



República del Paraguay
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Influenza

Guía de Manejo Clínico

Julio 2012

Autoridades

Prof. Dr. Antonio Arbo Sosa
Ministro de Salud

Dr. Félix Ayala
Vice-Ministro de Salud

Dra. Celia Martínez de Cuellar
Directora General de Vigilancia de la Salud

Dr. Julio Borba
Director General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud

Dra. Mercedes Carrillo
Directora del Laboratorio Central de Salud Pública

Influenza

1. INTRODUCCION

La influenza es una enfermedad respiratoria contagiosa provocada por los virus de la influenza A y B. Puede causar desde casos leves que requerirán manejo general de los síntomas hasta cuadros graves que requieren hospitalización en unidad de cuidados intensivos.

Pacientes en extremos de la vida (lactantes menores de 2 años y adultos mayores de 60 años), así como embarazadas o enfermos con comorbilidad presentan mayor riesgo de experimentar cuadros graves por el virus de influenza.

El período de incubación varía en general de 1 a 4 días desde el contacto. Los síntomas de inicio son similares a otras enfermedades respiratorias; sin embargos son sugerentes de influenza la presencia de fiebre de 38-40°C (que alcanza su pico a las 24 horas, y dura entre 1 y 5 días), tos, mialgias, odinofagia y cefalea.

La influenza se transmite habitualmente de persona a persona, a través de gotitas que quedan suspendidas en el aire después de que un paciente con influenza tose o estornuda ("contagio por gotitas"). También se adquiere a través del contacto con fómites (al tocar objetos contaminados con gotitas respiratorias provenientes de pacientes con influenza).

En el año 2009 se experimentó la pandemia por el virus de influenza A (H1N1). Se espera que el virus de la influenza A (H1N1) 2009 se comporte actualmente como un virus estacional, que continuará circulando en los próximos años. Informaciones preliminares del Laboratorio Central de Salud Pública indican que el 80% de las cepas de Influenza A aisladas en el curso del presente año 2012 corresponden a esta cepa. La vacuna disponible para la temporada 2012 para el Hemisferio Sur contiene al mencionado virus inactivo [A/California/7/2009 (H1N1)], además de la cepa A/Perth/16/2009 (H3N2), y B/Brisbane/60/2008, o sus equivalentes.

La inmunización de grupos específicos contra la influenza permite prevenir mortalidad y morbilidad grave, en los grupos de poblaciones susceptibles a experimentar mayor severidad de los cuadros de influenza.

2. DEFINICIONES OPERATIVAS:

El protocolo genérico de la Vigilancia Global de Influenza establece la vigilancia de dos síndromes, la Enfermedad Tipo Influenza (ETI) en pacientes ambulatorios, y la Infección Respiratoria Aguda Grave en pacientes hospitalizados.

2.1 Caso sospechoso de ETI

- Paciente de cualquier edad con historia de aparición súbita de Fiebre superior o igual a 37,5°C y,
- Tos o dolor de garganta y
- Ausencia de otros diagnósticos

2.2 Caso sospechoso de IRAG

- Aparición súbita de fiebre (Temperatura axilar mayor o igual a 37,5 o C) y
- Tos o dolor de garganta y
- Dificultad para respirar (disnea) y
- Necesidad de hospitalización.

2.3 Caso confirmado de Influenza en ETI o IRAG: so sospechoso con confirmación de laboratorio por el aislamiento de virus de la influenza, o detección de antígenos virales de muestras respiratorias. La confirmación laboratorial de la infección por virus influenza, se realiza mediante la detección del genoma viral por PCR en Tiempo Real, o detección del antígeno viral por Inmunofluorescencia. La subtipificación de la Influenza A solamente puede ser realizada por PCR en Tiempo Real, y el aislamiento viral en cultivos celulares se realiza en muestras seleccionadas únicamente con fines epidemiológicos.

