

# Neumonía aguda extrahospitalaria

E. Catherinot, E. Rivaud, C. Bron, L.-J. Couderc

*La neumonía aguda extrahospitalaria sigue estando asociada a una elevada morbimortalidad. Durante estos últimos años, y gracias al desarrollo de técnicas de biología molecular, se han realizado importantes progresos en los métodos diagnósticos. Estas técnicas permiten mejorar la detección de bacterias atípicas y de virus respiratorios estacionales. Han permitido asimismo subrayar el lugar de los virus respiratorios en su aparición. El protocolo terapéutico se basa siempre en la instauración precoz de una antibioticoterapia que casi siempre es empírica. Las recomendaciones europeas para el tratamiento de las neumonías extrahospitalarias han sido puestas al día en 2011, como también lo han sido recientemente las pautas vacunales frente al neumococo. En este artículo, se resumen las etiologías de las neumonías, su diagnóstico, las escalas que permiten evaluar su gravedad y orientar el tratamiento del paciente, los datos sobre la sensibilidad a los antibióticos y las recomendaciones terapéuticas resultantes, así como las estrategias de prevención.*

© 2016 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** *Streptococcus pneumoniae*; Virus respiratorios; Vacunación; Antibioticoterapia; Escalas de gravedad; Procalcitonina

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
■ <b>Fisiopatología y factores de riesgo</b>	1
■ <b>Etiología: patógenos responsables de neumonías agudas extrahospitalarias</b>	2
■ <b>Diagnóstico de la neumonía extrahospitalaria</b>	2
Diagnóstico positivo	2
Diagnóstico microbiológico	3
■ <b>Protocolo terapéutico</b>	4
Cuándo se debe hospitalizar	4
Qué paciente debe ir a reanimación	4
Qué antibióticos son activos frente a las bacterias respiratorias	5
Principios del tratamiento antibiótico	6
Reevaluación y duración del tratamiento	7
■ <b>Prevención de las infecciones respiratorias bajas</b>	7
Vacunación	8
Cuidados dentales	9
■ <b>Conclusión</b>	9

## ■ Introducción

La neumonía aguda extrahospitalaria (NAE) es un problema muy importante de salud pública. En 2011, seguía siendo la primera causa de mortalidad por enfermedad infecciosa y la tercera causa en el mundo con independencia de las causas que la generan; es responsable de 3,2 millones de muertes (6,7%), la mayor

parte de las cuales se producen en países con bajos recursos económicos (datos de la Organización Mundial de la Salud [OMS]). En los países de renta alta, provoca 350.000 muertes al año (3,8% de ellas con independencia de las causas) y representa la quinta causa de mortalidad. En Francia, un estudio del Centre de Recherche, d'Études et de Documentation en Economie de la Santé, realizado en 1992, contabilizó 10 millones de pacientes aquejados de infecciones respiratorias bajas, de las cuales 800.000 eran neumonías (8%). Entre un 15-20% fueron hospitalizados. La mortalidad estimada para las formas menos graves fue del 0,5-3%, del 7-15% para los pacientes hospitalizados, y alcanzaba el 36% en reanimación según los estudios estadounidenses y europeos [1]. Estos datos epidemiológicos muestran la importancia de un tratamiento óptimo en esta afección. A continuación, se abordarán sucesivamente su fisiopatología, etiologías, diagnóstico, tratamiento, así como su prevención.

## ■ Fisiopatología y factores de riesgo

Las defensas locales de las vías aéreas tienen dos componentes: un componente mecánico que permite evitar broncoaspiraciones y expulsar las partículas inhaladas (nasofaringe, escalador mucociliar) y un componente celular inespecífico (macrófagos alveolares, polimorfonucleares neutrófilos) o específico (inmunidad humoral o celular). Aunque un 50% de los adultos sanos inhala pequeñas cantidades de secreciones orofaríngeas durante la noche [2], la escasa cantidad de bacterias patógenas presentes en las secreciones

faríngeas normales y los mecanismos de defensa locales (tos, aclaramiento mucociliar, sistema inmunitario) eliminan estos agentes antes de que se desarrolle una infección.

