

## NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

Infección del parénquima pulmonar adquirida fuera del hospital o en las primeras 48 hrs de hospitalización o > 7 días de egreso.

### Epidemiología

- La incidencia es de 3 a 8 casos por cada 1,000 habitantes.
- El 40% de pacientes con neumonía adquirida en comunidad requieren hospitalización y el 10% una UCI.
- El agente causal es desconocido cerca del 50% de casos.

La vía de entrada más frecuente es la microaspiración de secreciones orofaríngeas. Otras vías son la hematogena en endocarditis e infecciones por catéteres y la aerosolización, como con Legionella y virus respiratorios.

### Etiología

- La **neumonía típica** es causada por el *Streptococcus pneumoniae* (la causa más frecuente), *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae* y *Pseudomonas aeruginosa*, así como por virus como el de la influenza.
- La **neumonía atípica** es causada por *mycoplasma pneumoniae*, *chlamydophila pneumoniae* y *legionella pneumophila*.

NAC bacteriana 50% *S. pneumoniae*, *H.influenzae*, *S. Aureus*

NAC viral 33% Influenza, Sar Cov 2, Rinovirus

#### NEUMOCOCO

- PPSV23 en > 65 años para prevenir NAC (2022)
- Aplicar también en >60 con factores de riesgo: DM2, EPOC, VIH, INMUNOSUPRESIÓN

#### INFLUENZA

- Inmunización anual > 60 años
- 19 – 59 años con FR

ADULTOS MAYORES – EPOC – DM2 – ASMA – ICC- EVC – DESNUTRICIÓN – TABAQUISMO – OBESIDAD – INMUNOCOMPROMISO

#### F. de riesgo

- Edad mayor a 65 años o menores de 5 años.
- Enfermedades crónicas (diabetes, EPOC y cardiopatía).
- Inmunodeficiencia (VIH).
- Alcoholismo y tabaquismo.
- Broncoaspiración.
- Hospitalización reciente.

## CLÍNICA

### SÍNDROME TÍPICO

- Tos (41%)**
- Esputo purulento (30%)**
- Fiebre (28%)**
- Disnea y dolor torácico pleural (5%)**
- EF: Crepitantes**



### SÍNDROME ATÍPICO

- Fiebre sin escalofríos, cefalea, mialgias, artralgias.
- EF: puede ser normal**

### SÍNDROME VIRAL

- Antecedente de gripe**

## Diagnóstico

ENARM 2023

- El diagnóstico es clínico con apoyo de radiografía de tórax.
- La radiografía no define la etiología, pero ayuda a clasificar la neumonía en típica o atípica, evaluar la extensión y para detectar un derrame pleural o absceso pulmonar.

## Imagenología

- En la radiografía torácica los infiltrados homogéneos son más frecuentes en etiología bacteriana.
- TAC torácico: Se utiliza como apoyo, detecta infiltrados neumónicos en mayor porcentaje que en la radiografía.

### Neumonía típica



Radiografía: Infiltrado alveolar con consolidaciones lobares unilaterales.

Clínica: fiebre alta breve (pocos días), esputo purulento, dolor pleurítico, leucocitosis y estertores, con tos mucopurulenta y disnea.

## Auxiliares

ENARM 2023

- La procalcitonina y la proteína C reactiva predicen la mortalidad, complicaciones y respuesta al tratamiento.
- La tinción de Gram es útil para el diagnóstico etiológico, si la muestra tiene de 25 PMN y 10 células epiteliales x campo.

### Detección de antígenos en orina

La prueba para Legionella detecta solo el serogrupo 1, mientras que la de S. pneumoniae tiene alta sensibilidad y especificidad, especialmente con bacteriemia.

### Neumonía atípica



Radiografía: Infiltrados intersticiales difusos bilaterales.

Empieza con infección leve, seguida de disnea, tos seca y síntomas extrapulmonares. Se caracteriza por febrícula de 1-2 semanas y malestar general.

Hemocultivo: Se debe realizar antes de iniciar antibióticos y principalmente en NAC severa para descartar otros agentes infecciosos como S. aureus, Pseudomonas aeruginosa y otros gram negativos que puedan modificar esquema.

