

## INFECCIÓN RESPIRATORIA VÍAS BAJAS

### 1. NEUMONÍAS:

NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC)			
CLASIFICACIÓN	ETIOLOGÍA + FRECUENTE	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO EMPÍRICO
<b>TÍPICA</b>  (+ de 4 de: inicio brusco, T <sup>a</sup> >39°C, dolor pleurítico, condensación lobar, esputo purulento, leucocitosis)	<i>S. pneumoniae.</i> <i>H. Influenzae,</i> <i>M. catarrhalis</i>	Cultivo de esputo, Hemocultivos y Antigenuria neumococo	<b>SI ALTA HOSPITALARIA:</b> Amoxicilina 1g/8h VO <sup>1</sup>  <b>SI INGRESO HOSPITAL:</b> Ceftriaxona 2g/24h IV
<b>ATÍPICA</b>  (Inicio insidioso, no lobar, disociación clínico-radiológica, síntomas extrapulmonares, ausencia de leucocitosis)	<i>Mycoplasma, Chlamydomphila, Coxiella burnetti, Legionella, virus.</i>	Los previos: + Antigenuria legionella (si sospecha epidemiológica) y serología de atípicas	Claritromicina 500mg/12 h o azitromicina 500mg/24h
<b>NAC GRAVE</b> (sepsis o Shock séptico)	<i>S.pneumoniae.</i> <i>H. Influenzae,</i> <i>M. catarrhalis. Mycoplasma, Chlamydomphila, Coxiella burnetti, Legionella, virus</i>	Idem a lo anterior en función de la presentación	Ceftriaxona 2g/24h IV + Claritromicina 500mg/12 h o azitromicina 500mg/24h
<sup>1</sup> Amoxicilina es el tratamiento de elección en NAC comunitaria sin criterios de ingreso y, sobre todo, si confirmación etiológica en urgencias de NEUMOCOCO (Antigenuria positiva). Valorar AMOXICILINA-CLAVULÁNICO 875-125MG/VO/8H si no diagnóstico etiológico y >65 años con comorbilidad.			

SITUACIONES ESPECIALES	
<b>Neumonitis por broncoaspiración</b>	Inicialmente NO precisa antibioterapia (tratamiento sintomático con broncodilatadores). SOLO si desarrollo de NEUMONÍA: Amoxicilina-clavulánico 1g/IV/8h
<b>Sospecha de <i>Pseudomonas aeruginosa</i><sup>1</sup></b>	Ceftazidima 2g/IV/8h (en caso de alta hospitalaria: Ciprofloxacino 750mg/VO/12h)
<b>Sospecha de Enterobacterias productoras de BLEE<sup>2</sup></b>	Ertapenem 1g/IV/24h
<b>Paciente inmunodeprimido</b> (neutropenia, trasplantados, VIH con mal control inmunoviológico) <sup>3</sup>	Piperacilina/tazobactam 4g/IV/6h +/- Claritromicina 500mg/12h **Si patrón intersticial de predominio en lóbulos superiores, valorar añadir cobertura frente a <i>P.jirovecii</i> : + TMP-SMX dosis incrementadas
<b>Si etiología viral confirmada</b> ( <i>SARS COV-2</i> o <i>Influenza A</i> )	VER PROTOCOLO ESPECÍFICO (valorar tratamiento dirigido en pacientes con factores de riesgo de progresión a enfermedad grave)
<sup>1</sup> Riesgo de <i>P.aeruginosa</i> : infección/colonización previa (en este caso tener en cuenta antibiogramas para ajustar pauta empírica), hospitalización prolongada reciente (>7 días en los últimos 3 meses), EPOC grave (FEV<30) o FQ/bronquiectasias	
<sup>2</sup> Riesgo de Enterobacterias productoras de BLEE: infección/colonización previa.	
<sup>3</sup> Avisar a MICROBIOLOGIA para ampliar estudio a etiologías atípicas (Film Array vía respiratoria inferior)	

NEUMONÍA NOSOCOMIAL			
CLASIFICACIÓN	ETIOLOGÍA + FRECUENTE	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO EMPÍRICO
<b>PRECOZ</b> (<5 días de ingreso)	<i>S. pneumoniae.</i> <i>H. Influenzae,</i> <i>S.aureus,</i> <i>enterobacterias</i>	Cultivo de esputo, Hemocultivos y Antigenuria neumococo	Ceftriaxona 2g/24h IV
<b>TARDÍA</b> (>5 días de ingreso)	<i>Los previos: + P.aeruginosa y S.aureus MR</i>	Los previos: + incluir frotis nasal para estudio de portador de <i>S.aureus MR</i>	Piperacilina-tazobactam 4g/IV/6h  Añadir Linezolid 600mg/VO-IV/12h solo si infección/colonización previa por SAMR <sup>1</sup>
<b>En ambos, SI necesidad de VMI, SEPSIS o SHOCK SÉPTICO</b>	= a tardía		Meropenem 1g/IV/8h + Linezolid 600mg/IV/12h <sup>1</sup>
<sup>1</sup> Teniendo en cuenta la epidemiología local de HUT, en 2023-2024, baja densidad de incidencia de SARM, por lo que no indicada cobertura de forma generalizada. Si inicio de cobertura dirigida: re-evaluar tratamiento a las 24-48h y en caso de disponer de frotis nasal o cultivo de esputo negativo suspender linezolid.			

NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA (NAVM)			
CLASIFICACIÓN	ETIOLOGÍA + FRECUENTE	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO EMPÍRICO
<b>PRECOZ</b> (<5 días de ingreso) <b>y ausencia de sepsis/shock séptico</b>	<i>P.aeruginosa, S.aureus, enterobacterias</i>	Cultivo de esputo, Hemocultivos, telescopado o BAL (si no es posible aspirado traqueal) y frotis nasal para estudio de portador de <i>S.aureus MR</i>	Piperacilina-tazobactam 4g/IV/6h <sup>1</sup>
<b>TARDÍA</b> (>5 días de ingreso) <b>o SEPSIS/SHOCK SÉPTICO</b>	<i>Los previos: + Enterobacterias BLEE, SAMR y valorar brotes nosocomiales (S.maltophilia, Acinetobacter, Enterobacterias productoras de carbapenemasas)</i>		Meropenem 1g/IV/8h + Linezolid 600mg/IV/12h <sup>1</sup> En contexto de brote nosocomial (en UCI/REA) ver TABLA ANEXA**
<sup>1</sup> Teniendo en cuenta la epidemiología local de HUT, en 2023-2024, baja densidad de incidencia de SARM, por lo que no indicada cobertura de forma generalizada. Si inicio de cobertura dirigida: re-evaluar tratamiento a las 24-48h y en caso de disponer de frotis nasal o cultivo de esputo negativo suspender linezolid.			

**SITUACIÓN DE BROTE NOSOCOMIAL EN UCI/REA (siempre valorar opciones con sensibilidad in-vitro de cepas aisladas en el contexto de brote)	
Si <i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	TMP-SMX dosis incrementadas o Cefiderocol 2g/IV/8h
Si <i>Enterobacterias productoras de carbapenemasas</i>	En OXA priorizar: Ceftazidima-avibactam 2-0,5g/IV/8h En KPC priorizar: Meropenem-vaborbactam 2-2g/IV/8h En MBL (VIM, NDM) priorizar: Cefiderocol 2g/IV/8h o Aztreonam-avibactam 1,5-0,5g/IV/8h
Si <i>Pseudomonas aeruginosa DTR</i> (NO productora de carbapenemasas)	Ceftolozano-tazobactam 2-1g/IV/8h
Si <i>Acinetobacter baumannii XDR</i>	Cefiderocol 2g/IV/8h + Colistina 9MUI/IV dosis de carga seguido 4,5MUI/IV/12h
NOTA: En todos los casos anteriores, añadir cobertura de SAMR con Linezolid 600mg/IV/12h si tardía o sepsis/shock séptico. Si inicio de cobertura dirigida: re-evaluar tratamiento a las 24-48h y en caso de disponer de frotis nasal o cultivo de esputo negativo suspender linezolid.	

## 2. INFECCIÓN RESPIRATORIA VÍAS BAJAS NO CONDENSATIVA:

CLASIFICACIÓN	ETIOLOGÍA + FRECUENTE	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO EMPÍRICO
<b>EPOC AGUDIZADO</b>	<i>S. pneumoniae, H. Influenzae, M. catarrhalis</i>	Cultivo de esputo	<b>Antibioterapia SOLO si esputo purulento:</b> Amoxicilina-clavulánico 1g/IV/8h  Si infección/colonización previa por <i>Pseudomonas aeruginosa</i> : Piperacilina-tazobactam 4g/IV/6h

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO	
EN TODOS LOS CASOS: Es posible secuenciar el tratamiento a vía oral a las 48-72 h si las condiciones lo permiten (paciente estable, tolerancia oral, fármaco oral disponible)	
Neumonía adquirida en la comunidad y EPOC agudizado	5 días
Neumonía nosocomial o NAVM	7 días
Neumonía necrotizante o absceso pulmonar	2-4 semanas
En caso de etiología confirmada por <i>Pseudomonas aeruginosa</i> El tratamiento combinado de betalactámico con aminoglicósidos o quinolonas <b>NO</b> ha demostrado ser superior a la monoterapia y presenta mayor toxicidad y posibilidad de reacciones adversas graves	
Si tratamiento empírico inicial adecuado y respuesta clínica favorable	7 días
Si evolución clínica desfavorable, enfermedad grave, inmunodepresión o multirresistencia	14 días