

NEUMOLOGÍA

EVALUACIÓN Y MANEJO DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

Laura Sanabria López*

SUMMARY

Streptococo pneumoniae is one of the predominant infectious agents, in patients evaluated in the centers of Primary Health Care and Emergency Services. The main clinical features more morbidity and mortality is pneumonia, which depending on the age of the patient, existing comorbidities, the extent of it and its complications, is to generate a variable symptoms, which can range from mild to severe. The empirical treatment is based on clinical suspicion, with the presence of a new, progressive and persistent radiographic infiltrate.

INTRODUCCIÓN

La Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) es una enfermedad producida por una infección en el tracto respiratorio inferior, provocada por una gran variedad de microorganismos adquiridos fuera del hospital y que provocan la inflamación del parénquima pulmonar y de los espacios alveolares.

Hoy en día, la mayoría de las Guías Latinoamericanas referentes a NAC, son basadas en recomendaciones científicas de la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (IDSA) y de la Sociedad

Americana del Tórax (ATS), con algunas excepciones.

EPIDEMIOLOGÍA

La NAC es una enfermedad con alta morbilidad a pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento, siendo un motivo frecuente de ingreso hospitalario. La infección invasiva es más frecuente en niños menores de 2 años, en adultos mayores y pacientes con múltiples comorbilidades. En países desarrollados, se estima que ocurren más de 2,6 millones de casos anuales de NAC, en niños menores de 5 años, causando 1,

* Médico General. Código 11955.

5 millones de hospitalizaciones y 3.000 muertes aproximadamente por esta causa. En estados Unidos, la NAC es la principal causa de muerte debido a enfermedades infecciosas en la población general.

ETIOLOGÍA

El germen causal más frecuente de la NAC sigue siendo el Streptococo pneumoniae (21 a 39%) seguido por Haemophilus influenzae (1.5% a 14). También se ha observado en los últimos años un ligero ascenso de casos provocados por Staphylococcus aureus, principalmente en pediatría.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Con respecto a la sintomatología de un paciente con NAC es usual cuantificar fiebre ≥ 38 C°, escalofríos, dolor torácico tipo pleurítico, mialgias, sudoración nocturna y tos productiva o purulenta continua durante todo el día. También es común la disnea o taquipnea >25 x min, taquicardia >100 x min, crépitos, egofonía y matidez al percutir el pulmón afectado. En los adultos mayores o en pacientes inmunodeprimidos, los síntomas y signos clásicos de neumonía se presentan con menos probabilidad, siendo frecuente la alteración del

estado de conciencia, caídas, malnutrición de tipo Kwashiorkor especialmente, y comorbilidades que se agravan junto con la infección por neumococo.

DIAGNÓSTICO

Para establecer el diagnóstico de NAC es necesario que los síntomas se desarrollen en una persona no hospitalizada o en los pacientes que presentan ésta infección aguda a las 24 a 48 horas siguientes a su internamiento. En sospecha clínica, más un examen físico sugerente de NAC se debe de realizar una Radiografía de Tórax, ya que es el patrón oro para realizar el diagnóstico. No obstante, gracias a la misma, sabemos la localización, la extensión y la presencia de posibles complicaciones como el derrame pleural. Sin embargo, una radiografía sin datos de afectación alveolar, no descarta una neumonía. La realización de exámenes de laboratorio no son requeridos de rutina, a menos que se observe una mala evolución y mal pronóstico del paciente, ya que datos analíticos observados frecuentemente, como leucocitosis, anemia, hipoalbuminemia, etc. son inespecíficos para el diagnóstico etiológico de la NAC.

ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

Una vez establecido el diagnóstico de neumonía, se debe tomar en cuenta el ámbito social, cultural, geográfico y hasta el gran impacto económico que genera ésta entidad, para tomar la mejor decisión con el afectado. Se ha utilizado el CURB 65 para estratificar la severidad de los pacientes, ayudando al clínico a decidir si el tratamiento será ambulatorio o se beneficiará de ser hospitalizado. Se le da un punto por cada característica presente: estado mental confuso, Nitrógeno Ureico $> 19,6$ mg/dl, frecuencia respiratoria > 30 x min, presión arterial $< 90/60$, edad > 65 años.

