

Tratamiento empírico de las infecciones respiratorias y ORL

Fecha de la última revisión: 09/02/2010

Índice de contenidos

- 1. Sinusitis aguda
- 2. Faringoamigdalitis aguda
- 3. Otitis externa (OE)
- 4. Otitis media aguda
- 5. Bronquitis aguda
- 6. Sobreinfección respiratoria en el paciente con EPOC
- 7. Neumonía
- 8. Autores

Sinusitis aguda

Tabla 1. Sinusitis aguda.		
Etiología (%)	<i>Streptococcus pneumoniae</i> (20-43), <i>Haemophilus influenzae</i> (22-35), <i>Moraxella catarrhalis</i> (2-10) y Rinovirus (1-15). Menos frecuentes: bacterias anaerobias, <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Streptococcus pyogenes</i> , virus respiratorios (influenza, parainfluenza, adenovirus).	
Tratamiento	Actitud terapéutica	
	- No está justificada la utilización de antibióticos de forma rutinaria, incluso si los pacientes tienen síntomas por más de 7-10 días. Entre un 60-70% de los pacientes con sinusitis leve o moderada curan sin tratamiento antibiótico. - Medidas generales: analgésicos. - El uso de corticoides tópicos pueden reducir los síntomas en comparación con placebo. - Los antihistamínicos H1 y vasoconstrictores no han demostrado beneficio.	
	Antibiótico y Posología	
De elección	1ª.	Amoxicilina 500 mg/8 horas, po, 7 a 10 días ^a
	2ª.	Amoxicilina-clavulánico ^b 875-125 mg/8 horas, po, 7 a 10 días ^a
Alternativa ^c		Claritromicina ^d 250-500 mg/12 horas, po, 7 a 10 días Ó Azitromicina ^d 500 mg/día, po, 3 a 5 días
Comentarios	a. Cochrane Database Syst Rev establece una duración entre 7 a 14 días. En revisiones sistemáticas y ensayos clínicos aleatorizados la duración es de 7 a 10 días. b. Si no existe mejoría a las 48h de tratamiento con Amoxicilina pasar a Amoxicilina-clavulánico. En España un 24% de las cepas de H. influenzae son resistentes a Amoxicilina. c. No se han incluido el Cotrimoxazol y la Doxiciclina porque en nuestro medio el porcentaje de cepas S. pneumoniae y H. influenzae resistente a estos antibióticos es muy elevado. Levofloxacino (500 mg/d, 7 a 10 días), por su amplio espectro y potencial para desarrollar resistencias, sólo deben utilizarse en fallos del tratamiento o sinusitis complicadas. d. Los macrólidos se reservarán para pacientes con alergia a penicilinas. En España hasta un 65% de las cepas de neumococo son resistentes a macrólidos.	
Referencias	- Ah-See K. Sinusitis (acute). BMJ Clin Evid 2008;03:511-25 [PMID: 19450327] - Ahovuo-Saloranta A, Borisenko OV, Kovanen N, Varonen H, Rautakorpi UMaija, Williams Jr JW, Mäkelä M. Antibiotics for acute maxillary sinusitis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009. Issue 2. The Cochrane collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd. DOI: 10.1002/14651858.CD000243.pub2 [Resumen]. - National Institute for Health and Clinical Excellence. Prescribing of antibiotics for self-limiting respiratory tract infections in adults and children in primary care. NICE clinical guideline 69 – July 2008 [acceso 7/1/2010]. Disponible en: http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG69FullGuidelineAppendices.pdf - Rosenfeld RM, Andes D, Bhattacharyya N, Cheung D, Eisenberg S, Ganiats TG, Gelzer A, Hamilos D, Haydon RC 3rd, Hudgins PA, Jones S, Krouse HJ, Lee LH, Mahoney MC, Marple BF, Mitchell CJ, Nathan R, Shiffman RN, Smith TL, Witsell DL. Clinical practice guideline: adult sinusitis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2007 Sep;137(3 Suppl):S1-31. [PMID: 17761281]. - University of Michigan Health System. Acute rhinosinusitis in adults. Ann Arbor (MI): University of Michigan Health System; 2007 [NGC] - Young J, De Sutter A, Merenstein D, van Essen GA, Kaiser L, Varonen H et al. Antibiotics for adults with clinically diagnosed acute rhinosinusitis: a meta-analysis of individual patient data. Lancet. 2008 ;371(9616):908-14 [PMID: 18342685]. - Zalmanovici A, Yaphe J. Steroids for acute sinusitis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009. Issue 2. The Cochrane collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd. DOI: 10.1002/14651858.CD005149.pub2 [PMID: 17443574].	

