

NEUMONÍAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD

Óscar Clavería, Juan Pablo de Torres

La neumonía adquirida en la comunidad se define como una infección aguda del parénquima pulmonar en un paciente que ha adquirido la infección en la comunidad. Se trata de una enfermedad común y potencialmente grave, asociándose a importante morbilidad y mortalidad, especialmente en personas mayores con comorbilidades.

Se producen 6 casos por 1000 personas al año, especialmente en personas mayores y con mayor frecuencia en invierno, siendo *Streptococcus pneumoniae* el principal microorganismo implicado.

Además se define otra entidad, la neumonía asociada a cuidados sociosanitarios, que se asocia a un riesgo mayor de infección por patógenos multirresistentes. Se define como la neumonía que aparece en pacientes internados en centros con cuidados de enfermería, pacientes en hemodiálisis y pacientes que han estado ingresados en los últimos 3 meses.

Los síntomas más frecuentes son fiebre, disnea, dolor pleurítico y tos con expectoración purulenta.

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

El diagnóstico de una neumonía requiere la demostración de un infiltrado pulmonar (en radiografía de tórax) en un paciente con síndrome clínico compatible, es decir, fiebre, disnea, dolor pleurítico y tos con expectoración purulenta. El esputo purulento se asocia a neumonía bacteriana, mientras que la producción escasa o acuosa de esputo es más sugestiva de infecciones atípicas. Generalmente la instauración de los síntomas es rápida.

Además pueden aparecer síntomas digestivos (náuseas, vómitos, diarrea) y alteración del estado mental.

En la **exploración física**, aproximadamente el 80% tienen fiebre, aunque es frecuente la ausencia de la misma en pacientes ancianos. Podemos encontrar taquipnea con frecuencia respiratoria mayor de 24 rpm en un 50% de los casos, así como taquicardia.

A la **auscultación pulmonar** destaca la presencia de crepitantes húmedos y signos de consolidación alveolar (egofonía, hipofonesis, matidez a la percusión).

En la **analítica** destaca la presencia de leucocitosis con desviación a la izquierda y en ocasiones leucopenia, asociándose con un peor pronóstico.

Evaluación inicial:

- **Anamnesis:** tos con expectoración purulenta, disnea, dolor pleurítico y fiebre.
- **Constantes vitales:** presión arterial (PA), frecuencia cardíaca (FC), temperatura (T^a), frecuencia respiratoria (FR), saturación de oxígeno (SpO_2). Y con ello comprobar la estabilidad hemodinámica del paciente y su estado de conciencia, así como la presencia de trabajo respiratorio con tiraje y empleo de musculatura accesorio.
- **Exploración física:** Es característica la presencia de crepitantes gruesos a la auscultación pulmonar. Además puede auscultarse soplo tubárico y roncus asociados.
- Revisar la historia clínica del paciente para conocer datos como aislamientos microbiológicos previos o comorbilidades asociadas.

Se debe evaluar factores de riesgo de severidad y necesidad de ingreso:

- Valoración de ingreso hospitalario mediante escalas predictivas como PSI y CURB-65. (Se recomienda ingreso si PSI clase IV o V y valorar si clase III, y si CURB-65 > de 0).
- Valoración de ingreso hospitalario si hipoxemia (saturación de O_2 menor de 90% o pO_2 menor de 60 mmHg), neumonía multifocal bilateral, imposibilidad para tolerar vía oral o cumplir tratamiento, etc.

Pruebas complementarias iniciales:

- Analítica con hemograma, ionograma, función renal y proteína C reactiva.
- Electrocardiograma.
- Gasometría arterial si hipoxemia.
- Cultivo bacteriológico de esputo, hemocultivos si fiebre y antigenurias de Legionella y Neumococo, especialmente si se valora ingreso.
- En temporada de epidemia de virus Influenza, realizar test de detección rápida urgente.
- Radiografía de tórax PA y L (si se objetiva foco de consolidación es considerado el gold standard para el diagnóstico).

TRATAMIENTO

El tratamiento se basa en el empleo de antibioterapia, generalmente empírica, dado que en el paciente tratado en domicilio no se obtienen aislamientos. El tratamiento debe iniciarse de la forma más precoz posible tras establecer el diagnóstico, administrando la primera dosis en el servicio de urgencias.

