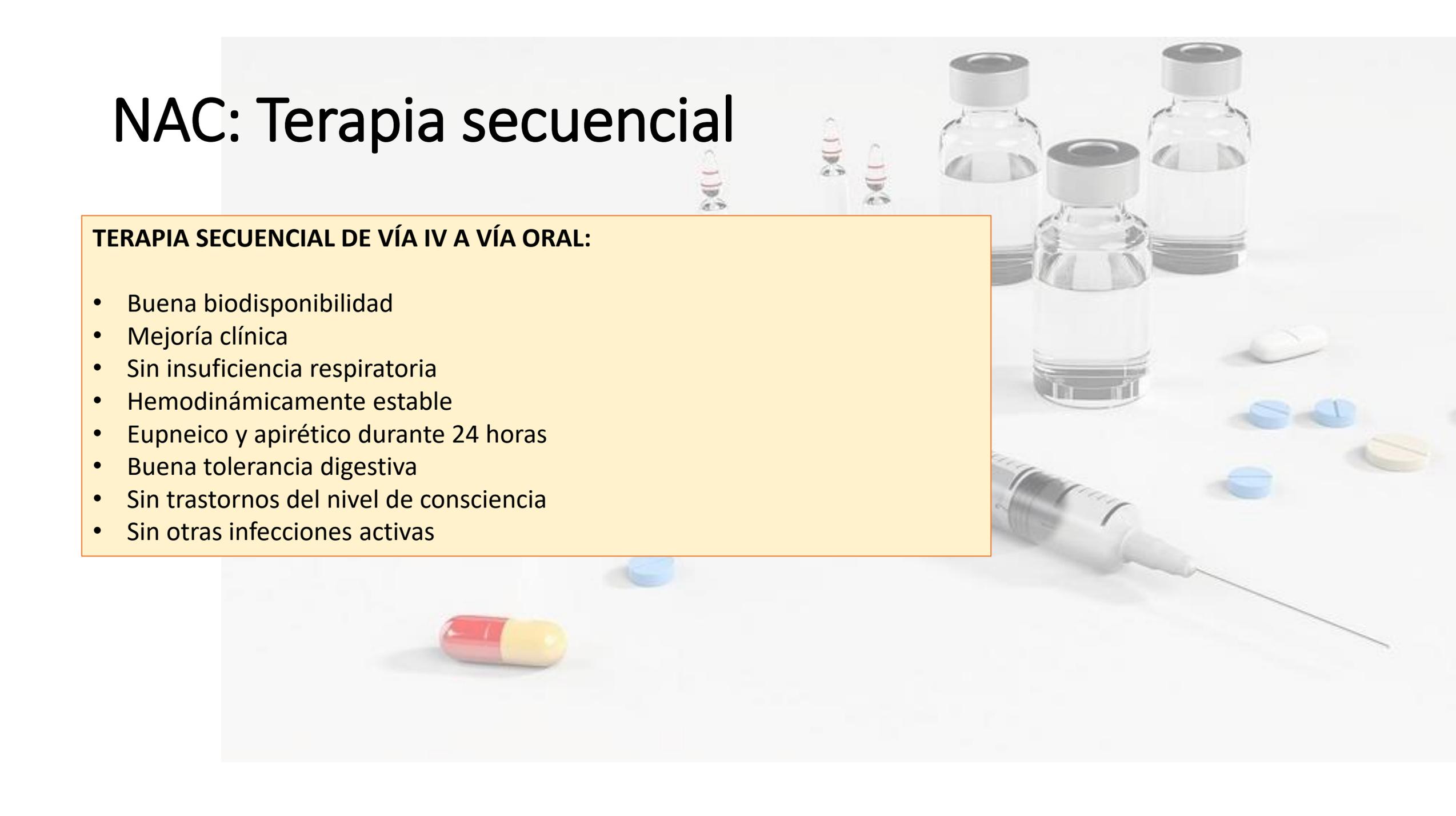
NAC:

TRATAMIENTO EMPÍRICO HOSPITALARIO

Sospecha de neumonía por aspiración:	No agregar cobertura anaeróbica a menos que se sospeche absceso pulmonar o empiema <ul style="list-style-type: none">- Amoxicilina-clavulánico 2 gr / 8 h iv- Ertapenem 1 gr / 24 h iv- Clindamicina 600 mg / 6h iv	
Gripe probable o confirmada	Añadir <ul style="list-style-type: none">• Oseltamivir: 75 mg/12 h 5d VO	Para NAC tratadas a nivel ambulatorio y hospitalario, independiente de la duración previa de la sintomatología.

Considerar Glucocorticoides sistémicos solo en NAC severa y shock séptico refractario

NAC: Terapia secuencial

A background image showing various medical supplies: several glass vials of different sizes, some containing clear liquids, and several pills of different colors (blue, white, yellow, red) scattered on a light surface. A syringe with a needle is also visible in the lower right quadrant.