Faringoamigdalitis aguda

Tabla 2. Faringoamigdalitis aguda.		
Etiología (%)	Virus (40-70; rinovirus, adenovirus, coronavirus), <i>Streptococcus pyogenes</i> (beta-hemolítico del grupo A) (15-20), otros <i>Streptococcus</i> beta-hemolíticos, <i>Mycoplasma pneumoniae</i> (10-15), <i>Chlamydophila pneumoniae</i> (8-10), Anaerobios de la flora orofaríngea (0-5).	
Tratamiento	Actitud terapéutica	
	- La faringitis por <i>S. pyogenes</i> es rara en niños menores de 3 años. - Dado que la mayoría de las faringoamigdalitis agudas son de origen vírico, sólo se recomienda iniciar tratamiento antibiótico empírico, si se sospecha infección por Estreptococo β-hemolítico del grupo A, en pacientes con odinofagia y: a. dos o más de los siguientes signos o síntomas: exudado faríngeo, adenopatías cervicales anteriores, fiebre ≥38° C y ausencia de tos; b. inmunodepresión o un antecedente de fiebre reumática, y c. amigdalitis en el curso de un brote epidémico de infección por Estreptococo del grupo A. - Algunas guías recomiendan la administración de un antibiótico sólo si cumple criterios clínicos y si la prueba rápida de detección de antígeno de <i>S. pyogenes</i> en exudado faríngeo es positiva (sensibilidad del 95%, especificidad entre el 80 y el 99,5%). - La toma de analgésicos (Paracetamol) y antiinflamatorios no esteroideos (Ibuprofeno) alivian los síntomas.	
	Antibiótico y Posología	
	De elección	1ª. Penicilina V . Niños: 40-50 mg/Kg/día, po, en 3 dosis. Adultos: 500-1000 mg/6-8h, po, 10 días ^a . 2ª. Amoxicilina . 500 mg/8 horas, po, 10 días ^a .
	Alternativa ^c	Penicilina benzatina G ^b . <27Kg: 0,6x10 ⁶ UI, im, 1 dosis; >27kg: 1,2x10 ⁶ UI, im, 1 dosis. Amoxicilina-clavulánico ^c . 500/125 mg/8 horas, po, 10 días. Clindamicina ^{c,d} . Niños: 15-30 mg/kg/día/8 horas (máx. 450 mg/día), po. Adultos: 300 mg/8 horas, po, 10 días. Azitromicina ^{d,e} . Niños: 10-12 mg/kg/24 horas, po, 5 días. Adultos: 500 mg/24 horas, po, 4 días.
Comentarios	a. Diez días es la duración recomendada para la prevención de la fiebre reumática, pero probablemente 7 días sean suficientes para tratar la mayoría de casos en nuestro medio, en donde la prevalencia de fiebre reumática es muy baja. b. Incumplidores. c. Faringoamigdalitis de repetición (más de 5 episodios al año). d. En alérgicos a β-lactámicos. e. Ante la sospecha de <i>M. pneumoniae</i>, <i>C. pneumoniae</i> o <i>A. haemolyticum</i>. En España, la tasa de resistencias de <i>Streptococcus</i> beta-hemolíticos a macrólidos es superior al 30%, por lo que deben de considerarse siempre de segunda elección.	
Referencias	- Alberta Clinical Practice Guidelines Program. Diagnosis and treatment of acute pharyngitis. Update 2008 [acceso 7/1/2010]. Alberta medical Association. Disponible en: http://www.topalbertadoctors.org - Altamimi S, Khalil A, Khalaiwi KA, Milner R, Pusic MV, Al Othman MA. Short versus standard duration antibiotic therapy for acute streptococcal pharyngitis in children. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jan 21;(1):CD004872 [Resumen]. - Choby BA. Diagnosis and treatment of streptococcal pharyngitis. Am Fam Physician. 2009 Mar 1;79(5):383-90 [PMID: 19275067]. - National Institute for Health and Clinical Excellence. Prescribing of antibiotics for self-limiting respiratory tract infections in adults and children in primary care. NICE clinical guideline 69 – July 2008 [acceso 7/1/2010]. Disponible en: http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG69FullGuidelineAppendices.pdf	

Otitis externa (OE)

