

BLOQUE 2:

PATOLOGÍA INFECCIOSA Y AGUDIZACIONES

Capítulo 08:

Neumonías (comunitarias/asociadas a cuidados sanitarios/inmunodeprimidos)

Autores

Gerardo Pérez Chica Hospital Universitario de Jaén.

Celia Cabrero Rodríguez Hospital Clínico San Cecilio de Granada.

Enrique Fernández Romero Hospital de Montilla (Córdoba).

NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

Definición

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es un proceso inflamatorio agudo del parénquima pulmonar de causa infecciosa, adquirido fuera del hospital (se excluyen neumonías los primeros 14 días de ingreso o ingreso previo 72 horas antes)⁴ que afecta a pacientes inmunocompetentes.

El más frecuentemente aislado es el *Streptococcus pneumoniae*, seguido de *Haemophilus influenzae* y los llamados "gérmenes atípicos" como *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *C. psittaci*, *Coxiella burnetti* y algunas especies de *Legionella*. *Staphylococcus aureus* (puede dar cavitaciones) y los bacilos Gram negativos son menos frecuentes, si bien el aislamiento del germen es infrecuente. Hay que sospechar *Pseudomonas aeruginosa* en pacientes con bronquiectasias, fibrosis quística, tratados con pautas repetidas de corticoides o antibióticos. Si existe riesgo de aspiraciones, frecuentemente es polimicrobiano y/o de gérmenes anaeróbicos. Los virus respiratorios (adenovirus, virus sincitial respiratorio o influenza) pueden provocar neumonía, además de predisponer para una colonización posterior por bacterias.

Diagnóstico y valoración de la gravedad

El diagnóstico se basa en la presencia de clínica sugestiva y de infiltrado pulmonar no explicable por otra causa en las pruebas de imagen (radiografía o tomografía computarizada [TC]).

Existen diferentes presentaciones clínicas:

1. Inicio brusco, con fiebre alta, tos, expectoración purulenta o hemoptoica y dolor torácico pleurítico, así como leucocitosis, neutrofilia y condensación alveolar bien delimitada (presentación clásica de la neumonía neumocócica).
2. Inicio insidioso, síntomas generales, fiebre menos elevada, tos escasa y otras imágenes radiológicas como infiltrados intersticiales o parcheados (presentación menos típica).
3. Predominio de la afectación del estado general y neurológica. Suele ocurrir en ancianos (Capítulo 37).

Es frecuente encontrar taquipnea, taquicardia, crepitantes en la auscultación o abolición del murmullo vesicular si existe derrame pleural asociado.

Otros datos de interés pronóstico y terapéutico en la radiología son extensión de

la lesión, infiltrados múltiples y/o bilaterales, derrame pleural, cavitaciones y posibles anomalías (masas, nódulos, enfisema, atelectasias, etc.).

En pacientes con NAC en urgencias hospitalarias, se recomienda determinar los **biomarcadores**² que se muestran en la **Tabla 1**.

Estudio microbiológico:

Según la normativa española³, deben realizarse tinción de Gram y cultivo de esputo, hemocultivos seriados (antes del antibiótico) y antígenos en orina de *Legionella* y *S. pneumoniae* en: NAC ingresada, NAC grave, sin respuesta al tratamiento y sospecha de microorganismos multirresistentes.

Valoración de la gravedad:

Es necesario para tomar decisiones con respecto al lugar de tratamiento (ambulatorio, hospitalario o unidad de cuidados intensivos [UCI]) y el tipo de terapia.

Si se atiende a nivel extrahospitalario, se debe de valorar la posibilidad de derivación al hospital, según los criterios de gravedad de la **Tabla 1**.

Son muy útiles las escalas clínicas, ya que predicen mortalidad a los 30 días³ (**Tabla 1**): **Escala CURB-65, escala PSI (Pneumonia Severity Index) o FINE, escala CRB-65** (esta última de uso extrahospitalario, debiendo derivar a urgencias del hospital a pacientes con valor distinto de 0 [mayor o igual a 1]). Para valorar el ingreso en una UCI se utilizan los criterios de NAC de la *American Thoracic Society/Infectious Diseases Society of America* (ATS/IDSA)⁴ (**Tabla 1**), aunque se debe usar la escala *quick Sequential related Organ Failure Assessment (qSOFA)* en casos sin certeza de NAC (**Anexos**).