TERAPIA SECUENCIAL DE VÍA IV A VÍA ORAL:

- Buena biodisponibilidad
- Mejoría clínica
- Sin insuficiencia respiratoria
- Hemodinámicamente estable
- Eupneico y apirético durante 24 horas
- Buena tolerancia digestiva
- Sin trastornos del nivel de consciencia
- Sin otras infecciones activas

NAC: Duración del tratamiento

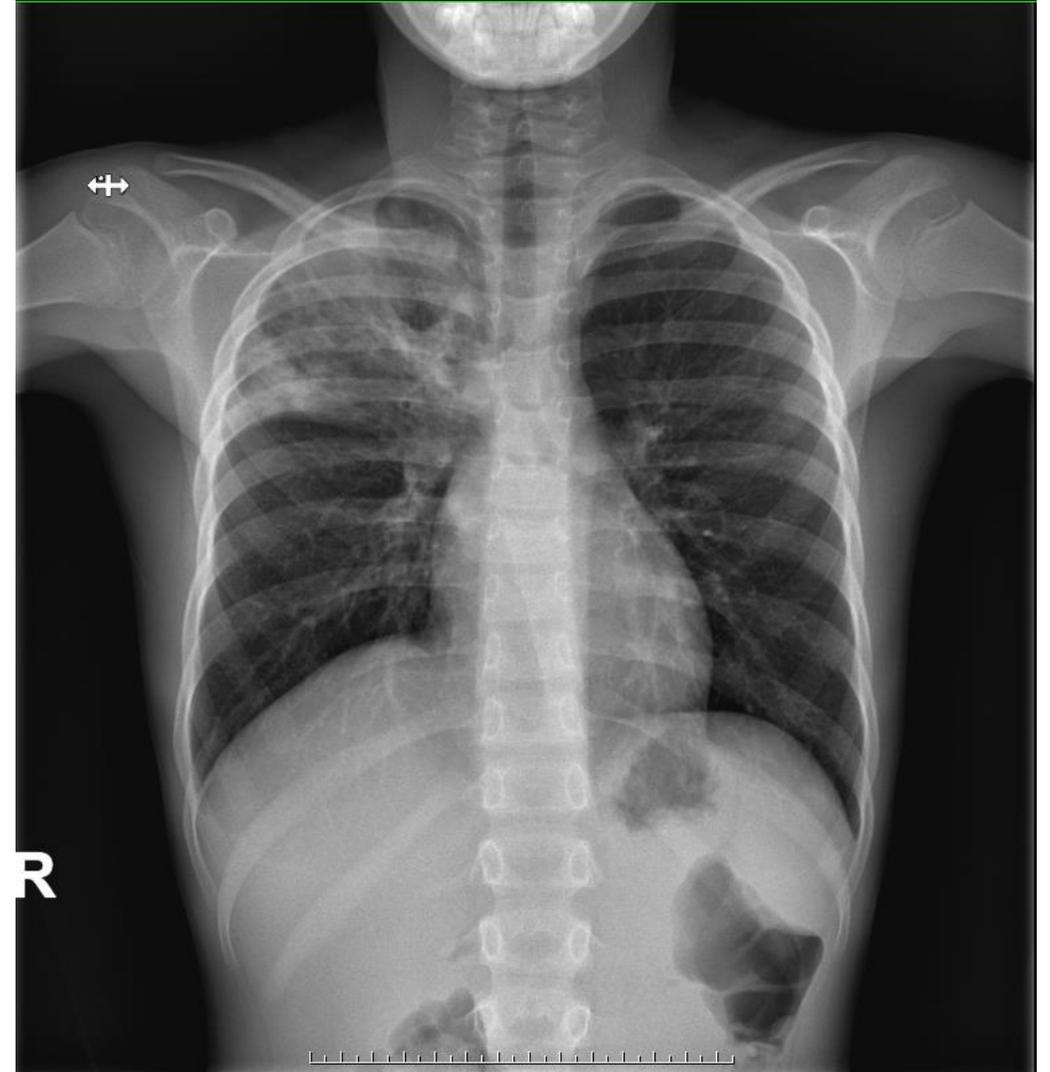
- Tratamiento ambulatorio: **5-7 días**
- Ingreso: **mínimo 5 días.**
- Individualizar, basado en criterios de estabilidad clínica, pudiendo **suspender el antibiótico al 5º día** tras 48 horas de ausencia de fiebre ($<37,8^{\circ}\text{C}$) y sin signos de inestabilidad clínica:
 - Tensión arterial sistólica < 90 mmHg
 - Frecuencia cardiaca >100 lpm
 - Frecuencia respiratoria $> 24/\text{min}$
 - SpO2 $< 90\%$ respirando aire ambiente

Prolongar la duración del tratamiento en:

- Neumonía necrotizante
- Absceso pulmonar
- Derrame pleural prolongado
- Infección extrapulmonar
- Sospecha de gérmenes no comunes
- Bacteriemia

NAC: Control radiológico

- No recomendado en el caso de resolución de la NAC en el plazo de 5 a 7 días
- Recomendado en pacientes fumadores con posibilidad de neoplasia subyacente



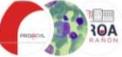
← 🔍 ⋮

   **Siguiendo**

PROAZA
@PROAZAMORA Te sigue

📅 Se unió en febrero de 2024

80 Siguiendo 90 Seguidores

 PROACYL, Infecciosas Salamanca,
PROA_Marañón y 1 más siguen a est...

Posts Respuestas Multimedia Me gusta

 Fijada

 **PROAZA** @PROAZAMORA · 9/2/24

Actualización del protocolo de tratamiento en pacientes con coronavirus elaborada por nuestro grupo de trabajo. Actualización febrero 2024. [#coronavirus](#) [#Covid_19](#) [#CovidIsntOver](#) [#CovidSupport](#) [#SARSCoV2](#)



🏠 🔍 👤 🔔 8 ✉