Tabla 3. Otitis externa (OE).	
Etiología (%)	OE Difusa. Bacteriana (<i>Pseudomonas aeruginosa</i> 50%, <i>Staphylococcus aureus</i> 23%, Enterobacterias y Anaerobios 12%), Fúngica (<i>Aspergillus/Candida</i> 8%), Mixta (7%). OE Circunscrita o localizada (forúnculo). <i>Staphylococcus aureus</i> . OE Maligna. <i>Pseudomonas aeruginosa</i> .
Tratamiento	Actitud terapéutica
	- Evitar entrada de agua en el oído. - Limpieza del conducto auditivo externo con solución de ácido acético 1-2% ó alcohol boricado al 60%, 4-6 gotas/6-8 horas, 5-7 días. - Los tres primeros días administrar analgésicos (Paracetamol) y/o antiinflamatorios no esteroideos (Ibuprofeno).

		- Ante sospecha de otomicosis remitir muestra al laboratorio, limpieza del conducto mediante aspiración y aplicación de gotas de Nistatina. - Ante la sospecha de OE Maligna: derivar al hospital.
Antibiótico y Posología		
OE Difusa		
	De elección	Tópico^a 1ª. Polimixina B + Neomicina^{b,c}. 4-6 gotas/6 horas, 7-10 días. 2ª. Ciprofloxacino al 0,3%. 4-6 gotas/8 horas, 7-10 días. Sistémico^d Ciprofloxacino 750 mg/12 horas, 7 días.
OE Circunscrita ^e		
	De elección	Tópico Ciprofloxacino^a al 0,3%. 4-6 gotas/8 horas, 7-10 días. + Sistémico^f Cloxacilina. 0,5-1 g/6 horas, po, 10 días. Ó Amoxicilina-clavulánico. 500/125 mg/8 horas, po, 10 días.
Comentarios		a. La duración de tratamiento más coste-efectiva es de 7 días; se puede continuar hasta 10 días dependiendo de la gravedad. b. Sensibilizan entre el 5-18% de los pacientes y pueden provocar dermatitis de contacto. c. En España están comercializados en asociación con corticoides que ayudan a disminuir el edema. d. En casos de celulitis, adenopatía cervical, fiebre alta u otitis media aguda asociada. e. Calor seco tópico y desbridar si está en fase de maduración avanzada. f. Alérgicos a β-lactámicos. Ciprofloxacino 750 mg/12 horas ó Ácido fusídico 500-1000 mg/8-12 horas ó Clindamicina 300 mg/8 horas, 7 días.
Referencias		- Hajioff D, Mackeith S. Otitis externa. Clin Evid (Onlie). 2008 Jun 26;2008. pii: 0510 [PMID: 19450296]. - Lorente-Guerrero J, Sabater-Mata F, Rodríguez-Martínez R, Pou-Fernández J, López-Avila J, García-Criado E. Diagnóstico y tratamiento antimicrobiano de la otitis externa. Med Clin (Barc). 2006 Apr 8;126(13):507-13 [PMID: 16624232] [Texto completo]. - Osguthorpe JD, Nielsen DR. Otitis externa: Review and clinical update. Am Fam Physician. 2006 Nov 1;74(9):1510-6 [PMID: 17111889] - Rosenfeld RM, Brown L, Cannon CR, Dolor RJ, Ganiats TG, Hannley M et al.; American Academy of Otolaryngology--Head and Neck Surgery Foundation. Clinical practice guideline: acute otitis externa. Otolaryngol Head Neck Surg. 2006 Apr;134(4 Suppl):S4-23 [PMID: 16638473].

