

Neumonia Asociada a la Ventilación Mecánica (NAV)

Sospecha

Aparición de un infiltrado radiológico nuevo o progresión de uno ya existente o imagen compatible en ultrasonido o tomografía, más al menos dos de los siguientes:

- Fiebre > 38 °C o hipotermia < 36 °C
- Secreciones traqueobronquiales purulentas
- Leucocitosis o leucopenia
- Deterioro de la oxigenación, medido por PaO2/FiO

Toma de cultivos previo a inicio de antimicrobianos:

- Aspirado traqueal/cultivo semicuantitativo: buena calidad menos de 10 células epiteliales planas / campo 10x. El desarrollo abundante de un microorganismo se correlaciona bien con la etiología de la NAV.
- LBA mediante FBC o a ciegas/cultivo cuantitativo: buena calidad menos de 1% de células epiteliales planas. Punto de corte para cultivo es ≥ 10⁴ ufc/ml.
- Hemocultivos x 2

CPIS modificado					
5 Signos	Valores	Puntos (0-10)			
Temperatura, °C	≥36,5 y ≤38,4 ≥38,5 y ≤38,9 >39.0 o <36.0	0 1 2			

lemperatura, °C	≥36,5 y ≤38,4 ≥38,5 y ≤38,9 ≥39,0 o ≤36,0	0 1 2
Leucocitos/ mm3	≥4.000 y ≤11.000 <4.000 y >11.000 <4.000 y >11.000 y formas inmaduras	0 1 2
Secreciones traqueales	Escasas Abundantes Purulentas	0 1 2
Oxigenación, paO2/FiO2	>240 o SDRA ≤240 sin SDRA	0 2
Imagen de	Sin infiltrados	0

Diagnóstico probable si CPIS > 6

Infiltrado difuso o

desigual

Infiltrado

localizado

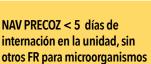
1

2

tórax

Si CPIS > 6:

Con sospecha e inestabilidad hemodinámica o hipoxemia severa, debe iniciarse ATB rápidamente aún si no hay certeza clínica.
En pacientes más estables, un enfoque conservador puede considerarse teniendo en cuenta otras causas de inestabilidad respiratoria



• ampicilina -sulbactam 1.5 gr iv

multirresistentes

- Si alergia a betalactámicos moxifloxacina 400 mg iv dia.
- Si FR para SAMR agregar trimetoprim/sulfametoxazol 10 mg/kg iv de trimetoprim dividido en 3 a 4 dosis/día.

NAV TARDÍA ≥ 5 días de internación en la unidad o con otros FR para microorganismos multirresistentes

- cefepime 15 mg/Kg iv en 30 min e iniciar 2 g iv a pasar en 3 h cada 8 h (o piperacilina-tazobactam 9 gr iv carga en 2 h y no más allá de 6 h continuar con 4,5 gr iv a pasar en 3 h cada 6 h) más amikacina 25 mg/kg iv día a pasar en 30 min (monitorizar valle y pico)
- Si FR para EPC y/o Acinetobacter baumannii sustituir amikacina por colistina 5 mg/Kg carga y a las 12 h continuar con 5 mg/Kg dividido en dos dosis cada 12 h.
- Si shock séptico: meropenem 2 gr iv en 60 min e iniciar inmediatamente 2 gr iv a pasar en 3 h cada 8 h más colistina 5 mg/Kg carga y a las 12 horas continuar con 5 mg/Kg dividido en dos dosis cada 12 h.
- Si FR para SAMR agregar: vancomicina 30 mg/Kg carga a pasar en 1 a 3 h y luego 15 mg/Kg cada 12 h en 1 a 2 h (monitorizar valle y pico) o trimetoprimsulfametoxazol 10 mg/kg iv de trimetoprim dividido en 3 o 4 dosis/día.

Etiología

Considerar

- Precoz (< 5 días de ingreso): patógenos de la comunidad como Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis, SAMS, anaerobios, Legionella sp.
- Considerar etiologia viral (Influenza, Covid-19, otros virus respiratorios)
- Considerar FR para patógenos específicos (Pseudomonas aeruginosa, S.aureus)

Considerar FR para Enterobacterias

ureidopenicilinas con inhibidores de betalactamasas en los 3 últimos meses

Internación en CTI previa en los últimos

productoras de Carbapenemasas (EPC) y Acinetobacter baumannii

Exposición a carbapenemes,

Colonización o infección previa

Prevalencia en la unidad elevada >

10% en particular luego de 5 días de internación

6 meses

conocida

Considerar FR para microorganismos multirresistentes (Enterobacterias productoras de BLEEs, *Pseudomonas aeruginosa*, SAMR)

- Tratamiento antimicrobiano previo
- Colonización o infección previa por microorganismos multirresistentes.
- Prevalencia local elevada de microorganismos multirresistentes luego de 5 días de internación (estadía hospitalaria prolongada)
- Situación de brote en la unidad se debe adaptar pauta.

Considerar FR para Aspergillus spp

Si bien la tasa de NAV por este patógeno es baja, se sugiere su búsqueda si:

- Cursando infección pulmonar no hay mejoría
- Estadía hospitalaria prolongada previa
- Uso de corticoides a dosis elevadas
- Cursar o haber cursado recientemente neumonitis viral
- Patología pulmonar (EPOC, fibrosis quística, EPID)

Candida spp y Staphylococcus coagulasa negativos no son considerados patógenos de NAV

Reevaluación a las 48 / 72 horas	Conducta	
Identificación de microorganismo	Adecuar tratamiento a hallazgo microbiológico.	
Sin microorganismo identificado y persiste CPIS > 3	Se sugiere continuar tratamiento antimicrobiano. Considerar otros focos.	
No microorganismo identificado y CPIS ≤ 3	Evaluar otro diagnóstico. Suspender antibióticos.	

Duración de tratamiento				
NAV PRECOZ: 5 A 7 días	NAV TARDÍA: 8 días			
Si evolución desfavorable reconsiderar tratamiento y/o complicaciones				