

Neumonía en la comunidad

Carles Llor

Médico de Familia. EAP Jaume I. Tarragona. España.

Puntos clave

- El diagnóstico de la neumonía debe ser radiológico.
- El diagnóstico diferencial debe efectuarse principalmente con la tuberculosis, el carcinoma broncogénico, la insuficiencia cardíaca y la tromboembolia pulmonar.
- A todos los pacientes con neumonía debe aplicarse una escala pronóstica para evaluar si debe derivarse al hospital, teniendo en cuenta su edad y, si hay confusión, una taquipnea > 30 rpm y una presión arterial < 90/60 mmHg.
- El tratamiento de elección en la neumonía, independientemente del cuadro clínico (típico o atípico), es, en los pacientes no alérgicos, la amoxicilina en una dosis de 1.000 mg/8 h durante 10 días, o bien la asociación de amoxicilina y ácido clavulánico si el paciente es mayor de 65 años, presenta una enfermedad pulmonar obstructiva crónica o está institucionalizado.

Palabras clave: Neumonía adquirida en la comunidad • Tratamiento antibiótico • Neumonía típica • Neumonía atípica.

Aspectos clínicos

La neumonía en la comunidad es una infección del tracto respiratorio inferior con afectación del parénquima pulmonar, que presenta síntomas respiratorios (tos y expectoración), síntomas generales (fiebre, malestar general, mialgias, dolor en punta de costado) y signos respiratorios (crepitantes y/o hipofonesis), en un paciente ambulatorio que no ha estado ingresado en un hospital la semana previa al inicio de los síntomas. En atención primaria debe preferirse el término “neumonía atendida en la comunidad”, puesto que presenta connotaciones distintas en cuanto a etiología, técnicas diagnósticas y manejo terapéutico del que se hace en el ámbito hospitalario. La neumonía es la causa más frecuente de mortalidad por causa infecciosa en los países desarrollados.

Las manifestaciones clínicas de la neumonía son inespecíficas y puede variar en un amplio abanico de síntomas, desde el síndrome típico (causado generalmente por *Streptococcus pneumoniae*), precedida de una infección viral de las vías respiratorias altas seguida de fiebre elevada y escalofríos, tos inicialmente seca que evoluciona a purulenta e incluso hemoptoica, con dolor pleurítico, hasta el síndrome atípico (causado generalmente por *Mycoplasma pneumoniae*

y *Chlamydophila pneumoniae*), que cursa habitualmente con cefalea, discreta afectación progresiva del estado general, artromialgias, fiebre poco elevada y tos escasamente productiva de esputo mucoso o mucopurulento. Sin embargo, conviene recordar que aunque la tos es bastante característica de la neumonía y se observa en el 80% de los casos, sólo el 4% de las consultas por tos corresponden a neumonía.

Es importante efectuar una exploración física detallada (tabla 1) y la realización de una radiografía de tórax en sus 2 proyecciones convencionales para confirmar el diagnóstico. Ayuda también a valorar la gravedad de la infección, ya que permite observar si hay afectación multilobular, derrame pleural o cavitación pulmonar. Puede ser también de ayuda para sospechar el germen que causa la infección: en el síndrome típico se suele observar un infiltrado alveolar único con broncograma; en cambio, en el síndrome atípico, la radiología suele mostrar un patrón intersticial, multilobular, de predominio en los lóbulos inferiores. En atención primaria no se aconsejan los métodos serológicos ni tampoco las investigaciones microbiológicas como la tinción de Gram, el cultivo de esputo, el hemocultivo y/o los antígenos urinarios de *Legionella* y neumococo, debido a su escaso valor predictivo. En cambio, puede ser de ayuda la determinación de

TABLA 1. Exploración física en la neumonía

Exploración	Hallazgos
Inspección	Suele ser normal. Algunas veces puede observarse una discreta disminución de la expansión respiratoria del lado afectado, especialmente cuando la condensación es extensa y afecta al lóbulo inferior
Palpación	Aumento de las vibraciones vocales
Percusión	Matidez de la zona afectada
Auscultación	Desaparición del murmullo vesicular. Suelen auscultarse crepitantes durante los primeros días, que luego pueden ser reemplazados por una respiración soplate (soplo tubárico). Además, puede haber broncofonía (transmisión de la voz hablada). En muchos casos de neumonía, se pueden auscultar también rones pleurales

