

Optimización del Uso de Antimicrobianos en Síndromes Infecciosos Comunitarios

INFECCIONES DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES



Índice

1. INTRODUCCIÓN : Optimización del diagnóstico y tratamiento de las infecciones respiratorias bajas.

2. DESARROLLO: Bronquitis Aguda
Síndrome de agudización de la EPOC
Neumonía adquirida en comunidad
Bronquiectasias

INTRODUCCIÓN

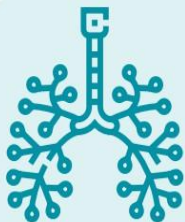


Abordaje terapéutico: conocimiento de epidemiología, los microorganismos implicados, la pruebas diagnósticas adecuadas a realizar y disponibles, el tratamiento más efectivo, basado en los patrones locales de resistencias y en las condiciones de cada paciente.

Infecciones respiratorias de vías bajas. Claves para su tratamiento y prevención desde Atención Primaria, Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN, 2024

BRONQUITIS AGUDA

DEFINICIÓN



Inflamación aguda de la mucosa bronquial, generalmente por infección vírica, benigna y autolimitada que se manifiesta principalmente con tos, con o sin expectoración; y que no dura más de tres semanas en ausencia de enfermedad pulmonar crónica, neumonía o sinusitis.

Virus	Bacterias
Influenza A y B	<i>Bordetella pertussis</i>
Parainfluenza	<i>Mycoplasma pneumoniae</i>
Virus respiratorio sincitial	<i>Chlamydia pneumoniae</i>
Coronavirus 1, 2, 3	
Rhinovirus	
Metapneumovirus	
Adenovirus	

Infecciones respiratorias de vías bajas. Claves para su tratamiento y prevención desde Atención Primaria, Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN, 2024

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DE LOS PRINCIPALES SÍNDROMES INFECCIOSOS EN EL PACIENTE ADULTO

Infecciones de las vías respiratorias (actualizado en abril 2026).

Infecciones de las vías respiratorias inferiores

Bronquitis aguda

BRONQUITIS AGUDA				
INDICACIONES	ETIOLOGÍA HABITUAL	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO	OTRAS RECOMENDACIONES
Bronquitis aguda	Rinovirus, adenovirus, coronavirus estacionales, Virus Influenza A y B, virus parainfluenza, Methapneumovirus, Virus Respiratorio Sincitial (VRS) (95%) SARS-CoV-2 Las causas bacterianas son poco frecuentes: <i>Bordetella spp.</i> , <i>Mycoplasma pneumoniae</i> y <i>Chlamydia pneumoniae</i>	No precisa. En caso de tos ferina o síndrome pertusoide: Azitromicina 500 mg DU VO seguidos de 250 mg/24 h VO, 4 días más	Alternativa a azitromicina en tos ferina o síndrome pertusoide: Cotrimoxazol 160/800 mg, 1 comp/12 h VO, de 7-14 días	- Sintomático - En época epidémica de gripe o COVID-19 se recomienda test diagnóstico en pacientes con alto riesgo de complicaciones . - En caso de sospecha de tos ferina estudio de PCR en exudado nasofaríngeo y de confirmarse, EDO y valoración de profilaxis a los contactos por parte de Salud Pública . - La realización de Rx tórax de rutina no está indicada .
Bronquitis aguda en pacientes con signos de alarma o comorbilidad³		La necesidad de tratamiento antibiótico es excepcional. Valorar individualmente y realizar diagnóstico diferencial con neumonía. Si precisa:	Alérgicos a betalactámicos: Levofloxacino 750 mg/24 h VO o IV 5 días	

BRONQUITIS AGUDA				
INDICACIONES	ETIOLOGÍA HABITUAL	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO	OTRAS RECOMENDACIONES
		Amoxicilina-clavulánico 1-2 g/8 h IV u 875mg/125 mg/8 h VO, 5 días En caso de tos ferina, ver arriba.		
<p>OBSERVACIONES:</p> <p>Tratamiento sintomático: paracetamol 650 mg o ibuprofeno 400 mg en administración cada 8 h. No está indicado el uso de:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mucolíticos. Antitusígenos: aunque estos podrían producir cierto alivio sintomático del descanso nocturno. Espray o gotas nasales descongestionantes ya que, aunque mejoran los síntomas a corto plazo, no mantienen la eficacia tras 7 días de tratamiento y además pueden producir rinitis atrófica. Antihistamínicos, broncodilatadores o corticoides inhalados. Suplementos vitamínicos. <p>Signos de alarma de infección grave: disnea, taquipnea, dolor torácico, hemoptisis, empeoramiento del estado general grave, cambios en los signos vitales (fiebre alta, taquicardia, hipotensión arterial) y el hecho de tratarse de pacientes con enfermedad crónica de base (FPOC, insuficiencia cardiaca, diabetes mellitus, inmunodeprimidos, etc.).</p> <p>El protocolo ante casos de tos ferina de la Región de Murcia, se encuentra disponible en: Protocolo ante casos de tos ferina en la Región de Murcia.pdf. La información relativa a como contactar con Salud Pública, se encuentra disponible en: Situaciones Epidémicas y Brotes - Servicio de Epidemiología - murciasalud</p>				

Actualización 2020 de las normativas de la SEPAR sobre las neumonías

Neumonía adquirida en la comunidad. Normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Actualización 2020[☆]

Rosario Menéndez^{a,b,*}, Catia Cilloniz^c, Pedro Pablo España^d, Jordi Almirall^e, Ane Uranga Raúl Méndez^a, David Rigau^f y Antoni Torres^{b,c}



