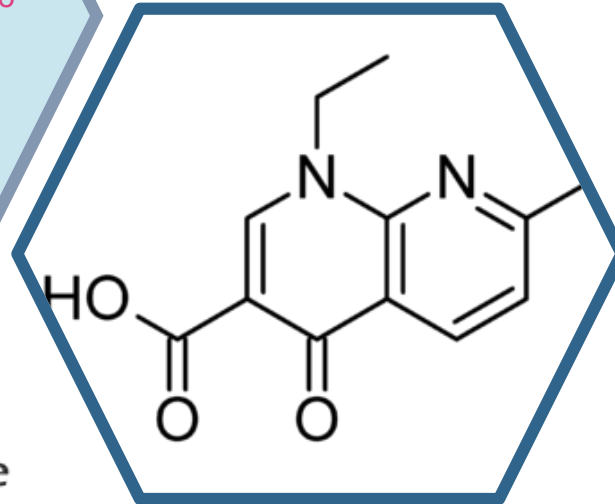


# Neumonías ¿empezamos con quinolonas en todos los casos?



Michael Daws Gómez-Landero  
Laura Sofía Prieto Monroy

**SERVICIO DE URGENCIAS  
CAULE**



# DIAGNÓSTICO

02/14



## Historia clínica completa

- **TRIADA DIAGNÓSTICA:** fiebre, signos o síntomas respiratorios e infiltrado radiológico.
- **Presentación TÍPICA o ATÍPICA.**



## Exploración física

- **Insuficiencia respiratoria:** taquipnea, taquicardia, tiraje, cianosis, uso de musculatura respiratoria accesoria.
- **AP anómala:** disminución murmullo vesicular, crepitantes, soplo tubárico, aumento transmisión de vibraciones vocales.



## Pruebas complementarias

- **Pulsioximetría y gasometría arterial.**
- **Radiografía PA y LAT de tórax.**
- **Hemograma con fórmula y recuento leucocitario.**
- **Bioquímica sanguínea con PCR y PCT.**
- **Coagulación**
- **Análisis microbiológicos.**

### CLÍNICA

- Comienzo brusco
- Fiebre >37.8°C
- Tos productiva con esputo purulento
- Dolor costal
- Leucocitosis
- Crepitantes y soplo tubárico



### RX

- Patrón segmentario o lobar (condensación con broncograma aéreo).
- Derrame pleural unilateral.



### ETIOLOGÍA

- S. PNEUMONIE
- H. INFLUENZAE
- LEGIONELLA



NEUMONÍA TÍPICA

### CLÍNICA

- Comienzo subagudo
- Fiebre baja o moderada.
- Tos seca no productiva o con esputo mucoide.
- No dolor costal.
- Raro leucocitosis
- AP normal.
- Manifestaciones extrapulmonares (cefalea, artralgias, mialgias...)



### RX

- Intersticial o infiltrados múltiples
- Predominio en lóbulos inferiores.
- Disociación clínico-radiológica.
- Infrecuentes: cavitación y derrame pleural.



### ETIOLOGÍA

- MYCOPLASMA PNEUMONIAE
- CLAMIDIA PNEUMONIAE
- COXIELLA
- LEGIONELLA
- VIRUS GRIPE A Y B, VRS, ADENOVIRUS Y PARAINFLUENZA 1, 2 Y 3.



NEUMONÍA ATÍPICA

## ACTITUD DIAGNÓSTICA EN URGENCIAS



### ¿ES REALMENTE UNA NEUMONÍA?

Valorar otras enfermedades con características clínicas y radiológicas similares.



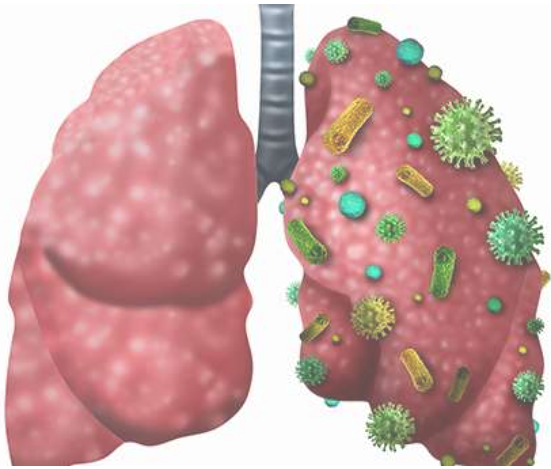
### ¿TIENE CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO?