2.4 Contacto cercano: persona que entra en contacto por lo menos a 1 metro o menos de una persona enferma que es un caso confirmado o sospechado de la infección del virus de la influenza A durante el período infeccioso del caso, por lo menos durante 15 minutos o más.

3. MANEJO CLINICO

Existen cuatro escenarios para el manejo del paciente con Influenza. Para definir los escenarios se debe contestar cuatro preguntas clave.

Las preguntas claves en la evaluación de un caso probable de influenza

- A) Tiene cuadro compatible con influenza?
- B) Tiene algún factor de riesgo para complicaciones?
- C) Tiene signos de alarma?
- D) Está en insuficiencia respiratoria o tiene trastorno del sensorio o inestabilidad hemodinámica?

Escenario 1

A	Tiene cuadro compatible con influenza?	SI
B	Tiene algún factor de riesgo?	NO
C	Tiene signos de alarma?	NO
D	Tiene insuficiencia respiratoria o trastorno del sensorio o inestabilidad hemodinámica?	NO

Los pacientes del Escenario 1 corresponden al **Grupo A**

Grupo A – El paciente puede ser enviado a su hogar en aislamiento estricto

Grupo A -Tratamiento de pacientes con Sospecha de Influenza

- Manejo ambulatorio en el hogar
- Aislamiento estricto
- Educación a los responsables acerca de los síntomas de alarma
- Fiebre: Paracetamol 15 mg/kg o Ibuprofeno 5-10 mg/kg cada 6 a 8 hs
- Asegurar hidratación adecuada
- Los lactantes deben continuar con leche materna
- No usar salicilatos en menores de 18 años
- Control médico si la fiebre persiste mas de 48h
- Explicar a los padres o responsables lo siguiente: Si el paciente presenta dificultad para respirar, dolor de pecho, esputo con sangre, dificultad para alimentarse, confusión o somnolencia *“debe regresar urgentemente al centro asistencial aunque no hayan pasado las 24 horas para su control”*
- **Los pacientes con sospecha de influenza y que no pertenecen a grupos de riesgo no tienen indicación estricta de oseltamivir**

Escenario 2

A	Tiene cuadro compatible con influenza?	SI
B	Tiene algún factor de riesgo?	SI
C	Tiene signos de alarma?	NO
D	Tiene insuficiencia respiratoria o trastorno del sensorio o inestabilidad hemodinámica?	NO

Los pacientes del Escenario 2 corresponden al **Grupo B**

Grupo B – El paciente debe ser hospitalizado* en el hospital distrital en aislamiento estricto o puede ser enviado a su domicilio con control médico domiciliario diario

Factores de riesgo para complicaciones en influenza

- Edad > 60 años o < 2 años**
- Enfermedad crónica o debilitante
- Cardiopatías (excepto hipertensión)
- Enfermedad respiratoria crónica
- Diabetes mellitus
- Cáncer
- Desnutrición
- Condiciones con depresión inmunológica
- Embarazo
- Circunstancias sociales tales como vivir sólo, o muy distante de la unidad de salud sin medio de transporte confiable
- Personas con obesidad mórbida (IMC \leq 40)

Grupo B - Tratamiento de pacientes con sospecha de Influenza

- Presencia de uno o más factores de riesgo de complicaciones
- **Condiciones de hospitalización:** en sala general en cohorte (pacientes con la misma patología), con una separación de más de un metro entre las camas o en sala individual, donde se deben implementar Precaución de transmisión por gotitas.
- **Laboratorio:** Hemograma, plaquetas, glicemia, urea, creatinina, GOT, GPT
- Rx de Tórax en caso de tos persistente
- Líquidos vía oral (VO) (supervisado)
- Si no tolera la vía oral o bebe poco líquido, hidratar por vía IV a dosis de mantenimiento, excepto si está deshidratado

