

Revisiones

Actitud terapéutica ante una neumonía extrahospitalaria

A. Bassa Malondra*,
A. Adrover López**

Las neumonías se definen como infecciones agudas del parénquima pulmonar asociadas a infiltrados radiológicos. Habitualmente se clasifican en extrahospitalarias e intrahospitalarias o nosocomiales, según hayan sido adquiridas en la comunidad o dentro de una institución sanitaria. Esta clasificación tiene importantes implicaciones terapéuticas, pues la etiología de uno u otro tipo es muy distinta, así como el patrón de resistencia antibiótica de los gérmenes causales.

Antes de la introducción de los antibióticos se consideraba que el 95 % de las neumonías extrahospitalarias eran producidas por el neumococo. Actualmente el número de gérmenes implicados es mucho más amplio, habiendo adquirido el *mycoplasma pneumonia* una papel importante como agente causante de neumonías entre los adultos jóvenes. A pesar de todos los métodos de diagnóstico actuales, aproximadamente un 50 % de las neumonías extrahospitalarias quedan sin un diagnóstico etiológico de certeza.

El primer dilema con que se encuentra un médico ante al tratamiento de una neumonía, es discernir si se trata de un paciente candidato a un tratamiento ambulatorio u hospitalario. Existen una serie de criterios clínicos (tabla I), que cuando se presenta hacen aconsejable el ingreso del paciente en un hospital.

El segundo paso, una vez diagnosticado el paciente, es elegir la terapéutica empírica aconsejable para cada caso. Esta elección requiere primero el haber clasificado el cuadro como una neumonía típica o atípica, lo cual es muy difícil basándose únicamente en la clínica. Pero en un intento de discernir entre ambos tipos y sabedores de nuestras limitaciones, podemos valorar una serie de datos clínicos (tabla II): comienzo súbito con un escalofrío único, dolor en punta de costado, esputo herrumbrado, semiología de bloque neumónico y presencia de herpes labial. Si el paciente cumple al menos dos de estos criterios, existe una base clínica para pensar que se trata de una neumonía típica e iniciar el tratamiento con penicilina procaína a dosis de 600.000 u intramusculares cada 12 horas, una vez el paciente presente mejoría puede complementarse el tratamiento con penicilina V por vía oral. En caso de pacientes alérgicos a la penicilina se iniciará el tratamiento con eritromicina 500 mg, cada 6 horas.

Si no cumple dos de los criterios antes citados es probable que nos encontremos ante una neumonía atípica, en tal caso es conveniente iniciar el tratamiento con eritromicina a la dosis habitual de 500 mg cada 6 horas y mantener el tratamiento por espacio de 15 días.

Los pacientes que precisan ingreso hospitalario (tabla I) suelen presentar una enfermedad de base o alguna complicación que incrementan las posibilidades etiológicas (hemophilus, klebsiella,...). En estos casos y

* Servicio de Medicina Interna. Hospital General Verge de Lluch. Ciutat de Mallorca

** Médico de Familia. Hospital General Verge de Lluch. Ciutat de Mallorca

una vez obtenidas las muestras para estudio microbiológico, debe iniciarse un tratamiento empírico más amplio que cubra a estos otros gérmenes, pudiendo utilizar la combinación de penicilina o ampicilina más un aminoglucósido, una cefalosporina de 2.^a generación sola o combinada con un aminoglucósido.

Un caso concreto es el de la neumonía por aspiración, habitualmente producida por flora anaerobia de la cavidad bucal, cuando se sospeche esta situación el tratamiento se iniciará con penicilina G sódica por vía endovenosa, siendo sus alternativas la clindamicina o el metronidazol.

En caso de una falta de respuesta al tratamiento iniciado deben descartarse las posibilidades que se recogen en la (tabla III).

**TABLA I
CRITERIOS PARA EL TRATAMIENTO HOSPITALARIO DE UNA NEUMONIA**

- a) Paciente mayor de 60 años.
- b) Si presenta una enfermedad de base: EPOC, diabetes, cardiopatía, alcoholismo, neoplasia...
- c) Neumonías por aspiración.
- d) Presencia de complicaciones sépticas extrapulmonares.
- e) Situación clínica inestable (compromiso respiratorio, hipotensión...)
- f) Radiografía de tórax en la que se aprecie derrame, cavitación, afectación de más de un lóbulo.
- g) Problema social que no permita asegurar el tratamiento ambulatorio.

**TABLA II
CRITERIOS CLINICOS PARA CLASIFICAR LAS NEUMONIAS**

- a) Comienzo súbito con un escalofrío único
- b) Dolor en punta de costado.
- c) Espudo herrumbroso.
- d) Semiología de bloque neumónico
- e) Herpes labial

Si se cumplen dos o más criterios probablemente se trate de una neumonía típica.

**TABLA III
ACTITUD ANTE UNA NEUMONIA QUE NO RESPONDE AL TRATAMIENTO**

- 1) Considerar el error en el diagnóstico etiológico o presencia de un microorganismo resistente.
- 2) Presencia de empiema o metástasis séptica.
- 3) Descartar la presencia de una obstrucción bronquial (neoplasia...)
- 4) Descartar que la persistencia de la fiebre no se relacione con el tratamiento: flebitis, absceso glúteo, fiebre medicamentosa.
- 5) Considerar la sobreinfección hospitalaria.
- 6) Descartar una etiología no infecciosa.

BIBLIOGRAFIA

1. Almirante B., Pahissa A., Planes A.M.: et al Etiología de las neomonías extrahospitalarias. *Med. Clin.* (Barc) 1985, 85 :175-178.
2. Bordow R.A., Stool, E.W., Moser K.M.: *Manual of clinical problems in pulmonary medicine.* 4.^a ed. 1981. Little, Brown and company. Boston.
3. Conte J.E., Barriere S.L.: *Manual de antibióticos y enfermedades infecciosas.* 5.^a ed. Intermédica España S.A. 1985.
4. Mensa J., Trilla A. y Tarrero I.: Una neumonía extrahospitalaria. *Enfer. Infec.* 1983, 1: 138-148.
5. Rufi G.: Neumonías extrahospitalarias. *Medicine* (4.^a ed.) 1985. 31: 1282-90.
6. Sandorf J.P.: Guide to antimicrobial therapy 1986. *Antimicrobial Therapy* inc.