Otitis media aguda

Tabla 4. Otitis media aguda.		
Etiología (%)	<i>Streptococcus pneumoniae</i> (35), <i>Haemophilus influenzae</i> (30), <i>Streptococcus pyogenes</i> (5), Otros: <i>Moraxella catarrhalis</i> , <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Virus respiratorios</i> (15). Cultivos negativos (20).	
Tratamiento	Actitud terapéutica	
	- Más del 80% de los casos la resolución es espontánea, si mejora en 48-72 horas con tratamiento sintomático con analgésicos y/o antiinflamatorios, no necesita antibióticos. - Iniciar tratamiento con antibióticos en niños <2 años, si hay otitis bilateral, síntomas sistémicos (fiebre >38.5 °C o vómitos) ó alteraciones locales (deformidades) ó generales (inmunodeficiencias) que predispongan a complicaciones. - No se recomienda el uso de antihistamínicos, mucolíticos, corticoides o descongestionantes.	
	Antibiótico y Posología	
	De elección	1ª. Amoxicilina ^a . 80-90 mg/kg/día, en 3 tomas, po, 5 días. 2ª. Amoxicilina-clavulánico ^b . 80-90 mg/kg/día, en 3 tomas, po, 10 días.
	Alternativa	Azitromicina ^c . 10 mg/kg/ 1er. día, en 1 toma, po, seguido de 5 mg/kg/día, en 1 toma, 4 días Ó Claritromicina ^{a,c} . 15 mg/kg/día, en 2 tomas, po, 5 días.
Comentarios	a. La duración del tratamiento será de 10 días en niños <2 años, recurrencias o tímpano perforado. b. Si no existe mejoría a las 48 horas de tratamiento con Amoxicilina pasar a Amoxicilina-clavulánico.	

	c. Alérgicos a β-lactámicos. A pesar de ser activos frente a H. influenzae y M. catarrhalis, el creciente aumento de las resistencias de S. pneumoniae los sitúa como segunda opción terapéutica.
Referencias	• Coleman C, Moore M. Decongestants and antihistamines for acute otitis media in children. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jul 16;(3):CD001727 [PMID: 18646076] • Glasziou PP, Del Mar CB, Sanders SL, Hayem M. Antibióticos para la otitis media aguda en niños; 2003 (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). • Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Diagnosis and treatment of otitis media in children. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2008 [NGC] • Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Diagnosis and treatment of otitis media in children. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2008 Jan. 25 p. [NGC] • Spiro DM, Tay KY, Arnold DH, Dziura JD, Baker MD, Shapiro ED. Wait-and-see prescription for the treatment of acute otitis media: a randomized controlled trial. JAMA. 2006 Sep 13;296(10):1235-41 [PMID: 16968847] [Texto completo].

Bronquitis aguda

Tabla 5. Bronquitis aguda.		
Etiología (%)	Virus respiratorios (95). Bacterias (5): <i>Mycoplasma pneumoniae</i> , <i>Chlamydomphila pneumoniae</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> (infrecuente).	
Tratamiento	Actitud terapéutica	
	• No está indicado el uso de antibióticos, a pesar de la duración de la tos o de la presencia de esputo mucopurulento. • Recomendar medidas generales: supresión de exposición al tabaco, vaporizadores de agua, hidratación oral, tratamiento sintomático con analgésicos y antiinflamatorios. Broncodilatadores beta-adrenérgicos (Salbutamol) en pacientes con evidencia de obstrucción aérea (sibilancias y disminución del flujo espiratorio). • La antibióticoterapia sólo se recomienda en los cuadros graves, pacientes con comorbilidad o inmunodeprimidos. • No hay evidencias respecto del efecto beneficioso del uso de los antitusivos y antihistamínicos H1.	
	Antibiótico y Posología	
	De elección	Claritromicina . 500 mg/12 horas, po, 10 días. Ó Azitromicina . 500 mg 1er. día, en 1 toma, po, seguido de 250 mg/ día, en 1 toma, 4 días.
Referencias	• Alberta Medical Association. Guideline for the Management of Acute Bronchitis. Revised, January 2008 [acceso 7/1/2010]. Disponible en: http://www.topalbertadoctors.org/informed_practice/clinical_practice_guidelines/complete%20set/Bronchitis/acute_bronchitis_guideline.pdf • Michigan Quality Improvement Consortium. Management of uncomplicated acute bronchitis in adults. Southfield (MI): Michigan Quality Improvement Consortium; 2008 May. 1 p. • National Institute for Health and Clinical Excellence. Prescribing of antibiotics for self-limiting respiratory tract infections in adults and children in primary care. July 2008 [acceso 7/1/2010]. Disponible en: http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG69FullGuidelineAppendices.pdf • Smucny J, Becker L, Glazier R. Agonistas beta2 para la bronquitis aguda (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, Issue. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.) [PMID: 17054140]. • Smucny J, Fahey T, Becker L, Glazier R. Antibióticos para la bronquitis aguda (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, Issue. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.) [PMID: 17054140]. • Wark P. Bronchitis (acute). Clin Evid (Online). 2008 Jul 17; 2008. pii :1508 [PMID: 19445737].	