(+) iras proa SMS

Subdirección General de Calidad Asistencial,
Seguridad y Evaluación

GUÍA HOSPITALARIA DE TERAPÉUTICA ANTIMICROBIANA EN ADULTOS

5ª Edición

Subdirección General de Calidad Asistencial,
Seguridad y Evaluación

Abril 2026



AMERICAN THORACIC SOCIETY DOCUMENTS

Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia

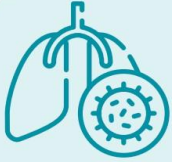
An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and
Infectious Diseases Society of America

3 Joshua P. Metlay*, Grant W. Waterer*, Ann C. Long, Antonio Anzueto, Jan Brozek, Kristina Crothers, Laura A. Cooley, Nathan C. Dean, Michael J. Fine, Scott A. Flanders, Marie R. Griffin, Mark L. Metersky, Daniel M. Musher, Marcos I. Restrepo, and Cynthia G. Whitney; on behalf of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America

THIS OFFICIAL CLINICAL PRACTICE GUIDELINE WAS APPROVED BY THE AMERICAN THORACIC SOCIETY MAY 2019 AND THE INFECTIOUS DISEASES SOCIETY OF AMERICA AUGUST 2019

NEUMONÍA ADQUIRIDA EN COMUNIDAD

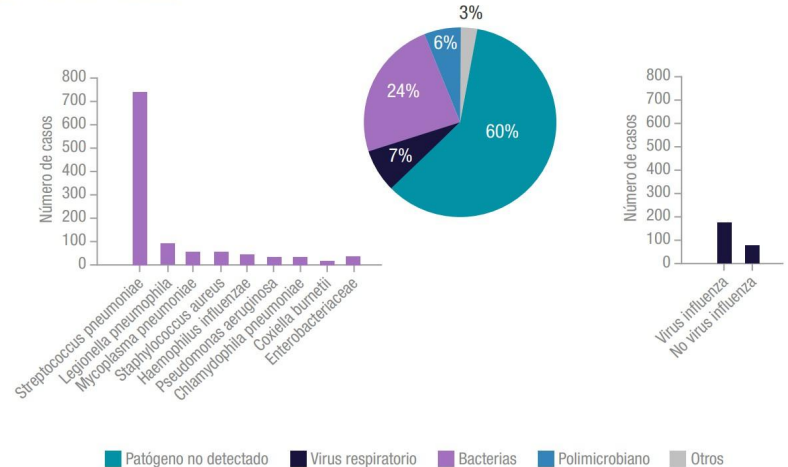
DEFINICIÓN



Proceso inflamatorio de origen infeccioso que afecta a los alveolos pulmonares en pacientes inmunocompetentes que no han sido ingresados en un hospital en los 14 días previos al inicio de los síntomas o que aparece en las primeras 48 horas de la hospitalización. La definición excluye las neumonías que afectan a pacientes con cáncer e inmunodeprimidos.



Etiología de las NAC en la población adulta en Europa de 2003 a 2014 (3.854 casos).



Infecciones respiratorias bajas. Claves para su tratamiento y prevención desde Atención Primaria, Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN, 2024

- Es un importante problema de salud, por su **morbimortalidad y por sus costes**.
- En 2019, supuso la **segunda causa de muerte en países poco desarrollados y la sexta en países desarrollados** (OMS)
- . En Europa, es responsable de más de 23.000 fallecimientos/año y en EEUU, de unos 102.000.
- La mortalidad en España por NAC fue de **11 Muertes/100.000 habitantes en 2019**
- La **mortalidad global a los 30 días es del 23% y, al año, del 28%**, aumentando en función de la edad y las comorbilidades.
- La mortalidad en los pacientes ingresados varía entre un 6 y un 20% en función de la gravedad, siendo de hasta un 50% en los ingresados en UCI (**mientras que la mortalidad de los pacientes atendidos extrahospitalariamente ronda el 1%**).
- La **incidencia estimada en España, a nivel de AP, es de 4,63 casos por cada 1.000 personas/año**
- . Es más frecuente en varones, en edades extremas de la vida, en consumo de alcohol y tabaco, EPOC, DM , en demencia,esplenectomía, tratamientos con corticoides, uremia o malnutrición.
- . **El 40-60% de los pacientes con NAC requerirán ingreso hospitalario.**

Síndromes clínicos en función de la etiología más probable de NAC

Etiología “típica “

- Cuadro agudo, fiebre alta, escalofríos.
- Tos productiva con expectoración purulenta.
- Dolor pleurítico.
- Eventualmente herpes labial.
- Crepitantes y soplo bronquial.
- Leucocitosis con neutrofilia.
- Infiltrado alveolar

Etiología atípica

- Inicio subagudo, fiebre, escasa sintomatología respiratoria .
- Tos no productiva.
- Afectación tracto respiratorio superior.
- Síntomas extrapulmonares : diarrea, vómitos, cefalea.
- Condensación radiológica no lobar.
- Disociación clínico-radiológica: escasos signos en la EF.

Uso adecuado de antimicrobianos en la comunidad, IVRB, Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria,2024-PRAN

ESCALA DE SEVERIDAD DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN COMUNIDAD EN AP



Medicina Clínica

Volume 135, Issue 3, 19 June 2010, Pages 97-102



Original
Utilidad de la escala CRB-65 en la evaluación pronóstica de los pacientes mayores de 65 años con neumonía adquirida en la comunidad

Usefulness of the CRB-65 scale for prognosis assessment of patients 65 years or older with community-acquired pneumonia

Ángel Vila Córcoles , Olga Ochoa Gondar , Teresa Rodríguez Blanco

RESPIRATORY INFECTION

Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study

W S Lim, M M van der Eerden, R Laing, W G Boersma, N Karalus, G I Town, S A Lewis, J T Macfarlane

Thorax 2003;58:377-382

Sonia Luque
Joaquim Gea
Pere Saballs
Olivia Ferrández
Nuria Berenguer
Santiago Grau

Prospective comparison of severity scores for predicting mortality in community-acquired pneumonia

Rev Esp Quimioter 2012;25(2):147-154

ESCALA CRB65 EN ATENCIÓN PRIMARIA

CLASIFICACIÓN CRB-65

Categorización clínica de los pacientes con Neumonía adquirida en la comunidad (NAC).

