

Neumonía aspirativa

Jordi Almirall, Mateu Cabré y Pere Clavé

Hospital de Mataró. Consorci Sanitari del Maresme. Mataró. Barcelona. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. España.



La incidencia y prevalencia de la neumonía aspirativa (NA) es poco conocida. Su incremento está en relación con la edad y la patología de base. La patogénesis de la NA supone la coexistencia tanto de factores riesgo que alteren la motilidad orofaríngea y/o gastroesofágica como que favorezcan su colonización.

Los gérmenes más diagnosticados en NA son *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae* y *Streptococcus pneumoniae* cuando la neumonía es extrahospitalaria y bacilos gramnegativos aeróbicos si la neumonía es nosocomial. Cabe resaltar la poca implicación de gérmenes anaeróbicos.

En la elección empírica del antibiótico hay que considerar los gérmenes habituales de la flora orofaríngea. Debería tratarse empíricamente con antianaeróbicos sólo a pacientes seleccionados.

La posibilidad de practicar una exploración de la deglución mediante videofluoroscopia permite diagnosticar aspiraciones silentes y seleccionar el tratamiento en función de la gravedad de las alteraciones de cada paciente. El tratamiento de los pacientes con disfagia orofaríngea es coste-efectivo y ocasiona una importante reducción de la morbilidad de los pacientes.

Palabras clave: Neumonía aspirativa. Disfagia. Microbiología. Videofluoroscopia. Factores de riesgo modificables. Prevención.

Aspiration pneumonia

The incidence and the prevalence of aspiration pneumonia (AP) in the community is poorly defined. It increases in direct relation with age and underlying diseases. The pathogenesis of AP presumes the contribution of risk factors that alter swallowing function and predispose the oropharyngeal and gastric region to bacterial colonization.

The microbial etiology of AP involves *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae* and *Streptococcus pneumoniae* for community-acquired aspiration pneumonia and Gram-negative aerobic bacilli in nosocomial pneumonia. It is worth bearing in mind the relative unimportance of anaerobic bacteria in AP.

When we choose the empirical antibiotic treatment we have to consider some pathogens identified in oropharyngeal flora. Empirical treatment with antianaerobics should only be used in certain patients. Videofluoroscopic swallowing studies should be used to determine the nature and extent of any swallow disorder and to rule out silent aspiration. Assessment of swallowing disorders is cost-effective and results in a significant reduction in overall morbidity and mortality.

Key words: Aspiration pneumonia. Dysphagia. Microbiology. Videofluoroscopy. Modifiable risk factors. Preventive strategies.

Hablamos de neumonía aspirativa (NA) cuando hay evidencia radiológica de condensación pulmonar causada por el paso al árbol traqueobronquial de una cantidad importante de secreciones contaminadas por bacterias patógenas, ya sean orofaríngeas o del aparato digestivo alto, en pacientes

con alteraciones de la motilidad orofaríngea o gastroesofágica¹. La aspiración de secreciones orofaríngeas suele producirse en pacientes con disfagia orofaríngea, mientras que la aspiración de secreciones gastroesofágicas se produce en pacientes que presentan vómitos, regurgitación o reflujo gastroesofágico. De hecho, si bien se ha comprobado aspiración durante el sueño en personas sanas², en pacientes con disminución del nivel de conciencia o en sujetos normales que roncan³, ello carece de repercusión patológica, a menos que haya alteración en alguno de los mecanismos de defensa mecánicos o inmunológicos y/o porque el material aspirado sea lo suficientemente importante.

Por otro lado, probablemente existe un porcentaje nada despreciable de NA no interpretadas como tales⁴, causadas por aspiraciones silentes, que no se acompañan de tos, que pueden pasar inadvertidas para el clínico^{1,5,6} y que posiblemente podrían explicar una mayor incidencia de NA en ancianos⁷. En este sentido, Kikuchi et al⁸ han demostrado, mediante tomografía computarizada realizada durante el sueño, que hay una mayor incidencia de neumonía en los ancianos que aspiran respecto a los que no lo hacen.

La localización de la afectación radiológica vendrá determinada por la posición física del paciente en el momento de la aspiración. Si se halla en bipedestación o medio incorporado, la afectación predominará en el segmento basal de los lóbulos inferiores y, si se halla en decúbito, será el segmento posterior del lóbulo superior derecho y/o el segmento apical del lóbulo inferior derecho el más afectado⁵.