Tratamiento

El tratamiento se muestra en la **Figura 1**. Inicialmente debe ser empírico en función de los gérmenes más frecuentes, gravedad del cuadro, factores de riesgo y tipo de asistencia que precise ajustando posteriormente el tratamiento al resultado de las pruebas microbiológicas. Las situaciones que precisan una atención especial son:

- Ingreso en UCI (ATS/IDSA)⁴.
- Posibilidad de gérmenes multirresistentes: Cultivo previo conocido o índice de riesgo del sistema antiepidémico PES ≥ 4 (+). Se aconseja recoger muestras para cultivo (técnicas de diagnóstico molecular), iniciar tratamiento empírico para ir desescalando con los resultados de microbiología³.
- Sospecha de infección por *P. aeruginosa*: Antibiótico antipseudomónico que cubra neumococo y *H. influenzae*³.

Tabla 1. Utilidad de los biomarcadores en la neumonía adquirida en la comunidad, valoración de la gravedad y nivel asistencial.

Biomarcadores				
Lactato*	Predictor de mortalidad			
Procalcitonina (ng/ml)	<ul style="list-style-type: none"> • <0,05: Sospecha de otros procesos o NAC viral • 0,10-0,5: Sospecha de patógenos atípicos • >0,85: Sospecha de neumonía neumocócica • >1: Posibilidad de evolución a sepsis • >10: Valorar ingreso en UCI 			
PCR (mg/ml)	<ul style="list-style-type: none"> • >60: Predicción de NAC frente a otros procesos cardiorrespiratorios • >125: Sospecha de NAC típica frente a gérmenes atípicos o virus • >200: Descartar bacteriemia 			
Derivación al hospital en atención extrahospitalaria				
Criterios de gravedad**	<ul style="list-style-type: none"> • Signos de gravedad: SatO₂ < 92%, PAS ≤90 o PAM <60 mmHg, FR ≥26 rpm, FC ≥120 lpm • CRB-65 ≥1, criterios de sepsis • Descompensación de enfermedad de base o embarazada • Sospecha de NAC por aspiración o factores de riesgo para patógenos resistentes • Ingreso reciente (posible nosocomial) e ID • Intolerancia oral o problemas para cumplir tratamiento domiciliario • Complicaciones radiológicas: Afectación bilobar, bilateral, derrame pleural, cavitación, etc. • Respuesta clínica ausente e insuficiente (tras 48-72 horas de (tratamiento correcto) 			
Lugar preferente de atención del paciente con NAC				
Tratamiento ambulatorio	<ul style="list-style-type: none"> • Escala CRB-65: 0 • Escala PSI o FINE: Grupos I y II (<70 puntos) • Grupo III (71-90 puntos) si mejoría tras observación hospitalaria 24 h 			
Tratamiento hospitalario	<table border="1"> <tr> <td>Datos clínicos</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Hipoxemia (SatO₂ <92%) • Enfermedad neuromuscular • Afectación multilobar • No ingesta normal </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Esplenectomía • Deformidad torácica • Ausencia de apoyo familiar </td> </tr> </table>	Datos clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Hipoxemia (SatO₂ <92%) • Enfermedad neuromuscular • Afectación multilobar • No ingesta normal 	<ul style="list-style-type: none"> • Esplenectomía • Deformidad torácica • Ausencia de apoyo familiar
	Datos clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Hipoxemia (SatO₂ <92%) • Enfermedad neuromuscular • Afectación multilobar • No ingesta normal 	<ul style="list-style-type: none"> • Esplenectomía • Deformidad torácica • Ausencia de apoyo familiar 	
<ul style="list-style-type: none"> • Escala CURB-65: Ingreso si >1 • Escala PSI o FINE: Grupo III (71-90 puntos) si no mejoría tras observación hospitalaria 24 h • Grupo IV y V 				
UCI	Un criterio mayor y/o 3 menores de la (IDSA/ATS) (criterios NAC)			

*Si datos de gravedad. **Derivación al hospital.

