

	GUIA DE ATENCION DE LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	Código:
---	--	----------------

GUIA DE ATENCION DE LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

YALI

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Juan Carlos Arriaga Médico	Médicos SSO	Comité Técnico Mónica Carvajal- Gerente
Fecha: Junio de 2012	julio de 2012	agosto de 2012
Versión:00		

	GUIA DE ATENCION DE LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	Código:
---	--	----------------

INTRODUCCIÓN

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es la infección de evolución aguda o sub-aguda que compromete el parénquima pulmonar ocasionado por la invasión de microorganismos adquiridos fuera del ambiente hospitalario. La gravedad de la infección respiratoria varía desde cuadros leves que pueden confundirse con resfriados, bronquitis o infecciones de la vía aérea superior, hasta cuadros graves con elevado riesgo vital que deben ser manejados en unidades especializadas de cuidado intensivo.

La neumonía adquirida en la comunidad del adulto es una patología infecciosa prevalente, se estima que representa el 3-5% de las consultas por enfermedades respiratorias en los servicios de atención primaria (consultorios y servicios de urgencia), y su incidencia va en aumento en nuestro país asociado al envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas (cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca, EPOC, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia renal crónica, diabetes, neoplasias). En Chile, la neumonía es la principal causa de muerte por enfermedades infecciosas y la tercera causa específica de muerte en la población adulta. El aumento de la demanda de recursos de salud, pérdida de productividad de la población adulta y letalidad asociados a esta patología, han determinado que sea considerada un grave problema de salud pública en el ámbito mundial.

En nuestro país, la mortalidad por neumonía ha declinado significativamente a partir de 1999, probablemente debido a la mejoría en las condiciones de acceso a los servicios de salud, el incremento de los recursos humanos y materiales destinados a su manejo durante la Campaña de Invierno, y mayores oportunidades de tratamiento. Por último, la concentración de la mortalidad se ha desplazado al grupo de adultos mayores, contribuyendo a esta tendencia el paulatino envejecimiento de la población asociado a comorbilidad múltiple. La incidencia y mortalidad de la neumonía tienen un claro patrón estacional en nuestro país, concentrándose en los meses de otoño-invierno asociado a la epidemia de infecciones por virus respiratorios.

 E.S.E. HOSPITAL LA MISERICORDIA - YML <i>Una mano amiga... una vida mejor</i>	GUÍA DE ATENCIÓN DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	Código:
--	--	----------------

OBJETIVO DE LA GUÍA

Las siguientes son recomendaciones basadas en evidencia, y de buenas prácticas clínicas para apoyar la labor del equipo médico tanto en los servicios de urgencia como en la atención primaria de salud o medicina general para establecer un diagnóstico precoz (clínico y radiológico), definir la severidad de la neumonía, conducta terapéutica ambulatoria si procede, prevenir las recurrencias y la morbilidad asociada del adulto mayor, permitiendo una adecuada recuperación del estado previo a la neumonía.

	GUIA DE ATENCION DE LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	Código:
---	--	----------------

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

La neumonía comunitaria del adulto es un cuadro de evolución aguda, caracterizado por compromiso del estado general, fiebre, calofríos, tos, expectoración mucopurulenta, dolor torácico y dificultad respiratoria; asociado en el examen físico a alteración de los signos vitales (taquicardia, taquipnea, fiebre) y signos focales en el examen pulmonar (matidez, broncofonía, roncus, crepitaciones).

La probabilidad de un paciente con síntomas respiratorios agudos de tener una neumonía depende de la prevalencia de la enfermedad en el ambiente donde se presenta y de las manifestaciones clínicas del enfermo. Se estima que la prevalencia de neumonía en los servicios de atención ambulatoria corresponde a 3-5% de las consultas por patología respiratoria.

El diagnóstico clínico de neumonía sin confirmación radiográfica carece de precisión ya que el cuadro clínico (historia y examen físico) no permite diferenciar con certeza al paciente con neumonía de otras condiciones respiratorias agudas (Infecciones de la vía aérea superior, bronquitis, influenza). El diagnóstico de neumonía es clínico-radiográfico: la historia y examen físico sugieren la presencia de una infección pulmonar, pero el diagnóstico de certeza se establece cuando se confirma la presencia de infiltrados pulmonares en la radiografía de tórax.

