



Neumonías comunitarias graves del adulto inmunocompetente

F. Philippart, C. Bruel, C. Grégoire, B. Misset

Las neumonías agudas comunitarias (NAC) son patologías infecciosas respiratorias frecuentes y potencialmente graves, no sólo por la virulencia del agente patógeno responsable, sino también por la fragilidad del paciente. La gravedad de la lesión debe evaluarse de forma sistemática para orientar e instaurar el tratamiento más apropiado. Las escalas de gravedad, como la escala de Fine, la de American Thoracic Society (ATS) o incluso la de British Thoracic Society (CURB-65), puede facilitar esta evaluación. Si se decide hospitalizar al paciente, lo mejor sería obtener una documentación microbiológica mediante la toma de muestras del foco infeccioso, hemocultivos y la búsqueda de antígenos solubles urinarios. En función del contexto o del cuadro clínico puede solicitarse la detección de antígenos de Legionella pneumophila y, en las formas graves, la de Streptococcus pneumoniae. Los agentes patógenos responsables de las formas graves no son distintos a los de las otras neumonías comunitarias. Entre las bacterias de mayor incidencia en este contexto se destacan S. pneumoniae, Haemophilus influenzae, Klebsiella pneumoniae, L. pneumophila e incluso Staphylococcus aureus. La presencia de enterobacterias y de Pseudomonas aeruginosa es más común en caso de patología bronquial crónica. Todos los pacientes requieren un tratamiento antibiótico urgente que debe cubrir S. pneumoniae de forma sistemática y se recomienda una biterapia inicial. En este contexto, el antibiótico de elección es una cefalosporina de tercera generación, y el segundo antibiótico puede ser un macrólido. En presencia de factores de riesgo de infección por P. aeruginosa, el espectro del antibiótico escogido no debe excluir S. pneumoniae.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Neumonía aguda comunitaria; Dificultad respiratoria; Infección grave; Sepsis grave; Shock séptico; *Streptococcus pneumoniae*

Plan

■ Introducción	1
■ Definición de la neumonía aguda comunitaria grave	1
Definición de la neumonía aguda comunitaria	1
Identificar la neumonía aguda comunitaria grave	2
■ Epidemiología	5
Epidemiología clínica	5
Epidemiología microbiológica	5
■ Tratamiento	6
Tratamiento antibiótico de las neumonías agudas comunitarias graves	6
Tratamientos adyuvantes de las neumonías agudas comunitarias graves	7
Instauración de estos tratamientos	8
■ Conclusión	8

■ Introducción

La neumonía aguda comunitaria (NAC) del paciente inmunocompetente es una patología muy frecuente y

sumamente proteiforme. La gravedad potencial de esta afección implica una mortalidad considerable. El reconocimiento de la gravedad de la neumonía comunitaria es un elemento principal de la conducta terapéutica. Esta evaluación permite decidir si se ha de hospitalizar o no al paciente y la intensidad de la búsqueda microbiológica, así como el tratamiento antibiótico y adyuvante.

■ Definición de la neumonía aguda comunitaria grave

Definición de la neumonía aguda comunitaria

La neumonía es una entidad nosológica de definición patológica. La infección del parénquima pulmonar es producto de una invasión de los espacios alveolares por agentes patógenos y de la respuesta inflamatoria que conduce a un infiltrado de células inmunitarias, en su gran mayoría neutrófilos. Debido a que la clínica no es suficiente para formular el diagnóstico de certeza de una neumonía, lo usual es recurrir a una definición clínica y

radiológica^[1,2]. En la práctica, al diagnóstico de neumonía se llega por la asociación de un síndrome inflamatorio (caracterizado por fiebre de intensidad variable), semiología de las vías respiratorias inferiores (disnea, tos, en ocasiones broncorrea purulenta, dolor torácico lateralizado), un posible foco de crepitantes, incluso un soplo tubario en las formas bien definidas y una opacidad reciente en la radiografía de tórax^[2-5]. La influencia de las pruebas de laboratorio para la detección de un síndrome inflamatorio sería menor^[4].

Aparte de la radiografía de tórax, para precisar el estado del parénquima pulmonar se dispone de otros métodos de estudio por imagen, sobre todo la tomografía computarizada (TC) torácica. Sin embargo, su incidencia real en el diagnóstico de las NAC es incierta. De momento no sería sistemático el uso de la TC para el diagnóstico^[2,3,6] ni para la evaluación de la gravedad^[3,6-11] de la NAC del paciente inmunocompetente. La TC podría ser interesante para mejorar la sensibilidad diagnóstica si hay dudas respecto al origen del cuadro respiratorio^[2,12], sobre todo en pacientes en los que la radiografía de tórax no proporciona datos concluyentes y la presunción clínica es fuerte^[2]. Así, por ejemplo, las recomendaciones francesas señalan que la TC sin inyección «es útil en las situaciones difíciles»^[4]. Sin embargo, el alcance de estas afirmaciones es muy incierto^[3,13]. También es provechosa para la búsqueda de diagnósticos diferenciales, sobre todo con la angiografía computarizada (angio-TC) en situaciones de incertidumbre^[4]. En cambio, la TC sería interesante, en ausencia de una mejoría rápida, para investigar la causa de la persistencia del proceso inflamatorio y de las posibles complicaciones infecciosas^[13]. Por último, una situación particular que no se tratará aquí está representada por las infecciones respiratorias bajas en pacientes inmunodeprimidos, en los que el lugar de la TC está mucho mejor definido^[2].

