

Neumonía adquirida en la  
comunidad. Un problema a  
resolver.

Dr. Miguel Ángel Blanco Aspiazú

# NAC un Problema de Salud

---

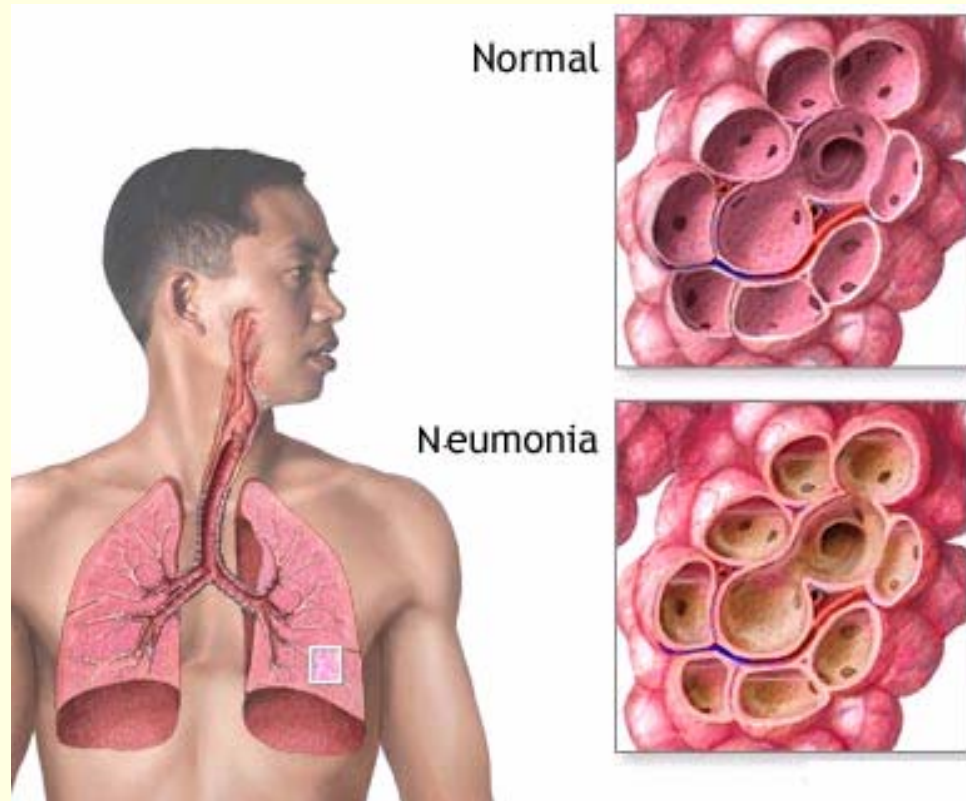
- Por su frecuencia.
- Por su mortalidad.
- Por la existencia de errores diagnósticos.

Goldman L, Gayson R. The value of autopsy in three medical eras. *New Eng J Med* 1983;117:1000-5.

Moreno RMA, Burunate PM, Oquendo LD. Ausencia de correlación clinicopatológica en el diagnóstico de la bronconeumonía. *Rev Cubana Med* 1996; 35(3)

# Primera pregunta

¿Tiene el paciente neumonía?