	Característica clínica	Puntaje
C	Confusión	1 punto
R	Frecuencia respiratoria ≥ 30 respiraciones/minuto	1 punto
B	Presión arterial sistólica < 90 mmHg o diastólica < 60 mmHg	1 punto
65	Edad > 65 años	1 punto

- 0 puntos: neumonía leve (tratamiento ambulatorio)
- 1-3 puntos: neumonía moderada (internación en sala común)
- 2-4 puntos: neumonía grave (internación en unidad de cuidados intensivos)

El pronóstico de la Neumonía bacteriana mejora significativamente si el tratamiento antibiótico se inicia precozmente, **idealmente en las primeras cuatro horas**. Nunca hay que esperar a tener un diagnóstico etiológico para empezar el tratamiento. Confirmar con Rx de Tórax.

Curso sobre Resistencia Antimicrobiana para Médicos AMR Spanish, 2025

NEUMONIAS COMUNITARIAS				
INDICACIONES	ETIOLOGIA HABITUAL	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO	OTRAS RECOMENDACIONES
Sin criterios de ingreso hospitalario o neumonía leve (PSI de I-II o CURB-65 0 (o CURB-65 1 si > 65 años))				
- Sin comorbilidades	<i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> Agentes de la neumonía atípica (<i>Mycoplasma pneumoniae</i> , <i>Chlamydia pneumoniae</i> , <i>Chlamydia psittaci</i> , <i>Coxiella burnetii</i> , <i>Legionella</i> spp.) Virus (rinovirus, influenza, SARS-CoV-2)	Amoxicilina 1 g/8 h VO, 5 días Si sospecha de neumonía con carácter atípico¹: Azitromicina 500 mg 1 comp/24 h VO, 3 días	Alérgicos a betalactámicos: Levofloxacino 750 mg/24 h VO, 5 días	- No es necesario solicitar exploraciones complementarias dirigidas al diagnóstico etiológico excepto para SARS-CoV-2 y gripe según condiciones epidemiológicas y/o si alto riesgo de complicaciones ² . - Solicitar Test VIH.



NEUMONIAS COMUNITARIAS				
INDICACIONES	ETIOLOGIA HABITUAL	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO	OTRAS RECOMENDACIONES
- Con comorbilidades ³	<i>Los anteriores y Enterobacteriales</i>	Amoxicilina-clavulánico 875mg/125 mg/8 h VO, 5 días o Cefditoreno 400 mg/12 h VO, 5 días Si sospecha de neumonía con carácter atípico¹: añadir Azitromicina 500 mg 1 comp/24 h VO, 3 días	Alérgicos a betalactámicos: Levofloxacino 750 mg/24 h VO, 5 días	

OBSERVACIONES:

El antecedente de aspiración de material orofaríngeo o de vómitos no es, por sí mismo, indicación de tratamiento anaerobicida salvo en caso de absceso de pulmón y, eventualmente, en el empiema pleural.

- **Duración estándar del tratamiento:** 5 días.
 - En NAC leve sin criterios de ingreso, con buena evolución y estabilidad clínica precoz, considerar duración de 3-5 días, asegurando una revisión clínica estructurada a las 24- 48 h o acceso rápido a reevaluación.
 - En NAC leve o moderada que alcance estabilidad clínica precoz, considerar 5 días de antibiótico, siempre que:
 - no sea grave/ICU.
 - no haya complicaciones (empiema, absceso).
 - no haya patógeno que exija más duración.
 - se pueda conseguir buena adherencia/seguimiento.
 - En NAC grave: no acortar por debajo de 5 días
- **Duración de tratamiento mayor de 5 días:** en pacientes graves o ingresados en UCI, si existe bacteriemia por *S. aureus* concomitante (14 días desde el primer hemocultivo negativo), la infección por algunas bacterias de crecimiento intracelular (*M. tuberculosis*, *Nocardia* spp., *Burkholderia pseudomallei*, *Rhodococcus*) u

RECOMENDACIONES

ATS/IDSA

- No es necesario obtener cultivo de esputo en pacientes manejados ambulatoriamente.
- No se recomienda extracción de hemocultivos de manera rutinaria.
- No se recomienda la realización de antigenuria para Neumococo, salvo NAC grave; y de Legionella, excepto en un brote epidémico o neumonía grave .
- NAC+ epidemia de gripe , se recomienda descartar infecciones por Influenza, y tratar.
- No usar corticoides en NAC, NAC grave ni en NAC asociada a gripe; en gripe aumenta la mortalidad.
- **Radiografía de control** , si buena evolución clínica ..NO de rutina , excepto en pacientes de riesgo de enfermedad maligna (fumadores), a las 6-8 semanas.

Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America, Am J Respir Crit Care Med. 2019 Oct 1;200(7):e45-e67.