la proteína C reactiva (PCR) en sangre capilar; ya que aumenta mucho su concentración en caso de neumonía. En función de los resultados de varios estudios, una PCR < 20 mg/l descarta el diagnóstico de neumonía, mientras si es > 100 mg/l, su diagnóstico es prácticamente seguro.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial debe efectuarse principalmente con 4 enfermedades: tuberculosis, carcinoma broncogénico, insuficiencia cardíaca y tromboembolia pulmonar. En la tuberculosis, la fiebre no es tan elevada y deberá sospecharse en los casos de resolución tardía, con un cuadro de tos de unos cuantos días de evolución. En los casos de neumonía de resolución tardía deberá también descartarse la neoplasia subyacente; el carcinoma broncogénico debe sospecharse en pacientes con factores de riesgo específicos (hábito tabáquico, edad avanzada, hemoptisis). Aunque la fiebre y la afectación radiológica no son las manifestaciones más frecuentes de la tromboembolia pulmonar, se requiere un alto índice de sospecha diagnóstica en los pacientes con factores de riesgo (inmovilización, obesidad, cirugía).

Actuación inmediata

Debemos decidir si el tratamiento es ambulatorio, o bien hay que derivar al paciente al hospital (ver criterios de derivación). En el primer caso, el manejo es empírico, ya que es difícil averiguar la etiología. En la actualidad no es necesario distinguir el síndrome típico del atípico, ya que el abordaje terapéutico es el mismo.

El tratamiento de la neumonía debe contemplar siempre la administración de un antibiótico y éste debe administrarse

cuanto antes, ya que ha demostrado reducir la mortalidad. Debe recomendarse el tratamiento inicial en monoterapia con un betalactámico, ya que es activo frente a neumococo e igual de efectivo que los macrólidos, quetólidos y fluoroquinolonas en la neumonía atípica no grave. En un intento de cubrir el mayor número de cepas neumocócicas, deben utilizarse dosis altas de betalactámicos: amoxicilina 1.000 mg/8 h durante 10 días en personas menores de 65 años. En caso de sospecha de infección por *Haemophilus influenzae* (mayores de 65 años, institucionalizados o pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica), debe recomendarse la administración de amoxicilina y ácido clavulánico 2.000-125 mg/12 h durante 10 días. En pacientes alérgicos a los betalactámicos se recomienda la utilización de una fluoroquinolona respiratoria: levofloxacin 500 mg/día, o bien moxifloxacin 400 mg/día, ambos durante 10 días. Las recomendaciones europeas alertan sobre el riesgo de utilizar macrólidos en monoterapia en la neumonía neumocócica, causante de dos terceras partes de bacteriemias por neumonía, ya que un 35% de estos gérmenes son resistentes a los macrólidos en nuestro país y su utilización se asocia a una mayor mortalidad; sin embargo, sí las podemos prescribir cuando hay certeza clínica y radiológica de la presencia de un cuadro atípico (azitromicina 500 mg/día durante 5 días, claritromicina 500 mg/12 h durante 14 días, o eritromicina 500 mg/6 h durante 14 días).

Aparte del tratamiento antimicrobiano, hay que recomendar a los pacientes que hagan reposo en cama, que mantengan un adecuado aporte hídrico, se abstengan de fumar y administrar analgesia simple, tipo paracetamol o antiinflamatorios no esteroideos, para contrarrestar la fiebre o el dolor pleurítico. La utilización de mucolíticos, así como la fisioterapia respiratoria y el drenaje postural, no son concluyentes, por lo que no se recomiendan.

Seguimiento

Una proporción importante de pacientes muere principalmente por la gravedad de su enfermedad y la comorbilidad asociada, y no tanto por fracaso del antibiótico. Por ello, es fundamental comprobar la evolución favorable del paciente al cabo de las primeras 24-48 h, con disminución de la temperatura, estabilización de síntomas y signos clínicos y posibles efectos secundarios. Si hay fracaso terapéutico, debe remitirse el paciente al hospital de referencia para su valoración.

La curación radiológica es casi siempre posterior a la clínica, y en ocasiones puede tardar casi 2 meses. Aunque no es obligatoria la práctica sistemática de una exploración radiológica de control, sí se recomienda solicitarla en pacientes con clínica persistente, fumadores, personas de edad avanzada y/o con factores de riesgo de cáncer de pulmón, nunca antes de las 6 semanas.

