

Destino y recomendación terapéutica

La primera dosis de antibiótico adecuado deberá administrarse lo antes posible durante la estancia del paciente en el Servicio de Urgencias.

Siempre se debe asegurar cobertura para *S. pneumoniae*. Según PSI:

Grupos I y II. Domicilio. Se recomienda tratamiento ambulatorio 5-7 días con:

- **Monoterapia:** Moxifloxacino v.o. (400 mg/24 h) o Levofloxacino v.o. (500 mg/12 h)*
- **Terapia combinada:** Amoxicilina v.o. (1 g/8 h) o Amoxicilina-clavulánico de acción retardada v.o. (2.000/125 mg/12 h) o Cefditoren v.o. (400 mg/12 h)
+
Azitromicina v.o. (500 mg/24 h, por 3-5 días) o Claritromicina v.o. (500 mg/12 h, por 7 días)

Grupo III. Observación o U.C.E. (24-72 h). Se recomienda tratamiento por 7 (5-10) días según evolución, recomendable primeras dosis i.v.:

- **Monoterapia:** Moxifloxacino v.o. o i.v. (400 mg/24 h) o Levofloxacino v.o. o i.v. (500 mg/12 h)*
- **Terapia combinada:** Ceftriaxona i.v. (2 g/24 h) o Amoxicilina-clavulánico i.v. (1 g/8 h)
+
Azitromicina v.o. o i.v. (500 mg/24 h, por 3-5 días)

Grupos IV y V. Ingreso en planta. Se recomienda tratamiento por 7-10 días según evolución, comenzando por tratamiento i.v.:

- **Monoterapia:** Moxifloxacino i.v. (400 mg/24 h) o Levofloxacino i.v. (500 mg/12 h)*
- **Terapia combinada:** Ceftriaxona i.v. (2 g/24 h) o Amoxicilina-clavulánico i.v. (1 g/8 h)
+
Azitromicina i.v. (500 mg/24 h, por 3-5 días)

Ingreso en UCI. Se recomienda tratamiento por 7-14 días según evolución:

- Ceftriaxona i.v. (2 g/24 h) o Cefotaxima i.v. (2 g/8 h)
+
Azitromicina i.v. (500 mg/24 h) o Fluoroquinolona (Levofloxacino i.v. 500 mg/12 h* o Moxifloxacino i.v. 400 mg/24 h)

Antigenuria positiva frente a *Legionella spp.* Se recomienda tratamiento por al menos 10-14 días según evolución:

- Moxifloxacino v.o. o i.v. (400 mg/24 h) o Levofloxacino v.o. o i.v. (500 mg/12 h)* o macrólidos v.o. o i.v. (Azitromicina 500 mg/24 h o Claritromicina 400 mg/12 h)

* Se aconseja 500 mg/12 h las primeras 24-72 h.

Escala CURB-65

Escala CURB-65:

Se aplica un punto por cada elemento presente

C	Confusión. Desorientación en tiempo, espacio y persona
U	Urea plasmática > 20 mg/dl (BUN > 10)
R	Frecuencia Respiratoria ≥ 30 rpm
B	TA Sistólica < 90 mmHg o TA diastólica ≤ 60 mmHg
65	Edad ≥ 65 años

Puntuación	Estratificación
0 ó 1	Mortalidad baja. Posible tratamiento ambulatorio
2	Mortalidad intermedia. Considerar ingreso hospitalario
3-5	Elevada mortalidad. Ingreso. Considerar UCI si 4 ó 5

Criterios ATS/IDSA 2007 ingreso en UCI en la NAC grave

Se debe cumplir un criterio mayor o tres menores

Criterios mayores	Criterios menores
• Necesidad de ventilación mecánica	• TAS < 90 mmHg (que requiere fluidoterapia)
• Shock séptico	• Afectación multilobar (≥ 2 lóbulos)
	• Frecuencia respiratoria ≥ 30 rpm
	• Confusión/desorientación
	• Urea ≥ 45 mg/dl
	• PaO ₂ / FiO ₂ ≤ 250
	• Leucopenia < 4.000/mm ³
	• Trombocitopenia < 100.000/mm ³
	• Hipotermia (T ^a < 36°C)

Situaciones especiales

Sospecha Infección por anaerobios o neumonía aspirativa o absceso de pulmón único:

- Situaciones: Boca séptica, aspiración, enfermedad neurológica, etilismo, disminución del nivel de conciencia, radiológicamente neumonía necrotizante ó absceso de pulmón.
- Valorar siempre ingreso hospitalario. Se recomienda tratamiento por al menos 14 días, comenzando por tratamiento i.v. con:
 - Amoxicilina-Clavulánico i.v. (2 g/8 h) o
 - Ertapenem i.v. (1 g/24 h) o
 - Moxifloxacino i.v. (400 mg/24 h) o
 - Clindamicina i.v. (600 mg/6-8 h) ± Ceftriaxona i.v. (2g/24 h)

Sospecha de Infección por *Pseudomonas spp.*

- Situaciones: EPOC grave o muy grave y más de 4 ciclos de antibióticos en un año, tratamiento con antibióticos de amplio espectro por más de 7 días en el último mes, pacientes con SIDA con < 50 CD4, trasplantados, neutropenia, fibrosis quística, bronquiectasias.
- Valorar siempre ingreso hospitalario e iniciar tratamiento intravenoso con:
 - Cefepime (2 g/12 h) o Imipenem (1 g/8 h) o Meropenem (1 g/8 h) o Piperacilina-tazobactam (4/0,5 g/6-8 h)
+
Ciprofloxacino (400 mg/8-12 h) o Levofloxacino (500 mg/12 h) o Tobramicina (6 mg/kg/24 h) o Amikacina (15 mg/kg/24 h)

Otras medidas terapéuticas necesarias:

- El cuidado de los problemas asociados (descompensación diabética, insuficiencia cardíaca, etc.).
- Oxigenoterapia adecuada.
- Balance de líquidos cuidadoso.
- Corrección de las alteraciones electrolíticas.
- Prevención de procesos tromboembólicos mediante la utilización de heparina de bajo peso molecular.
- En pacientes con EPOC y NAC grave considerar inicialmente la ventilación mecánica no invasiva antes de plantearse la intubación y ventilación mecánica.

Referencias:

1. Julián-Jiménez A, Candel FJ, Piñera P, González del Castillo J, Moya MS, Martínez M. Recomendaciones INFURG-SEMES: manejo de la infección respiratoria de vías bajas en urgencias. Monografías de Emergencias. 2009;3:1-21.
2. Menéndez R, Torres A, Aspa J, Capelastegui A, Prat C, Rodríguez de Castro F. Neumonía adquirida en la comunidad. Nueva normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Arch Bronconeumol. 2010;46:543-58.
3. León C, García-Castrillo L, Moya M, Artigas A, Borges M, Candel FJ, Chano-vas M, Ferrer R, Julián A, Loza A. Documento de consenso (SEMES-SEMICYUC). Recomendaciones del manejo diagnóstico-terapéutico inicial y multidisciplinario de la sepsis grave en los servicios de urgencias hospitalarias. Emergencias. 2007;19: 260-72.
4. Julián-Jiménez A. ¿Cuándo y dónde ingresar las neumonías adquiridas en la comunidad? Emergencias 2011; 23: 161-163.

 Bayer HealthCare

Manejo de la Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) en los Servicios de Urgencias

Grupo NAC de INFURG-SEMES:

Agustín Julián Jiménez

Juan González del Castillo

Francisco Javier Candel González



Obra considerada de interés científico por SEMES

CF 909776 - L.ES.NPM.06.2012.0175-28.06.2012

ISBN: 978-84-695-3801-2

Pasos en Urgencias ante una NAC:

Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC):

Lesión inflamatoria del parénquima pulmonar que aparece como respuesta a la llegada de microorganismos a la vía aérea distal que se produce en aquellas personas inmunocompetentes y que no han estado ingresadas en ninguna institución. En la práctica clínica se asume cuando existe "una presentación clínica infecciosa aguda compatible y su demostración radiológica".

Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SRIS):

Respuesta producida ante una variedad de agresiones clínicas graves. Deben cumplirse dos o más de estos criterios:

- Fiebre con $T^a > 38^{\circ}\text{C}$ o hipotermia con $T^a < 36^{\circ}\text{C}$.
- Frecuencia cardíaca > 90 lpm.
- Frecuencia respiratoria > 20 rpm y/o una $\text{PaCO}_2 < 32$ mmHg.
- Recuento leucocitos $> 12.000/\text{mm}^3$ o $< 4.000/\text{mm}^3$, o presencia de $> 10\%$ de cayados.

Sepsis:

SRIS debido a una infección (SRIS + NAC).

Sepsis grave:

Sepsis con disfunción de órganos asociada a sepsis, hipotensión o hipoperfusión (se traduce en aparición de acidosis láctica, oliguria o alteración del estado mental, entre otras).

Hipotensión inducida por sepsis:

P.A.S < 90 mmHg o una reducción de ≥ 40 mmHg respecto a la basal sin otra causa.