El cuadro clínico y los hallazgos de la radiografía de tórax no permiten predecir con certeza el agente etiológico de la infección pulmonar. La radiografía de tórax permite confirmar el diagnóstico clínico, establecer su localización, extensión y gravedad; además permite diferenciar la neumonía de otras patologías (ver cuadro de diagnóstico diferencial), detectar posibles complicaciones, y puede ser útil en el seguimiento de los pacientes de alto riesgo. La resolución de los infiltrados radiográficos a menudo ocurre varias semanas o meses después de la mejoría clínica, especialmente en el anciano y la neumonía multilobar manejada en la UCI.

El paciente senescente o adulto mayor (mayores de 65 años) suele tener neumonías de presentación atípica que dificultan el diagnóstico y retrasan el inicio de tratamiento, afectando adversamente el pronóstico de los enfermos.

	GUIA DE ATENCION DE LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	Código:
---	--	----------------

Estos pacientes suelen no presentar los síntomas respiratorios clásicos y/o fiebre, consultando por síntomas inespecíficos como decaimiento, anorexia, confusión mental, incontinencia, o descompensación de enfermedades crónicas. Por otra parte, los adultos mayores frecuentemente tienen comorbilidades como insuficiencia cardiaca congestiva, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cuya sintomatología dificulta aún más la pesquisa de los signos clínicos clásicos de la neumonía.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA NEUMONÍA COMUNITARIA DEL ADULTO

- Tuberculosis pulmonar
- Insuficiencia cardiaca congestiva
- Tromboembolismo pulmonar
- Atelectasia pulmonar
- Neumonitis por hipersensibilidad
- Daño pulmonar por drogas
- Daño pulmonar por radioterapia
- Enfermedad pulmonar neoplásica primaria y metastásica
- Linfangiosis carcinomatosa • Neumonía en organización criptogénica (COP)
- Sarcoidosis • Neumonía eosinofílica
- Enfermedad colágeno-vascular: Lupus eritematoso, artritis reumatoidea, granulomatosis de Wegener, síndrome de Churg-Strauss.

	GUIA DE ATENCION DE LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	Código:
---	--	----------------

RECOMENDACIONES:

1. El diagnóstico de neumonía comunitaria es clínico-radiográfico.
2. Con el propósito de racionalizar el uso de la radiografía de tórax en el medio ambulatorio, se recomienda solicitar examen radiográfico en las siguientes circunstancias clínicas:
 - a) Paciente adulto que consulta por tos, expectoración, fiebre y/o dificultad respiratoria aguda, y presenta algún signo focal en el examen pulmonar.
 - b) Paciente mayor de 65 años con compromiso de conciencia, fiebre y/o descompensación de una enfermedad crónica de causa desconocida.
 - c) Paciente con insuficiencia cardíaca, EPOC u otra enfermedad pulmonar crónica, que consulta por síntomas respiratorios y/o fiebre, independientemente de los hallazgos en el examen pulmonar.
 - d) Por otra parte, si un paciente consulta por tos y/o expectoración y no tiene alteraciones en los signos vitales, examen pulmonar y el estado de conciencia, no sería necesario solicitar una radiografía de tórax.
3. La radiografía de tórax frontal y lateral debe ser uno de los exámenes de rutina en el diagnóstico y evaluación de los pacientes con neumonía comunitaria. Permite confirmar el diagnóstico clínico, establecer su localización, extensión y gravedad; además, permite diferenciar la neumonía de otras patologías, detectar posibles complicaciones, y puede ser útil en el seguimiento de los pacientes de alto riesgo. Ocasionalmente nos servirá para evaluar patologías concomitantes que pueden estar facilitando la infección y/o modificando su evolución, como procesos obstructivos bronquiales de origen neoplásico o benigno, enfisema pulmonar, fibrosis, bronquiectasias, etc.

EVALUACIÓN DE LA GRAVEDAD

La evolución del paciente con neumonía comunitaria puede variar entre un cuadro infeccioso banal de bajo riesgo de complicaciones hasta uno de extrema gravedad con riesgo vital.