Incidencia y prevalencia de la neumonía aspirativa

Apenas se conoce la incidencia y prevalencia de la NA, ya que en la mayoría de los estudios epidemiológicos de neumonía aquélla se considera un motivo de exclusión. Además, es un proceso claramente infravalorado en nuestro medio, ya que en EE.UU. se describió entre 1992 y 1998 un incremento de un 93,5% en las hospitalizaciones de ancianos con NA, mientras que otras causas de neumonía se mantuvieron estables⁴. En estudios de base poblacional que incluyen a personas ingresadas en residencias asistidas, la NA representa el 1,2% del total de las neumonías adquiridas en la comunidad aparecidas en adultos mayores de 14 años, cuyo porcentaje aumenta con la edad⁹. Si consideramos sólo a pacientes que requieren ingreso por neumonía adquirida en la comunidad, la NA es el origen de un 6% de los casos; la tasa puede llegar a un 10% cuando la edad es superior a 80 años¹⁰, y la mortalidad durante el ingreso puede ser del 34%¹¹. Sin embargo, son los ancianos institucionalizados, y en especial los denominados «frágiles», los que presentan mayor riesgo de neumonía, ya que se ha observado una incidencia 10 veces superior al compararlos con población anciana no institucionalizada¹², acompañada además de una mayor mortalidad¹³. Tanto es así que la NA supone la principal causa de muerte en los pacientes con trastornos neurológicos y disfunción deglucional¹⁵. Es la causa más frecuente de mortalidad durante el primer año después de un ictus^{3,7} y se ha convertido en la tercera causa de

Estudios clínicos realizados con el apoyo de: Unitat de Reserca de la Fundació Salut del Consorci Sanitari del Maresme (Dr. Mateu Serra-Prat), Fundació Agrupació Mútua, Novartis Consumer Health SA, Fundació Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears, filial del Maresme, FIS PI051554, FIS IF063678-2 y FIS 99/0002-01.

Correspondencia: Dr. J. Almirall.
Unitat de Cures Intensives. Hospital de Mataró.
Ctra. de Cirera, s/n. 08304 Mataró. Barcelona. España.
Correo electrónico: jalmirall@cscdm.cat

Recibido el 27-12-2006; aceptado para su publicación el 22-2-2007.

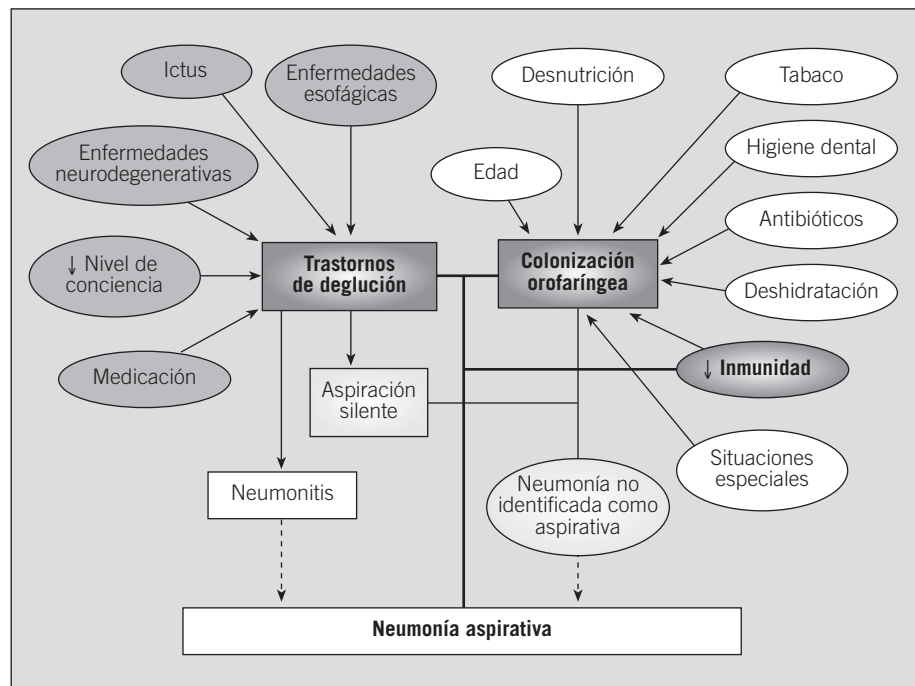


Fig. 1. Factores de riesgo de trastornos de la deglución y de contaminación orofaríngea que influyen en la aparición de neumonía aspirativa.

mortalidad en mayores de 85 años⁷. En pacientes con enfermedades neuromusculares (enfermedad de Parkinson, esclerosis lateral amiotrófica, miastenia gravis, esclerosis múltiple, enfermedad de Alzheimer y traumatismo craneoencefálico, entre otras), la aspiración crónica de secreciones orofaríngeas y la retención de secreciones o neumonía es la principal causa de morbilidad y mortalidad¹⁴⁻¹⁷.