DEFINICIÓN



Se trata de un proceso de inestabilidad que se produce en un paciente con EPOC, como consecuencia del agravamiento de la limitación espiratoria al flujo aéreo o del proceso inflamatorio subyacente y se caracteriza por un **empeoramiento agudo de los síntomas respiratorios respecto de la situación basal.**

1

Archivos de Bronconeumología 61 (2025) 766–782

Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica SEPAR

ARCHIVOS DE Bronconeumología

www.archbronconeumol.org

SEPAR/ALAT Voice

Update 2025 of the Spanish COPD Guidelines (GesEPOC): Pharmacological Treatment of Stable COPD[☆]

Marc Miravittles^{a,b,*}, Myriam Calle^{b,c}, Jesús Molina^d, Pere Almagro^e, José-Tomás Gómez^f, Juan Antonio Trigueros^g, Efraín Sánchez-Angarita^h, Borja G. Cosío^{b,i}, Ciro Casanova^j, José Luis López-Campos^{b,k}, Juan Antonio Riesco^{b,l}, Pere Simonet^{m,n}, David Rigau^o, Ainel Iskakova^o, Mariano Pastor Sanz^p, Patricia Sobradillo^q, Bernardino Alcázar-Navarrete^{b,r}, Noé Garin^s, Juan José Soler-Cataluña^t

Check for updates

2

1. Infecciones respiratorias bajas. Claves para su tratamiento y prevención desde Atención Primaria, Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN, 2024
2. Actualización 2025 de la guía española de la EPOC (GesEPOC). Diagnóstico y tratamiento del síndrome de agudización de la EPOC, Archivos de Bronconeumología 61 (2025) 766–782
3. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2026 Report

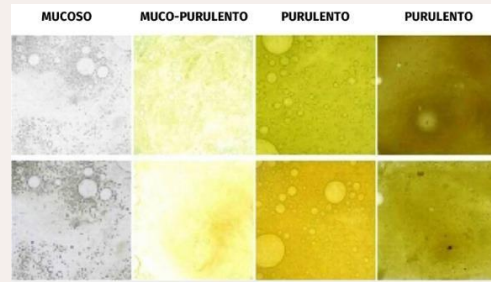


3

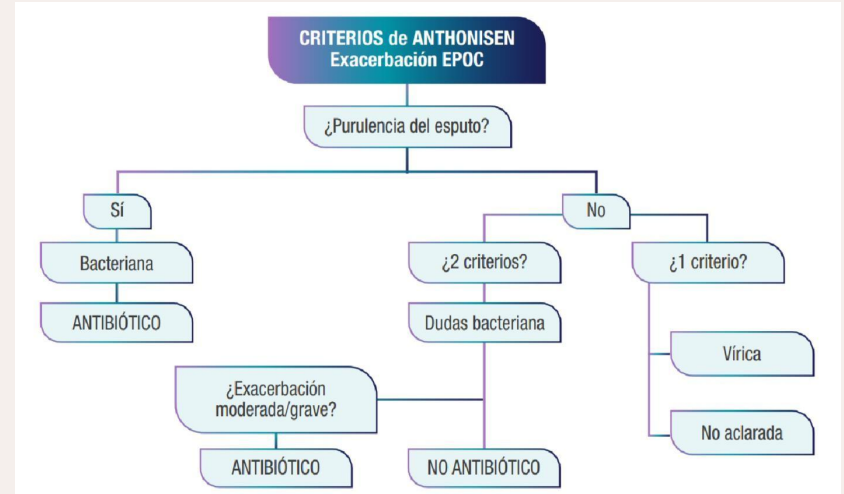
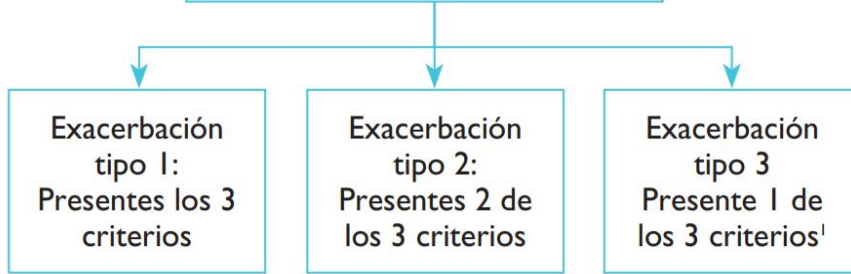
FACTORES DESENCADENANTES DEL SAE

Virus	Rinovirus (resfriado común) Influenza Parainfluenza Coronavirus (incluyendo el SARS-CoV-2) Adenovirus Virus respiratorio sincitial
Bacterias	Haemophilus influenzae Streptococcus pneumoniae Moraxella catarrhalis Pseudomonas aeruginosa Organismos atípicos; Chlamydophila pneumoniae Mycoplasma pneumoniae.
Contaminación ambiental	Ozono (O ₃) Partículas en suspensión ≤ 10 µm de diámetro (PM ₁₀) Dióxido de sulfuro (SO ₂) Dióxido de nitrógeno (NO ₂)

Actualización 2021 de la guía española ~ de la EPOC (GesEPOC). Diagnóstico y tratamiento del síndrome de agudización de la EPOC



Criterios de Anthonisen:
 Aumento de la disnea
 Aumento de volumen del esputo
 Purulencia del esputo