Se sugiere clasificar a los enfermos en tres categorías de riesgo:

	GUÍA DE ATENCIÓN DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	Código:
---	--	----------------

a) Pacientes de bajo riesgo (mortalidad inferior a 1-2%) susceptibles de tratamiento ambulatorio u hospitalización abreviada.

b) Pacientes de alto riesgo (mortalidad entre 20-30%) que deben ser manejados en el hospital y probablemente en unidades especializadas (Unidad de Intermedio o UCI) con criterios de neumonía grave.

c) Pacientes de riesgo intermedio, con comorbilidad y/o factores de riesgo de evolución complicada y muerte, pero que no es posible clasificar en una categoría precisa. El juicio clínico es esencial para decidir el lugar de manejo y tratamiento del paciente con neumonía comunitaria, especialmente aquellos ubicados en esta categoría de riesgo intermedia.

En el medio ambulatorio, donde no se dispone de exámenes complementarios, se recomienda evaluar la gravedad de los pacientes con neumonía comunitaria considerando las siguientes variables:

- Edad mayor de 65 años.
- Comorbilidad: cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar crónica (EPOC, bronquiectasias), diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular con secuela motora, insuficiencia renal crónica, enfermedad hepática crónica, alcoholismo, neoplasia activa.
- Estado mental alterado: somnolencia, sopor, coma y confusión mental.
- Frecuencia cardíaca ≥ 120 latidos/min.
- Hipotensión arterial (PA < 90/60 mmHg).
- Frecuencia respiratoria ≥ 20 resp/min.
- Temperatura axilar < 35 ó > 40 °C.
- SaO₂ menor de 90% respirando aire ambiente.
- En la radiografía de tórax: compromiso radiográfico multilobar o bilateral, presencia de cavitación o derrame pleural.

	GUIA DE ATENCION DE LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	Código:
---	--	----------------

- Presencia de comorbilidad descompensada. Ej.: diabetes, cardiopatía, asma o EPOC descompensado.
- Factores sociales y problemas de adherencia al tratamiento. Ej.: educación incompleta, ruralidad, trastornos psiquiátricos, alcoholismo.

En ausencia de factores de riesgo se recomienda manejo ambulatorio, en presencia de un factor de riesgo se recomienda manejo ambulatorio o en el hospital según la experiencia previa y el juicio clínico, en presencia de dos o más factores de riesgo se recomienda que sea manejado en el hospital. El juicio clínico y la experiencia del médico deben predominar sobre los modelos predictivos, los cuales no son infalibles, y deberían siempre considerar las aspiraciones e inquietudes de los enfermos en la toma de decisiones acerca del lugar de manejo y tratamiento prescrito.

Recomendaciones para la evaluación de la gravedad del paciente con neumonía comunitaria atendido en urgencia.

- Edad mayor de 65 años.
- Presencia de comorbilidad.
- Estado mental alterado.
- Frecuencia cardiaca ≥ 120 latidos/min.
- Hipotensión arterial (PA < 90/60 mmHg).
- Frecuencia respiratoria ≥ 20 resp/min.
- Rx Tórax: NAC multilobar, cavitación, derrame pleural.
- SaO₂ < 90% con FiO₂ ambiental.
- Presencia de comorbilidad descompensada.
- Factores sociales y problemas de adherencia al tratamiento.

Ninguno 1 factor ≥ 2 factores

Juicio clínico Manejo en el hospital

	GUIA DE ATENCION DE LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	Código:
---	--	----------------

EXÁMENES MICROBIOLÓGICOS Y DE LABORATORIO

Hemograma y PCR
Nitrógeno Ureico.

Los exámenes microbiológicos permiten identificar el agente causal de la neumonía y su patrón de sensibilidad a antibióticos. El tratamiento antimicrobiano dirigido contra un patógeno conocido permite reducir el espectro de acción de los fármacos, los costos, el riesgo de reacciones adversas y la resistencia antibiótica. Sin embargo, no es necesario realizar estudios microbiológicos extensos a todos los pacientes con neumonía comunitaria. Los estudios deben estar guiados por la gravedad de la neumonía, los factores de riesgo epidemiológico y la respuesta al tratamiento empírico.