Fisiopatología y factores de riesgo

Para que se produzca la NA es imprescindible que el material aspirado al árbol traqueobronquial esté colonizado por bacterias¹⁸. Si no es así, la aspiración de secreciones estériles puede provocar una neumonitis química⁵, pero no una neumonía. Por tanto, la patogenia de la NA supone la coexistencia de 2 grandes grupos de factores de riesgo (fig. 1): a) factores que favorecen la colonización por gérmenes de las secreciones orofaríngeas o secreciones gastroesofágicas, y b) factores que alteran la motilidad orofaríngea y/o gastroesofágica y permiten la aspiración del contenido orofaríngeo o gastroesofágico al árbol bronquial. En estos casos, la aspiración mezclada con líquidos o sólidos puede suponer la entrada de cantidades superiores a 100 millones de bacterias/ml dentro del árbol bronquial¹⁹.

Factores de riesgo de colonización orofaríngea

Edad. A mayor edad, aumenta la colonización orofaríngea por determinados gérmenes como *Staphylococcus aureus* y bacilos gramnegativos (BGN) aerobios como *Klebsiella pneumoniae* y *Escherichia coli*. Esto se ha asociado a la presencia de comorbilidad, ya sea inmovilización, incontinencia de esfínteres, enfermedad cardiopulmonar crónica o cualquier deterioro clínico²⁰.

Mala higiene dental. La mala higiene de la cavidad bucal aumenta el grado de colonización dental y de la mucosa por gérmenes patógenos respiratorios, lo que supone un reservorio potencialmente infectante en caso de aspiraciones pulmonares¹⁶. Estudios recientes han demostrado la asociación entre mala higiene bucal e infección pulmonar, tanto en pa-

cientes dentados como sin dientes²¹. Además, en pacientes con neumonía se ha observado coincidencia de gérmenes en cultivos de placa dental y de lavado broncoalveolar²².

Desnutrición. Si bien la desnutrición está directamente relacionada con la disfagia, también se ha demostrado que por sí misma, valorada con la concentración de albúmina y/o el índice de masa corporal, puede actuar como factor de riesgo independiente de neumonía^{14,23,24}. Posiblemente pueda deberse a la influencia que tiene la nutrición, en especial el contenido vitamínico, en el sistema inmunitario, aunque se necesitan más estudios con diseño especializado para confirmarlo²⁵.

Tabaquismo. Se ha demostrado que existe una relación directa e independiente entre el consumo de tabaco y la aparición de neumonía^{26,27}, que además desaparece cuando se deja de fumar²⁷, posiblemente debido a que el tabaco altera los mecanismos del sistema de defensa del huésped²⁸ y/o la superficie de la mucosa del aparato respiratorio, ya sea con aumento del número de cilios anormales o alterando la permeabilidad del epitelio; de este modo se debilita el aclaramiento ciliar, lo que favorece la adhesión bacteriana y la consecuente colonización²⁹.

Tratamiento antibiótico. Diversos estudios en pacientes diagnosticados de neumonía adquirida en la comunidad demuestran que el tratamiento antibiótico previo al diagnóstico puede influir en la infección por determinados gérmenes, debido a selección de la flora bacteriana orofaríngea con microorganismos más virulentos³⁰.

Inhaladores y aerosoles. Los aparatos utilizados para administrar tratamientos a pacientes con asma o broncopatía crónica pueden suponer una fuente de contaminación orofaríngea que, a falta de estudios específicos, podría deberse a mala higiene³¹.

Deshidratación. El flujo salival y la deglución desempeñan un papel importante en el mantenimiento de la flora orofaríngea normal, ya que eliminan los BGN. Esto puede estar alterado por falta de ingesta hídrica o poca producción de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3802026>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3802026>

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