Shock séptico:

Hipotensión debida a la sepsis que persiste a pesar de la administración adecuada de líquidos y que se acompaña de alteraciones en la perfusión (acidosis metabólica o hiperlactacidemia), o disfunción de órganos. Necesidad de vasopresores para mantener la P.A. tras la infusión adecuada de líquidos.

- 1 Sospecha tras anámnesis y exploración física.
- 2 Valoración hemodinámica y respiratoria: T.A, F.C, F.R, T^a y Saturación de Oxígeno (Sat. O₂).
- 3 Confirmación diagnóstica y estudios complementarios.
- 4 Valoración pronóstica y decisión de ubicación del paciente.
- 5 Elección del tratamiento adecuado y administración de la primera dosis.

Objetivo: Realizar todo en 4 horas.

Estudios Complementarios en el Servicio de Urgencias:

A todos los enfermos con NAC:

- 1 Hemograma + coagulación + bioquímica con glucosa, iones, urea, creatinina, bilirrubina, GOT, GPT, proteína C reactiva (PCR), procalcitonina (PCT). (Valorar pro-ADM).
- 2 Radiografía de tórax PA y Lateral.
- 3 Saturación de Oxígeno (Sat. O₂).
- 4 Gasometría arterial (si Sat. O₂ $\leq 93\%$ ó FR > 20 rpm).
- 5 Individualmente valorar en todos: Antígeno de neumococo y Legionella en orina.

A todos los que ingresen y/o que cumplan criterios de sepsis además de los estudios anteriores solicitar:

- Hemocultivos.
- Antígeno de neumococo y Legionella en orina (si neumococo negativo o sospecha).
- Individualmente valorar: cultivo de esputo (obligado en reingreso), serologías y otras técnicas como tinción de Ziehl-Neelsen.
- Si derrame pleural, Toracocentesis solicitando: ADA, pH, bioquímica, Gram, cultivo y antígeno de neumococo.

Clasificación PSI (Pneumonia Severity Index) "Escala de Fine"

Parámetros iniciales (edad, antecedentes y constantes)

Parámetro	NO	SI
Edad > 50 años	NO	SI
Enfermedad neoplásica	NO	SI
Enfermedad hepática	NO	SI
Insuficiencia cardíaca	NO	SI
Enfermedad cerebrovascular	NO	SI
Enfermedad renal	NO	SI
Confusión	NO	SI
TA sistólica < 90 mmHg	NO	SI
FC ≥ 125 lpm	NO	SI
FR ≥ 30 rpm	NO	SI
T ^a axilar < 35 ó $> 40^{\circ}\text{C}$	NO	SI

Si todos los ítems resultan negativos el paciente presenta un PSI Grupo I.

Si algún ítem resulta afirmativo calcular PSI con la tabla de la página siguiente.

Siempre que exista $\text{PaO}_2 < 60$ mmHg o Sat. O₂ $< 90\%$ se indica el ingreso independientemente del grado de PSI "Fine o PSI modificado".

Puntuación Grupo Mortalidad Destino probable

Puntuación	Grupo	Mortalidad	Destino probable
< 51 puntos	I	0,1%	Domicilio
≤ 70 puntos	II	0,6%	Domicilio (algunos observación 24 horas y reevaluación)
71-90 puntos	III	2,8%	Observación o Unidad corta estancia 24-72 h y reevaluación
91-130 puntos	IV	8,2%	Ingreso hospitalario (planta o UCI)
> 130 puntos	V	29,2%	Ingreso hospitalario (planta o UCI)

Parámetros demográficos Puntos

Hombre (edad)	n° de años
Mujer (edad)	n° de años -10
Procede de residencia	+10

Antecedentes personales

Enfermedad neoplásica	+30
Enfermedad hepática	+20
Insuficiencia cardíaca congestiva	+10
Enfermedad cerebrovascular	+10
Enfermedad renal	+10

Hallazgos exploratorios

Alteración del nivel de conciencia	+20
TA sistólica < 90 mmHg	+20
FC ≥ 125 lpm	+10
FR ≥ 30 rpm	+20
T ^a axilar < 35 ó $> 40^{\circ}\text{C}$	+15

Estudios complementarios

pH arterial $< 7,35$	+30
PO ₂ < 60 mmHg o Saturación O ₂ $< 90\%$	+10
Urea > 64 mg/dl o Creatina $> 1,5$ mg/dl	+20
Sodio < 130 mEq/l	+20
Glucemia > 250 mg/dl	+10
Hematocrito $< 30\%$	+10
Derrame pleural	+10