Sobreinfección respiratoria en el paciente con EPOC

Tabla 6. Sobreinfección respiratoria en el paciente con EPOC.	
Etiología (%)	Bacterias (50-65%): <i>Haemophilus influenzae</i> (más frecuente), <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Moraxella catarrhalis</i> y bacilos gram-negativos (enterobacterias y <i>Pseudomonas aeruginosa</i>). Virus respiratorios (15-45%): rinovirus, coronavirus, virus influenza, parainfluenza, adenovirus y virus sincitial respiratorio.
Tratamiento	Actitud terapéutica
	• El uso rutinario de antibióticos no se recomienda. • No administrar antibióticos de forma profiláctica. • Recomendar medidas generales: cese tabaco, vaporizadores de agua, hidratación oral, tratamiento sintomático con broncodilatadores beta-adrenérgicos (Salbutamol, Terbutalina), corticoides sistémicos (Prednisona 0.5-1 mg/kg /d, po, 7 a 14 días) y Bromuro de Ipratropio. • La antibióticoterapia se recomienda: a) si se dan más de dos de las siguientes situaciones, aumento de la disnea, de la cantidad de esputo y de la purulencia del esputo, y b) factores de riesgo de mal pronóstico de la reagudización (FEV1 previo a la exacerbación <50%, edad >65 años, comorbilidad principalmente cardíaca, oxigenoterapia domiciliaria, tratamiento crónico con corticoides y elevado número de reagudizaciones (3 o más en el último año)).

	Antibiótico y Posología	
	De elección ^a	Amoxicilina-clavulánico . 875/125 mg/8 horas, po, 5 días ^b .
	Alternativa ^c	Claritromicina ^d : 250-500 mg/12 horas, po, 7-10 días ó Azitromicina ^d : 500 mg 1er. día, en 1 toma, po, seguido de 250 mg/ día, en 1 toma, 4 días.
Comentarios	a. En pacientes con bronquiectasias y sospecha de infección por P. aeruginosa se recomienda pedir cultivo de esputo y tratamiento con Ciprofloxacino 750 mg/12 horas, po, 10 días. Factores de riesgo para la infección por P. aeruginosa: hospitalización reciente, administración frecuente de antibióticos (≥4 ocasiones en el último año), FEV1 <35%, aislamiento previo de P. aeruginosa. b. Los ciclos de 5 días son igual de efectivos que los ciclos más largos (7-10 días) c. Levofloxacino (500 mg/ día, 5 a 10 días) por su amplio espectro y potencial para desarrollar resistencias de S. pneumoniae, sólo deben utilizarse en fallos del tratamiento o enfermedad grave. d. Alérgicos a β-lactámicos.	
Referencias	- Alberta Medical Association. Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Revised: March 2007, (2009 Update). [acceso 7/1/2010]. Disponible en: http://www.topalbertadoctors.org/informed_practice/clinical_practice_guidelines/complete%20set/COPD/COPD_summary.pdf - Falagas ME, Avgeri SG, Matthaiou DK, Dimopoulos G, Siempos II. Short- versus long-duration antimicrobial treatment for exacerbations of chronic bronchitis: a meta-analysis. J Antimicrob Chemother. 2008 Sep;62(3):442-50 [PMID: 18467303] [Texto completo] - Penin S. Exacerbaciones agudas de la EPOC. Guías clínicas Fisterae 2009 [acceso 7/1/2010]. Disponible en: https://www.fisterra.com - Ram FSF, Rodriguez-Roisin R, Granados-Navarrete A, Garcia-Aymerich J, Barnes NC. Antibióticos para las exacerbaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica; 2005 (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, Número 3, 2008. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). - Siempos II, Michalopoulos A, Falagas ME. Treatment of acute bacterial exacerbations of chronic bronchitis. Expert Opin Pharmacother. 2009 May;10(7):1173-82 [PMID: 19405791]. - Staykova T, Black PN, Chacko EE, Poole P. Prophylactic antibiotic therapy for chronic bronchitis; 2003. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 1. Art. No.: CD004105. DOI: 10.1002/14651858.CD004105 [Resumen]	