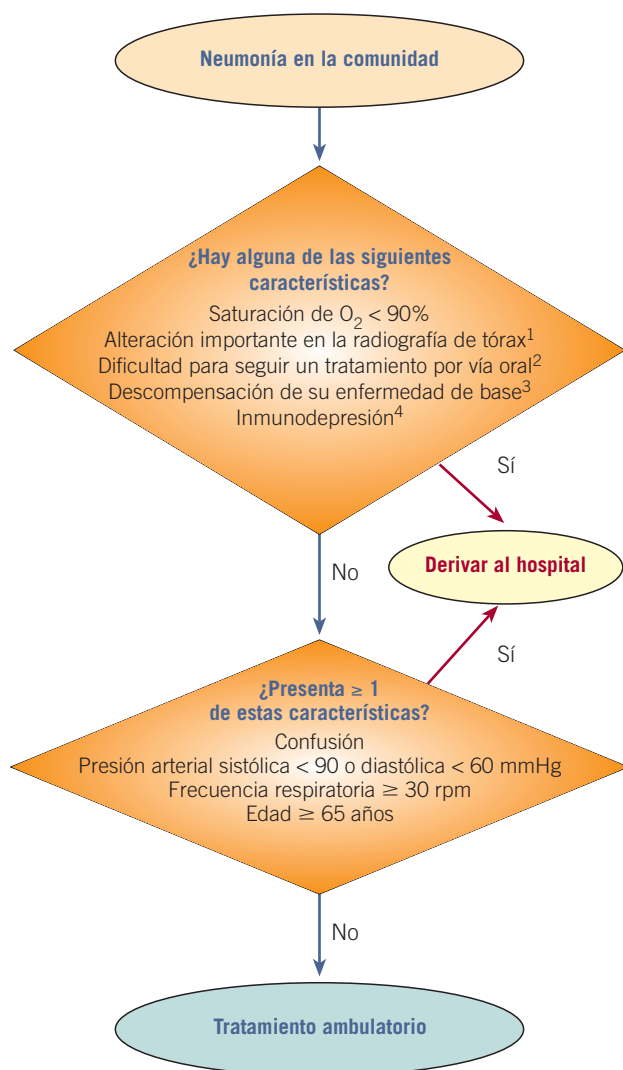


Figura 1. Criterios de derivación del paciente con neumonía.

¹Hay que disponer de una radiografía de tórax para confirmar el diagnóstico y evaluar su gravedad, cuando se presenta cualquiera de las siguientes alteraciones: infiltrado alveolar en más de un lóbulo o bilateral, derrame pleural o cavitación pulmonar.

²Presencia de náuseas y vómitos, gastrectomía, poscirugía, diarrea franca, sociopatía o problemas psiquiátricos, adicción a drogas y alcohol, entorno familiar no adecuado.

³Hay que prestar especial atención a la presencia de insuficiencia renal, cirrosis hepática, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, accidente cerebrovascular y diabetes mellitus.

⁴Infección crónica por el virus de la inmunodeficiencia humana, trasplantados, neutropénicos, o pacientes que reciben tratamiento inmunodepresor.

Criterios de derivación

La decisión sobre el lugar donde debe ser atendido un paciente con neumonía es fundamental (fig. 1). Se aconseja la utilización de una escala pronóstica para identificar a los pacientes que deben derivarse al hospital. Actualmente se recomienda la utilización del denominado CRB65, que responde a 4 criterios: confusión (que puede medirse mediante la valoración de la aparición de desorientación en el tiempo, espacio o personal), frecuencia respiratoria ≥ 30 rpm, presión arterial (presión arterial sistólica < 90 mmHg o diastólica < 60 mmHg) y edad ≥ 65 años. Ante la presencia de uno sólo de estos criterios, debe derivarse el paciente al hospital. Por todo ello, debe ser obligatorio en todo paciente con neumonía determinar su frecuencia respiratoria y presión arterial.

Errores a evitar

- Tratar con macrólidos en monoterapia la neumonía atendida en la comunidad.
 - Pensar que los betalactámicos sólo cubren los gérmenes típicos.
 - Pensar que el tratamiento antibiótico pueda demorarse en esta infección.
 - Pensar que el síndrome atípico se deba tratar de forma distinta del síndrome típico.
 - Tratar con amoxicilina y ácido clavulánico todas las neumonías.

Bibliografía general

- Falguera M, Sacristán O, Nogués A, Ruiz A, García M, Manonelles A, et al. Non severe community pneumonia: correlation between case and severity or comorbidity. *Arch Int Med.* 2001;161:1866-72.
- Lim WS, Van der Eerden MM, Laing R, Boersma WG, Karalus N, Town GI, et al. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. *Thorax.* 2003;58:377-82.
- Loteen KB, Comte TE. Managing CAP. Are you up-to-date? *J Fam Pract.* 2007;56:720-6.
- Metlay JP, Stafford RS, Singer DE. National trends in the use of antibiotics by primary care physicians for adult patients with cough. *Arch Intern Med.* 1998;158:1813-8.
- Mills GD, Oehley MR, Arrol B. Effectiveness of β -lactam antibiotics compared with antibiotics active against atypical pathogens in non-severe community acquired pneumonia: meta-analysis. *BMJ.* 2005;330:456-8.