- Puntaje ≤ 1 : bajo riesgo de muerte → Tratamiento ambulatorio.
- Puntaje de 2: riesgo moderado de muerte → Considerar hospitalización.
- Puntaje ≥ 3 : Alto riesgo de muerte → Valoración por médico especialista. Con más de 4 puntos debe valorarse la necesidad de ingreso a la UCI.

TRATAMIENTO

La elección del antibiótico se hará de forma empírica inicialmente, basándose en los agentes causales más probables, factores que modifiquen la severidad de la

enfermedad, vía de administración del fármaco y lugar de atención del paciente. Cuando haya una evidencia microbiológica de un patógeno específico, el tratamiento empírico debe ser cambiado y enfocarse en el agente demostrado. En pacientes ambulatorios, con sintomatología leve, previamente sanos y sin factores de riesgo, el antibiótico de elección es la Amoxacilina a dosis de 500 mg, TID vía oral. En caso de intolerancia o hipersensibilidad a las penicilinas, se puede administrar Doxiciclina 200 mg iniciales y luego 100 mg BID vía oral o Claritromicina 500 mg BID vía oral. Todos por 7 a 10 días. En pacientes con baja severidad que requieren ser hospitalizados por comorbilidades o factores sociales, se prefiere el tratamiento con Amoxacilina. Se recomienda para neumonía con severidad baja a moderada una quinolona respiratoria (Levofloxacino 750 mg, Moxifloxacino 400 mg). Pacientes hospitalizados con moderada severidad de la enfermedad, pueden ser tratados adecuadamente con antibióticos orales, el tratamiento efectivo es con β lactámico (Amoxacilina) más un macrólido (Clarithromicina). Los pacientes con riesgo severo, deben de ser tratados de manera inmediata con antibióticos vía parenteral.

RESUMEN

El *Streptococo pneumoniae* es uno de los agentes infecciosos predominantes, en los pacientes valorados en los centros de Salud de Atención Primaria y Servicios de Urgencias. El principal cuadro clínico que más morbilidad presenta es la neumonía, que dependiendo de la edad del paciente, de las comorbilidades ya existentes, de la extensión de la misma y de sus complicaciones, se va a generar una sintomatología variable, que puede ser desde leve hasta grave. El tratamiento empírico se basa en la sospecha clínica, con la presencia de un infiltrado radiológico nuevo, progresivo y persistente.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Thoracic Society; Infectious Diseases Society of America. Guidelines for the management of adults with hospital acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia. Am J Respir Crit Care Med. 2005; 171(4):388-416.
2. Barrett Connor E. The nonvalue of sputum culture in the diagnosis of pneumococcal pneumonia. Am Rev Respir Dis. 1971; 103(6):845-8.
3. Coffin SE, Klompas M, Classen D, Arias KM, Podgorny K, Anderson DJ, et al. Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia in acute care hospitals. Infect Control Hosp Epidemiol. 2008; 29:S3.
4. Fang GD, Fine M, Orloff J, et al. New and emerging etiologies for community-acquired pneumonia with implications for therapy: a prospective multicenter study of 359 cases. Medicine 1990; 69:307-316.
5. Faverio P, Aliberti S, Bellelli G, Suigo G, Lonni S, Pesci A, et al. The management of community-acquired pneumonia in the elderly. Eur J Intern Med. 2014; 25(4):312-9.
6. González A, Baudagna G, Cremaschi M, Serrano R, Cabral G, Monteverde A. Características de la neumonía adquirida en la comunidad por neumococo y micoplasma. Rev Am Med Respir. 2010; 4:154-9.
7. 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:S27-S72.
8. Moreno-Pérez D, et al. Neumonía adquirida en la comunidad: tratamiento ambulatorio y prevención. An Pediatr (Barc). 2014.
9. Niederman MS, McCombs JI, Unger AN, et al. The Cost of treating community-acquired pneumonia. Clin Ther 1998; 20:820-837.
10. Starczewski AR, Allen SC, Vargas E, et al. Clinical prognostic indices of fatality in elderly patients admitted to hospital with acute pneumonia. Age Aging 1988; 17:181-186.
11. Woodhead M, Blasi F, Ewig S, Garau J, Huchon G, Ieven M, et al. Joint Taskforce of the European Respiratory Society and European Society for Clinical Microbiology and Infectious Diseases. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections-full version. Clin Microbiol Infect. 2011; 17Suppl6:E1-59.