

NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

Enfermedades del aparato respiratorio

INTRODUCCIÓN

La Neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una infección aguda del parénquima pulmonar que se manifiesta por signos y síntomas de infección respiratoria de vías bajas en pacientes no hospitalizados o institucionalizados y que no han sido ingresados en un hospital en los 14 días previos al inicio de los síntomas. Se excluyen las neumonías que afectan a pacientes con cáncer e inmunodeprimidos.

La etiología viene condicionada, fundamentalmente, por factores como la situación basal del paciente (edad, comorbilidad) y la gravedad de la infección. Si bien el patógeno causante de la NAC es desconocido en un gran número de casos, el más frecuente es *Streptococcus pneumoniae*. Otros microorganismos implicados son: *Mycoplasma pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Legionella spp*, *Chlamydia pneumoniae* y virus respiratorios. En Atención primaria no se recomienda la realización de pruebas microbiológicas para identificar la etiología.

El diagnóstico en el medio extrahospitalario se basa en criterios clínicos y radiológicos, siendo esencial la valoración pronóstica y de gravedad del paciente antes de instaurar el **tratamiento empírico** que debe iniciarse siempre de forma **precoz** tras el diagnóstico.

En pacientes de bajo riesgo con sospecha clínica de NAC no se considera imprescindible realizar una radiografía de tórax (Rx), salvo que existan dudas en el diagnóstico o que la evolución clínica no sea la adecuada. La Rx permite realizar un diagnóstico diferencial y descartar complicaciones (el derrame pleural es la causa más frecuente de mala evolución).

DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN PRONÓSTICA:

La clínica se basa en un conjunto de signos y síntomas relacionados con una infección de vías respiratorias bajas y afectación del estado general, incluyendo fiebre > 38°C, tos, expectoración, dolor torácico, disnea, crepitantes y taquicardia (> 100 lpm) en presencia de un infiltrado (alveolar o intersticial) en la radiografía de tórax no atribuible a otra causa.

Diagnóstico de sospecha: algunas características clínicas pueden orientar la etiología del cuadro: el cuadro típico (cuadro agudo, fiebre alta con escalofríos, dolor pleurítico y semiología de condensación) es más frecuente en NAC por *S. pneumoniae* o por *H. influenzae* (más frecuente en pacientes de edad avanzada y con enfermedades subyacentes) y el síndrome atípico (cuadro subagudo, no escalofríos, tos irritativa, síntomas extrarrespiratorios y auscultación frecuentemente normal) se asocia más a *Mycoplasma* o *Chlamydia*. *Legionella pneumophila* puede originar

formas clínicas combinadas con frecuentes manifestaciones gastrointestinales y afectación neurológica multisistémica. En ancianos, la neumonía puede cursar sin fiebre, aparición de confusión, deshidratación y empeoramiento de enfermedades subyacentes.

Valoración pronóstica: el espectro de gravedad de la neumonía es muy variable, por lo que es esencial evaluar el pronóstico antes de plantear si se hará tratamiento ambulatorio u hospitalario. Se han diseñado diversas herramientas de evaluación pronóstica, siendo la CRB65 la más utilizada en atención primaria:

CRB65: a cada parámetro se le asigna un punto.

C: confusión mental

R: frecuencia respiratoria elevada (≥ 30 respiraciones/min)


B: presión arterial baja (sistólica < 90 mm Hg o diastólica < 60 mm Hg)

65: edad ≥ 65 años

Aunque las escalas pronósticas son una herramienta útil para el manejo de las neumonías, el juicio clínico es esencial para decidir el abordaje de cada caso.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) EN EL ADULTO	Ver Situación Específica	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
NAC en adulto < 65 años sin enfermedades crónicas	Amoxicilina 1 g/8h vo, 5 -7 días ⁽¹⁾	
NAC en pacientes ≥ 65 años y/o pacientes con enfermedades crónicas (DM, IC, EPOC...) con riesgo de infección por <i>H. influenzae</i>	Amoxicilina/ Ác. Clavulánico  875/125 mg/8h ó 2.000/125 mg/12h vo, 5-7 días ⁽¹⁾	

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
NAC con sospecha de gérmenes atípicos	Azitromicina 500 mg/24h vo, 3 días	Claritromicina 500 mg/12h vo, 5-7 días
Alergia a betalactámicos o falta de respuesta en 48-72 h (en todas las situaciones anteriores)	Levofloxacino 500 mg/24h vo, 5-7 días ⁽¹⁾	Moxifloxacino 400 mg/24h vo, 5-7 días ⁽¹⁾

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Reposo, buena hidratación, abandono del tabaco en los fumadores y evitar el humo del tabaco.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Ver diagnóstico y valoración pronóstica en Introducción.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Debe realizarse un control clínico a las **48-72 h** de iniciar el tratamiento empírico. La fiebre es el mejor índice de respuesta al tratamiento. Si no hay mejoría clínica y persiste fiebre elevada o empeoramiento de los síntomas se procederá al cambio de tratamiento antibiótico o se derivará al hospital.