EXACERBACIÓN DE EPOC POR BRONQUITIS AGUDA				
INDICACIONES	ETIOLOGÍA HABITUAL	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO	OTRAS RECOMENDACIONES
Sin criterios de ingreso hospitalario o de mala evolución ¹ y sin factores de riesgo de infección por <i>P. aeruginosa</i> ²	<i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Moraxella catarrhalis</i> y <i>Streptococcus pneumoniae</i> Gripe SARS-CoV2	LEVES: No indicado: a menos que se produzca empeoramiento a pesar del tratamiento de soporte (broncodilatadores, esteroides)		- El tratamiento de las exacerbaciones habitualmente precisa intensificación del tratamiento broncodilatador. Aumentar la dosis o la frecuencia del broncodilatador de acción corta (salbutamol) y continuar con los broncodilatadores de acción larga. - Valorar la necesidad de uso de esteroides sistémicos: Prednisona 0.5 mg/kg/ día o una dosis máxima de 40 mg, o dosis equivalente de otro corticoide durante 5 días, administrado por la mañana. - En pacientes con EPOC moderado o grave con al menos una exacerbación en el año anterior, se debe considerar la administración de N-acetilcisteína oral (≥ 600 mg, cada 12 horas, VO). - En época epidémica de gripe o COVID-19 se recomienda test diagnóstico en todos los pacientes ⁴ .
		MODERADOS: Amoxicilina-clavulánico 875 mg/125 mg/8 h VO, 5 días	MODERADOS: Alérgicos a betalactámicos: Levofloxacin 750 mg/24 h VO, 5 días	
Sin criterios de ingreso hospitalario o de mala evolución ¹ y con factores de riesgo de infección por <i>P. aeruginosa</i> ²	Los anteriores y <i>P. aeruginosa</i>	Levofloxacin 500 mg/12 h VO, 5 días		- Mismas medidas generales. - Obtener cultivo de esputo.

<https://www.murciasalud.es/web/iras-proa/guias-proa>

OBSERVACIONES:

1. **Factores de riesgo de mala evolución:** FEV1 < 50% predicho, ≥ 2 exacerbaciones en los últimos 12 meses, hospitalización por EPOC en los últimos 12 meses, oxigenoterapia domiciliaria, comorbilidad (insuficiencia cardíaca o cardiopatía isquémica), ≥ 65 años.
2. **Factores de riesgo de infección por *P. aeruginosa*:** antecedentes de colonización/infección por *P. aeruginosa* documentada en cultivo en el último año, hospitalización con uso de antibiótico de amplio espectro (betalactámicos o quinolonas) en los últimos 3 meses, inmunodeprimidos (neutropenia, corticoterapia sistémica prolongada, etc.), pacientes con patología estructural pulmonar como bronquiectasias, fibrosis quística o pacientes con EPOC grave (FEV1 < 50% del predicho) con exposición frecuente a esteroides o antibioterapia (cuatro o más ciclos de tratamiento antibiótico en el último año).
3. **Criterios de ingreso hospitalario:** EPOC con sintomatología grave, insuficiencia respiratoria aguda o crónica agudizada, taquipnea > 25 rpm, uso de musculatura accesoria, *cor pulmonale* descompensado, hipercapnia aguda, imposibilidad de control domiciliario, comorbilidad asociada grave, disminución del nivel de conciencia o confusión, mala evolución en la visita de seguimiento, necesidad de descartar otra patología (neumonía, insuficiencia cardíaca, tromboembolismo pulmonar), aislamiento de bacterias multirresistentes en cultivo de esputo.
4. **Test diagnóstico positivo:** se recomienda consultar en el documento regional vigente, los factores de riesgo relacionados con mayor riesgo de complicaciones, en los que se indica el tratamiento, disponible en: [c8fa3a55-705d-36d5-3e19-0b04ccdddeb4](https://doi.org/10.5864/c8fa3a55-705d-36d5-3e19-0b04ccdddeb4)
 - a. Gripe: Oseltamivir 75 mg/12 h durante 5 días (preferible en las primeras 48 h de inicio de síntomas).
 - b. SARS-CoV-2:
 - i. < 5 días de inicio de síntomas: **Nirmatrelvir 300 mg (2 cp)/ritonavir 100 mg (1 cp)** cada 12 h VO, durante 5 días; si contraindicación por interacciones o de otro tipo, Remdesivir.
 - ii. < 7 días de inicio de síntomas o imposibilidad o contraindicación de uso de nirmatrelvir/ritonavir: **Remdesivir 200 mg IV** (dosis de carga), posteriormente 100 mg/24 h IV, durante 3 días. Existen recomendaciones específicas para pacientes inmunodeprimidos que se pueden consultar en otras fuentes (ver bibliografía adjunta en **epígrafe 4.1.1.1- Bronquitis aguda**).



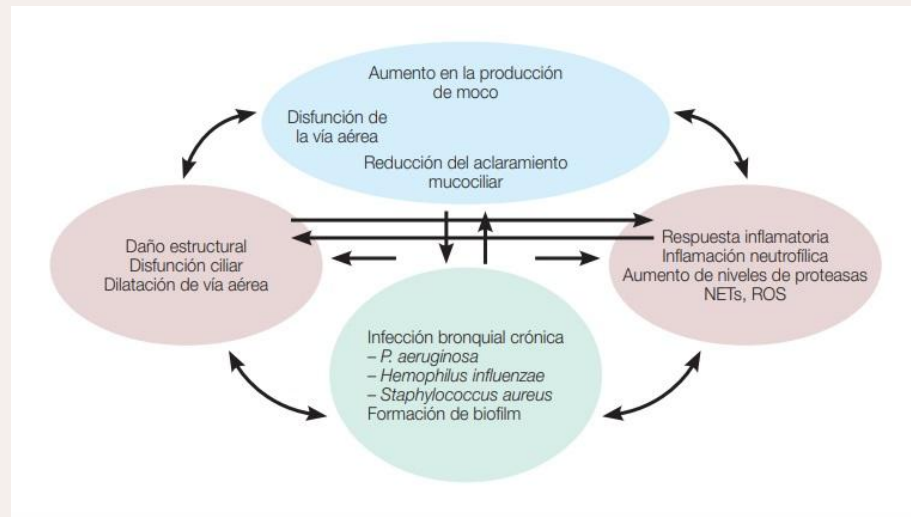
Se define por la presencia de una dilatación permanente de los bronquios, evidente en la tomografía computarizada (TC) de tórax, junto con síntomas clínicos característicos.