- Fiebre: Paracetamol 15 mg/kg o Ibuprofeno 5-10 mg/kg cada 6 a 8 hs
- Oseltamivir vía oral (dosis: Ver ANEXO 1) si tiene menos de 48 hs de fiebre. Debe administrarse por 5 días
- Re-evaluación diaria de la evolución clínica
- Sí durante la re-evaluación se detectan signos de alarma pasa a **Grupo C**

* En menores de tres meses su uso no está recomendado, salvo situación crítica: Paciente hospitalizado por compromiso respiratorio bajo o con patología asociada de riesgo de enfermedad grave por influenza

**Deben ser hospitalizados aquellos pacientes que tienen riesgo social

Escenario 3

A	Tiene cuadro compatible con influenza?	SI
B	Tiene algún factor de riesgo?	SI
C	Tiene signos de alarma?	SI
D	Tiene insuficiencia respiratoria o trastorno del sensorio o inestabilidad hemodinámica?	NO

Los pacientes del Escenario 2 corresponden al Grupo C

Grupo C – El paciente debe ser hospitalizado en el hospital regional o de referencia en aislamiento estricto

Signos de alarma en influenza

- Dificultad para respirar
- Dolor de Pecho
- Esputo con sangre
- Dificultad para alimentarse
- Confusión o somnolencia
- Crepitantes en la auscultación pulmonar
- Rx de Torax con infiltrados pulmonares

Grupo C - Tratamiento de pacientes con sospecha de influenza

- **Nivel de atención:** En sala general, en cohorte o sala individual (precauciones de gotitas) **Condiciones de hospitalización:** Aislar individualmente al paciente; cuando esto no sea posible, reunir a varios pacientes, con el mismo diagnóstico (aislamiento en cohorte), en la misma sala, con una separación de mas de un metro entre las camas .
- **Laboratorio**

- Hemograma, plaquetas, glicemia, urea, creatinina, GOT, GPT, Electrolitos, Proteína C reactiva
- Gasometría arterial o saturación de O₂
- Rx de tórax
- Valorar ecocardiografía (en pacientes con cardiopatía previa)
- **Tratamiento**
 - Hidratación de mantenimiento (ANEXO 1)
 - O₂ si la saturación de O₂ es de 95 o menos:
 - En bigotera si se requiere 2 litros/min de oxígeno o menos
 - En mascarilla si se requiere >2 litros/min de oxígeno
 - **Iniciar Oseltamivir vía oral** (dosis: Ver ANEXO 1) si tiene menos de 48 hs de fiebre, por 5 días
 - **En caso de sibilancias:** salbutamol en aerosol utilizando aerocámara
 - En caso de Fiebre: Paracetamol 15 mg/kg (hasta 500 mg) o Ibuprofeno 5-10 mg/kg (hasta 400 mg) cada 6 a 8 hs
 - Si hay sospecha de neumonía bacteriana, iniciar antibiótico (ANEXO 3)
 - Monitoreo de la función respiratoria

Escenario 4

A	Tiene cuadro compatible con influenza?	SI
B	Tiene algún factor de riesgo?	SI
C	Tiene signos de alarma?	SI
D	Tiene insuficiencia respiratoria o trastorno del sensorio o inestabilidad hemodinámica?	SI

Grupo D – El paciente debe ser hospitalizado en hospital de referencia que disponga Unidad de Cuidados Intensivos en aislamiento estricto

Tratamiento de pacientes con sospecha de influenza-Grupo D

Grupo D: Se incluyen pacientes con:

- Evidencia clínica de dificultad respiratoria grave:
 - Quejido espiratorio, retracción generalizada, cianosis central, aleteo nasal, cabeceo
- Incapacidad para alimentarse
- Incapacidad de mantener una Sa O₂ ≥ 92%, con aporte de oxígeno de >60%
- PaO₂/FiO₂ ≤ 250
- Necesidad clínica de ARM
- Inestabilidad hemodinámica
- Trastorno del sensorio

