

# Neumonía adquirida en la comunidad

## Tratamiento Antimicrobiano

### **Consenso**

*Sociedad Argentina de Infectología*

*Asociación Argentina de Medicina Respiratoria*

*Sociedad Argentina de Terapia Intensiva*

***Dra. Liliana Clara, M.D.***

***Buenos Aires, Argentina***

# Objetivo de las recomendaciones:

Ofrecer un abordaje racional y práctico para el tratamiento antimicrobiano inicial en pacientes adultos con NAC, basado en algunos principios

*Estas recomendaciones son simples guías y reflejan nuestra interpretación de una buena práctica clínica en la actualidad en un área terapéutica dinámica y cambiante.*

*Estas recomendaciones no pueden incluir todas las situaciones clínicas posibles, siendo responsabilidad del médico que asiste al paciente hacer un balance del interrogatorio, el examen físico, la evaluación de los factores de riesgo, la interpretación de los datos epidemiológicos locales y de la información de laboratorio para definir el mejor abordaje del paciente individual*

# Principios del tratamiento antimicrobiano en NAC

1. Optimizar el diagnóstico de NAC, evitando indicar ATB en infecciones respiratorias virales (bronquitis agudas)
2. El tratamiento ATB habitualmente es *empírico*.  
Considerando:
  - Elementos clínicos: presentación, severidad, comorbilidad
  - Elementos epidemiológicos: exposición, factores de riesgo (incluyendo alergia a drogas)
  - Gram del esputo
  - Patrones locales de resistencia

# Tratamiento de la NAC

**PRECOZ**  
**DIRIGIDO**  
**EMPIRICO**

**3. Inicio precoz del tratamiento (antes de las 4 hs.)** *Arch Inter Med*  
2004;164:637-44

**4. El neumococo sigue siendo el principal agente etiológico de la NAC.**

La resistencia a los beta-lactámicos tiene escaso impacto clínico.

Los datos de las redes de vigilancia de R en Argentina, y a los estudios clínicos recomiendan dosis altas de Penicilina o aminopenicilinas.

**5. El tratamiento ATB combinado se recomienda en pacientes con neumonías graves.**

En pacientes internados en sala general existen estudios que sugieren ventajas del tratamiento combinado, sin embargo *se necesitan estudios prospectivos para confirmar estos resultados*

# Neumonía no severa en adultos

Meta-análisis: 18 ECCA (n = 6749)

Monoterapia c/  $\beta$  lactámicos vs  
QFL/Macrol/ketol

= efectividad

- 
- •  $\beta$  lactámicos : TTo inicial de elección  
Excepción Legionella (no evidencia en Argentina)

Mills G; Oehley M; Arrol B. BMJ 2005

# NCCLS 2001 DRSPTWG

	Sensible	Intermedia	Resistente
<b>Penicilina/Ceftriaxona</b>	<b>&lt; 1</b>	<b>2</b>	<b>≥ 4</b>
<b>Amoxicilina</b>	<b>≤ 2</b>	<b>4</b>	<b>&gt; 8</b>



# Streptococcus Pneumoniae

## Aislamientos invasivos

- ◆ Adultos 921 cepas
- ◆ OXA R :22%  
( No confirmado CIM 9%)
- ◆ De los reconfirmados (65% I /35 %R  
Alta )

# Infecciones producidas por *S.pneumoniae*

*Cuál es la relevancia clínica del  
Streptococcus pneumoniae resistente a la  
penicilina ?*

- Sitio de infección: neumonía y bacteriemia  
"Otitis" Meningitis
- Severidad del cuadro clínico
- Prevalencia local de resistencia a los diferentes antimicrobianos

# Factores de riesgo para infección por Neumococo resistente

Edades Extremas (< 6 AÑOS)

TTO ATB reciente

Comorbilidad

Inmunodeficiencia 1ª y 2ª

Guardería / Familiares

Hospitalización / geriátricos

6. Limitar el uso de cefalosporinas de 3° generación en internación, por el riesgo de inducción de R de los bacilos Gram (-).

Ceftriaxona es una excelente alternativa para el tratamiento ambulatorio.

7. TMS no debe utilizarse en el tratamiento empírico de pacientes con NAC, por la elevada resistencia en patógenos respiratorios.