Neumonía

Tabla 7. Neumonía		
Etiología (%)	• Frecuentes: <i>Streptococcus pneumoniae</i> (10-30), <i>Mycoplasma pneumoniae</i> (14-21) y <i>Chlamydomphila pneumoniae</i> (8-29). • Menos frecuentes: Virus respiratorios (8-16), <i>Legionella pneumophila</i> (3-14), <i>Chlamydia psittaci</i> (5-8) y <i>Coxiella burnetii</i> (2-6). • Desconocida (33-38).	
Tratamiento	Actitud terapéutica	
	• Se tratarán a nivel ambulatorio pacientes <65 años sin insuficiencia respiratoria y sin comorbilidad. En la actualidad hay dos escalas para medir el valor pronóstico la de Fine y la CURB65. • Todo paciente con neumonía debe ser reevaluado clínicamente en 48-72 horas. Sólo se modificará el tratamiento antibiótico si se produce empeoramiento de la clínica o hay datos microbiológicos que lo avalen. • Recomendar hidratación abundante, analgésicos (Paracetamol) si existe dolor y no utilizar de forma rutinaria antitusivos. • No existe buena correlación entre la clínica y la microbiología por lo que el tratamiento debe cubrir los gérmenes de la neumonía típica y atípica.	
	Antibiótico y Posología	
	De elección ^a	Amoxicilina ^b . 1 g/8 horas, po, 7 días ó Amoxicilina-clavulánico ^c . 1000/125 mg/8 horas, po, 7 días + macrólido (Claritromicina . 500 mg/12 horas, po, 7 días ó Azitromicina . 500 mg /24 horas, po, 5 días).
	Alternativa	Levofloxacino ^d . 500 mg /24 horas, po, 7 días.
Comentarios	a. En zonas endémicas o en brotes geográficos de Legionella pneumophila administrar Levofloxacino 1g /24 horas, po, 10 d. b. <65 años sin comorbilidad ni factores de riesgo. c. >65 años ó riesgo de infección por H influenzae ó si no existe mejoría a las 48 horas de tratamiento con Azitromicina. d. - Alérgicos a β-lactámicos. - En sospecha de resistencia a penicilinas: edad >65 años, tratamiento con B-lactámicos en los últimos 3 meses, alcoholismo, inmunodepresión (incluye tratamiento con corticoides), comorbilidad, contacto niños de guardería, neumonía en el año previo.	
Referencias		

- Campoamor F, Soler A, Vilanova M . Tratamiento de infecciones del tracto respiratorio inferior. Guía Farmacoterapéutica Interniveles de las Islas Baleares. Versión Abril-Julio 2008 [acceso 7/1/2010]. Disponible en <http://www.elcomprimido.com/GFIB/respiratorio.htm>
- Fine et al. A Prediction rule to identify low-risk patients with community acquired pneumonia. N Engl J Med 1997;336:243-50. [\[PubMed\]](#)
- Grupo de Estudio de la Neumonía Adquirida en la Comunidad Área de Tuberculosis e Infecciones Respiratorias (TIR)-SEPAR. Normativas para el diagnóstico y el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Arch Bronconeumol. 2005;41:272-89 [\[Texto completo\]](#)
- Lim WS, van der Eerden MM, Laing R, Boersma WG, Karalus N, Town G et al. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. Thorax. 2003;58(5):377-82 [\[PMID: 12728155\]](#) [\[Texto completo\]](#)
- Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, Bartlett JG, Campbell GD, Dean NC et al.; Infectious Diseases Society of America; American Thoracic Society. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. Clin Infect Dis. 2007 Mar 1;44 Suppl 2:S27-72 [\[PMID: 17278083\]](#)

Autores

Vicente Palop Larrea

Inocencia Martínez-Mir

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)

Técnico Superior de Investigación. Dirección de Área de Servicios Médicos. (2)

(1) Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Ribera – Alzira (Valencia). Miembro del Grupo de Fármacos de la semFYC. Miembro del Grupo del Medicamento de la SVMFiC.
(2) Consorcio Hospital General Universitario. Fundación HGU – Valencia.

Agradecimiento a los revisores:

- Javier Colomina Rodríguez. Farmacéutico Especialista en Microbiología. Servicio de Microbiología. Hospital de la Ribera – Alzira (Valencia).
- Ángel Aguilar Escrivá, Médico Especialista en Medicina Interna. Servicio de Medicina Interna. Unidad de Infecciosas. Hospital de la Ribera – Alzira (Valencia).
- Mª José Monedero Mira. Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rafalafena. Castellón. Grupo de Infecciosos de la SVMFiC
- Dantés Tórtola Graner. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuente de S. Luís. Valencia. Grupo de Infecciosos de la SVMFiC.
- Blanca Folch Marín. Médica Residente de la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Algemesí. Valencia. Grupo de Infecciosos de la SVMFiC.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

