

INFECCIONES RESPIRATORIAS INFERIORES EN ADULTOS. NEUMONIA EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS.

ENTIDAD	CIRCUNSTANCIA	ELECCIÓN	ALTERNATIVA O CLÍNICA INESPECÍFICA (Alérgicos a betalactámicos, intolerantes, inefectividad del tratamiento de elección)	MICROORGANISMOS ^f
Neumonía en ancianos institucionalizados	Sin criterio de derivación hospitalaria *	Amoxicilina/clavulánico 875/125 mg vía oral cada 8 horas ^Ø , 5-7 días	Levofloxacino 500 mg/24 horas ^Ø vía oral, 5 días (Si no buena respuesta a la vía oral o no es posible administración vía oral, valorar: Cetriaxona ^Y IM 1 g cada 24 horas hasta alcanzar estabilidad clínica 3-5 días)	<i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> BGN (<i>Klebsiella</i> spp., <i>Pseudomonas</i> spp.) Patógenos atípicos [§] (<i>C. pneumoniae</i> , <i>M. pneumoniae</i> , <i>C. psittaci</i> , <i>L. Pneumophila</i>)
	Sospecha de neumonía por aspiración [∞]	Amoxicilina/clavulánico 875/125 mg vía oral [#] cada 8 horas ^Ø , 7 días	Moxifloxacino [€] 400mg/ 24h vía oral [#] , 5 días (cobertura anaerobios)	
	Sin buena evolución inicial a manejo ambulatorio	Valorar beneficios para derivación hospitalaria ^Ω	Cetriaxona ^Ω ^Y IM 1 g cada 24 horas hasta alcanzar estabilidad clínica 3-5 días	

La presentación suele ser atípica, la mayoría suele tener la temperatura por debajo de 38ºC y la tos y la disnea a menudo están ausentes. Las alteraciones del estado mental, sin embargo, ocurren en el 50-70% de estos pacientes, por lo que el *delirium* es en muchas ocasiones la forma de presentación. En la mayoría de las ocasiones, el agente patógeno no se identifica ya que no se realizan estudios microbiológicos.

Criterios de diagnóstico.

El diagnóstico se basa en criterios clínicos. **No está recomendado** la realización de **estudio radiológico y microbiológico** en pacientes sin criterio de derivación hospitalaria. Se sospecha de NAC en presencia de uno de los siguientes signos o síntomas: consolidación alveolar, crepitantes, disnea, taquipnea, >100 pulsaciones por minuto, fiebre de más de 4 días

La diferenciación entre neumonía “típica” o “atípica” puede ser confusa ya que los ancianos no suelen presentar fiebre alta y puede haber una ausencia total de síntomas respiratorios

Criterios diagnóstico mínimos para inicio antibioterapia en medio ambulatorio

1) Fiebre >38,5°C y al menos uno de los criterios siguientes:

- 25 respiraciones por minuto
- tos productiva

2) Fiebre comprendida entre 37,9 °C y 38,5°C acompañada de tos y al menos uno de los siguientes síntomas:

- frecuencia cardíaca > 100 lpm
- confusión
- escalofríos
- frecuencia respiratoria > 25 rpm

3) Pacientes afebriles con EPOC de base con aumento o nueva aparición de esputo mucopurulento.

4) Pacientes afebriles sin EPOC con tos productiva y frecuencia respiratoria >25 respiraciones por minuto y/o confusión y/o aparición aguda de pérdida de capacidad funcional y/o astenia, dolor abdominal sin otra causa clara que lo justifique.

Si tras la valoración inicial del paciente existen dudas en cuanto a la necesidad del tratamiento antibiótico, una estimación de proteína C reactiva (PCR) podría ayudar a determinar el inicio del mismo (si el valor de PCR >100 mg/dl, se recomienda iniciar tratamiento antibiótico; si <20 mg/dL, no comenzarlo; si el valor está entre 20 y 100 mg/dL, considerar un inicio diferido según la evolución).

*Criterios derivación hospitalaria

Insuficiencia Respiratoria con SAT de O₂<90%, inestabilidad hemodinámica, falta de respuesta al tratamiento antibiótico, ambulatorio en 72 horas, alteraciones radiográficas si disponible (afectación multilobar, derrame pleural significativo), enfermedades concomitantes descompensadas que requiera hospitalización (enfermedades pulmonares como EPOC, bronquiectasias, insuficiencia cardiaca, hepatopatía crónica, insuficiencia renal crónica, *diabetes mellitus*, neoplasia, esplenectomía, alcoholismo).

§ la incidencia de patógenos atípicos en esta población, no difiere de su incidencia en la población general, debiéndose seguir por tanto las mismas recomendaciones que en la neumonía aguda de la comunidad, donde no se indica su cobertura salvo en situación de presentación grave. Atención a interacciones medicamentosas y riesgo de prolongación del intervalo QT si se prescriben macrólidos.

