

TRATAMIENTO EMPÍRICO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS

INDICACIÓN	ETIOLOGÍA	DURACIÓN	AMTIMICROBIANO DE ELECCIÓN	ALTERNATIVA	PAUTA DE TRATAMIENTO
Exacerbación de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)	Virus, <i>H. influenzae</i> , <i>S. pneumoniae</i> <i>M. catarrhalis</i>	5-7 días	Amoxicilina-ácido clavulánico (1)	Levofloxacino (2) o Cefditoren (3)	(1)875/125mg cada 8h v.o (1*)1-2g/200mg cada 8h i.v (2) 500mg cada 24h v.o (2*) 750mg cada 24h v.o
	Riesgo de <i>Pseudomonas aeruginosa</i> Monoterapia	7-10 días	Ciprofloxacino (4) o Levofloxacino (2*)	Ceftazidima (5) o Piperacilina-tazobactam (6) o Imipinem (7)	(3) 200mg cada 12h v.o (3*) 400mg cada 12h v.o (4) 750mg cada 12h v.o (4*) 400mg cada 12h i.v (5) 2g cada 8h i.v
	Riesgo de <i>Pseudomonas aeruginosa</i> Terapia combinada (a)	7-10 días	Piperacilina-tazobactam (6) o Imipinem (7) + Ciprofloxacino (4)	Ciprofloxacino (4) + Amikacina (8)	(6) 4/0,5g cada 6h v.o (7) 1g cada 6-8h v.o (8) 15-20mg/kg/24h i.v (9)500mg cada 24h 3-5 días v.o
Sobreinfección de bronquiectasias	Virus, <i>H.influenzae</i>	10-14 días	Amoxicilina-ácido clavulánico (1)	Ciprofloxacino (4) o Azitromicina (9) o Cefditoren (3*)	(10) 160/800mg cada 12h v.o (11) 600mg cada 12h v.o (12) 300mg cada 6-8h v.o (12*) 600mg cada 8h i.v (13) 15-20mg/kg/8-12h i.v
	<i>S. aureus</i>	10-14 días	Amoxicilina-ácido clavulánico (1)	Cotrimoxazol (10)	(14) 5-10mg/kg/24h i.v (15) 500 mg cada 12h v.o (16) 2g cada 24h i.v
	<i>SARM</i>	10-21 días	Cotrimoxazol (10) o Linezolid (11)	Clindamicina(12) o Vancomicina (13)	(17) 2g cada 6-8h i.v (18) 1g cada 12-24h i.v
	Riesgo de <i>Pseudomonas aeruginosa</i> Monoterapia	14-21 días	Ciprofloxacino (4) o Levofloxacino (2*)	Cefatizima (5) o Piperacilina-tazobactam (6) o Imipinem (7)	(19) 1g cada 8h iv (22) 6-9 MU dosis de carga + 4.5 MU/12h. 1 MU= 80 mg colistimetato sódico
	Riesgo de <i>Pseudomonas aeruginosa</i> Terapia combinada (a)	14-21 días	Piperacilina-tazobactam (6) o Imipinem (7) + Tobramicina(14)	Ciprofloxacino (4*) + Amikacina (8)	

TRATAMIENTO EMPÍRICO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS

INDICACIÓN	ETIOLOGÍA	DURACIÓN	ANTIMICROBIANO DE ELECCIÓN	ALTERNATIVA	PAUTA DE TRATAMIENTO
Neumonía Adquirida en la Comunidad que <u>no requiere ingreso</u>	<i>S. pneumoniae</i> , <i>M. pneumoniae</i> , <i>C. pneumoniae</i> , <i>Legionellapneumophila</i> , virus respiratorios	5(*)- 7 días	Amoxicilina-ácido clavulánico (1) o Cefditoren(3*) +/- Claritromicina(15) o Azitromicina (9)	Levofloxacino (2)	(*) 5 días en caso de: 48-72h sin fiebre + No más de 1 de los siguientes criterios:
Neumonía adquirida en la comunidad que <u>requiere ingreso</u> (b)	<i>S. pneumoniae</i> , <i>M. pneumoniae</i> , <i>C. pneumoniae</i> , <i>Legionellapneumophila</i> , virus respiratorios	5- 7días	Amoxicilina-ácido clavulánico (1) o Ceftriaxona (16) +/- Claritromicina(15) o Azitromicina (9)	Levofloxacino (2)	-Frecuencia cardiaca >100 -Frecuencia respiratoria >24 -Tensión arterial sistólica<90 mm Hg -Saturación O2 <90% o pO2< 60 mm Hg (basal)
Neumonía adquirida en la comunidad que <u>requiere ingreso en UCI</u>	<i>S. pneumoniae</i> , <i>S. Aureus</i> , <i>Legionellapneumophila</i> , bacilos gran negativos, virus respiratorios	5- 7 días	Ceftriaxona (16) + Claritromicina (15) o Levofloxacino (2*)	Levofloxacino (2*) + Aztreonam (17)	CONSIDERAR AÑADIR TAMIFLU EN PERIODO ESTACIONAL: 1 cápsula 75 mg cada 12 horas 5 días
Neumonía adquirida en la comunidad con riesgo de <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Monoterapia	7- 14 días	Ciprofloxacino (4) o Levofloxacino (2*)	Ceftazidima (5) o Piperacilina-tazobactam (6) o Imipinem (7)	
	Terapia combinada (a)	7- 14 días	Piperacilina-tazobactam (6) o Imipinem (7) + Ciprofloxacino (4)	Ciprofloxacino (4) + Amikacina (8)	