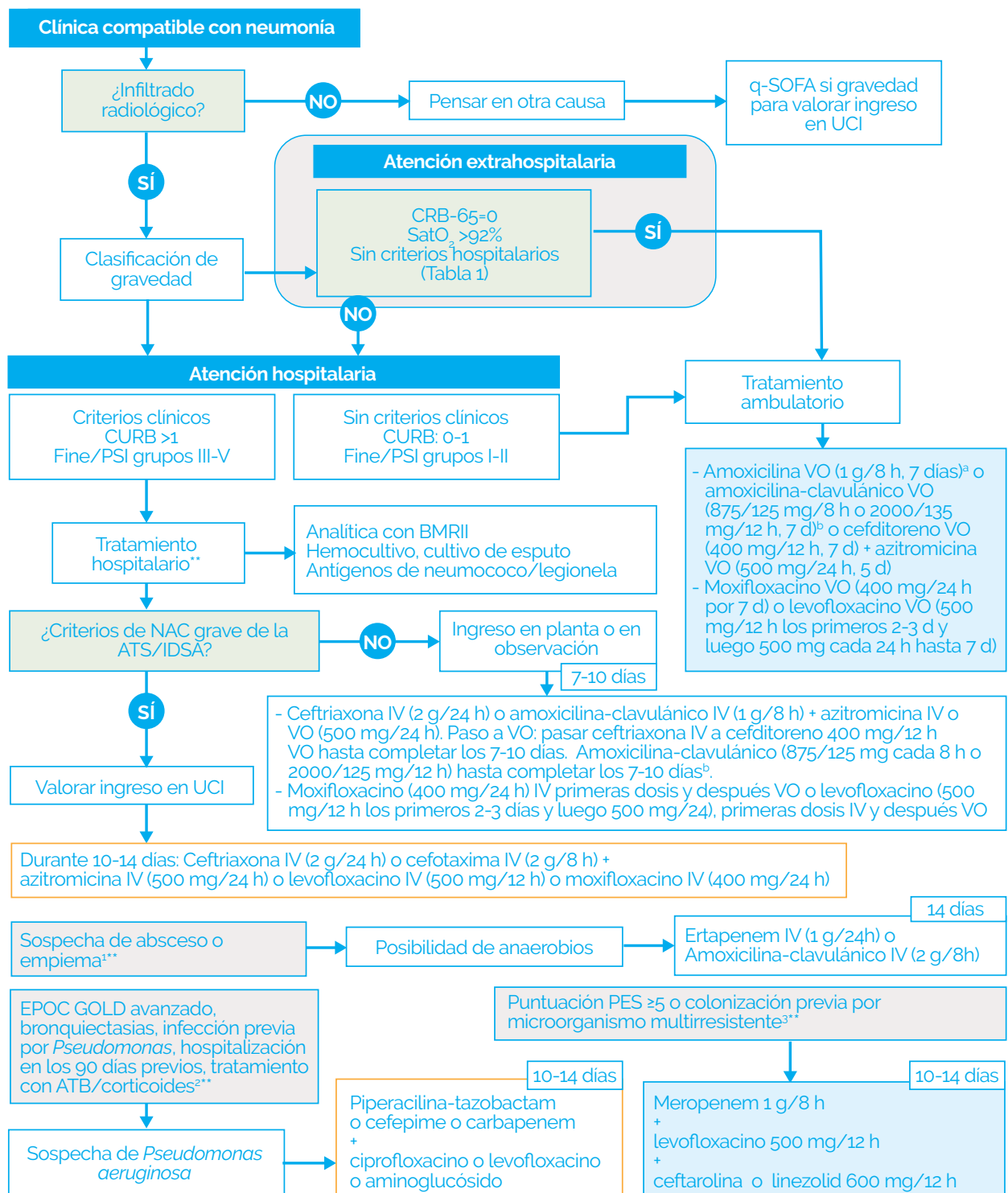
ATS/IDSA: *American Thoracic Society/Infectious Diseases Society of America*; FC: frecuencia cardiaca; FR: frecuencia respiratoria; ID: inmunodeprimidos (no son NAC); lpm: latidos por minuto; PAM: presión arterial media; PAS: presión arterial sistólica; PCR: proteína C reactiva; PSI: *Pneumonia Severity Index*; rpm: respiraciones por minuto; SatO₂: saturación de oxígeno; UCI: unidad de cuidados intensivos.

Tabla realizada a partir de: Julián-Jiménez A, Adán I, Beteta A, *et al.* Recomendaciones para la atención del paciente con neumonía adquirida en la comunidad en los Servicios de Urgencias. *Rev Esp Quimioter* 2018; 31(2): 186-202; Metlay JP, Waterer GW, Long AC, *et al.* Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. *Am J Respir Crit Care Med* Vol.200, Iss 7, pp e45-e67, Oct 1, 2019.

- Presencia de absceso o empiema: Cobertura contra anaerobios⁴.
- Neumonía (clínica y radiológica) con test positivo para influenza: Iniciar antibiótico.