Actualización en bronquiectasias 2025

COORDINADOR
Miguel Ángel Martínez-García



separ
Sociedad Española
de Neumología y
Cirugía Torácica



<https://www.separ.es/actualizacion-en-bronquiectasias>

SOSPECHA DIAGNÓSTICA

SOSPECHA CLÍNICA

- Tos y expectoración crónica
- Hemoptisis
- Infecciones respiratorias de repetición
- Disnea
- Exploración física

SOSPECHA MICROBIOLÓGICA

Presencia de **microorganismos potencialmente patógenos** en cultivos de esputo:

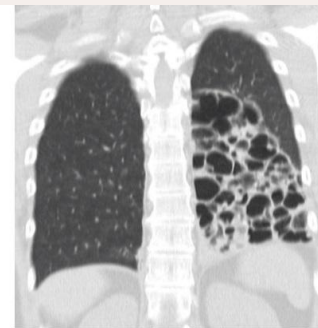
- *Pseudomonas aeruginosa*: su aislamiento se asocia a formas más evolucionadas y con peor pronóstico.
- *H. influenzae*: el más frecuente en adultos.
- *S. aureus*: el aislamiento de este microorganismo obliga a plantearnos la posibilidad de una fibrosis quística.
- *S pneumoniae*.
- *E. coli*.
- Micobacterias no tuberculosas.
- *Aspergillus spp.*
- *S. maltophilia*.

[app bronquiectasias separ](#)

SOSPECHA RADIOLÓGICA

Alteraciones de la radiografía del tórax, pueden hacer sospechar la existencia de bronquiectasias:

- Signo del “rail de tren”: opacidades lineales paralelas que corresponden a bronquios dilatados.
- Signo del “anillo de sello”: el anillo sería el bronquio y el sello el vaso.
- Imágenes quísticas, con/sin nivel hidroaéreo.
- Impactaciones mucosas.
- Pérdida de definición de los vasos pulmonares y agrupamiento de la trama broncovascular.
- Pérdida de volumen o atelectasias.
- Signos radiológicos de tuberculosis antigua.



BRONQUIECTASIAS- Definiciones

Primoinfección

- Primer cultivo positivo en fase estable de un microorganismo potencialmente patógeno (MPP) en una muestra bronquial . Si se aísla P. aeruginosa □ **Antibiótico erradicador**

Agudización

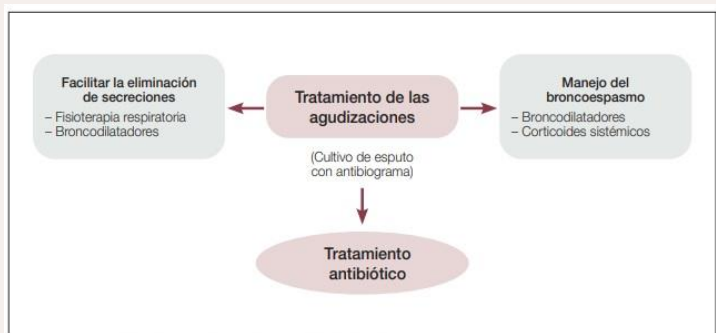
- Episodio en el que se producen cambios en las características del esputo
- Aumento de la disnea
- Fiebre, astenia, malestar general, anorexia.
- Dolor torácico pleurítico, hemoptisis,
- Cambios en el tratamiento habitual del paciente o caída significativa de la función pulmonar.
- **Predictor de nuevas exacerbaciones** .

Infección bronquial crónica

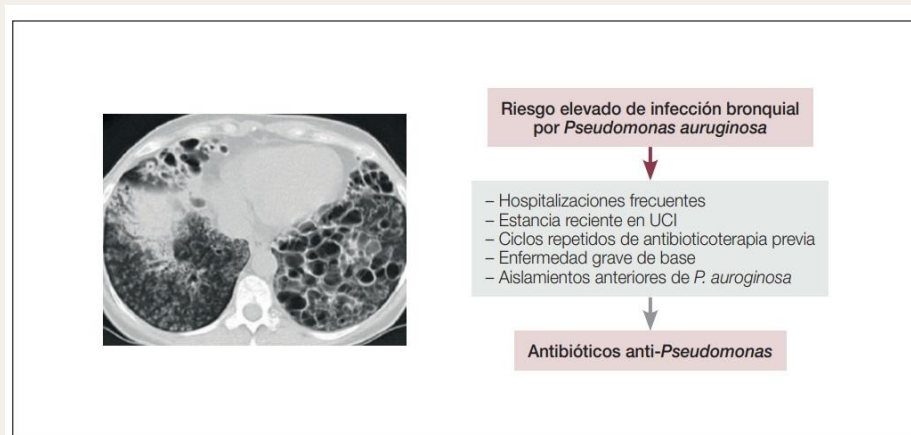
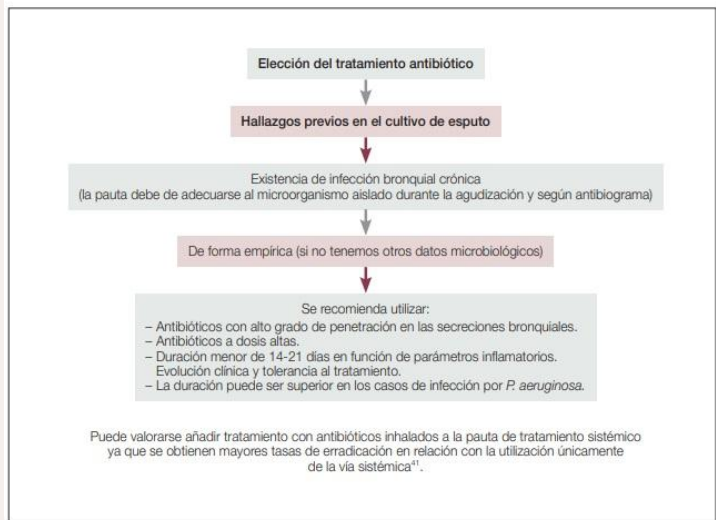
- Aislamiento de ≥ 2 cultivos para el mismo microorganismo , separados al menos por un período de 3 meses entre sí en el último año.
- Tratamiento ≥ 3 agudizaciones/año y/o ≥ 2 hospitalizaciones en el último año.