Evaluar circunstancias que impidan el tratamiento ambulatorio, aplicar escalas de valoración pronóstica (CURB65 y PSI) y detectar neumonías muy graves de forma precoz (UCI).



### ¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO INICIAL?

Imprescindible la administración precoz de antibióticos (primeras 4 horas).



## NAC

- Clínica de infección respiratoria aguda, acompañado de un infiltrado pulmonar de reciente aparición en Rx de tórax no atribuible a otras causas.
- Neumococo primera causa en pacientes sanos.
- Neumonía que con más frecuencia complica un episodio de gripe.
- Neumococo y haemophilus sobreinfecciones



### CLÍNICA

- Fiebre alta
- Dolor pleurítico (75%)
- Tos productiva (herrumbrosa)
- Disnea



### DIAGNÓSTICO

Condensación  
+  
Fiebre de menos de  
una semana de  
evolución



### TRATAMIENTO

EMPÍRICO: orientado al Neumococo +/- si sospecha de gérmenes atípicos. Tener en cuenta el patrón de resistencias locales.  
NAC ambulatoria/hospitalización.

## ANTIBIOTERAPIA NAC

### NAC AMBULATORIA

Vía oral. 5-7 días:

- **Amoxicilina** oral a altas dosis (1 g/8h, sola o asociada a clavulánico) + **macrólido** (azitromicina o claritromicina) si se sospechan gérmenes atípicos.
- **Moxifloxacino** (400 mg/24h).
- **Levofloxacino** (500 mg/24h).

### NAC HOSPITALIZADA

Vía intravenosa +/- oral. 7-10 días.

- **Amoxicilina-ácido clavulánico** o **cefalosporina de 3ª generación** (ceftriaxona o cefotaxima) + **macrólido** (claritromicina).
- Monoterapia con **Levofloxacino** (500 mg/24h).

## NEMUMONÍA POR ASPIRACIÓN

Infección pulmonar causada por la inhalación de secreciones de la boca, el contenido del estómago o ambas cosas.

Factores de riesgo:

- Edad avanzada
- Dificultad para deglutir
- Intoxicación por sustancias
- Fármacos sedantes
- ERGE
- Vómitos

Criterio de INGRESO HOSPITALARIO.

## TRATAMIENTO

Vía intravenosa.

- **Amoxicilina-ácido clavulánico 2g + 200mg/8h o meropenem 1g/8h o ceftriaxona 2g/24h + clindamicina 600mg/6-8h.**



## N. Nosocomial

- Relacionada con la asistencia sanitaria, se manifiesta a partir de las 48-72 horas de ingreso del paciente o antes del décimo día después del alta hospitalaria.
- Tres mecanismos: inhalación de aerosoles, diseminación hematógica a partir de foco séptico y aspiración de



### ETIOLOGÍA

- Precoz: *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *S. aureus*, enterobacterias.
- Tardía: *Pseudomonas* spp., *Acinetobacter* spp., SAMR, enterobacterias multirresistentes.



### DIAGNÓSTICO

- Fiebre
- Secreciones purulentas
- Leucocitosis
- Infiltrado pulmonar nuevo o



### TRATAMIENTO

Cada hospital tiene su propia flora microbiana y mecanismo de resistencias.  
Requieren ingreso hospitalario.



## CRITERIOS DE INGRESO

### GRUPO I

NN precoz o sin factores de riesgo para patógenos multirresistentes.

- ❖ Ingresan en el área de OBSERVACIÓN de urgencias.

### GRUPO II

NN tardía o con factores de riesgo para patógenos multirresistentes.

- ❖ Ingresan en PLANTA de hospitalización convencional.

### GRUPO III

NN con criterios de gravedad (necesidad de ventilación mecánica, shock séptico, I. renal, acidosis metabólica, CID, progresión radiológica grave) e inicio tardío.