Duración del tratamiento: Lo más frecuente es de 5 a 7 días. En casos más graves (**Figura 1**) el tratamiento se debe de prolongar, al menos a 7, 10 o 14 días².

Figura 1. Esquema de atención y tratamiento de la NAC.



ATB: antibiótico; ATS/IDSA: American Thoracic Society/Infectious Diseases Society of America; BMRII: biomarcador de respuesta inflamatoria e infección; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; d: días; GOLD: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, h: horas; IV: intravenoso; NAC: neumonía adquirida en la comunidad; PES: índice de riesgo del sistema antiepidémico; PSI: Pneumonia Severity Index; qSOFA: quick Sequential related Organ Failure; SatO₂: saturación de oxígeno; UCI: unidad de cuidados intensivos; VO: vía oral.

Creación propia. Figura basada en: Julián-Jiménez A, Adán I, Beteta A, et al. Recomendaciones para la atención del paciente con neumonía adquirida en la comunidad en los Servicios de Urgencias. Rev Esp Quimioter 2018; 31(2): 186-202; Menéndez R, Cilloniz D, España PP, et al. Neumonía adquirida en la comunidad. Normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Actualización 2020. Arch Bronconeumol. 2020; 56 (Suppl 1): 1-10; Metlay JP, Waterer GW, Long AC, et al. Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. Am J Respir Crit Care Med Vol 200, Iss 7, pp e45-e67, Oct 1, 2019.

Criterios clínicos para retirar el antibiótico: 48 horas o más afebril y no presentar más de un signo de inestabilidad clínica^{3,4}. El descenso en las cifras de procalcitonina es útil para esta decisión.

Uso de corticoides: Solo en casos de patología asociada que los precisen o en las indicaciones habituales de sepsis y *shock* séptico⁴.

NEUMONÍA INTRAHOSPITALARIA

Definición

La neumonía intrahospitalaria (NIH) es una infección del parénquima pulmonar que se desarrolla en pacientes ingresados durante más de 48 horas o que han recibido menos de 48 horas de ventilación mecánica invasiva (VMI)^{5,6}.

Etiología

La frecuencia varía según el medio. Los microorganismos responsables son bacilos Gram negativos (*P. aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*), *Enterobacteriae* (*Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter* spp., *Escherichia coli*, *Serratia* spp.), *S. aureus* meticilin sensible (SAMS) o resistente (SAMR), *H. influenzae*^{6,7}.

