

## 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 ≥ 10<sup>4</sup> 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

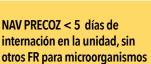
1

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				