La elección del tratamiento antibiótico empírico depende de diversos factores, entre los que se encuentran:

- Epidemiología local y propia del paciente, historia de viajes, aislamientos previos, factores de riesgo de resistencia antimicrobiana (>65 años, tratamiento antibiótico en 3-6 meses previos, alcoholismo, comorbilidades e inmunosupresión) y comorbilidades asociadas.

La tasa de resistencia a macrólidos en España se encuentra entre 21%-31% (según datos del European Antimicrobial Resistance Surveillance System en 2005 y estudio PROTEKT en 2002 respectivamente), por lo que no creemos apropiado el tratamiento con macrólidos en monoterapia, que se recomienda en regiones con tasa de resistencia menor al 25%.

En países con Neumococo con tasa de resistencia mayor del 25% a macrólidos y en pacientes con comorbilidades (enfermedad crónica cardíaca, pulmonar, renal o hepática, diabetes mellitus, alcoholismo, enfermedad maligna, asplenia, inmunosupresión o empleo de antibioterapia en 3 meses previos) se recomienda tratamiento empírico ambulatorio según el siguiente esquema:

- Fluoroquinolona respiratoria (Moxifloxacino o Levofloxacino) durante 5-7 días.
- Beta-lactámico (Amoxicilina a altas dosis o Amoxicilina-Clavulánico) durante 5-7 días más un Macrólido (Azitromicina, Claritromicina o Eritromicina) durante 3-5 días según dosis.

Además, se empleará:

- Oxigenoterapia suplementaria para mantener saturación de oxígeno por encima de 90%.
- En caso de presentar broncoespasmo administrar broncodilatadores (Atrovent® y Ventolín®) y valorar administración de corticoterapia sistémica.
- Paracetamol si precisa por fiebre o dolor.

Se debe realizar seguimiento del tratamiento, siendo imprescindible reevaluar a aquellos pacientes que persisten con fiebre a las 48-72h de iniciar el tratamiento

Además, es altamente recomendable realizar radiografía de control en su centro de atención primaria o consulta de Neumología para confirmar resolución de foco infeccioso radiológico en el plazo de 4-7 semanas.

La tos y la fatiga pueden persistir hasta 14-28 días tras iniciar el tratamiento.

ALGORITMO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Sospecha de neumonía adquirida en la comunidad

- Anamnesis: tos con expectoración purulenta, disnea, dolor pleurítico y fiebre.
- Constantes vitales: estabilidad hemodinámica.
- Exploración física: estado de consciencia, tiraje, crepitantes en auscultación pulmonar con roncus asociados.
- Historia clínica: revisar comorbilidades y aislamientos previos.

- Analítica con hemograma, ionograma, función renal y proteína C reactiva.
- Electrocardiograma.
- Gasometría arterial si hipoxemia.
- Cultivo bacteriológico de esputo, hemocultivos si fiebre y antigenurias de Legionella y Neumococo, especialmente si se valora ingreso.
- En temporada de epidemia de virus Influenza, realizar test de detección rápida urgente.
- Radiografía de tórax PA y L

Diagnóstico de Neumonía Evaluar la severidad mediante escalas (PSI y CURB-65)

Si no precisa ingreso:

- **Fluoroquinolona respiratoria** (Moxifloxacino o Levofloxacino) 5-7 días.
- **Beta-lactámico** (amoxicilina en altas dosis, amoxicilina-clavulánico) 5-7 días, más un **Macrólido** (azitromicina, claritromicina o eritromicina) 3-5 días.

Si precisa ingreso:

- Oxigenoterapia suplementaria para $SpO_2 > 90\%$.
- Avisar a Neumología/UCI según escalas de riesgo (PSI y CURB-65).

Antibioterapia con:

- **Fluoroquinolona respiratoria o Ceftriaxona más un Macrólido.**

Resolución de fiebre a las 48-72 h y control radiológico en consulta o MAP a las 4 semanas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, et al. Infectious Diseases Society of America/ American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. Clin Infect Dis 2007; 44 Suppl 2:S27.
2. Wunderink RG, Waterer GW. Clinical practice. Community-acquired pneumonia. N Engl J Med 2014; 370:543.
3. Musher DM, Thorner AR. Community-acquired pneumonia. N Engl J Med 2014; 371:1619.
4. File TM. Community-acquired pneumonia. Lancet 2003; 362:1991.