- Infiltrados pulmonares en más de 2 cuadrantes

Nivel de atención: En Unidad de cuidados intensivos

- **Laboratorio:**
 - Hemograma, PCR, Urea, Creatinina, Glicemia, GOT, GPT, Electrolitos, Crisis sanguínea
 - Gasometría arterial
 - Investigación de rabdomiólisis: CK-Aldolasa-LDH
 - Rx de Torax
 - Ecocardiografía
- **Tratamiento**

Inicie el tratamiento en el primer lugar de atención

- Hospitalizar en UTI en aislamiento estándar
- Monitoreo minuto a minuto
- Hidratación de mantenimiento (ANEXO 2)
- **Si la saturación de O₂ es de 95 o menos:**
 - En bigotera si se requiere 2 litros/min de oxígeno o menos
 - En mascarilla si se requiere >2 litros/min de oxígeno
 - Si no hay mejoría, iniciar ARM (asistencia respiratoria mecánica)
- **Iniciar Oseltamivir** (dosis, ver ANEXO 1) por vía oral por 5 días
- Si hay infiltrado pulmonar sugerente de complicación bacteriana, iniciar antibiótico (ANEXO 3)
- Corregir acidosis, hipoglicemia, hipocalcemia
- En caso de choque, expansión con suero fisiológico 20 ml/kg en bolo; repetir tres veces o más
- Si no hay mejoría, inicie inotrópicos
 - Dopamina 5-10 ug/kg/minuto
 - Dobutamina 5-10 ug/kg/minuto
 - Adrenalina 0.05-2 ug/kg/minuto
- Si persisten los signos de choque valorar:
 - Insuficiencia cardíaca por miocardiopatía
 - Sepsis bacteriana

Criterios de alta

- Ausencia de fiebre por 24 – 48 hr
- Ausencia de distres respiratorio
- Mejoría del estado clínico (bienestar general, apetito, hemodinámica estable, buena diuresis)
- Ausencia de requerimiento de fluidos intravenosos

Medidas de precaución en la atención de pacientes con sospecha de influenza y hospitalizados

- Los pacientes con sospecha o confirmación de casos serán hospitalizados en salas individuales,

manteniendo la puerta cerrada; si no es posible, reunir a varios pacientes con el mismo diagnóstico en la misma sala (aislamiento en cohorte), manteniendo un metro de separación entre las camas

- La persona enferma deberá lavarse las manos con agua y jabón después de toser y estornudar
- Deberán evitarse las visitas y contactos innecesarios
- No debe saludar con besos ni dando la manos
- No debe compartir alimentos, vasos o cubiertos
- La persona enferma debe usar una máscara quirúrgica cuando se encuentre fuera de la habitación de aislamiento
- Tazas y otros utensilios utilizados por la persona enferma debe lavarse con agua y jabón antes de su uso por otras personas
- Al ingresar a la sala de hospitalización, utilizar las barreras de protección consistentes en: lentes, mascarilla quirúrgica, y bata
- Utilizar barreras de protección (lentes, mascarilla específica N95, guantes y bata), para realizar procedimientos que generen riesgo de salpicadura de fluidos a la cara o aerolización como toma de muestra respiratoria, aspiración de secreciones, intubación, recambio de tubo endotraqueal, fibrobroncoscopia, nebulizaciones, así como para la manipulación, transporte y procesamiento de la ropa usada por el paciente
- Uso de guantes si se tocan mucosas o secreciones
- Lavado de manos con agua y jabón, o gel-alcohol antes y después del contacto con pacientes, superficies posiblemente contaminantes y después del uso de guantes
- Se mantendrá una bata de uso exclusivo en el interior del cuarto en el que se encuentre el paciente
- Limpiar con agua y jabón el área de aislamiento; posteriormente utilizar agua con hipoclorito de sodio al 0.5%
- Evitar al máximo el traslado del paciente a otras áreas del servicio, en caso necesario el paciente deberá usar máscara quirúrgica
- Todas las medidas de precaución y aislamiento se mantendrán durante 7 días después del inicio de la enfermedad o hasta que los síntomas se hayan resuelto

Quienes deben usar además mascarilla quirúrgica

- El paciente, cuando es trasladado a otra área del hospital o durante el traslado en ambulancias
- El paciente, identificado en el triage, mientras en el hospital.