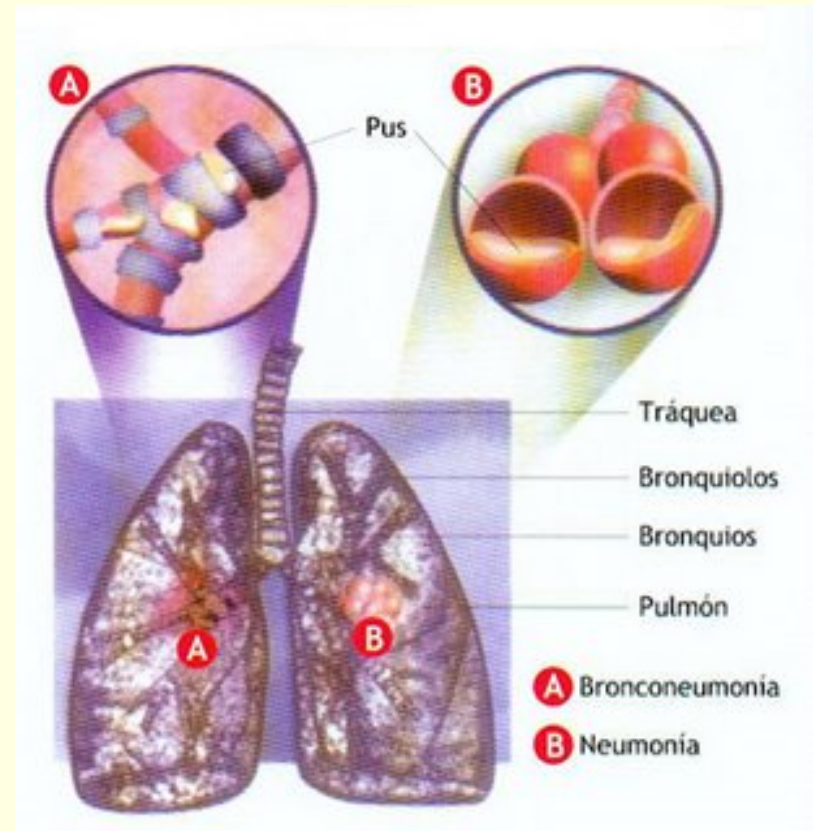


# ¿Qué es neumonía adquirida en la comunidad?

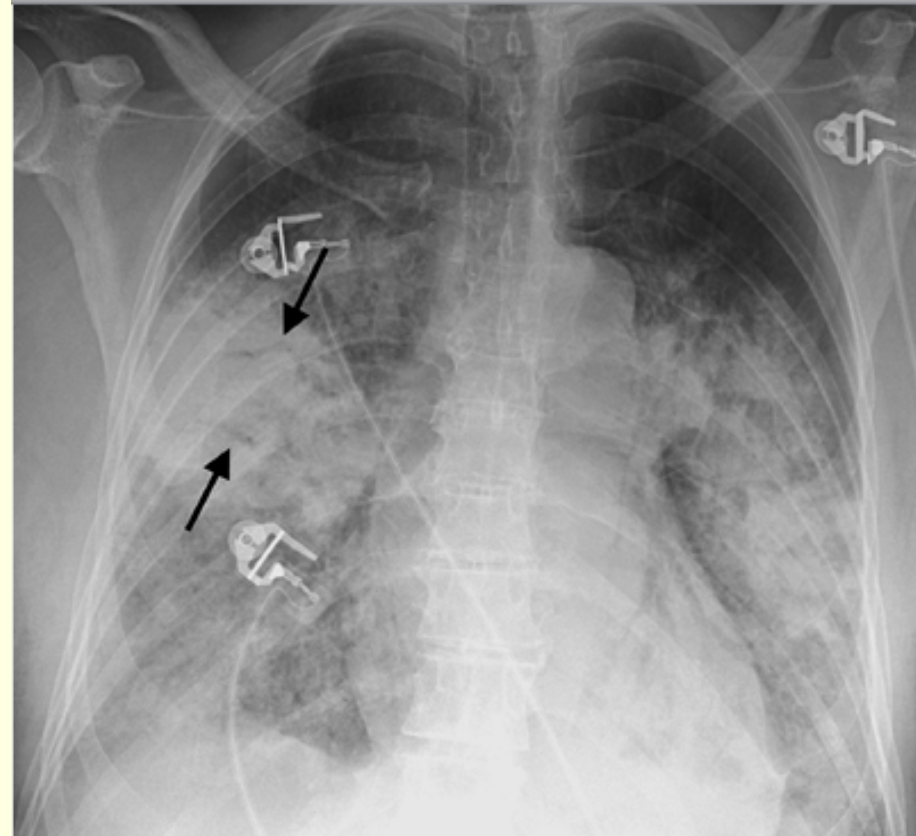
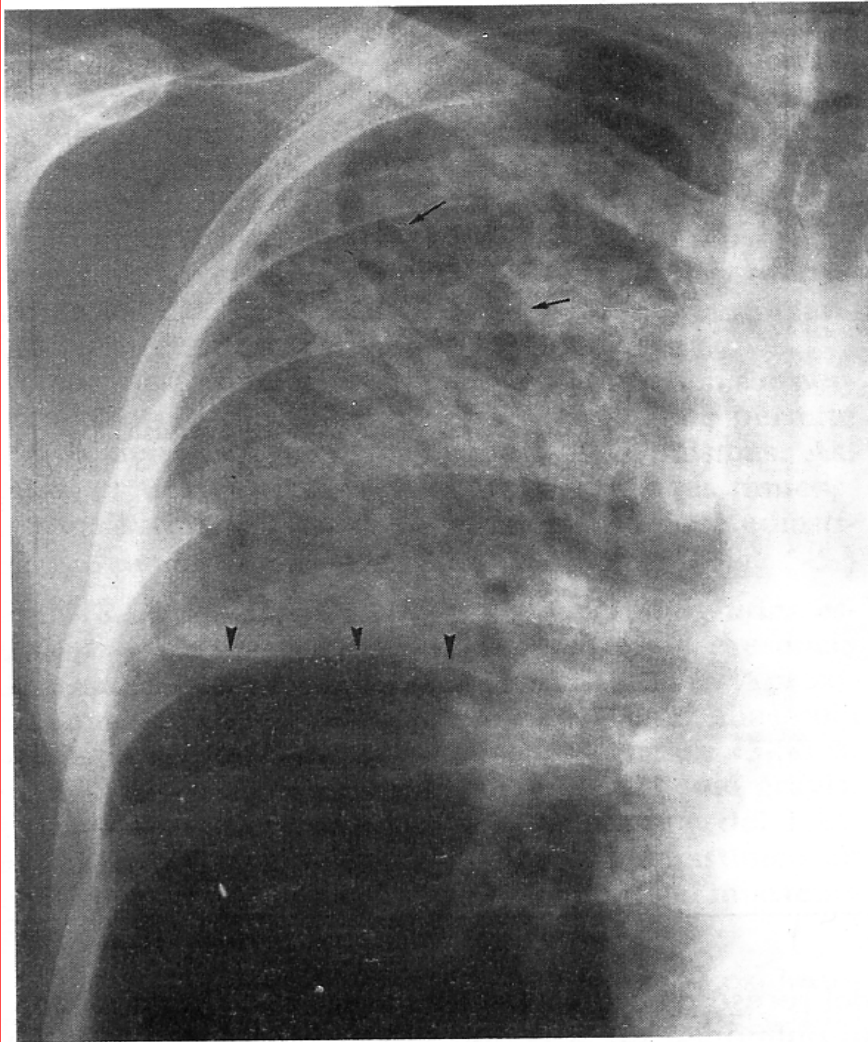
Cuadro **clínico imagenológico** en el que subyace una lesión inflamatoria del parénquima pulmonar, habitualmente infecciosa, que se adquiere e incuba en la comunidad.