Recomendaciones:

1. No se recomienda realizar exámenes microbiológicos rutinarios en los pacientes manejados en el medio ambulatorio, considerando su bajo riesgo de complicaciones y muerte con el tratamiento antimicrobiano empírico. En pacientes con tos persistente y compromiso de su estado general, se sugiere obtener muestras de expectoración para bacilos-copias y cultivo de Koch.
2. El riesgo de complicaciones y muerte de los enfermos hospitalizados por neumonía comunitaria justifica la realización de exámenes de laboratorio y microbiológicos básicos:
 - a. En los pacientes con neumonía comunitaria hospitalizados se sugiere solicitar los siguientes exámenes de laboratorio: hemograma, pruebas de función renal y hepática, glicemia, proteína C reactiva, electrolitos plasmáticos, creatinina y gases en sangre arterial.
 - b. En los pacientes hospitalizados en sala de cuidados generales se recomienda solicitar los siguientes exámenes microbiológicos: tinción de gram y cultivo de expectoración, hemocultivos aerobios (2), gram y cultivo de líquido pleural.

	GUIA DE ATENCION DE LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	Código:
---	--	----------------

TRATAMIENTO

El tratamiento antibiótico apropiado reduce la duración de la sintomatología asociada a la neumonía, el riesgo de complicaciones y la mortalidad. En la mayoría de los casos, no es posible identificar el agente microbiológico que ocasiona la infección y por esto el tratamiento antibiótico se prescribe en forma empírica.

Recomendaciones para pacientes de bajo riesgo de manejo ambulatorio

1. Ante la sospecha clínica de una neumonía se sugiere confirmar el diagnóstico con una radiografía de tórax; si no es posible obtener una radiografía, se sugiere tratar al paciente como si tuviera una infección pulmonar porque el pronóstico del paciente empeora cuando se retrasa el inicio del tratamiento antibiótico.
2. Es importante aplicar una evaluación objetiva de la gravedad y determinar si existe algún criterio de hospitalización. El manejo ambulatorio de un paciente con neumonía implica la ausencia de criterios clínicos y/o sociales de riesgo que recomienden su hospitalización.
3. La evaluación del paciente debe considerar la medición de la saturación arterial de oxígeno mediante oximetría de pulso, y si la SaO₂ es inferior a 90%, se recomienda que sea ingresado al hospital para corregir la insuficiencia respiratoria.
4. El antibiótico prescrito debe ser administrado precozmente, idealmente antes de 8 horas de realizado el diagnóstico.
5. El paciente debe ser enviado a su domicilio con indicación de reposo, control de temperatura, hidratación oral, dieta liviana e inicio del tratamiento antimicrobiano vía oral.
6. Se recomienda clasificar a los pacientes con neumonía comunitaria ambulatoria en dos categorías de riesgo:

Grupo 1:

	GUIA DE ATENCION DE LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	Código:
---	--	----------------

Pacientes menores de 65 años sin comorbilidad ni criterios de gravedad de manejo ambulatorio.

Tratamiento:

Amoxicilina 0,75-1 gramo cada 8 horas vía oral por 7 días.

o Claritromicina 500 mg cada 12 horas vía oral por 7 días.

Grupo 2:

Pacientes mayores de 65 años y/o con comorbilidad de manejo ambulatorio.

Tratamiento:

1. Amoxicilina-ácido clavulánico 500/125 mg cada 8 horas vía oral por 7 días.
2. Amoxicilina-ácido clavulánico 875/125 mg cada 12 horas vía oral por 7 días.
3. Cefuroxima 500 mg cada 12 horas vía oral por 7 días.

En presencia de alergia o fracaso de tratamiento con agentes β -lactámicos y/o serología positiva para Mycoplasma, Chlamydia o Legionella sp. Se recomienda agregar:

Eritromicina 500 mg cada 6 h EV o VO, Claritromicina 500 mg cada 12 h

VO, o Azitromicina 500 mg/día VO.

4. El paciente debe acudir a control al finalizar el tratamiento antimicrobiano o inmediatamente en caso de evolución desfavorable: persistencia de la fiebre por más de tres días, aumento de la dificultad respiratoria o compromiso del estado general, aparición de criterios de gravedad.