Quienes deben usar respirador N95 en Influenza

1. **El personal de salud que realiza procedimientos que generen** riesgo de salpicadura de fluidos a la cara o aerolización como toma de muestra respiratoria, aspiración de secreciones, intubación, recambio de tubo endotraqueal, fibrobroncoscopia, nebulizaciones.
2. **Resucitación cardio-pulmonar** de pacientes con casos sospechosos o confirmados de Influenza

Influenza: Profilaxis I

- **Profilaxis pre-exposición:** cuando se inicia antes del contacto o exposición a caso de influenza. La

profilaxis pre-exposición solo debe usarse en personas con un riesgo muy alto (paciente gravemente inmunosuprimidos) de padecer complicaciones relacionadas con la influenza

- **Profilaxis post-exposición:** cuando se inicia después del contacto o exposición a caso de influenza, en caso de presencia de factores de riesgo
- Duración de la profilaxis: hasta 10 días después del último contacto o exposición a caso de influenza H1N1
- Las dosis de antivirales para profilaxis se indican en el anexo

Influenza: Profilaxis II (Trabajadores de la salud)

- Todo el personal de salud (médicos enfermeras, camilleros, técnicos, etc.) que realizó procedimientos invasivos o reanimación sin barreras de protección o personal de salud que con factores de riesgo que haya estado en contacto directo a **menos de un metro y por más de 15 minutos** de un paciente sospechoso o confirmado con influenza, **sin utilizar barrera de protección**, debe recibir tratamiento profiláctico con:
 - Oseltamivir a dosis de 75 mg (adultos) cada 24 hs durante 10 días o
 - Zanamivir 10 mg (2 inhalaciones) cada 24 horas durante 10 días

Influenza: Profilaxis III (población general)

- **Convivientes intra-domiciliarios** de caso confirmado o sospechoso de influenza y **que sean de alto riesgo** para complicaciones de influenza
- **Asistentes de escuela o guarderías** que hayan estado en contacto estrecho (cara a cara) de caso confirmado o sospechoso de influenza y **que sean de alto riesgo** para complicaciones de influenza de caso confirmado o sospechoso de influenza
- Grupos de alto riesgo para complicaciones de influenza incluye a:
 - Adultos de 60 años o mas
 - Niños menores de 5 años
 - Personas con enfermedades crónicas, excepto hipertension arterial
 - Personas con deficiencia inmune congénita o adquirida
 - Embarazadas
 - Personas con obesidad mórbida (IMC \leq 40)

Influenza: Toma de muestras

- La toma de muestra para el diagnóstico de influenza se realizará en los siguientes casos:
 - **En centros centinelas:** se realizará un muestreo por conveniencia, entre los pacientes que cumplan con la definición de caso de ETI y que han iniciado los síntomas (Fiebre) hasta 72 horas antes. Se establece en 10 el número de muestras que se procesarán en cada semana, en cada centro centinela. Si no se cumple con la cantidad de muestras determinadas, es posible aceptar a aquellos pacientes que han presentado el inicio de la fiebre hasta 5 días antes, pero no más allá de ese límite.

- **En Centros Centinela y Hospitales Vigilantes:** seleccionar entre los pacientes que cumplan con la definición de caso de IRAG, preferencialmente los que se encuentran dentro de los tres días (72 horas) de inicio de la fiebre para la toma de muestra de secreción respiratoria, máximo de cinco días.
- Seleccionar para toma de muestra independientemente del intervalo de inicio de síntomas de:
Todo paciente con IRAG ingresado en UCI;
Toda defunción por IRAG***;
Toda IRAG relacionada a un conglomerado de casos.