# Presentaciones clínicas

- Descompensación de enfermedad crónica
- Inaparente del anciano
- Típica lobar
- Bronconeumónica
- Neumonía atípica



# Imagenología



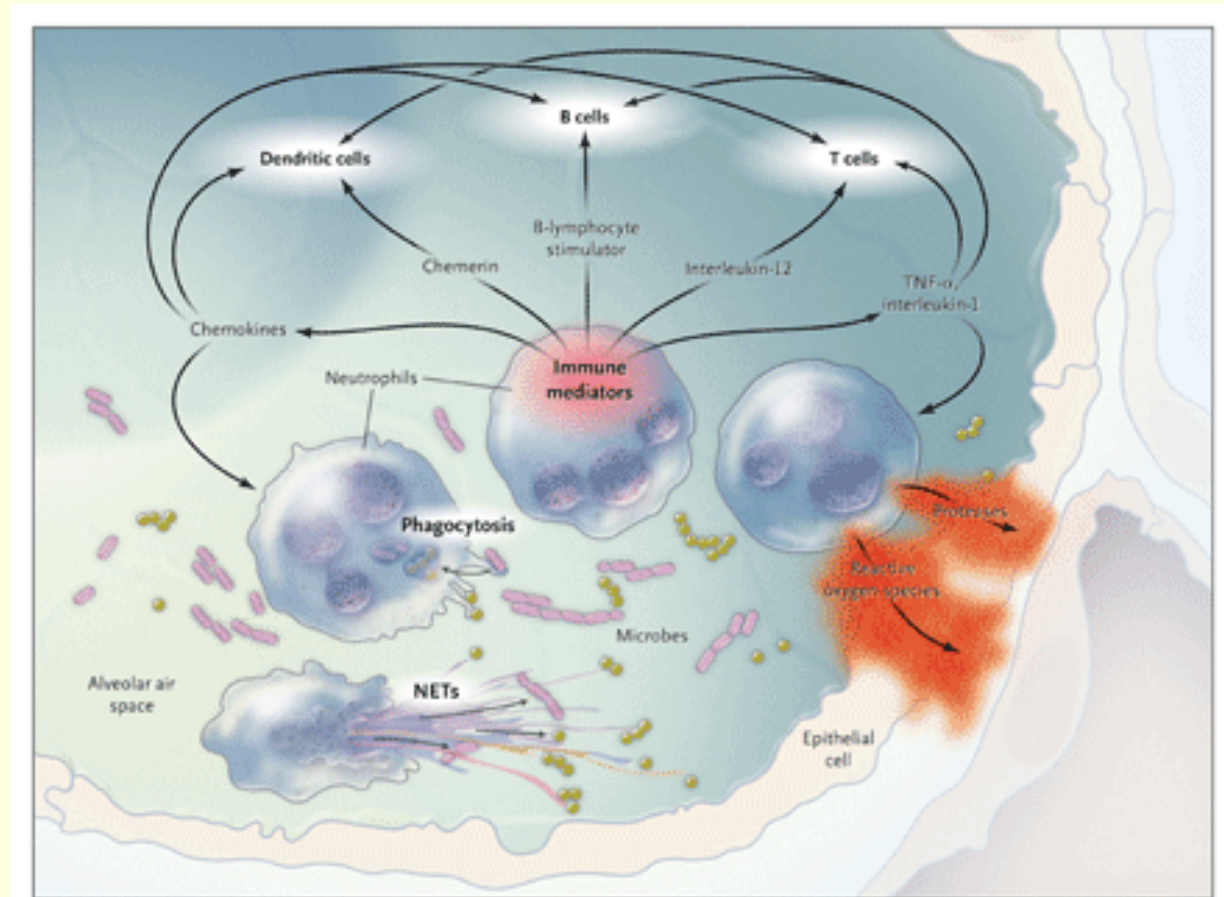
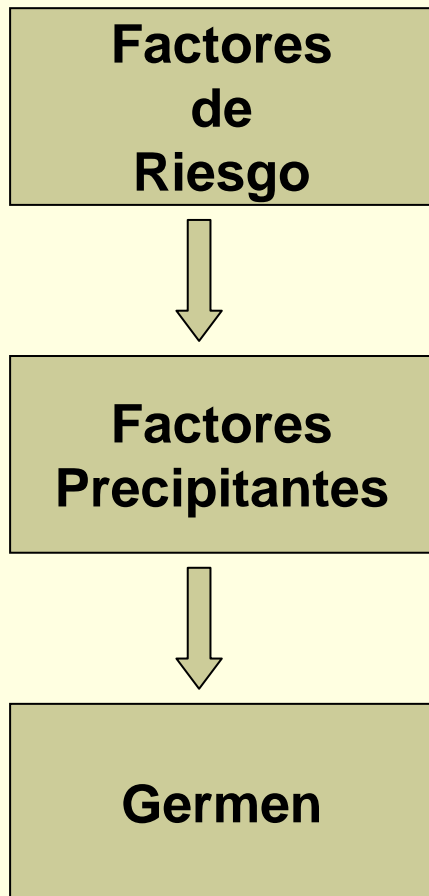
# Otras causas de fiebre e infiltrados pulmonares

---

- Edema pulmonar.
- Infarto pulmonar
- Distres respiratorio.
- Hemorragia pulmonar.
- Cáncer pulmonar.
- Neumonitis por radiación.
- Neumonitis tóxica.
- Alveolitis alérgica extrínseca.
- Vasculitis pulmonar.
- Eosinofilia pulmonar.
- Bronquiolitis obliterante

# Segunda pregunta

## ¿Cuál es su causa?





# Etiología

## Factores de riesgo

- Edad
- Comorbilidad
- Tabaquismo >20cig/día
- Alcoholismo
- Riesgo de aspiración
- Geografía
- Clima
- Ocupación – Contacto
- Demencia
- Desnutrición
- Esplenectomía

## Factores precipitantes

- Sepsis de vías altas
- Gripe
- Humedad
- Exposición al frío

# Germen causal

- Se logra en 50% - 75% de los pacientes en condiciones ideales de investigación.
- Nunca debe retrasar el inicio del tratamiento.
- ¿Esputo?
- ¿Hemocultivo?
- ¿Líquido pleural?