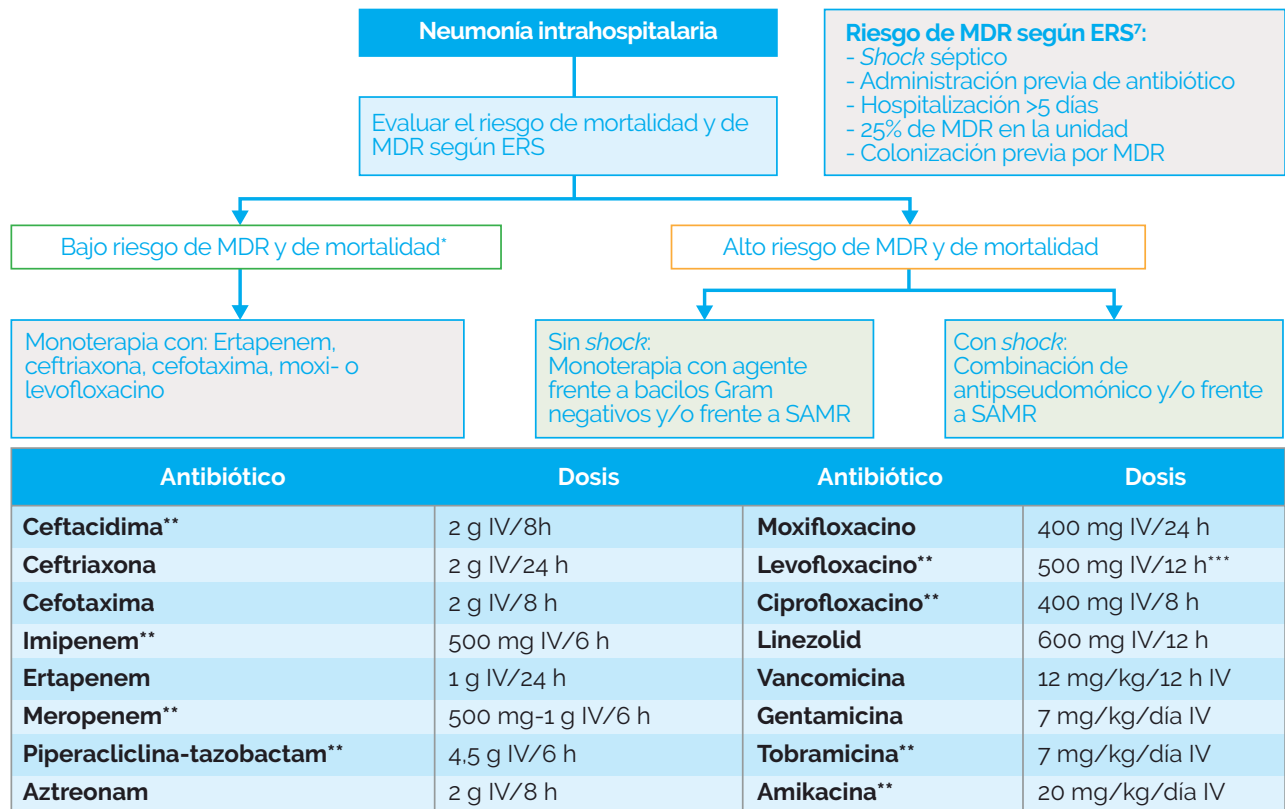
Diagnóstico

No existe una prueba *gold standard*. Se basa en criterios clínicos y radiológicos: nuevo infiltrado pulmonar o progresión de previo y más de dos criterios: fiebre $\geq 38,3^{\circ}\text{C}$, leucocitosis $\geq 10\ 000$ células/ μl , o < 4000 células/ μl y esputos purulentos. La radiografía de tórax es imprescindible y se debe intentar recoger una muestra microbiológica (cultivo de esputo, aspirado bronquial...)⁶.

Tratamiento

Debe iniciarse antibioterapia precoz y el tratamiento empírico debe basarse en la existencia de factores de riesgo de multirresistencia (MDR), patrones de resistencia local y la gravedad de la enfermedad (**Figura 2**)⁵.

Figura 2. Esquema de tratamiento de neumonía intrahospitalaria y antibióticos más utilizados.



*Probabilidad de éxito <15%. **Actividad antipseudomónica. ***Tres días y posteriormente 500 mg/24 h.

ERS: *European Respiratory Society*; MDR: microorganismos multirresistentes; SAMR: *Staphylococcus aureus* metilicilina resistente; UCI: unidad de cuidados intensivos.

Figura modificada de Torres A, Barberán J, Ceccato A, et al. Neumonía intrahospitalaria. Normativa de la Sociedad Española de Neumología Y Cirugía Torácica (Separ). actualización 2020. Archivos de Bronconeumología. 2020; 56:11–9; Pérez Chica G, Larcarcel Bautista C, López López M. Neumonía nosocomial. Manual de diagnóstico y terapéutica en neumología. Sevilla, España: Neumosur; 2022. p. 517–527; Figueredo Cacacho AL, Mincholé Lapuente E, de Pablo Cillero F, et al. Neumonía nosocomial. Manual de Neumología y Cirugía Torácica. Madrid, España: SEPAR; 2022. p. 1–50R

La duración del tratamiento debe ser de unos 7-8 días en caso de una respuesta favorable que viene definida por temperatura corporal, leucocitos y oxigenación^{5,6}.

Deberá prolongarse el tratamiento en caso de presentar signos de alarma o fallo del tratamiento⁵ como neumonía asociada al ventilador por MDR, ausencia de buena respuesta inicial en las primeras 72 horas, aparición de complicaciones (neumonía necrotizante, absceso, derrame pleural...).

La determinación de la proteína C reactiva (PCR) y la procalcitonina pueden ayudar en la toma de decisiones en la evolución del proceso durante el tratamiento, pero no para el diagnóstico de NIH, ni para decidir el momento de inicio de la antibioterapia⁷. La PCR podría ser útil a la hora de determinar el tiempo de tratamiento cuando sea más de 8 días⁵.

NEUMONÍA EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS

Definición

La neumonía en pacientes inmunodeprimidos (NHIC) ha sido definida como una neumonía infecciosa que se produce en un individuo con un trastorno cuantitativo o funcional de las defensas inmunitarias del huésped. Los criterios diagnósticos de la NHIC incluyen la sospecha clínica de una infección pulmonar, con o sin signos y síntomas clínicos compatibles, y con evidencia radiográfica de un infiltrado pulmonar nuevo o que empeora⁸.

