

1306 - NEUMONÍA

Gómez Ortiz, Ana María
Puig Sánchez, Francisco
Pérez García, Esther

INTRODUCCIÓN Y DEFINICIÓN

- Proceso inflamatorio del parénquima pulmonar y de la vía aérea distal de origen infeccioso.
- Causa más común de mortalidad infecciosa a nivel mundial y a nivel nacional.
- Sexta causa de muerte en España.
- Más de 100 gérmenes causantes (incapaz de aislar un microorganismo en el 45% de los casos).
- El *Streptococcus pneumoniae* (neumococo) es el más frecuentemente aislado y el más letal.
- Otros microorganismos a destacar son *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, virus, *Legionella pneumophila* y *Haemophilus influenzae*.

CLÍNICA

- Cuadro clásico: desarrollo agudo (24-48 horas) de fiebre, escalofríos y/o tiritona, tos productiva con expectoración purulenta, dolor torácico de tipo pleurítico y disnea.
- Cuadro atípico: desarrollo subagudo (72 horas - varios días) de malestar general, tos seca y síntomas extrapulmonares, con o sin febrícula.
- En pacientes ancianos o en inmunodeprimidos puede manifestarse de forma más insidiosa y menos expresiva, manifestándose como un deterioro del estado general o un síndrome confusional.
- La *Legionella pneumophila* puede cursar con una clínica particular consistente en diarrea, alteraciones neurológicas, hiponatremia, hipopotasemia y/o hematuria.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Exploración física completa que incluya: frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, tensión arterial, saturación de O₂ y evaluación del nivel de conciencia.

- AR: crepitantes húmedos, disminución o abolición del murmullo vesicular, roncus y en ocasiones un soplo tubárico (producido por el paso del aire a través de un bronquio cuyo parénquima circundante se encuentra consolidado).
- Si broncopatía previa (asma, EPOC y/o bronquiectasias): sibilancias espiratorias.
- Signos de insuficiencia respiratoria: taquipnea, taquicardia, hipotensión, cianosis y uso de musculatura inspiratoria accesoria (tiraje supraclavicular, subcostal e intercostal).

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS EN CONSULTAS

- Pulsioximetría: saturación $\leq 93\% \approx pO_2 < 80\text{mmHg}$ en GSA (hipoxemia); saturación $\leq 88\% \approx pO_2 < 60\text{mmHg}$ (insuficiencia respiratoria hipoxémica).
- Rx tórax PA y LAT: nuevo infiltrado alveolar + clínica compatible = Dx NAC. Permite además evaluar la extensión (afectación multilobar y/o bilateral), la existencia de derrame pleural, la presencia de cavitación y descartar otras patologías.
- Valorar si presenta derrame pleural realizar toracocentesis diagnóstica con determinaciones de:

- Bioquímica, LDH, pH (cursar en jeringa de gasometría) y ADA.
- Microbiología: Gram, cultivo aerobio/anaerobio y micobacterias.
- Analítica de sangre:
 - Bioquímica: glucosa, urea, creatinina, iones, transaminasas y PCR.
 - Hemograma y coagulación.
 - En los meses epidémicos de gripe y ante la sospecha de participación de virus gripales, en los pacientes indicados debe solicitarse también PCR de virus en frotis nasofaríngeo.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS EN OBSERVACIÓN / STC

- Cultivo de esputo: aerobios y Gram.
 - Si sospecha de broncoaspiración o presencia de cavitación y/o DP, añadir cultivo de anaerobios.
 - Si sospecha de TBC, añadir cultivo de micobacterias, tinción de Auramina / Ziel (escribiendo *Baciloscopia Urgente en Otras Determinaciones*) y PCR TBC (escribirlo en *Otras Determinaciones*).
 - Si paciente inmunodeprimido, añadir cultivo de hongos y tinción de KOH en fresco
- Antigenuria para neumococo y legionella
- Hemocultivos diferenciales

VALORACIÓN DE GRAVEDAD Y CRITERIOS DE INGRESO

- Escala CURB65: valora 5 ítems, cada uno puntúa 1 punto si presente, siendo la puntuación posible entre 0 y 5.
 - Confusión (o estado mental alterado)
 - Urea >40mg/dl
 - Taquipnea >30rpm
 - TAS < 90mmHg
 - Edad superior a 65 años.
 - Evaluar además posibles signos de complicación: IRA, derrame pleural, cavitación, afectación multilobar, fracaso de ATB previa, intolerancia digestiva o ausencia de soporte social.
- Escala PSI (Pneumonia Severity Index) o Fine: más compleja y completa, clasifica al paciente en cinco categorías, nominadas de la I a la V.