- ❖ Ingresan en UCI independientemente de los factores de riesgo.

**ANTIBIOTERAPIA NN**

## GRUPO I

Monoterapia. Vía intravenosa. 7-10 días:

- **Ceftriaxona 2g/24h o cefepima 2g/12h.**
- **Levofloxacino 500mg/12h.**

## GRUPO II

14 días uno del GI + AB específico iv en función de la sospecha.

- Anaerobios: **clindamicina 600mg/6h.**
- S. aureus: **vancomicina 1g/12h o teicoplanina 200mg/12h.**
- Legionelosis: **claritromicina 500mg/12h.**

Si se confirma organismo multirresistente ajustar AB.

## GRUPO III

Medidas de soporte de UCI.

Antibioterapia como en GII ajustada según microorganismo.

## REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

### Monoterapia respiratoria con fluoroquinolonas versus terapia combinada de $\beta$ -lactámicos más macrólidos para adultos hospitalizados con neumonía adquirida en la comunidad.

“La monoterapia con fluoroquinolonas demostró una ventaja en la curación clínica y la erradicación microbiológica; sin embargo, no afectó la mortalidad.”

01

### Metanálisis de fluoroquinolonas versus macrólidos para el tratamiento de la neumonía por Legionella.

“Las FQ exhibieron efectos superiores en términos de mortalidad y duración de la estancia hospitalaria en la neumonía por Legionella. Estos resultados respaldan las directrices actuales que recomiendan FQ para el tratamiento de la neumonía por Legionella.”

02

### ¿Son mejores las fluoroquinolonas o los macrólidos para tratar la neumonía por Legionella?

“No encontramos diferencias en la efectividad de las fluoroquinolonas versus macrólidos para reducir la mortalidad entre pacientes con neumonía por Legionella.”

03



04

### Estrategias empíricas de tratamiento con antibióticos para la NAC.

“La monoterapia con FQ, la monoterapia con BL y la terapia combinada con BL-M demostraron eficacia y seguridad similares para los pacientes hospitalizados con NAC en este metanálisis. Debido a las limitaciones de calidad y cantidad de los estudios incluidos, es difícil hacer una recomendación definitiva antes de que se realicen más ECA a gran escala y de alta calidad.”

### Terapia combinada con ceftriaxona versus monoterapia con fluoroquinolonas respiratorias para la neumonía adquirida en la comunidad

“La evidencia actual mostró que la eficacia de la terapia combinada con ceftriaxona fue similar a la monoterapia con FQ para pacientes hospitalizados con NAC y se asoció con menores eventos adversos relacionados con el fármaco.”

05

### Eficacia de macrólidos empíricos versus fluoroquinolonas en la NAC asociada con bacterias atípicas

“No encontró diferencias significativas entre macrólidos y FQ en las tasas de fracaso clínico en NAC asociada con bacterias atípicas.”

06

# Neumonías, ¿empezamos con quinolonas en todos los casos?

**NO**

## BIBLIOGRAFÍA

1. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 6ª edición. Jiménez Murillo, L. y Montero Pérez, F.J. 2018.
2. Manual de diagnóstico y terapéutica médica del hospital universitario 12 de octubre. 9ª edición. Madrid: MSD, 2023 .
3. Tintinalli Manual de Medicina de Urgencias. 9ª Ed. 2020 Mc Graw Hill. Cydulka, R.
4. Neumonía adquirida en la comunidad. Nueva normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) Arch Bronconeumol. Actualización 2020.
5. Torres A , Barberan J., et al Grupo de Guía Multidisciplinar para el Manejo de la Neumonía Adquirida en la Comunidad . Guía multidisciplinar para la valoración pronóstica , diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad . Med Clin (Barc). 2013 ; 140 (5): 223.el-223.el19
6. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Informe resumido de vigilancia de la enfermedad del legionario , Estados Unidos, 2014-2015 . Publicado en 2018. División de Enfermedades Bacterianas, Centro Nacional de Inmunización y Enfermedades Respiratorias, CDC.
7. Papel de los patógenos atípicos en la etiología de la neumonía adquirida en la comunidad. Semin Respir Crit Care Med , 37 ( 2016 ) , págs . 819-828