Después de establecer el diagnóstico de neumonía aguda, se plantea el problema de la evaluación de su gravedad y del ámbito adecuado para su tratamiento. La evaluación de la gravedad es también fundamental para decidir el tratamiento antibiótico empírico.

No existe una definición consensuada de la gravedad de las NAC^[2,3,14]. Suele considerarse que la gravedad de la patología corresponde al riesgo de una evolución desfavorable o de complicaciones de la neumonía. Podría decirse que hay tres niveles de gravedad: la insuficiencia respiratoria, la insuficiencia visceral dependiente de la intensidad de la sepsis y la gravedad vinculada a las características del paciente, sobre todo a la presencia de comorbilidades^[15].

Los pacientes graves son entonces los que necesitan una vigilancia más estricta^[6], incluso aquéllos en los que una intensificación terapéutica es indispensable^[15]. Dicho de otro modo, todos los pacientes cuyo tratamiento en una unidad de cuidados intensivos (UCI) es fundamental^[16]. Esta definición, que tiene la enorme ventaja de ser pragmática, es contextual porque incluye el ámbito físico de tratamiento como un criterio de definición de la gravedad^[14]. Este carácter contextual es también su mayor debilidad, ya que por esto mismo no ofrece alternativas en cuanto al lugar de tratamiento. Entre los elementos de gravedad que pueden inducir el traslado del paciente, las comorbilidades ocupan un lugar central, en particular en lo que se refiere a las afecciones neurológicas, cardíacas y renales que implican un muy alto riesgo de mortalidad^[1]. La edad es otro factor principal, aun cuando su implicación exacta es incierta^[1,14]. Hay otras definiciones que tienen en cuenta la necesidad de administrar catecolaminas, de instaurar una ventilación mecánica o de trasladar al paciente a la UCI^[7]. Por último, la gravedad de la NAC puede definirse por la puntuación elevada de una escala de gravedad.

Por lo tanto, en función de los estudios y de las circunstancias, la neumonía grave puede definirse por la presencia de signos de gravedad (gravedad inmediata), de

elementos de gravedad (gravedad potencial), de escalas de gravedad o, de forma más general, por el lugar en que se ha de efectuar el tratamiento. Este último elemento depende del criterio del médico clínico y, por tanto, de la síntesis de los elementos precedentes.

Identificar la neumonía aguda comunitaria grave

Para adoptar una conducta terapéutica de la forma más precoz posible es necesario identificar con rapidez la gravedad potencial de las NAC^[17]. Algunos parámetros le permiten al médico clínico decidir dónde efectuar el tratamiento. Los indicadores son de dos órdenes: los elementos clínicos y de laboratorio inmediatamente disponibles y las escalas.

Parámetros clínicos

Los indicadores clínicos permiten poner de manifiesto una gravedad inmediata, e incluso predecir el riesgo de hospitalización en la UCI durante la evolución. Así, la presencia de signos de dificultad respiratoria (muy en particular la frecuencia respiratoria, que es uno de los mejores marcadores de la gravedad del compromiso respiratorio)^[12,18], de insuficiencia hemodinámica^[18] y renal^[18] o los trastornos de la vigilancia que acompañan al proceso infeccioso respiratorio tornan indiscutible la necesidad de un tratamiento inmediato e intensivo. De forma similar, la existencia de alteraciones importantes de la hematosi^[12], la presencia de leucopenia^[12] o de otros argumentos a favor de una sepsis grave, incluso de un shock séptico, permiten establecer la gravedad del cuadro^[3].

La búsqueda de elementos asociados con un aumento del riesgo de mortalidad debe ser sistemática. Los factores de riesgo potencial están intrincados con los factores objetivos de riesgo inmediato. El análisis exhaustivo de las publicaciones revela la influencia de la edad, las comorbilidades (neoplasia, diabetes, hepatopatía crónica) y el número de éstas^[19]. Algunos signos (trastornos de la vigilancia, signos de sepsis grave, taquipnea, hipotermia), síntomas o resultados de pruebas complementarias (hipoxemia, insuficiencia renal, leucopenia, opacidades bilaterales, bilobulares o evolutivas en la radiografía de tórax) se asocian también a un aumento del riesgo de mortalidad de la NAC^[1,12,19-21].

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) ocupa un lugar muy especial debido a su frecuencia en este contexto. Las NAC en pacientes con EPOC que necesitan hospitalización se observan principalmente en ancianos, fumadores o con una insuficiencia cardíaca conocida^[20]. La EPOC se asocia a una mayor necesidad de ventilación mecánica^[20], a un riesgo más elevado de tratamiento antibiótico probabilista inadecuado y a un aumento del riesgo de mortalidad^[19,20].

Deben tenerse en cuenta igualmente otros elementos anamnésicos, como los datos referidos al paciente (domicilio, autonomía) y su probable observancia terapéutica^[3], que pueden motivar la hospitalización a efectos de mejorar la calidad del tratamiento.

También se ha evaluado el valor pronóstico de los marcadores biológicos de inflamación. Entre éstos, la que más se ha estudiado es la procalcitonina (PCT). Su determinación inicial permitiría evaluar el riesgo de complicación y hasta de mortalidad en los pacientes ingresados en la UCI^[22]. Su valor pronóstico sería casi idéntico al de la escala Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) II^[23]. En un estudio de Genetic and Inflammatory Markers of Sepsis (GenIMS), la PCT sola tenía muy poco efecto sobre la determinación pronóstica^[7,24]. La utilidad de la PCT en las neumonías comunitarias residiría básicamente en la posibilidad de identificar el origen bacteriano de la infección y en la menor duración

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2756596>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2756596>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)