## VIRAL

- PCR < 20 mg/L
- PCT < 2 ng/ml

## BACTERIANA

- PCT > 2 ng/ml
- PCR > 60 mg/L
  - **20-100 mg/L considerar antibiótico**
  - **> 100 mg/L antibiotico**

### BIOMARCADORES

NEUMONIA  
MODERADA A SEVERA

- PCT >0.25 ng/ml sugerente de infección bacteriana
- >2ng/ml Alta sospecha de infección bacteriana
- PCR
- No ofrecer tratamiento antibiótico <20 mg/l
- Considerar antibiótico 20-100 mg/l
- Antibiotico >100 mg/l

- PCL < 2 ng/ml
- **PCR: < 20 mg/l**

## DIAGNÓSTICO

### Bacteriano

- Hemocultivo antes de antibiótico
  - Indicado en NAC severa
- Tinción gram en esputo
  - Debe incluir > 25 PMN y < 10 cel epiteliales por campo
  - NAC severa

### Viral

- Hisopado nasal: Virus mediante PCR
- Serología: En fase aguda

Variable	Neumonía Viral (Sugestiva)	Neumonía Bacteriana (Sugestiva)
<b>Edad</b>	<b>Niños menores de 5 años</b>	<b>Adultos</b>
<b>Situación epidemiológica</b>	En época de epidemia	<b>No depende necesariamente de epidemia</b>
<b>Inicio de la enfermedad</b>	Lento	<b>Rápido</b>
<b>Perfil clínico</b>	Rinitis, sibilancias	<b>Fiebre alta, taquipnea</b>
<b>Leucocitos totales</b>	< 10 x 10 <sup>9</sup> células/L	> 15 x 10 <sup>9</sup> células/L
<b>Proteína C reactiva (PCR)</b>	< 20 mg/L	> 60 mg/L
<b>Radiografía de tórax</b>	Infiltrado intersticial (único o bilateral)	<b>Infiltrado alveolar lobar</b>
<b>Respuesta al tratamiento</b>	Respuesta rápida a tratamiento sintomático	<b>Respuesta lenta o falta de respuesta si no es tratada</b>

Utilizar herramientas como CURB-65 o PSI (Pneumonia Severity Index) ayuda a estratificar el riesgo de mortalidad en adultos con neumonía adquirida en la comunidad (NAC) y a decidir si el manejo debe ser ambulatorio o intrahospitalario.



Valorar cambio de antibiótico a las 72 hrs con hemocultivo

### NAC LEVE

- Monoterapia con amoxicilina (alérgicos macrólidos o tetraciclina)
- \*Amoxi/Clav + Claritromicina

### NAC MODERADA SEVERA (1-2)

- Monoterapia con levofloxacino VO o IV
- Cefotaxima o ceftriaxona (Hospital)
- Amoxicilina con ac. Clavulánico + macrólido

### NAC GRAVE >3

- Betalactámico IV (PIPE/TAZO) asociado a un macrólido por la misma vía
- Betalactámico IV asociado a una quinolona por la misma vía

Tratamiento para de elección para neumonía por **S. aureus meticilino resistente - Vancomicina + rifampicina**

### NAC VIRAL TX INFLUENZA

Medicamento	Tratamiento (5 días)	Profilaxis (10 días)
<b>Oseltamivir :</b> Adulto  Niños > 12 meses < 15 kg >15-23 kg >24-40 kg >40 kg 9-11 meses 0-8 meses	75 mg cada 12 horas  30 mg cada 12 horas 45 mg cada 12 horas 60 mg cada 12 horas 75 mg cada 12 horas 3.5 mg /kg/ dosis cada 12 horas 3 mg /kg/ dosis cada 12 horas	75 mg cada 24 horas  30 mg cada 24 horas 45 mg cada 24 horas 60 mg cada 24 horas 75 mg cada 24 horas 3.5 mg /kg/ dosis cada 24 horas 3 mg /kg/ dosis cada 24 horas No recomendado para niños menores de 3 meses, a menos que la situación sea crítica, debido a la eficacia limitada y la seguridad en este grupo de edad.
<b>Zanamivir:</b> Adulto :  Niños : ≥ 7 años para tratamiento, y ≥ 5 años para profilaxis	10 mg (2 inhalaciones ) c/12 horas  10 mg (2 inhalaciones ) c/12 horas	10 mg (2 inhalaciones) cada 24 horas  10 mg (2 inhalaciones) cada 24 horas.

### DATOS EXTRAS

La **bisinosis** es una **neumopatía ocupacional** causada por la **inhalación crónica de polvo de algodón, lino o cáñamo**, principalmente en **trabajadores textiles**

La **berilirosis** es una **neumoconiosis** causada por la **inhalación de partículas de berilio**, un metal presente en la industria de **tubos fluorescentes, cerámica y alta tecnología**

Para polvos minerales con **sílice libre cristalina ≥1%** en peso, el **límite permisible** establecido por la ACGIH en 2006 es **0.025 mg/m³** en fracción respirable, debido a su asociación con enfermedades pulmonares

El **síndrome de Caplan** es la combinación de **neumoconiosis** de los **mineros del carbón** con **artritis reumatoide**