***Se podrán tomar muestras de secreciones respiratorias dentro de las cuatro horas del fallecimiento acompañadas de una muestra de 5cc de sangre.

Tipo de muestras

- En los casos de ETI o IRAG, se harán hisopados nasales y faríngeos tanto para los adultos como para los niños de cinco años de edad o más.
- Para los menores de cinco años, se recomienda el aspirado nasofaríngeo.
- También se recomienda el aspirado para los niños de cinco o más años y adultos graves, que presenten limitaciones para hacer el hisopado.
- En caso de pacientes fallecidos por IRAG, **se tomará, dentro de las cuatro horas del fallecimiento, una muestra de secreción respiratoria y una muestra de 5cc de sangre.**

Técnicas para la obtención de muestras

Hisopado nasal

- Deberán ser utilizados hisopos de rayón o de fibra de poliéster; no se deben utilizar hisopos de alginato de calcio ni de algodón, ni aquellos con palillos de madera.
- Inclinar la cabeza del paciente.
- Insertar un hisopo seco en la fosa nasal y llevarlo hacia atrás, a la nasofaringe.
- Detenerse allí por unos segundos.
- Retirar el hisopo con movimiento rotatorio presionando contra el tabique nasal.
- Repetir lo mismo en la otra fosa nasal con el mismo hisopo.
- Una vez tomada la muestra de ambas narinas, introducir el hisopo en un tubo conteniendo 2-3 ml de medio de transporte viral.
- Romper el extremo del hisopo y cerrar el tubo herméticamente.

Hisopado faríngeo

- Pedirle a la persona que abra la boca y bajar la lengua con el depresor;
- Con un hisopo, tomar una muestra de la faringe posterior, evitando el contacto con las amígdalas;
- Introducir el hisopo en el medio de transporte. Los dos hisopos (nasal y faríngeo) pueden incorporarse en el mismo medio de transporte.

CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE LAS MUESTRAS CLÍNICAS

- Desinfectar el exterior de los tubos con hipoclorito de Sodio al 1% inmediatamente después de extraer los especímenes clínicos.
- Colocar los tubos en bolsas de plástico y luego en un contenedor hermético.
- Mantener refrigerado el contenedor cerrado herméticamente hasta el momento de ser remitido al Laboratorio Central de Salud Pública (LCSP), no más de 72 horas posteriores a la toma de muestra.
- Las muestras se remitirán refrigeradas y empaquetadas en triple embalaje acompañadas de la ficha de notificación epidemiológica debidamente llenadas

ANEXOS 1

Tratamiento antiviral de casos de influenza: dosis de Oseltamivir

Adultos	Oseltamivir	Vía oral	75 mg cada 12 hs	5 días
Niños				
< 1 mes*	Oseltamivir	Vía oral	2 mg/Kg dosis cada 12 hs	5 días
>1 mes hasta 3 meses	Oseltamivir	Vía oral	2.5 mg/kg dosis cada 12 hs	5 días
3 meses a 1 año (12 meses)	Oseltamivir	Vía oral	3 mg/kg dosis cada 12 hs	5 días
>1 año y <3 años o <15 kg	Oseltamivir	Vía oral	30 mg cada 12 hs	5 días
>3 años y <7 años o de 15-23 kg	Oseltamivir	Vía oral	45 mg cada 12 hs	5 días
>7 años y 10 años o de 24-40 kgs	Oseltamivir	Vía oral	60 mg cada 12 hs	5 días
>10 años o >40 kg	Oseltamivir	Vía oral	75 mg cada 12 hs	5 días