La definición de NHIC está limitada por la falta de marcadores de la función inmunitaria del huésped universalmente notificables⁸.

Diagnóstico

En un huésped con un defecto inmunitario conocido, el diagnóstico de la NHIC viene determinado, además de por una presentación clínica compatible, por la posible identificación del patógeno y la exclusión de otras causas de las manifestaciones clínicas, microbiológicas y radiográficas⁸.

La realización de pruebas debe ser sistemática, individualizada y conociendo la disponibilidad de las distintas técnicas diagnósticas de cada centro.

El diagnóstico de la NHIC no requiere la detección de un microorganismo causal, aunque se deben de realizar esfuerzos concentrados para identificar un patógeno específico mediante los métodos disponibles de cultivo, dado el amplio diagnóstico diferencial y las implicaciones para el tratamiento, lo que a menudo contempla la realización de una broncoscopia con lavado broncoalveolar (BAL) y/o biopsias transbronquiales (una vez se haya hospitalizado el paciente) para evaluar la presencia de patógenos típicos u oportunistas, así como diagnósticos alternativos no infecciosos⁸.

Tras una primera evaluación clínico-radiológica, está indicado en una evaluación inicial solicitar un análisis general, así como una gasometría arterial; debiéndose de realizar estudio microbiológico del esputo (incluyendo tinción de Gram y Ziehl-Neelsen), inmunofluorescencia, técnicas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR), procalcitonina, cultivo para bacterias, hongos y micobacterias, hemocultivos, detección en orina del antígeno de neumococo y *Legionella*, así como la realización de serología (aunque se debe tener en cuenta que la capacidad de producir anticuerpos en el paciente inmunodeprimido está disminuida) y anticuerpos monoclonales para la detección de antígenos⁹.

La hospitalización de pacientes inmunodeprimidos con neumonía se basa principalmente en el juicio clínico, teniendo en cuenta que las puntuaciones de gravedad de la neumonía no han sido bien validadas en este grupo de pacientes. La hipoxemia es un criterio particularmente útil para definir el lugar de atención. Los pacientes inmunocomprometidos pueden parecer estables en el momento de la evaluación inicial, pero pueden deteriorarse rápidamente, pasando en pocas horas de una neumonía moderada en su perfil de gravedad a una neumonía grave que requiere ingreso en una UCI. Además, la mayor variedad de agentes infecciosos potenciales hace que la selección de cualquier régimen empírico sea mucho más difícil, y a menudo requiere fármacos vía parenteral. Si se considera que el paciente está lo suficientemente estable como para recibir atención ambulatoria, debe de disponerse de mecanismos suficientes para la realización de un seguimiento estrecho^{9,10}.

Tratamiento

En la **Tabla 2** se correlacionan los patógenos oportunistas en el pulmón, el defecto inmunitario del huésped y el posible tratamiento inicial que podríamos utilizar⁸⁻¹⁰.

Tabla 2. Patógenos oportunistas pulmonares que deberían hacer pensar en un defecto inmunitario del huésped y la posible terapia empírica inicial.

	Patógeno o escenario clínico	Huésped/comentarios	Tratamiento empírico inicial
Bacterias	Patógenos respiratorios esenciales que pueden causar NAC en el paciente inmunodeprimido	Pacientes inmunodeprimidos sin factores de riesgo adicionales de bacterias resistentes	El mismo que el recomendado para los pacientes hospitalizados con neumonía adquirida en la comunidad que no están inmunocomprometidos
	SARM	Antecedentes de colonización o infección por SARM en los 12 meses anteriores, la terapia empírica inicial debe cubrir la posibilidad de infección por SARM	Vancomicina o linezolid
	Bacilos Gram negativos resistentes a los fármacos, como <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Antecedentes de colonización o infección por un bacilo Gram negativo resistente en los 12 meses anteriores, hospitalización previa con exposición a antibióticos de amplio espectro, presencia de traqueostomía, neutropenia o antecedentes de comorbilidad pulmonar	Piperacilina tazobactam o un carbapenem
	Bacilos Gram negativos MDR	Antecedentes recientes de colonización o infección por bacilos Gram negativos MDR, como <i>Enterobacteriaceae</i> productoras de betalactamasa de espectro extendido, <i>Enterobacteriaceae</i> productoras de carbapenemasas, <i>Pseudomonas</i> MDR o <i>Acinetobacter</i> MDR	Considerar la utilización de ceftazidima-avibactam; ceftolozane-tazobactam o meropenem-vaborbactam. La adición de una polimixina como la colistina a un beta lactámico tradicional es una posibilidad cuando no se dispone de otros agentes
	<i>Mycobacterium tuberculosis</i> (enfermedad tuberculosa activa y LTBI)	Leucopenia absoluta y funcional, así como defectos en la señalización de citocinas, TOS Los CDC recomiendan el cribado del VIH para todos los pacientes con TB y LTBI	Ante la sospecha de neumonía micobacteriana no se sugiere tratar al paciente con tratamiento empírico, e iniciar el tratamiento una vez identificado el patógeno.
	Nocardia	Enfermedad granulomatosa crónica, SMD, LMA, neutropenia, proteinosis alveolar pulmonar, autoanticuerpos anti-GM-CSF, uso de corticoides sistémicos a dosis elevadas, TOS	Cotrimoxazol (trimetropin-sulfametoxazol a la terapia empírica inicial a una dosis de 15 mg/kg/día)