TRATAMIENTO EMPÍRICO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS

INDICACIÓN	ETIOLOGÍA	DURACIÓN	ANTIMICROBIANO DE ELECCIÓN	ALTERNATIVA	PAUTA DE TRATAMIENTO
Neumonía nosocomial	Bacilos gram negativos	7 días	Sin factores de riesgo para BMR: B CON Factores de Riesgo para BMR (**): A + B + C A: Vancomicina (13) o Linezolid (11) B: β lactámicos antipseudomónicos: Piperacilina-tazobactam (6) o Ceftazidima (5) o Cefepime (5) o Imipenem (7) o Meropenem (19) C: Antipseudomónicos No β lactámicos: Ciprofloxacina(4) o Levofloxacino(2*) o Amikacina (8) (***) o Colistina (20)	Sin factores de riesgo para BMR: Levofloxacino (2*) CON Factores de Riesgo para BMR (c): Levofloxacino (2*) + Vancomicina (13) + Amikacina (8)	(**) Factores de riesgo para BMR en NAVM: 1) Uso de antibióticos en los 90 días previos, 2) Shock séptico en el momento de la neumonía, 3) Síndrome de distrés respiratorio (SDRA) previo a la neumonía, 4) Cinco o más días de hospitalización antes del desarrollo de neumonía, 5) Terapia de reemplazo renal previo a la aparición de la neumonía, 6) Unidades donde > 10% de los aislamientos de gramnegativos son resistentes a un agente válido en monoterapia, 7) Unidades donde no estén disponibles las susceptibilidades antimicrobianas, 8) Presencia de enfermedad pulmonar estructural (bronquiectasias, fibrosis quística...). (***) No utilizar aminoglucósidos en monoterapia
Neumonía aspirativa	Extrahospitalaria: Flora mixta. Anaerobios	5-7 días	Amoxicilina-ácido clavulánico (1*)	Clindamicina (12*) o Levofloxacino (2)	
	Intrahospitalaria: flora mixta. Anaerobios. Bacilos gram negativos	7 días	Piperacilina-tazobactam (6) + Vancomicina (13) o linezolid (11) (c)	Imipenem (7) + Vancomicina(13) o linezolid (11) (c)	

TRATAMIENTO EMPÍRICO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS

INDICACIÓN	ETIOLOGÍA	DURACIÓN	ANTIMICROBIANO DE ELECCIÓN	ALTERNATIVA	PAUTA DE TRATAMIENTO
Neumonía cavitada/absceso pulmonar	(Polimicrobiana) Anaerobios, <i>S. aureus</i> , <i>K. pneumoniae</i> , <i>S. pyogenes</i> , <i>H. influenzae</i>	Mínimo 3 semanas (d)	Amoxicilina-ácido clavulánico (1*)	Piperacilina- tazobactam (6) o Clindamicina (12*) o Ertapenem (18)	
Empiema	<i>S. pneumoniae</i> , <i>S. pyogenes</i> , <i>S. aureus</i> Enterobacterias Anaerobios				

NOTAS:

- (a) Terapia combinada en sospecha de infecciones por *Pseudomonas aeruginosa* en los siguientes supuestos: Sepsis grave o shock séptico, neutropenia y bacteriemia, quemados, riesgo de resistencias
- (b) En todos los casos iniciar tratamiento por vía intravenosa, excepto levofloxacino que puede iniciarse por vía oral.
- (c) Añadir vancomicina o linezolid en caso de riesgo de SARM.
- (d) Continuar con tratamiento oral al menos hasta 6 semanas o resolución radiológica

(**) Factores de riesgo para bacterias multirresistentes (BMR) en NAVM: 1) Uso de antibióticos en los 90 días previos, 2) Shock séptico en el momento de la neumonía, 3) Síndrome de distrés respiratorio (SDRA) previo a la neumonía, 4) Cinco o más días de hospitalización antes del desarrollo de neumonía, 5) Terapia de reemplazo renal previo a la aparición de la neumonía, 6) Unidades donde > 10% de los aislamientos de gramnegativos son resistentes a un agente válido en monoterapia, 7) Unidades donde no estén disponibles las susceptibilidades antimicrobianas, 8) Presencia de enfermedad pulmonar estructural (bronquiectasias, fibrosis quística...).

TRATAMIENTO EMPÍRICO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS

BIBLIOGRAFÍA:

- Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)- Guía española de la EPOC (GesEPOC). Versión 2017
- Martínez-García MA, Máiz-Carro L, Oliveira C et al. Normativa para el tratamiento de las bronquiectasias en el adulto. ArchBronconeumol. 2017
- Torres A, Barberán J, Falguera M, Menéndez R, Molina J, Olaechea P, Rodríguez A. Guía multidisciplinar para la valoración pronóstica, diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. Med Clin (Barc). 2013; 140(5):223.e1-223.e19
- Menéndez R, Torres A, Aspa J et al; Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Neumonía adquirida en la comunidad. Nueva normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). ArchBronconeumol. 2010; 46(10):543-58
- IDSA/ATS guidelines: Recommended empiric antibiotics for community-acquired pneumonia in adults. Clin InfectDis 2007;44 Suppl2:S27
- Kali AC, Metersky ML, Klompas M, et al. Management of adult with hospital-acquired and ventilator-associated pneumonia: 2016 clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society. Clin Infect Dis 2016; 63:e61

Autores:

Lara Bravo Quiroga. Servicio de Neumología.

Esther López ramos. Servicio de Medicina Intensiva

Aprobado por la Comisión de Infecciones y Política de Antibióticos