***Dosificación de oseltamivir para lactantes prematuros: 1 mg/kg dosis cada 12 horas por 5 días.**

Dosis de Oseltamivir en profilaxis de influenza

Adultos	Oseltamivir	Vía oral	75 mg cada 24 hs	10 días
Niños				
< 1 mes*	Oseltamivir	Vía oral	2 mg/Kg dosis cada 12 hs	10 días
>1 mes hasta 3 meses	Oseltamivir	Vía oral	2.5 mg/kg dosis cada 12 hs	10 días
3 meses a 1 año (12 meses)	Oseltamivir	Vía oral	3 mg/kg dosis cada 12 hs	10 días
>1 año y <3 años o <15 kg	Oseltamivir	Vía oral	30 mg cada 24 hs	10 días
>3 años y <7 años o de 15-23 kg	Oseltamivir	Vía oral	45 mg cada 24 hs	10 días
>7 años y 10 años o de 24-40 kgs	Oseltamivir	Vía oral	60 mg cada 24 hs	10 días
>10 años o >40 kg	Oseltamivir	Vía oral	75 mg cada 24 hs	10 días

***En menores de tres meses su uso no está recomendado, salvo situación crítica: Paciente hospitalizado por compromiso respiratorio bajo o con patología asociada de riesgo de enfermedad grave por influenza**

ANEXO 2

Tratamiento. Cálculo de líquidos de mantenimiento

<u>Peso en Kg.</u>	<u>Volumen de mantenimiento</u>
<10	100 ml/kg/día
10 – 20	1000 + 50 ml/kg/día x (kg arriba de 10)
>20	1500 + 20 ml/kg/día x (kg arriba de 20)

Tratamiento. Volumen de líquidos a administrar

Ej.: Si un paciente pesa 55 kg, el volumen de mantenimiento es:

$$1500 + [20 \times (55 - 20)]$$

$$1500 + 20 \times 35$$

$$1500 + 700$$

$$= \mathbf{2200 \text{ ml}}$$

Tratamiento. Composición de electrolitos del líquido de mantenimiento

- Por cada 1000 cc de dextrosa al 5% agregar:
 - Cloruro de Sodio 3 M 14 cc (42 meq/L de Sodio)
 - Cloruro de Potasio 3M 7 cc (21 meq/L de Potasio)

ANEXO 3

PACIENTE PEDIÁTRICO

Antibioticoterapia inicial en caso de sospecha de neumonía bacteriana sobre-agregada

Neumonía intersticio alveolar o lobar no complicada (paciente no tóxico)	Amoxicilina/inhibidor de β -lactamasa Alternativa: Cefalosporina 3G (cefotaxima o ceftriaxona)
Neumonía lobar o multilobar o complicada con derrame pleural (aspecto tóxico pero sin criterios de ingreso a UCI)	Amoxicilina/inhibidor de betalactamasa Alternativa: Cefalosporina 3G (cefotaxima o ceftriaxona) asociada a clindamicina*
Neumonía lobar o multilobar o complicada con derrame pleural (aspecto tóxico con criterios de ingreso a UCI)	Cefalosporina 3G (cefotaxima o ceftriaxona) asociada a clindamicina****

****en pacientes en choque substituir clindamicina por vancomicina

PACIENTE ADULTO

Antibioticoterapia inicial en caso de sospecha de neumonía bacteriana sobre-agregada

Neumonía intersticio alveolar o lobar no complicada (paciente no tóxico)	Amoxicilina/inhibidor de β -lactamasa Alternativa: Cefalosporina 3G (cefotaxima o ceftriaxona)
Neumonía lobar o multilobar o complicada con derrame pleural (aspecto tóxico pero sin criterios de ingreso a UCI)	Amoxicilina/inhibidor de betalactamasa asociada a azitromicina o claritromicina Alternativa: Cefalosporina 3G (cefotaxima o ceftriaxona) asociada a azitro o claritro o levofloxacina o moxifloxacina
Neumonía lobar o multilobar o complicada con derrame pleural (aspecto tóxico con criterios de ingreso a UCI)	Cefalosporina 3G (cefotaxima o ceftriaxona) asociada a azitro o claritro o levofloxacina o moxifloxacina. En caso de sospecha de <i>S. aureus</i> Metilino Resistente agregar Vancomicina