Los principales factores de riesgo de las neumonías son:

- la existencia de broncoaspiraciones (por trastornos de la conciencia o de la deglución). Así, en los pacientes que han sufrido un accidente vascular cerebral y que han sido sometidos a una evaluación de su deglución, existe una marcada correlación entre el volumen de las inhalaciones y el desarrollo de una neumonía [3];
- una disminución de las defensas locales (tabaquismo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], insuficiencia cardíaca) [4];
- una disminución de las defensas generales (desnutrición, diabetes no compensada, esplenectomía, insuficiencia renal crónica, cirrosis, déficit inmunitario primitivo o secundario que altera la respuesta humoral o la función de los polimorfonucleares neutrófilos).

Los ancianos también son una población de riesgo de neumonía. Un estudio finlandés ha mostrado que, por cada año después de los 65 años, el riesgo de padecer una neumonía se multiplicaba por un factor de 1,07 [5]. Así, los pacientes ancianos acumulan varios factores de riesgo. El sistema inmunitario envejece, los trastornos de deglución son frecuentes y la hiposalivación inducida por los medicamentos (antidepresivos, antiparkinsonianos, diuréticos, antihipertensores o antihistamínicos) y las afecciones periodontales favorecen la colonización de bacterias patógenas. Por último, las comorbilidades que aumentan el riesgo de neumonía como consecuencia de una disminución de las defensas locales o generales son también más frecuentes con la edad.

## ■ Etiología: patógenos responsables de neumonías agudas extrahospitalarias

La etiología de las NAE ha sido objeto de numerosos estudios que difieren, además de por los métodos diagnósticos utilizados, por las comorbilidades de los pacientes, la zona geográfica del estudio, así como por la gravedad de las neumonías [6]. La etiología de la neumonía sólo se identifica en un 33-50% de los casos.

Aunque son muchos los agentes infecciosos que pueden provocar una neumonía, tan sólo unos pocos causan la mayoría de las infecciones: *Streptococcus (S.) pneumoniae*, *Haemophilus (H.) influenzae*, *Staphylococcus (S.) aureus*, *Chlamydia (C.) pneumoniae*, enterobacterias, *Pseudomonas (P.) aeruginosa*, *Legionella (L.) pneumophila*, los virus gripales y el virus respiratorio sincitial (VRS). *S. pneumoniae* es la etiología más frecuente en todos los estudios. Las infecciones polimicrobianas no son infrecuentes, ya que están presentes en un 5-10% de los pacientes con identificación microbiológica [7-9]. Algunas bacterias se asocian a situaciones clínicas particulares: las bacterias anaerobias en pacientes que presentan trastornos de la deglución o una dentadura en mal estado; *H. influenzae* en los pacientes con EPOC; *Klebsiella pneumoniae* en los cuadros de etilismo crónico [4]. Entre las bacterias atípicas, *Mycoplasma (M.) pneumoniae* y *C. pneumoniae* se suelen identificar en pacientes sin comorbilidad ni signo alguno de gravedad, mientras que *L. pneumophila* se aísla principalmente en pacientes hospitalizados y sobre todo en los ingresados en reanimación. Entre las bacterias piógenas, aparte de *S. pneumoniae*, *S. aureus* y los bacilos gramnegativos, también suelen estar presentes en pacientes ingresados en reanimación [4, 10, 11]. Algunas cepas de *S. aureus*, descritas con regularidad desde 2002, tienen la particularidad de ser secretoras de la leucocidina de Pantón-Valentine y casi siempre son resistentes a la meticilina [12]. Se observan con mayor frecuencia en pacientes jóvenes y después de una gripe. El cuadro clínico consiste en una neumonía necrosante grave, con una afectación parenquimatosa que se extiende con rapidez, hemoptisis y una leucopenia asociada, cuya mortalidad oscila entre el 50-60%.