# NAC que ingresa en el hospital

- Dos hemocultivos antes del inicio del antibiótico para aerobios y anaerobios
- Antígenos urinarios de *S. pneumoniae* y *Legionella* de estar disponibles.
- Si derrame pleural, Gram, cultivo para aerobios y anaerobios del líquido pleural.
- Si sospecha clínica de tuberculosis, tinción de Ziehl y cultivo para micobacterias en esputo

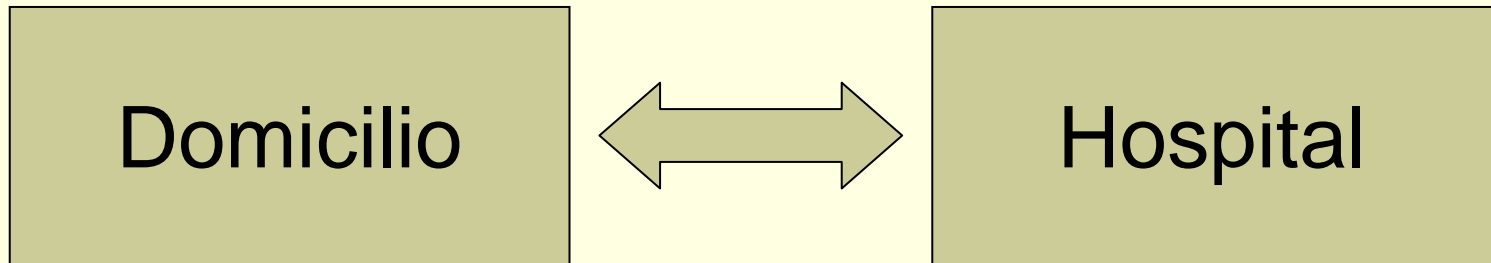
# NAC que ingresa en UCI

- Gram y cultivo de esputo antes de iniciar el antibiótico.
- Dos hemocultivos para aerobios y anaerobios antes de iniciar el antibiótico
- Si derrame pleural, Gram, cultivo aerobio y anaerobio.
- Si sospecha de TB, tinción y cultivo específico.
- Valorar broncoscopia flexible con cepillado bronquial y/o lavado broncoalveolar o bien cultivo cuantitativo del aspirado traqueal en recién intubados.
- Como alternativa PAAF transtorácica (en no intubados)

# Tercera pregunta

---

¿En cuál escenario será manejado el paciente?



# Criterios de ingreso

- Edad mayor de 65.
- Enfermedad de base descompensada o severa.
- Hipotensión.
- Frecuencia respiratoria mayor de 35 por minuto.
- Taquicardia por encima de 125 latidos por minuto.
- Estado confusional.
- Temperatura bajo los 35 o por encima de los 40 grados Celsius.
- Complicaciones extrapulmonares.

# Criterios de ingreso

- Hipoxemia bajo 60 mm Hg.
- Hipercapnia sobre los 50 mm Hg.
- ph bajo los 7,35.
- Hematocrito bajo 30 %
- Elevación de azoados.
- Leucopenia o reacción leucemoide.
- Radiografía con: afectación de más de un lóbulo, cavitación, pleuresía.

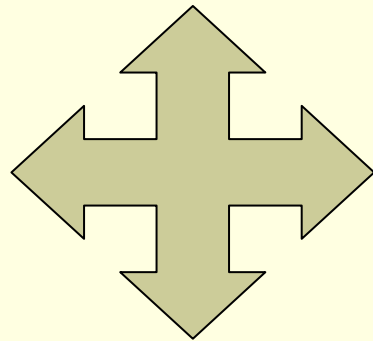
<b>Inicial</b>	<b>Descripción</b>
<b>C</b>	<b>C</b> onfusión. Desorientación temporoespacial
<b>U</b>	<b>U</b> rea sérica > 7 mmol/L
<b>R</b>	Frecuencia <b>R</b> espiratoria ( <b>R</b> espiratory Rate) $\geq$ 30/min
<b>B</b>	Hipotensión arterial (Low <b>B</b> lood Pressure) Presión arterial diastólica $\leq$ 60 mmHg o Presión arterial sistólica < 90 mmHg
<b>65</b>	Edad $\geq$ <b>65</b> años



# ¿Qué tratamiento elegir?

- Probabilidades de resistencia

- Sospecha etiológica



- Factores de riesgo de mortalidad

- Farmacología

# Adultos sanos sin factores de riesgo

- S. pneumoniae
- M. pneumoniae
- H. influenzae
- C. pneumoniae
- Virus respiratorios.

- **Azitromicina** o  
Claritromicina
- **Amoxicillin**
- **Penicilina G**
- **Cefuroxima**
- Doxiciclina

# Adultos mayores de 65 años o con comorbilidad

- S. pneumoniae
- M. pneumoniae
- H. influenzae
- C. pneumoniae
- Virus respiratorios.

