
Neumonía Adquirida en la Comunidad

2ª Edición

AUTOR: DRA. PALOMA OCAMPO.

6º Cátedra de Medicina Interna. Hospital de Clínicas "José de San Martín", U.B.A.

ASESOR MÉDICO: DR. RICARDO BARCIA

DIAGNÓSTICO: requiere la presencia de:

INFILTRADO RADIOGRÁFICO + PRESENCIA DE SIGNOS CLÍNICOS:

Fiebre, tos, disnea, dolor torácico pleurítico, producción de esputo.

¿A QUIÉN INTERNAR?

Puntaje de gravedad CURB65:

- Confusión
- Urea (Ur) >42 mg/dl
- Frecuencia respiratoria (FR) >30/min
- Hipotensión arterial
- Edad ≥ 65 años

Se otorga 1 punto por cada ítem: ≥ 2 puntos sugieren la internación.

Internar también a los pacientes con saturación de oxígeno (Sat O₂) <92%.

Score PSI

Índice de severidad de neumonía (mejor valor pronóstico que CURB65 pero mayor complejidad): Asignación de puntos

- Sexo F: -10; M: 0
- Edad: 1 x año
- Procedencia de geriátrico: 10
- Comorbilidades: Neoplasia activa: 30; hepatopatía: 20; insuficiencia cardíaca: 10; evento vascular encefálico: 10; insuficiencia renal crónica: 10
- Examen Físico: confusión: 20; FR ≥ 30 : 20; Hipotensión: 20; T° $\leq 35^\circ$ o $\geq 40^\circ$: 15; frecuencia cardíaca (FC) ≥ 125 : 10.
- Estudios complementarios: pH <7,35: 30; Ur >40: 20; Na <130: 20; Glucemia >250: 10; Hto <30%: 10; pO₂ <60 o sat O₂ <90%: 10.
- Derrame pleural: 10.

Puntos	Clase	Mortalidad	Manejo
0-50	I	0,1%	Ambulatorio
51-70	II	0,6%	Ambulatorio
71-90	III	0,9%	Vigilancia estrecha o Internación breve
91-130	IV	9,3%	Internación
131-395	V	27%	Internación

Más allá de los puntajes de gravedad valorar la necesidad de internación según criterio clínico.

CRITERIOS DE INTERNACIÓN EN TERAPIA INTENSIVA (UTI)

Presencia de 1 criterio mayor o ≥ 3 criterios menores.

Criterios mayores

- Requerimiento de ventilación mecánica.
- Inestabilidad hemodinámica con requerimientos de vasoactivos.

Criterios menores

- PaO₂/FiO₂ <250
- Infiltrados multilobares
- Confusión
- Hipotensión arterial que requirió expansión
- Hipotermia
- Leucopenia (<4.000/mL)

- Urea >42mg/dL
- FR >30/min
- Trombocitopenia (<100.000/mL).

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

Cultivo de esputo y hemocultivos: uso opcional en pacientes ambulatorios. Se recomiendan en pacientes internados.

Antígeno urinario para *Pneumococo* y para *Legionella*: reservarlos para pacientes internados con NAC grave.

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO

	SITUACIÓN	DE ELECCIÓN	ALTERNATIVAS O ALÉRGICOS
TRATAMIENTO AMBULATORIO	Sin comorbilidades y <65 años	Amoxicilina 875-1000 mg c/ 12 horas (H)	Claritromicina 500 mg c/12 H
	Con comorbilidades o ≥65 años	Amoxicilina con clauvulánico o con sulbactam 875/1000mg c/12 H)	Levofloxacina 750mg/D o Moxifloxacina 400mg c/12 H
INTERNACIÓN	en sala general	Ampicilina-Sulbactam 1,5 g c/6 H intravenoso (IV). Opción agregar: Claritromicina 500 mg c/ 12 H IV	Alternativo (alergia mayor a betalactámicos): Ceftriaxona ⁽¹⁾ 1 g c/12 H IV o Levofloxacina 750 mg/día (D) IV o Moxifloxacina 400 mg/D IV
	en UTI	Ampicilina-Sulbactam 1,5 g c/ 6 H IV + Claritromicina 500mg c/ 12 H IV	- Con riesgo para <i>P. aeruginosa</i> ⁽²⁾ : Piperacilina Tazobactam 4,5 g c/8 H o Cefepime 2 g c/ 8 H + Claritromicina 500 mg c/ 12 H IV - Con riesgo de estafilococo aureus metililino-resistente ⁽³⁾ (SAMR): Agregar: Vancomicina 15 mg/Kg c/12 H IV sola o con Clindamicina 600mg c/ 8 H o Linezolid 600 mg c/12 H IV ⁽⁴⁾

⁽¹⁾ El uso de Cefalosporinas de 3° generación (Ceftriaxona y Cefotaxime) se reserva para casos especiales porque inducen resistencia.

⁽²⁾ Pacientes con bronquiectasias, fibrosis quística y pacientes que reciben tratamiento con corticoides o que han recibido tratamiento antibiótico previo de amplio espectro.

⁽³⁾ Pacientes jóvenes, previamente sanos con neumonía severa y rápidamente progresiva, infiltrados cavitados, hemoptisis, influenza previa, usuarios de drogas IV, rash, leucopenia, infecciones de piel y partes blandas recientes o concomitantes.

⁽⁴⁾ Clindamicina y Linezolid poseen actividad antitoxina que limitaría el daño pulmonar, sin embargo no existen evidencias clínicas de la mayor eficacia del agregado de un antibiótico con actividad antitoxina: su uso es opcional.

Duración del tratamiento: Mínimo 5 D.

Suspender el tratamiento antibiótico luego de ≥48 H afebril y con estabilidad clínica.

TRATAMIENTO ANTIVIRAL:

En temporada de circulación del virus influenza, agregar Oseltamivir 75 mg c/12 H x 5 D a todos los pacientes hospitalizados con NAC.

En pacientes ambulatorios, la indicación se limita a aquellos con mayor riesgo de complicaciones: ≥65 años, huéspedes inmunocomprometidos, con enfermedad crónica renal, cardiovascular o respiratoria, diabetes mellitus u obesidad, embarazadas y puérperas hasta 2 semanas después del parto.

Bibliografía:

1. Lopardo G, Basombrio A, et al. Neumonía adquirida en la comunidad en adultos. Recomendaciones sobre su atención. Sociedad Argentina de Infectología, Medicina (Buenos Aires) 2015;75:245-257.
2. Mandell L, Wunderink R, et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society Consensus Guidelines on the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults. Clinical Infectious Diseases 2007; 44:S27-72.