⁽¹⁾ La **duración del tratamiento** dependerá de la evolución del paciente. En neumonías de baja o moderada gravedad, se recomiendan pautas cortas (5 días) siempre que la evolución sea positiva y que la fiebre haya desaparecido en las 48-72 h anteriores (o sea si los últimos tres días está afebril). Si los síntomas no mejoran después de tres días, considerar tratamientos más largos (7-10 días).

SEGUIMIENTO

La resolución radiológica de la NAC es casi siempre posterior a la clínica. Puede tardar entre 4 y 12 semanas. En pacientes con buena evolución no es preciso control radiológico, excepto en determinados casos, como personas de edad avanzada, fumadores o personas con factores de riesgo de cáncer de pulmón, pero nunca antes de las 6 semanas del tratamiento.

SEGURIDAD

Amoxicilina/ Ác. Clavulánico: La AEMPS (Nota Informativa [2006/01](#)) ha alertado sobre el riesgo de hepatotoxicidad aguda de amoxicilina/ác. clavulánico (utilizar solo en sospechas de etiología bacteriana resistente a amoxicilina por producción de betalactamasas).

Macrólidos y fluoroquinolonas: prolongan el intervalo QT y tienen riesgo definido de causar Torsades de Pointes. Deben usarse con precaución en:

- Pacientes con prolongación congénita o adquirida del intervalo QT documentada.
- Caso de administración concomitante con otros principios activos que prolonguen el intervalo QT.
- Pacientes con alteraciones electrolíticas, en particular hipopotasemia o hipomagnesemia.
- Pacientes con bradicardia clínicamente relevante, arritmia cardíaca o insuficiencia cardíaca grave.

Moxifloxacino además se ha asociado con alteraciones hepáticas y reacciones cutáneas graves (Nota informativa de la AEMPS [2008/04](#)).

DERIVACIÓN

Se valorará derivar al hospital en las siguientes situaciones:

- Pacientes con puntuación en la escala CRB65 > 1
- Alteración importante en la Rx de tórax
- Descompensación de la enfermedad de base
- Falta de respuesta al tratamiento antibiótico
- Dificultad para el tratamiento oral o ambulatorio
- Hipoxemia

OTROS

Se recomienda el uso de analgésicos y antipiréticos en caso de fiebre o dolor.

Prevención: Dejar de fumar. Vacuna antigripal anual y vacuna antineumococo en personas mayores y grupos de riesgo, siguiendo las recomendaciones de las campañas oficiales.

Resistencias: La excesiva utilización de antibióticos ha contribuido a la aparición de neumococos resistentes a macrólidos, beta-lactámicos y fluoroquinolonas. Las resistencias del neumococo a penicilinas pueden resolverse con la utilización de dosis altas (esto no es aplicable a la resistencia a macrólidos). La resistencia adquirida del neumococo (*S. pneumoniae*) no está mediada por beta-lactamasas, por lo que la asociación amoxicilina-ácido clavulánico no añade eficacia al uso de amoxicilina sola.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Manual de Enfermedades Infecciosas en Atención Primaria. 4ª ed. Barcelona: semFYC Ediciones; 2017.
2. Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área del Aljarafe [en línea][consulta: 3 de marzo de 2018] Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/guiaterapeuticaaljarafe/guiaTerapeuticaAljarafe/>
3. Pneumonia in adults: diagnosis and management. Clinical Guideline CG191. National Institute for health and Care Excellence (NICE). 3 December 2014. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg191>
4. Pearls for the management of community acquired pneumonia (CAP). RX files Canadian Guidelines. Disponible en: <http://www.rxfiles.ca/rxfiles/uploads/documents/ABX-Newsletter-2016-COMLETE.pdf>
5. Neumonía adquirida en la comunidad. INFAC 2016; vol 24-Nº 05. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2016/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_24_N_5_neumonia_adquirida.pdf
6. File T. Treatment of community-acquired pneumonia in adults in the outpatient setting. UpToDate. Last updated: Jun 2017. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-community-acquired-pneumonia-in-adults-in-the-outpatient-setting?search=treatment%20of%20community-acquired%20pneumonia%20in%20adults%20in%20the%20outpatient&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
7. Guía clínica de Neumonía adquirida en la comunidad. Fecha de la última revisión: 06/09/2017. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/neumonia-adquirida-comunidad-nac/>
8. Neumonía adquirida en la comunidad. Optimización del tratamiento. Sacylite 2010;Nº 4. Disponible en: https://www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/facm/1235417/385197-SACYLITE%202010_04%20Neumon%C3%ADa%20adquirida%20en%20la%20comunidad.%20Optimizaci%C3%B3n%20del%20tratameinto..pdf