5. El tratamiento antimicrobiano prescrito debe durar siete días, excepto cuando se indica azitromicina que bastarían cinco días.

6. riesgo moderado o elevado que requieren hospitalización

1. En el Servicio de Urgencia se debe evaluar la gravedad del enfermo y medir la saturación arterial de oxígeno con oximetría de pulso, si la SaO₂ es inferior a

	GUIA DE ATENCION DE LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	Código:
---	--	----------------

90% se debe corregir la insuficiencia respiratoria administrando oxígeno por naricera o mascarilla y se debe efectuar la medición de gases arteriales.

2. El antibiótico prescrito debe ser administrado precozmente, idealmente antes de 8 horas de realizado el diagnóstico.

Grupo 3:

Pacientes hospitalizados en sala de cuidados generales que tienen criterios de gravedad moderada.

Tratamiento:

Ceftriaxona 1-2 g/día o Cefalotina 1 g cada 6 horas EV por 7-10 días.

Ampicilina + sulbactam 1.5 mg cada 8 horas por 7 días.

asociado a

Eritromicina 500 mg cada 6 h,

ciprofloxacina 400 - 800 mg/día EV por 7 días.

La duración del tratamiento antimicrobiano en la neumonía comunitaria de riesgo moderado o NAC grave que requiere hospitalización es 10 a 14 días.

	GUIA DE ATENCION DE LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	Código:
---	--	----------------

INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA NAC;

Vacuna Influenza

En todo adulto mayor y otras personas con riesgo de complicaciones graves por influenza o sus contactos (ver normas nacionales).

Vacuna anti - Pneumococica

Su uso a nivel internacional esta recomendado en >65 años, con enfermedades concurrentes específicas de muy alto riesgo.

	GUÍA DE ATENCIÓN DE LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	Código:
---	--	----------------

BIBLIOGRAFÍA

- Angus D.C & Marrie T.J. 2004, "Severe community-acquired pneumonia: use of intensive care services and evaluation of American and British Thoracic Society Diagnostic criteria.", Am J Respir Crit Care Med, vol. 166: pp. 717-723.
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Community-acquired pneumonia in adults.
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). www.guideline.gov , 1-42. 2006. ICSI.
- Karas S Jr & Lukens T 2006, vol. 38: pp. 107-113.
- Lim W.S., M.M.van der Eerden, & et al 2003, "Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study.", Thorax, vol. 58, pp. 377-382.
- Macfarlane J, Boswell T, Douglas, G., & et.al 2005, "BTS (suppl IV), pp. 1-64.
- Macfarlane J, Boswell T, Douglas, G., & et.al 2007, BTS 30.04.04.
- Mandell LA, Bartlett JG, Dowell SF, & et al 2000, "Update of practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in immunocompetent adults.", Clin Infect Dis 2003, vol. 1; no. 37(11): pp. 1405-1433.
- Marrie T 2000, "Community acquired pneumonia," in Clinical Evidence a compendium of the best available evidence for effective health care, 4 edn, BMJ publishing Group, ed., BMJ publishing Group, London, pp. 855-863.
- "Quality of care, process, and outcomes in elderly patients with pneumonia", JAMA, vol. 278, pp. 2080-2084.
- Niederman MS, Mandell LA, Anzueto A, & et al 2005, "Guidelines for the management of adults with Community-acquired Pneumonia: Diagnosis, Assessment of Severity; Antimicrobial Therapy, and Prevention
- The Official Statement of the American Thoracic Society was approved by the ATS Board of Directors, March 9, 2001", Am J Respir and Crit Care Med, vol. 163, pp. 1730-1754.
- Roson, B., Carratala J., & et al 2007, "Etiology, reasons for hospitalization, risk classes, and outcomes of community-acquired pneumonia in patients hospitalized on the basis of conventional admission criteria.", Clinical Infectious Dis, vol. 33, pp. 158-165.
- Saldias F & Moore P 2007, Informe Neumonía adquirida en la comunidad en el adulto mayor,
- Winter J, Chappell F, Douglas G, & et al 2008, Community management of lower respiratory tract infection in adults. A national clinical guideline., Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Edinburgh, 59.