TRATAMIENTO AMBULATORIO

Los pacientes con una puntuación de 0 ó 1 en la escala CURB65 (o una clasificación en la escala PSI de I o II), en ausencia de signos de complicación, pueden recibir tratamiento antibiótico domiciliario.

- Antibioterapia: de elección amoxicilina 1g cada 8 horas durante 5 días o azitromicina 500mg cada 24 horas durante 3 días si se sospecha algún germen atípico. Como alternativa, levofloxacino 500mg cada 24 horas durante 5 días. En paciente con comorbilidades respiratorias (EPOC y/o bronquiectasias), debe usarse amoxicilina-clavulánico 875-125mg cada 8 horas durante 5 días. Como alternativa, levofloxacino 500mg cada 24 horas.
- En época endémica, y en los pacientes con indicación, debe añadirse en caso de sospecha de gripe oseltamivir 75mg cada 12 horas durante 5 días.
- Tratamiento antipirético y analgésico habitual.
- Ingesta hídrica abundante
- Revisión en Neumología o MAP en 48 / 72 horas

TRATAMIENTO HOSPITALARIO

Pacientes con una puntuación en la escala CURB65 de 2 (o una clasificación en la escala PSI de III o IV): ceftriaxona 1g intravenosa cada 24 horas asociando azitromicina 500mg por vía oral o levofloxacino 500mg intravenoso en caso de sospechar atípica // Si se sospecha típica, pautar ceftriaxona o levofloxacino.

Pacientes con una puntuación en la escala CURB65 de 3 - 5 (o una clasificación en la escala PSI de V): misma pauta, aumentando la dosis de ceftriaxona a 2g cada 24 horas.

En época endémica, y en los pacientes con indicación, debe añadirse en caso de sospecha de gripe oseltamivir 75mg vía oral cada 12 horas durante 5 días.

En caso de sospechar anaerobios, se debe sustituir el antibiótico adyuvante por clindamicina intravenosa 600mg cada 8 horas o tratar en monoterapia con amoxicilina-clavulánico 2g cada 8 horas (como 1ª opción "Ceftriaxona+ azitromicina"; como 2ª opción "Ceftriaxona+levofloxacino"; como alternativa "vancomicina+levofloxacino") o con piperacilina-tazobactam 4-0.5g cada 8 horas (en caso de resistencia a amoxicilina-clavulánico).

Si se sospecha infección por pseudomonas aeruginosa: Ceftazidima 2 g/iv/8 horas de elección; alternativa piperacilina-tazobactam 4 g/iv/8 horas a pasar en 4 horas. Valorar añadir al tratamiento ciprofloxacino 400 mg/iv/12 horas o 750 mg/12h vo. o levofloxacino 750 mg/24 horas iv o vo. Duración: 14 días. Valorar desescalar tras confirmación microbiológica y antibiograma.