*8. Se recomienda una utilización prudente de las nuevas fluorquinolonas en NAC, fundamentalmente dirigida a situaciones específicas, y justificada por:*

- **Aumento de la R en neumococo en países en los que se las usó extensamente (Canadá, EEUU).**
- **Riesgo de uso extensivo a infecciones respiratorias altas.**
- **Reportes de falla del tratamiento**

# ROL DE NUEVAS FLUOROQUINOLONAS

El CDC recomienda reservar el uso de fluoroquinolonas para el tratamiento de infecciones respiratorias:

- Fallo terapéutico con otras drogas.
- Alergia a otros antibióticos.
- Infección documentada por *S. Pneumoniae* con altos niveles de resistencia a la penicilina ( $\geq 4 \mu\text{g/ml}$ ).

- Los macrólidos tienen buena actividad frente a neumococo en Argentina. Se han reportado bacteriemia por neumococo en pacientes con NAC bajo tratamiento con azitromicina y claritromicina (bacteriemia de brecha)
- Considerar la doxiciclina como una opción terapéutica. Se recomienda realizar estudios clínicos locales.
- Realizar rápidamente el pasaje a la vía oral, cuando el paciente cumple con las condiciones necesarias.
- Los pacientes internados por causa social deben recibir el mismo tratamiento (incluyendo la vía de administración) que hubieran recibido si fuera posible realizar el tratamiento en forma ambulatoria.

Respecto a cefalosporinas 2<sup>a</sup> o de 3<sup>a</sup> orales no hay evidencia para posicionarlas como electivas ya que por el contrario los datos de sensibilidad, farmacocinética y costo son desfavorables respecto a Amoxicilina. Las cefalosporinas de 1<sup>a</sup> generación (oral o parenteral) no deben utilizarse con esta indicación.



14. Un grupo reducido de pacientes puede sufrir NAC por *P. aeruginosa*. La mayoría presentan NAC grave y son internados en UCI. Se recomienda considerar un tratamiento inicial con cobertura para *P. aeruginosa*\* en pacientes con NAC grave y:

- ◆ Enfermedad fibroquística del páncreas\*\*
- ◆ Bronquiectasias\*\*
- ◆ Antecedentes de internación previa en UCI y de haber recibido maniobras invasivas vinculadas a la terapia respiratoria.

**\* Utilizar 2 agentes antipseudomónicos, asegurando cobertura frente a neumococo. La ceftazidima no tiene actividad útil frente al neumococo**

**\*\* Especialmente aquellos con colonización previamente documentada por *P. aeruginosa***

# Recomendaciones de Tratamiento Inicial en NAC

- TEI en pacientes ambulatorios (Grupo 1)
- TEI en pacientes internados en Sala General (Grupo 2)
- TEI en neumonías graves (Grupo 3)
- Situaciones especiales

# TEI en pacientes ambulatorios

## GRUPO 1

La NAC en pacientes ambulatorios es en general un proceso de curso benigno. *S. pneumoniae* es el patógeno más común en este grupo. Los agentes “atípicos” (virus respiratorios y gérmenes intracelulares) son también causantes potenciales de neumonía.

- Se recomienda el uso de **amoxicilina** en pacientes ambulatorios jóvenes y sin comorbilidades. Como alternativa pueden utilizarse de inicio **macrólidos** o **doxiciclina**, ya que cubren los patógenos blanco razonablemente.
- En > 65 años y/o portadores de comorbilidades debe cubrirse *H. influenzae*, *S. aureus* MS y bacilos gram-negativos entéricos, por lo que se recomienda la combinación de **AMP + IBL** (alternativa: **nuevas FQ**)

# Pacientes ambulatorios

Menores de 65 años sin comorbilidades :

Sugerido : Amoxicilina 1g cada 8-12 hs VO

Alternativas o alérgicos:

Claritromicina 500mg cada 12 horas VO

Eritromicina 500 mg cada 6 horas VO

Azitromicina 500 mg y luego 250 mg/día

Roxitromicina 150 mg cada 12 horas VO

Doxiciclina 100 mg cada 12 horas VO

# Mayores de 65 años y/o con comorbilidades

**Sugerido:** Amoxicilina clavulánico  
875/125 cada 8/12 horas VO

Amoxicilina sulbactam

875/125 cada 8/12 horas VO

**Alternativas y alérgicos :**

Ceftriaxona 1g cada 24 hs IM

Gatifloxacin 400 mg cada 24 horas VO

Levofloxacin 500 mg cada 24 horas VO

# Pacientes internados

## Menores de 65 años, sin comorbilidades

Ampicilina 1 gramo cada 6 horas IV

## Alternativas y alérgicos :

Claritromicina 500mg cada 12 horas IV

Clindamicina 800 mg cada 8 horas IV

Gatifloxacina 400 mg cada 24 horas IV

# Mayores de 65 años y/o con comorbilidades

**Sugerido:** Ampicilina sulbactam

o Amoxicilina clavulánico 1,5 gramos cada 8 horas con o sin claritromicina

**Alternativa:** Ceftriaxona 1g cada 24 hs  
con o sin claritromicina.

**Alérgicos:** Levofloxacinina 500 mg /Día IV  
Ciprofloxacina 400mg cada 12 horas más  
clindamicina 600 mg cada 8 horas

# Neumonía grave en Terapia Intensiva

**Sugerido:** Ampicilina Sulbactam 1,5 gramos cada 6 horas IV más claritromicina 500 mg cada 12 horas

**Alternativas:** Ceftriaxona 1 gramo día IV más claritromicina 500 mg cada 12 horas IV

**Alérgicos:** Gatifloxacina 400 mg /día más clindamicina 600 mg cada 8 horas.



# Neumonía grave en Terapia con riesgo de Pseudomonas

**Sugerido**: Cefepime 2 g cada 8 hs o piperacilina tazobactam 4,5 gs cada 8 hs más ciprofloxacina 400 mg cada 12 hs

**Alternativa**: Cefepime 2 g cada 8 hs más amikacina 1 g/día más claritromicina

**Alérgicos**: Aztreonam 2 g cada 8 hs más amikacina 1 g/día más levofloxacina 750 mg /día

# TEI en situaciones especiales

- Embarazo: Los  $\beta$ -lactámicos y la eritromicina (base, etilsuccinato) se pueden utilizar con seguridad, así como la azitromicina (Clase B). El estolato de eritromicina está contraindicado. Son clase C: tetraciclinas, sulfonamidas, claritromicina, quinolonas, aminoglucósidos (*Claritromicina: los pocos datos existentes indican un mayor riesgo de abortos cuando es utilizada durante el primer trimestre del embarazo*)
- Aspirativa: Generalmente requiere internación en sala general o en UTI. Se recomienda la combinación de un  $\beta$ -lactámico con IBL, o clindamicina (+ cobertura de gramnegativos de acuerdo al riesgo individual)
- EPOC: En general el tratamiento recomendado para pacientes con comorbilidades (ambulatorios o internados) es apropiado para los pacientes con NAC y EPOC.

# Tratamiento de la neumonía

- **Duración: 7 a 15 días**
- **Vía: recordar, si las condiciones lo permiten, el pasaje temprano a la vía oral.**

# Guías de NAC

Guías para el diagnóstico y tratamiento de NAC en el adulto

Calmaggi, Clara, Gonzalez Arzac, Levy Hara, López Furst

www.sadi.org.ar,2001

British Thoracic Society guidelines

Thorax, 2001, 56(suppl4), 1-64

Community-acquired pneumonia in adults

Clin Infect Dis 1998, 26.811-38

NAC,Guía de practica clínica para la Argentina

Luna, Efron et al, Medicina, 1997, 57, 343-55

Neumonía adquirida en la comunidad.Guía práctica de  
manejo elaborada por un comité intersociedades 2002

# IMPORTANTE

La mayoría de los catarros, tos y angina son virales. Y se curan solos.



**Además se alivian con:  
Paracetamol, vapor y tiempo  
(aprox. 14 días).**

**Recuerde:** no se necesitan antibióticos.  
Los antibióticos fortalecen las bacterias  
que atacan a nuestra familia.



**HOSPITAL  
ITALIANO**  
de Buenos Aires

*150 años de vida*

*Consulte a su médico si reaparece fiebre o presenta fatiga.*

MUCHAS GRACIAS