Tabla 2. Patógenos oportunistas pulmonares que deberían hacer pensar en un defecto inmunitario del huésped y la posible terapia empírica inicial (cont.).

	Patógeno o escenario clínico	Huésped/comentarios	Tratamiento empírico inicial
Virus	Citomegalovirus	TOS y TCH, así como VIH avanzado (CD4 <100 células/μl)	Añadir ganciclovir al régimen inicial a una dosis de 5 mg/kg IV cada 12h
	Virus respiratorios adquiridos en la comunidad (influenza, parainfluenza, coronavirus, virus respiratorio sincitial, rinovirus y adenovirus)	TCH, TOS, neoplasias hematológicas, corticoides, trasplante pulmonar, alteraciones congénitas de la inmunidad a los IFN de tipo I o autoanticuerpos contra ellos El riesgo de mortalidad por enfermedad del tracto inferior es mayor con la gripe, la parainfluenza, el virus respiratorio sincitial, el adenovirus y el SARS-CoV-2	El mismo que el recomendado para los pacientes hospitalizados con neumonía adquirida en la comunidad que no están inmunocomprometidos
Hongos	Aspergilosis pulmonar invasiva	Neutropenia, enfermedad granulomatosa crónica, TOS, deficiencia de STAT3, deficiencia de IL6ST, defectos de señalización de citoquinas, uso de corticoides sistémicos en dosis elevadas	Si aspergilosis pulmonar invasiva documentada: Voriconazol se considera el tratamiento de primera línea (no se sugiere como terapia empírica porque estos pacientes también corren el riesgo de padecer otros hongos filamentosos resistentes al voriconazol (p. ej., los causantes de mucormicosis). Si aspergilosis pulmonar invasiva no documentada: Terapia empírica con anfotericina liposomal a dosis de 5 a 7,5 mg/kg diarios
	<i>Pneumocystis jirovecii</i>	Leucemia de células pilosas, leucemia aguda, linfoma de células T, inmunodeficiencia combinada grave, defectos de señalización de citoquinas, TOS y otras causas de linfopenia, incluida la enfermedad por VIH con CD4 <200 células/μl	Cotrimoxazol (trimetoprin 15-20 mg/kg/día y sulfametoxazol 75-100 mg/kg/día)
Parásitos	<i>Toxoplasma gondii</i>	Leucemia de células pilosas, TOS, leucemia aguda, linfoma de células T y enfermedad por VIH con CD4 <100 células/μl	Pirimetamina y sulfadiazina

CD4: linfocitos T CD4+; CDC: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; GM-CSF: factor estimulante de colonias de granulocitos-macrófagos; IL6ST: transductor de señales de la familia de citocinas de la interleucina 6; LMA: leucemia mieloide aguda; LTBI: infección tuberculosa latente; MDR: multirresistentes; NAC: neumonía adquirida en la comunidad; SARS-CoV-2: síndrome respiratorio agudo grave por coronavirus 2; SARM: *Staphylococcus aureus* meticilin resistente; SMD: síndrome mielodisplásico; STAT: transductor de señales y activador de la transcripción; TB: tuberculosis; TCH: trasplante de células hematopoyéticas; TOS: trasplante de órgano sólido; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Tabla modificada de: Pérez G, López M, Lacarcel C. (2021). Infecciones pulmonares en enfermos inmunodeprimidos. En Jiménez-Ruiz C, Peces-Barba G, Moreno R, Plaza V. Manual de Neumología y Cirugía Torácica 4ª edición. Madrid, fecha de consulta: 15-10-2023. ISBN 978-84-124442-2-3. Disponible en: <https://separ.wademi.com/neumo/index.php>

A pesar de nuestras recomendaciones de iniciar una terapia empírica para patógenos específicos en situaciones concretas, destacamos la importancia de hacer un esfuerzo para establecer un diagnóstico etiológico rápido y preciso, y de que se deberían de desescalar dichas terapias una vez que se descarte adecuadamente un presunto patógeno.