Oxigenoterapia para mantener saturación >93%

Analgesia y tratamiento antipirético

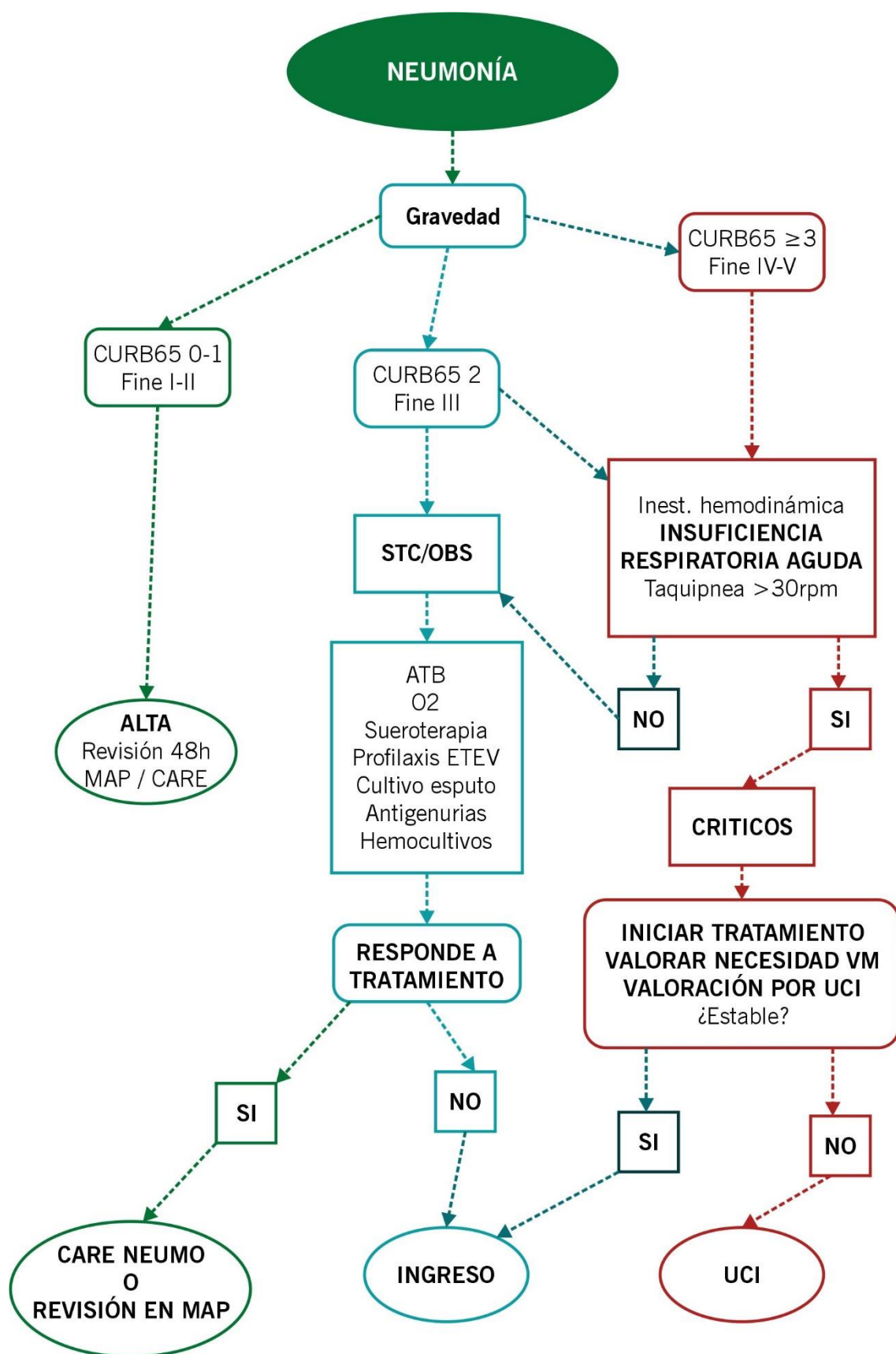
Profilaxis tromboembólica (enoxaparina 40mg o bemiparina 3500 UI subcutánea cada 24 horas)

Manejo de broncoespasmo en caso de existir signos o síntomas (ver capítulo de agudización asmática / de EPOC)

Manejo del derrame pleural en caso de existir (ver capítulo correspondiente).

| ESCALA PSI / FINE | PUNTUACIÓN | |
|------------------------------|-----------------------------------|--------------|
| Factores demográficos | Edad en varones | Nº años |
| | Edad en mujeres | Nº años - 10 |
| | Asilo o residencia | + 10 |
| Comorbilidades | Enfermedad neoplásica | + 30 |
| | Enfermedad hepática | +20 |
| | Insuficiencia cardíaca congestiva | + 10 |
| | Enfermedad cerebrovascular | + 10 |
| | Enfermedad renal | + 10 |
| Exploración física | Estado mental alterado | + 20 |
| | FR ≥ 30 rpm | + 20 |
| | TAS < 90 mmHg | + 20 |
| | Tª < 35°C o > 40°C | + 15 |
| | FC ≥ 125 l/m | + 10 |

| GRUPO | PUNTUACIÓN | MORTALIDAD % EN 30 DÍAS | MANEJO |
|-------|------------------------------|----------------------------|-------------------------|
| I | <50 años, sin comorbilidades | 0.1 | Ambulatorio |
| II | < 70 | 0.6 | |
| III | 71 - 90 | 0.9 - 2.8 | Observación 24h ± Hosp. |
| IV | 91 - 130 | 8.2 - 9.3 | Hospitalización |
| V | > 130 | 27 - 29.2 | Hospitalización ± UCI |





BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de Trabajo de GesEPOC. Agudización de la EPOC, Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) – Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Actualización Arch Bronconeumol 2017 páginas 1-64.
2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. GOLD 2019 report
3. Cordero E, Roca C, Medina JF, González V, Ramírez N, Tallón R, Puppo A. Guía PRIOAM: Neumonía comunitaria 2017