Aparte de estas neumonías bacterianas, varios estudios recientes muestran que los virus respiratorios son, junto con el neuro-

coco, los patógenos más frecuentemente identificados (aislados en un 15-23% de los pacientes), y que antes estaban infravalorados por carecer de técnicas diagnósticas simples [6]. En un gran estudio multicéntrico reciente, que incluía 2.483 pacientes hospitalizados por NAE en Estados Unidos, los virus respiratorios eran los patógenos aislados con más frecuencia, con una incidencia del 25% ( $n=597$ ; rinovirus 206, gripe 125, metaneumovirus 87, VRS 66, *parainfluenza* 58, coronavirus 57) frente a un 13% de aislamientos de bacterias (*S. pneumoniae*, 4,7%) (estudio EPIC, Centro para el Control de Enfermedades [CDC], Atlanta, congreso de la American Thoracic Society, Filadelfia, 2013).

El papel patógeno del virus, directamente causante de la neumonía o por medio de una sobreinfección bacteriana no identificada, sigue siendo controvertido. Sin embargo, en el estudio EPIC, la concentración media de procalcitonina (pCT), disponible en 1.866 pacientes, era más baja en las neumonías virales (0,09 ng/ml) que en las neumonías bacterianas por piógenos (2,11 ng/ml) o que cuando se identificaba una bacteria atípica (0,20 ng/ml). Por tanto, la concentración observada de pCT en una amplia proporción de pacientes era baja, hecho explicable en parte por la etiología viral de la neumonía.

## ■ Diagnóstico de la neumonía extrahospitalaria

### Diagnóstico positivo

En la literatura anglosajona, la bronquitis aguda y la neumonía extrahospitalaria a menudo se reúnen bajo el término de infección respiratoria baja (IRB) extrahospitalaria. Este cuadro está definido por una tos más o menos productiva, al menos un signo funcional o físico característico de una afección respiratoria baja (disnea, dolor torácico, sibilancias, signos auscultatorios recientes focales o difusos) y al menos un signo sistémico que evoque una infección (fiebre, sudoración, cefaleas, mialgias, artralgias, dolor de garganta o catarro). Sin embargo, como la bronquitis aguda y la neumonía extrahospitalaria no tienen ni el mismo pronóstico ni el mismo tratamiento, es muy importante buscar síntomas, signos o índices que diferencien estas dos afecciones. Metlay y Fine han resumido los datos de cuatro estudios sobre este tema que ha supuesto una relectura independiente de la radiografía de tórax y el cálculo de la razones de verosimilitud positiva (RVP) y negativa (RVN) de cada síntoma para poder determinar una probabilidad final de NAE [13]. De esta forma, estos autores encuentran que la probabilidad de neumonía en un paciente ambulatorio es inferior al 1% si la frecuencia respiratoria es inferior a 30, la frecuencia cardíaca inferior a 100 y la temperatura inferior a 37,8 °C. En cambio, si el paciente tiene fiebre, taquicardia y existen crepitantes, la probabilidad de neumonía se sitúa entre el 18-42%. No obstante, es necesario señalar que la sintomatología también se modifica de acuerdo con la situación clínica del huésped. Los pacientes mayores de 65 años que padecen una neumonía presentan menos síntomas que los más jóvenes. La fiebre, los escalofríos y el dolor pleural suelen estar ausentes. La polipnea y la taquicardia pueden ser los únicos signos que evoquen la afección respiratoria. Cuanto mayor es el paciente y más debilitado está, menos síntomas clásicos presenta. En cambio, los síntomas atípicos, como el síndrome confusional y las caídas, son frecuentes.

En definitiva, la ausencia de cualquier signo de gravedad y de cualquier anomalía en la auscultación reduce lo suficiente la probabilidad de neumonía como para que no sean necesarias otras pruebas. En cambio, se debe realizar una radiografía cuando los datos clínicos son poco evocadores del diagnóstico de neumonía, pero la situación clínica (edad > 75 años, vida en una residencia para mayores, comorbilidad) expone a una semiología engañosa y al riesgo potencial de evolución complicada. La radiografía torácica (de frente y de perfil en posición de pie) sigue siendo hoy en día la prueba de referencia para el diagnóstico de neumonía exigida en cualquier estudio. Hay que destacar que puede ser difícil obtener una placa de calidad, que la interpretación es delicada en caso de insuficiencia cardíaca o de afección pulmonar preexistente (EPOC, secuelas de tuberculosis, dilatación de los bronquios

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465270>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465270>

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