^aDe acuerdo con la ficha técnica de Clamoxyl®, la dosis de amoxicilina para el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad es de 500 mg a 1 g cada 8 horas. La duración del tratamiento se debe determinar por el tipo de infección y la respuesta del paciente y deberá, en general, ser lo más corta posible. Algunas infecciones requieren periodos más largos de tratamiento. ^bDe acuerdo con la ficha técnica de Augmentine®, la dosis estándar (para todas las indicaciones) es 875 mg/125 mg administrada dos veces al día y la dosis superior (especialmente para infecciones tales como otitis media, sinusitis, infecciones del tracto respiratorio inferior e infecciones del tracto urinario): 875 mg/125 mg administrada tres veces al día.

Resumen



RECORDAR QUE

- Asociar betalactámico a macrólido en NAC.
- Valorar en NAC no graves el tratamiento durante 5 días, tras dos sin fiebre y buena situación clínica.



QUÉ NO HACER

- Prescribir antibióticos en infecciones del tracto respiratorio inferior en pacientes sanos en los que clínicamente se descarta la presencia de neumonía¹¹.
- Realizar radiografías de tórax al finalizar el tratamiento para el control y seguimiento de la enfermedad en pacientes adultos diagnosticados de neumonía adquirida a la comunidad que responden clínicamente a la terapia antibiótica inicial.

1. Perez-Deago B, Alonso-Porcel C, Elvira-Menendez C, *et al.* Epidemiología y manejo de la neumonía adquirida en la comunidad durante más de una década. *Med Fam Semer.* 2018; 44(6):389-94.
2. Julián-Jiménez A, Adán I, Beteta A, *et al.* Recomendaciones para la atención del paciente con neumonía adquirida en la comunidad en los Servicios de Urgencias. *Rev Esp Quimioter* 2018; 31(2): 186-202.
3. Menéndez R, Cilloniz D, España PP, *et al.* Neumonía adquirida en la comunidad. Normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Actualización 2020. *Arch Bronconeumol.* 2020; 56 (Suppl 1): 1-10.
4. Metlay JP, Waterer GW, Long AC, *et al.* Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. *Am J Respir Crit Care Med* Vol 200, Iss 7, pp e45-e67, Oct 1, 2019.
5. Torres A, Barberán J, Ceccato A, *et al.* Neumonía intrahospitalaria. Normativa de la Sociedad Española de Neumología Y Cirugía Torácica (Separ). actualización 2020. *Archivos de Bronconeumología.* 2020; 56:11-9.
6. Pérez Chica G, Larcancel Bautista C, López López M. Neumonía nosocomial. Manual de diagnóstico y terapéutica en neumología. Sevilla, España: Neumosur; 2022. p. 517-527.
7. Figueredo Cacacho AL, Mincholé Lapuente E, de Pablo Cillero F, *et al.* Neumonía nosocomial. Manual de Neumología y Cirugía Torácica. Madrid, España: SEPAR; 2022. p. 1-50.
8. Cheng G-S, Crothers K, Aliberti S, *et al.* Immunocompromised Host Pneumonia: Definitions and Diagnostic Criteria, An Official American Thoracic Society Workshop Report. *Ann.Am Thorac Soc* 2023; 20(3): 341-353.
9. Pérez G, López M, Lacarcel C. (2021). Infecciones pulmonares en enfermos inmunodeprimidos. En Jiménez-Ruiz C, Peces-Barba G, Moreno R, Plaza V. Manual de Neumología y Cirugía Torácica 4ª edición. Madrid, fecha de consulta: 15-10-2023. ISBN 978-84-124442-2-3. Disponible en: <https://separ.wademi.com/neumo/index.php>.
10. Ramirez JA, Musher DM, Evans SE, *et al.* Treatment of Community-Acquired Pneumonia in Immunocompromised Adults A Consensus Statement Regarding Initial Strategies. *Chest* 2020; 158(5):1896-1911.