[app bronquiectasias separ](#)

ELECCIÓN ANTIBIÓTICO DURANTE LAS EXACERBACIONES



Manejo de la exacerbación en el paciente con bronquiectasias.



<https://www.separ.es/actualizacion-en-bronquiectasias>

TRATAMIENTO EMPÍRICO DE LA EXACERBACIÓN INFECCIOSA DE LAS BRONQUIECTASIAS				
INDICACIONES	ETIOLOGÍA HABITUAL	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO	OTRAS RECOMENDACIONES
Sin criterios de ingreso hospitalario o Agudización leve-moderada				
<p>Sin cultivo previo conocido o Con cultivo previo sin aislamiento de <i>P.aeruginosa</i>¹</p>	<p>Virus, <i>H. influenzae</i>, <i>M. catharralis</i>, <i>S. aureus</i>, <i>S. pneumoniae</i>,</p>	<p>Amoxicilina-clavulánico 875/125 mg/8 h VO, duración 7-10 días</p>	<p>Levofloxacino 500 mg/12 h VO, duración 7-10 días</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cultivo de esputo en cada reagudización previo a la administración de antibiótico. En caso de disponer de cultivo, ajustar tratamiento según antibiograma. - Si existe dificultad para la obtención de cultivo de esputo, valorar realizar un esputo inducido. - Realizar test para el diagnóstico de infección viral: SARS-CoV-2 e Influenza². - Descartar la presencia de neumonía (en caso de asociar infiltrado, el tratamiento será el indicado en el capítulo de neumonía). - El tratamiento, idealmente, debe dirigirse en función de los aislamientos de los últimos 12 a 24 meses. - Reevaluación a las 72 horas: si mala evolución, se recomienda nuevo cultivo de esputo, radiología de tórax de control y valorar traslado al hospital para tratamiento IV. - Medidas accesorias³
<p>Con aislamiento previo de <i>P. aeruginosa</i></p>		<p>Levofloxacino 500 mg/12 h VO, duración 14 días</p>		

CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

VACUNACIÓN ESPECÍFICA EN PERSONAS ADULTAS (≥18 AÑOS) CON CONDICIONES DE RIESGO*

Calendario recomendado año 2025

CONDICIONES DE RIESGO*

VACUNACIÓN	Immunodepresión (ID)	Infección por VIH		Asplenia, deficiencias complemento, eculizumab o ravulizumab	Enfermedad renal crónica avanzada y hemodiálisis	Enfermedad cardiovascular y respiratoria crónicas	Enfermedad hepática y alcoholismo crónico	Personal sanitario	Hombres que tienen sexo con hombres	
		CD4 <200/μl	CD4 ≥200/μl							
Difteria, tétanos, tosferina	Td si susceptible o vacunación incompleta; dTpa en TOS y cáncer/hemopatías malignas									
<i>Haemophilus influenzae b</i>				Hib						
Sarampión, rubeola, parotiditis	Contraindicada	TV si susceptible								
Hepatitis B		HB			HB		HB	HB	HB	
Hepatitis A		HA					HA		HA	
Enfermedad meningocócica		MenACWY		MenACWY MenB						
Varicela	Contraindicada	VVZ si susceptible								
Herpes zóster		HZ/su								
Virus del Papiloma Humano		VPH							VPH	
Enfermedad neumocócica		VN								
Gripe		Gripe estacional								
COVID-19		COVID-19								

* Se incluyen las condiciones más frecuentes en las que se recomiendan específicamente más vacunas. Para condiciones concretas consultar las recomendaciones correspondientes. Ver enlace a las recomendaciones de mpox al final del documento.

Calendario aprobado por el Consejo Interterritorial del SNS el 16 de diciembre de 2024

Recomendación específica por patología o condición
 Contraindicada
 Recomendación general
 No recomendada

VACUNAS RECOMENDADAS EN EPOC

VACUNACIONES.

Los pacientes con EPOC deberán recibir todas las recomendaciones de vacunación en el sentido que indiquen sus guías de vacunación territorial:

- ✓ La vacunación anual de la gripe (**Evidencia B**)
- ✓ La vacunación contra el coronavirus (SARS-CoV-2 (COVID-19) basada en la recomendaciones actualizadas de la OMS y las CDC. **Evidencia B**
- ✓ Una dosis de la vacuna antineumocócica conjugada 21 valente (PCV-21) o una dosis de la vacuna antineumocócica conjugada 20 valente (PCV-20) según la CDC (**Evidencia B**). La vacunación antineumocócica ha mostrado que reduce la incidencia de la Neumonía adquirida en la comunidad (NAC) y las exacerbaciones de los pacientes con EPOC. **Evidencia B**
- ✓ La CDC recomienda la vacuna del virus sincitial respiratorio (VSR) para individuos de ≥ 60 años y/o con enfermedad crónica cardíaca o enfermedad respiratoria crónica. **Evidencia A.**
- ✓ Se recomienda la vacunación Tdap, vacuna de tétanos difteria y tosferina, para proteger contra la tosferina en pacientes con EPOC que no han sido vacunados en la adolescencia según la CDC. **Evidencia B** (En España Td)
- ✓ La vacuna contra Herpes zoster protege contra el herpes en pacientes con EPOC mayores de 50 años según la recomendación de la CDC. **Evidencia B**

<https://1aria.com/images/entry-pdfs/epoc-gold-2026.pdf>

GOLD Report 2026,

La Prescripción Diferida de Antibióticos



¿Qué es? Es la prescripción de antibióticos en la que **NO** se inicia el tratamiento inmediatamente, sino que se retiran de la farmacia solamente si los síntomas de la infección empeoran al cabo de unos días.

