NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) EN ADULTO: CASO 1

Varón, de 86 años, acude a la consulta por un cuadro de tos con expectoración verdosa, fiebre durante las últimas 48 horas (38,4 ºC) controlada parcialmente con antitérmicos, con escalofríos, sensación de debilidad y cansancio general.

Exploración: se observa temperatura de 38,4 ºC, presión arterial (PA) 130/84 mm Hg, frecuencia cardíaca (FC) 70 lpm, frecuencia respiratoria (FR) 21 resp/min y saturación de oxigeno (Sat02) del 94%. La exploración no objetiva ningún signo de compromiso respiratorio, la auscultación pulmonar (AP) muestra disminución del murmullo vesicular, en ambos campos pulmonares.

Antecedentes personales:

- HTA, DM tipo II, HBP, hipotiroidismo.
- Síndrome de apneas-hipoapneas del sueño (SAHS) grave, no utiliza Presión positiva sobre la vía respiratoria (CPAP) por intolerancia.
- Síndrome Parkinsoniano. Enfermedad de Alzheimer.
- TVP en EID 2014, desde entonces en tratamiento con acenocumarol.
- Ingresado por insuficiencia respiratoria parcial e infección respiratoria.
- Ortopnea de 2 almohadas.

1. ¿Qué cuadro clínico le sugiere el proceso?

a) Reagudización infecciosa en un paciente con bronquitis crónica.

b) Neumonía.

c) Bronquitis aguda.

d) Catarro de vías altas.

2. Tras la sospecha diagnóstica, cuál sería la actuación más adecuada a llevar a cabo?

a) Realizar una radiología de toráx con el fin de confirmar nuestro diagnóstico

b) Tratamiento empírico de forma precoz

c) Derivar al paciente al hospital

3. ¿Qué agente causal le parece más probable?

a) *Mycoplasma pneumoniae*

b) *Legionella pneumophila*

c) *virus respiratorio*

d) *Haemophilus influenzae*

4. ¿Qué tratamiento antibiótico recomendaría de forma empírica al paciente?

a) Amoxicilina 1 g/8h, 5-7 días

b) Levofloxacino 500mg/día 5-dias

c) Amoxicilina/ácido clavulánico 875/125 mg/8h, 5-7 días

d) Amoxicilina/ácido clavulánico 875/125 mg/8h + Claritromicina 500 mg/12h, 5-7 días

5. A las 48 horas del tratamiento empírico se realiza exploración domiciliaria del paciente y se observa: temperatura 37,4 ºC; PA 166/75 mm HG; FC 55 l/m; taquipnea a 30 rpm; Sat02 de 89%. AP crepitantes y roncus en ambas bases, más en la base pulmonar derecha, acompañado de confusión mental con tendencia a la somnolencia**.**

¿Qué actuación sería la más recomendable?

a) Modificar el tratamiento antibiótico por sospecha de gérmenes atípicos

b) Derivar al hospital, ya que cumple criterios de gravedad tras ser aplicada la escala CRB65

6. En urgencias del hospital se le realiza una Rx de tórax y se confirma la sospecha de Neumonía derecha adquirida en la comunidad iniciando tratamiento con levofloxacino 500 mg/24h.

¿Es adecuada la intervención?

a) Si
b) No

7. La fiebre desapareció entre el 2º-3º día y el estado general mejoró progresivamente hasta normalizarse a las tres semanas. La tos se prolongó hasta la 3ª semana y la auscultación se normalizó entre la 2ª y 3ª semana.

¿Cuándo sería recomendable realizar una Rx de control?

a) 3 semanas
b) 5 semanas
c) 9 semanas
d) No se precisa radiografía de control porque ha respondido bien al antibiótico

Respuestas correctas del caso

1b-2b-3d-4c-5b-6a-7c

RESOLUCIÓN DEL CASO

1. ¿Qué cuadro clínico le sugiere el proceso?

La clínica es compatible con una infección de la vía respiratoria baja. La probabilidad de que un paciente con síntomas respiratorios agudos tenga una neumonía depende de la incidencia de neumonía en su población. Esta aumenta con la edad, la comorbilidad crónica (incluida la inmunosupresión), el uso de corticoides orales o inhalados, pacientes inmovilizados, malnutrición, tabaquismo, consumo de alcohol o episodios de infección neumónica previa.

El diagnóstico de sospecha de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es clínico. No existe ningún signo/síntoma clínico que permita diferenciar la NAC de otras infecciones respiratorias bajas con suficiente fiabilidad. La probabilidad aumenta con la agrupación de síntomas y signos clínicos respiratorios agudos y de afectación del estado general.

La NAC del adulto es una infección aguda, caracterizada por:

- Clínica de infección respiratoria baja aguda como tos, expectoración mucopurulenta.