€ **Factores de riesgo de infección por microorganismos multirresistentes:** tratamiento antibiótico reciente (en los 6 últimos meses), hospitalización reciente (en los 3 últimos meses), funcionalidad baja con índice de Barthel <35, inmunosupresión.

∞ La **neumonía por aspiración** (aquella acontecida tras aspiración objetivada o en pacientes con neumonía y alteración de la deglución, bajo nivel de conciencia relacionada o no con uso de psicofármacos, con encamamiento prolongado y/o uso de sonda nasogástrica) es causa frecuente de tratamiento en pacientes institucionalizados. **Debe evitarse el uso de antibióticos profilácticos en pacientes que no presenten signos clínicos de neumonía tras aspiración.** (En caso de incertidumbre clínica, como en caso de neumonitis químicas, puede valorarse iniciar tratamiento antibiótico y realizar una pauta corta de antibioterapia si se observa mejoría evidente en primeras 24 horas de tratamiento).

si tolerancia oral asegurada

Ø ajustar posología si insuficiencia renal

Ω en ciertos casos, en que las circunstancias resulten en la no derivación hospitalaria (ej. NECPAL): Ceftriaxona IM 1 g cada 24 horas hasta alcanzar estabilidad clínica 3-5 días

¥ Ceftriaxona IM: medicamento de “diagnóstico hospitalario” (prescripción por especialista), requiere autorización visado previa dispensación en farmacia comunitaria. Se puede realizar ICNP para prescripción por especialista. (ICNP desde osabide Integra “caen” al día siguiente)

€ **Moxifloxacino** añade cobertura a anaerobios, que puede ser una ventaja en pacientes con alto riesgo de aspiración respecto a levofloxacino. **Ver Notas seguridad.**
Alternativa: Levofloxacino 500 mg c/24h + Clindamicina 300-600 mg c/8h

Recomendaciones generales:

- Evitar encamamiento innecesario
- Buena higiene oral y periodontal (la boca puede ser colonizada por potenciales patógenos respiratorios).
- Mejora del estado nutricional
- Control de la enfermedad de reflujo gastroesofágico
- Vigilar las posibles interacciones medicamentosas.

Recomendaciones Vacunación frente virus influenza anual y vacunación frente al neumococo según recomendaciones departamento salud

NOTAS DE SEGURIDAD

Amoxicilina-clavulánico: La Agencia Española del Medicamento (AEMPS) (Nota informativa ref. 2006/1) ha alertado sobre el riesgo de hepatotoxicidad de amoxicilina/clavulánico. La hepatotoxicidad por amoxicilina/clavulánico es la primera causa de ingreso hospitalario por hepatotoxicidad medicamentosa en adultos. Restringir su uso a las infecciones causadas por bacterias resistentes a amoxicilina debido a la producción de betalactamasas.

Fluorquinolonas: Se recomienda restringir el uso de fluorquinolonas en infecciones no complicadas dado el balance beneficio/riesgo desfavorable:

Están relacionadas con graves **efectos secundarios discapacitantes y potencialmente permanentes** incluído tendinopatías, afectación muscular y articulaciones, daño neurológico, hipoglucemia y trastornos mentales (Comunicado de Seguridad FDA, 5/12/2016; Comunicado FDA 7/10/2018).

Las fluoroquinolonas deben ser usadas con precaución en pacientes con factores de riesgo para la **prolongación del intervalo QT** (Fluorquinolonas y prolongación del intervalo QT: actualización de la información. Informe mensual sobre medicamentos de uso humano y productos sanitarios, AEMPS, diciembre 2010).

Las fluoroquinolonas de administración sistémica o inhalada pueden aumentar el riesgo de insuficiencia valvular y regurgitación cardíaca (Referencia: MUH (FV), 12/2020).

Se recomienda el uso de **levofloxacino** antes que **moxifloxacino**, dada la posible asociación entre el uso de moxifloxacino con casos de hepatitis fulminante y reacciones cutáneas ampollosas (Nota informativa ref. 2008/4 de la AEMPS). La información disponible sobre toxicidad hepática comparada entre ambas fluorquinolonas es muy limitada. El Sistema Español de Farmacovigilancia (FEDRA) presenta registro de datos de hepatotoxicidad de ambas fluorquinolonas. La Agencia Europea del Medicamento recomienda que, en el tratamiento de la sinusitis, moxifloxacino sólo debe utilizarse cuando han fallado otros tratamientos.

Bibliografía:

1. [Guía terapéutica Interniveles del Área Aljarafe.](#)
- 2.NICE Pneumonia (community-acquired): antimicrobial prescribing. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng138/resources/pneumonia-community-acquired-antimicrobial-prescribing-pdf-66141726069445>.
- 3.PROA en la neumonía adquirida en la comunidad. Diploma de experto universitario en Programas de Optimización de Antimicrobianos (PROA). Plan nacional frente a la resistencia a los antibióticos (PRAN).
- 4.Guía de tratamiento de las enfermedades infecciosas en Atención Primaria. OSI Donostialdea. 2017