¿Cuándo se realiza? En aquellas situaciones en las que, en el momento de visitar a su médico, no está clara la necesidad de antibióticos, pero que con el paso de 2 ó 3 días, sí podría estar indicado en caso de haber empeorado.

¿Para qué sirve?

- Para disminuir el consumo de antibióticos en situaciones en las que no son eficaces, como infecciones producidas por virus o infecciones que se curan sin necesidad de tratamiento.
- Para evitar que el paciente tenga que volver a la consulta sólo para pedir recetas cuando los síntomas persisten.



[Receta diferida PRAN](#)

Tratamiento de su infección



NOMBRE DEL PACIENTE FECHA

¿Qué infección tengo o tiene mi familiar y cuánto suele durar?

Infección de oído	4 días
Dolor de garganta	7 días
Resfriado o catarro	10 días
Sinusitis	18 días
Tos o bronquitis	3 semanas
Otra infección	

La mayoría de estas infecciones son causadas por virus y/o suelen resolverse de forma natural.

**LOS ANTIBIÓTICOS
NO SON ACTIVOS
FRENTE A LOS VIRUS**

Por lo tanto, en esta situación debe evitarse su uso.

¿Qué consejos puedo seguir?

- Descansar.
- Beba líquidos.
- Pregunte a su farmacéutico por medicamentos que puedan aliviar los síntomas.
- La fiebre es un signo de que su cuerpo está luchando contra la infección y se resuelve espontáneamente en la mayor parte de casos. Puede usar paracetamol o ibuprofeno si se encuentra mal.
- Lávese bien las manos para no diseminar la infección.

¿Qué debo hacer si después de días me encuentro peor o mi familiar se encuentra peor?

- Iniciar antibiótico →
- A. Recoger la receta de antibióticos en: Recepción del centro Consulta de su médico
- B. Ir a la farmacia con la receta y adquirir el antibiótico si ya tiene la receta.

CUMPLA LAS INSTRUCCIONES INDICADAS POR SU MÉDICO relativas a la dosis, el intervalo de administración y la duración del tratamiento. Si no cumple con estas instrucciones puede complicarse su estado y puede provocar la aparición de bacterias resistentes al tratamiento.

NO GUARDE NI REUTILICE ESTE MEDICAMENTO. Si una vez finalizado el tratamiento le sobra antibiótico, devuélvalo a la farmacia para su correcta eliminación. No debe tirar los medicamentos por el desagüe ni a la basura.

LOS ANTIBIÓTICOS PUEDEN PROVOCAR EFECTOS SECUNDARIOS, como erupción cutánea, vaginitis, dolor de estómago, diarrea, reacciones a la luz del sol y otros síntomas, o que enferme por mezclar algunos antibióticos con bebidas alcohólicas.

¿Cuándo debería buscar ayuda?

- Contacte con su médico de familia/pediatra, acuda a urgencias o llame al 061 si presenta signos de enfermedad grave como:
- Dolor de cabeza muy intenso.
 - Dificultad para respirar.
 - Expectación de sangre.
 - Piel muy fría y con color extraño o erupción rara.
 - Dolor fuerte en el pecho.
 - Empeoramiento de su enfermedad.
 - Confusión.
 - Dificultades para tragar.

Conclusiones



Es fundamental saber cómo diagnosticar y tratar las infecciones del tracto respiratorio inferior debido a su alta morbilidad y mortalidad, especialmente en poblaciones vulnerables .

El manejo adecuado de las infecciones respiratorias del tracto inferior implica el uso estratégico de pruebas diagnósticas y la optimización de antimicrobianos , teniendo en cuenta la epidemiología, los patrones locales de resistencia , las características del paciente; para reducir la carga de la enfermedad, mejorar los resultados clínicos y manejar los recursos en salud.

Bibliografía

- Curso sobre Resistencia Antimicrobiana para Médicos AMR Spanish,2025
- Infecciones respiratorias de vías bajas . Claves para su tratamiento y prevención desde Atención Primaria,Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN,2024.
- Estrategia GOLD, 2026
- Consenso de la SEMPSPGS sobre vacunación frente a Neumococo en el adulto, 2022
- Vacunación antineumocócica en personas sanas y en condiciones de riesgo de cualquier edad,Servicio de Prevención y Protección de la Salud Dirección General de Salud Pública y Adicciones, Servicio Murciano de Salud, diciembre 2024.
- Normativa sobre el manejo de las bronquiectasias en el adulto , Martínez-García et al. / Arch Bronconeumol. 2018;54(2):88–98Diciembre 2024.
- Actualización en bronquiectasias , 2025; Clínicas respiratorias Separ .
- Conde Joel, [REV. MED. CLIN. CONDES - 2024; 35(3-4) 232-240].
- Guía Hospitalaria de Terapéutica Antimicrobiana en Adultos. 5a edición. Abril 2026 ,IRAS-PROA SMS
- Plan Nacional frente a la resistencia a los antibióticos (PRAN)
- Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America, Am J Respir Crit Care Med. 2019 Oct 1;200(7):e45-e67.

Optimización del Uso de Antimicrobianos en Síndromes Infecciosos Comunitarios

GRACIAS POR SU ATENCIÓN