- **Amoxicillin/clavulánico**  
(10-15 días)  
**(Cefuroxime**  
cefopodoxime, cefprozil)

- Fluoroquinolona  
respiratoria sola (10 días)

**¿Macrólidos?**

# EPOC sin criterio de ingreso.

- Virus (rinovirus)
- S. pneumoniae
- B catarrhalis
- H. influenzae

1. **Azitromicina.**
2. **Doxiciclina**
3. **Amoxicilina**

# Paciente con criterio de ingreso en sala abierta

S. pneumoniae  
M. pneumoniae  
C. pneumoniae  
H. influenzae  
Legionella spp  
Virus respiratorios  
Bacilos Gram –



# Paciente con criterio de ingreso en sala abierta

- Fluoroquinolona respiratoria

- **Azitromicina**

- **Amoxicillin**

- **Cefuroxime**

- **Ceftriaxone**

- **Penicilina G +**

- **Sulfaprim**

- 

- **Aminoglucósido**

# EPOC más uso reciente de esteroides, de antibiótico o con otro criterio de ingreso.

- S. pneumoniae
- M catarrhalis
- H. influenzae

1. **Azitromicina** más

**Amoxicilina** o

Cef. 2da generación:

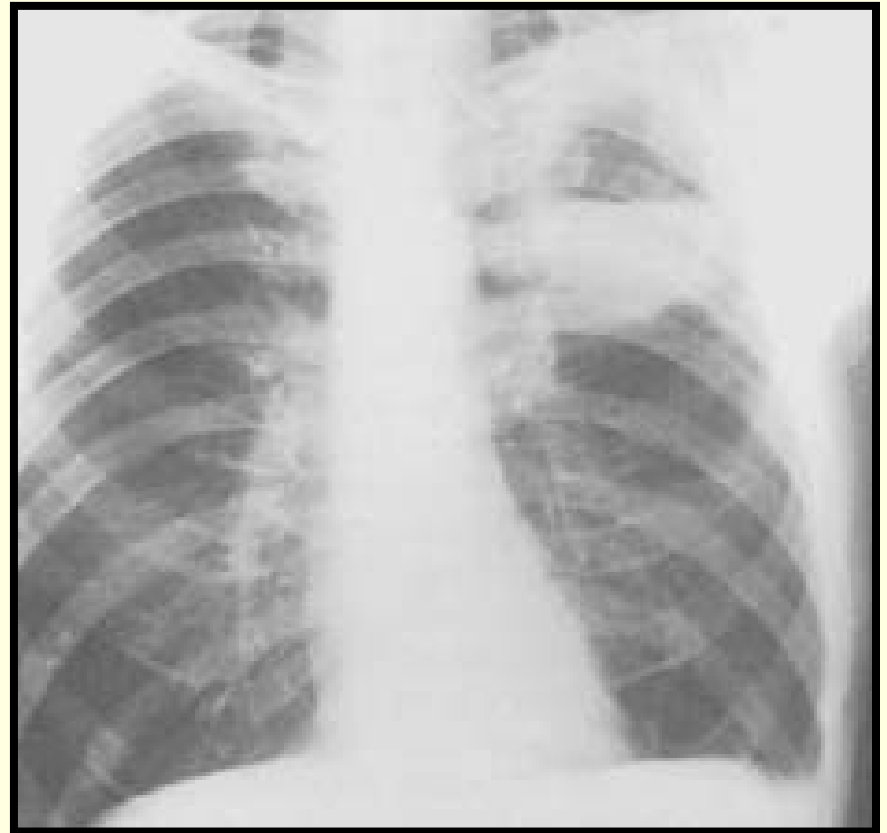
**Cefuroxima**

2. **Fluoroquinolona**

respiratoria

# Sospecha de aspiración.

1. Clíndamicina más  
Cefalosporina o  
Amoxicilina
2. Amoxicilina con  
ácido clavulánico





# ¿Por qué no hay respuesta?

- ¿YA TENEMOS UN GERMEN?
- Fallo del tratamiento no antibiótico.
- Resistencia bacteriana.
- Falta de acceso al germen.
- Complicación.
- Causa no infecciosa.

# Problemas

- Diagnóstico positivo de NAC.
- Correlación clínico patológica.
- Etiologías mixtas.
- Índices pronósticos.
- Mapeo etiológico por área y subgrupo clínico epidemiológico.
- Guía de manejo
- Macrólidos en NAC