- Cierto grado de afectación del estado general: fiebre > 38ºC, aumento de la frecuencia respiratoria o cardiaca, dificultad respiratoria, hipotensión, alteración del estado de alerta, etc.

- Signos focales nuevos en la exploración como disminución del murmullo, roncus, crepitantes, broncofonía.

2. Tras la sospecha diagnóstica, cuál sería la actuación más adecuada para llevar a cabo?

Tras la sospecha diagnóstica de NAC, es esencial la valoración pronóstica con o sin confirmación radiológica para establecer la gravedad del paciente y plantear tratamiento ambulatorio u hospitalario. Nuestro paciente no reúne criterios de gravedad por lo que lo más adecuado es instaurar el **tratamiento empírico** que debe iniciarse siempre de forma **precoz** tras el diagnóstico.

El 70-80 % de los casos de NAC se puede tratar a nivel ambulatorio. Se recomienda iniciar el tratamiento con un antibiótico tan pronto como sea posible ya que disminuye la morbimortalidad asociada al episodio.

3. ¿Qué agente causal le parece más probable?

En la mayoría de los casos, el agente causal no llega a identificarse (40-60% de los casos), principalmente en el ámbito comunitario. El cuadro clínico y los hallazgos de la radiografía de tórax no permiten predecir con certeza el agente etiológico de la infección pulmonar.

El diagnóstico etiológico de sospecha se establece en función de las características del paciente (edad, comorbilidad) y características clínicas de la neumonía En neumonías no graves comunitarias, el neumococo es el patógeno más prevalente, seguido de patógenos atípicos (*Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae*).

El riesgo de infección por *Haemophilus influenzae* aumenta a partir de los 65 años, especialmente en fumadores y personas con comorbilidad crónica (DM, IC, EPOC....).

El cuadro que presenta nuestro paciente (cuadro agudo, fiebre alta con escalofríos…) es más frecuente en NAC por *S. pneumoniae* o por *H.influenzae.*

4. ¿Qué tratamiento antibiótico recomendaría de forma empírica al paciente?

En los casos con elevada sospecha de etiología por gramnegativos (*H. influenzae*) la administración de betalactámicos con inhibidores de betalactamasas es tratamiento de elección (*H. influenzae* es productor de betalactamasas).

5. A las 48 horas del tratamiento empírico se realiza exploración domiciliaria del paciente y se observa: temperatura 37,4 ºC, PA 166/75 mm Hg; FC 55 lpm; taquipnea 30 rpm, Sat02 89%. AP crepitantes y roncus en ambas bases, más en la base pulmonar derecha, acompañado de confusión mental con tendencia a la somnolencia. **¿Qué actuación sería la más recomendable?**

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.

Para la valoración pronóstica, se han diseñado diversas herramientas de evaluación, siendo la **CRB65** la más utilizada en atención primaria. 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, siempre teniendo en cuenta las circunstancias sociales del paciente.

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 mmHg o diastólica<60 mmHg)
- 65: edad ≥65 años.

Se valorará derivar al hospital en las siguientes situaciones.

-Paciente 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.
-Saturación de oxigeno <92%

En nuestro caso el paciente reúne criterios de **derivación al hospital** (confusión mental, frecuencia respiratoria elevada, hipoxemia…) para una evaluación más completa.

6. En el hospital se le realiza una Rx de tórax y pruebas microbiológicas .Se confirma la sospecha de Neumonía derecha adquirida en la comunidad, queda ingresado iniciando tratamiento con levofloxacino IV 500 mg/24h.

¿Es adecuada la intervención? Sí

Sí. En > 65 años con comorbilidad crónica importante (EPOC, IC, IR o hepática), ACVA, DM, esplenectomía, inmunosupresión grave, corticoterapia oral o quimioterapia/radioterapia, aumenta el riesgo de cepas de neumococo resistentes e invasivas, enterobacterias gramnegativas y *Legionella spp.*

En nuestro paciente, con elevada sospecha de etiología por gramnegativos y ante la falta de respuesta a amoxicilina/clavulánico el tratamiento de elección es levofloxacino. Las pruebas microbiológicas realizadas en orina confirman la etiología: detección de antígeno de *L. pneumophila* positivo y detección de antígeno de *S. pneumoniae* negativo.

7. La fiebre desapareció al 2º día y el estado general mejoró progresivamente hasta normalizarse a las dos semanas. **¿Cuándo sería recomendable realizar una Rx de control?**

En el caso de una neumonía comunitaria no grave, que responde bien al tratamiento antibiótico, no se recomienda pedir una Rx de control de forma sistemática. Solo se recomienda solicitar un control radiológico ante la persistencia de síntomas o signos clínicos o si existe riesgo de enfermedad maligna de base (fumadores, personas de edad avanzada), y debe realizarse a partir de las 6-8 semanas del tratamiento.

La resolución de los infiltrados radiográficos a menudo ocurre varias semanas o meses (8-12 semanas) después de la mejoría clínica.