

# Guías de atención integral en salud

## Abordaje del paciente adulto con Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC)

Asesorado por: Dr. Pablo Robles, MD internista  
 Fecha: Agosto de 2010

### EPIDEMIOLOGÍA:

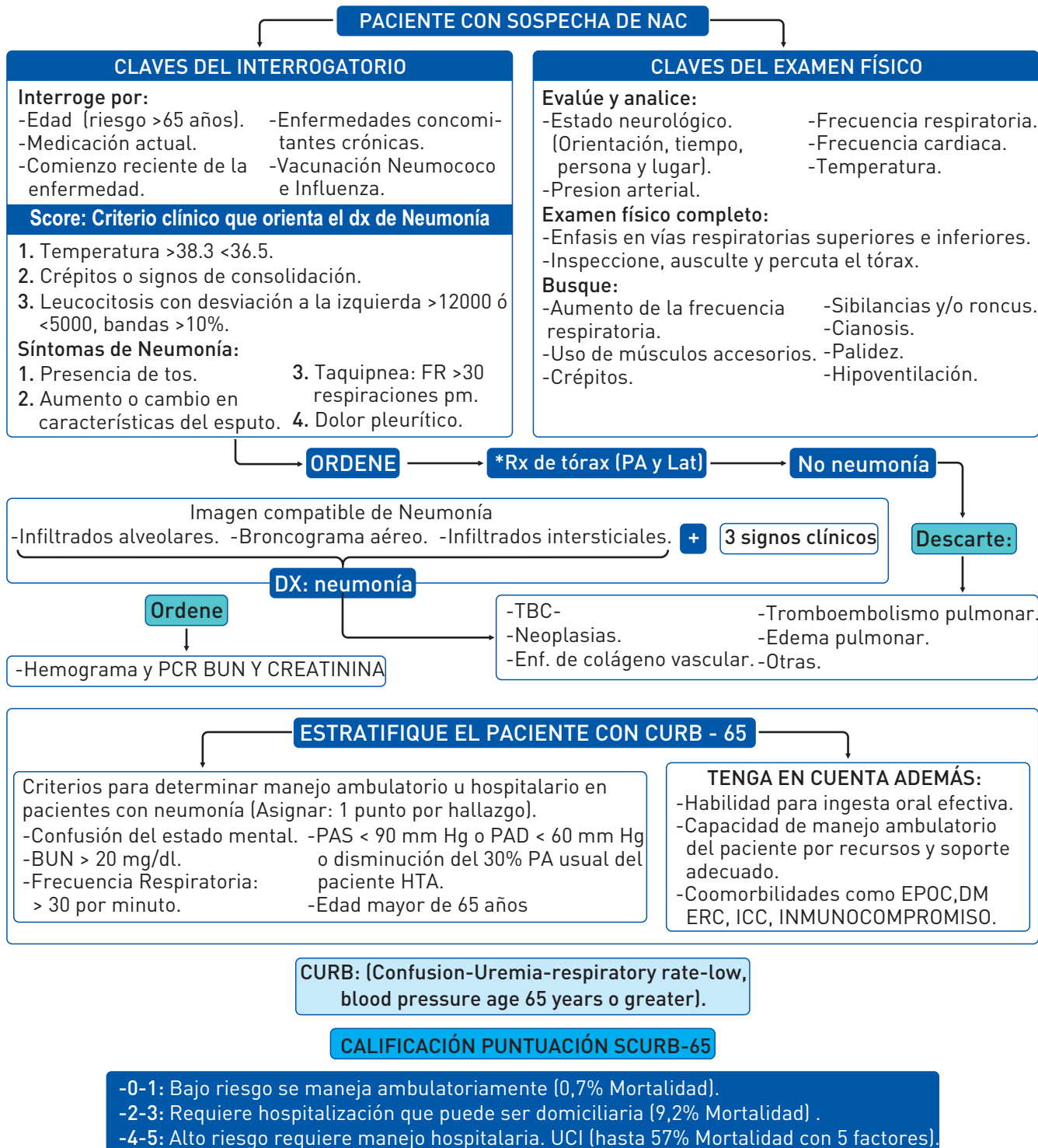
En Colombia sexta causa de muerte.

### MANEJO:

Ambulatorio 80%-15% hospitalario, 2% UCI

### PRINCIPALES GÉRMENES CAUSANTES:

- Mycoplasma N: 16%, virus: 15%
  - Streptococo Neumonie: 14%
  - Clamydophila Neumonie: 12%
  - Legionela Neumonie 2%
  - Haemofilus Influenzae 1%
- Chest 2003.



**1 ESTRATIFIQUE AL PACIENTE**

Puntaje CURB-65 Puntaje: 0-1

Código CIE 10  
J100 a J189

**COMORBILIDADES IMPORTANTES**

- Falla cardíaca o EPOC.
- Enfermedad hepática o renal.
- Diabetes Mellitus, alcoholismo.
- Asplenia.
- Malignidad.
- Condiciones de inmunosupresión o uso de inmunosupresores en los últimos 3 meses.

**MANEJO AMBULATORIO**

Previamente sano sin terapia antimicrobiana en los últimos 3 meses

Comorbilidades y/o terapia antimicrobiana en los últimos 3 meses

**TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO**

**TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO**

- Doxiciclina 200 mg de carga inicial y continuar 100 mg. VO cada 12 horas por 7 días.
- Eritromicina 500 mg. cada 8 horas por 7 días.
- Amoxicilina 500 mg. cada 8 horas por 7 días.

- Amoxicilina en dosis altas 1 gr. cada 8 horas + Doxiciclina 200 mg. de carga inicial y continuar 100 mg. VO cada 12 horas por 7 días o Eritromicina 500 mg. cada 8 horas por 7 días.

**Recomendaciones generales para el paciente con tratamiento ambulatorio:**

- Evitar consumo de cigarrillo o cocinar con leña.
- Aumentar ingesta de líquidos si no hay contraindicación.
- ACETAMINOFÉN a necesidad, 500-1000 mg VO cada 6 horas (dosis máxima día 4 gr.)
- Movilización temprana para evitar riesgo de TVP.
- Explicar que debe consultar de inmediato si presenta signos de alarma como dificultad respiratoria, fiebre y/o deterioro del estado general.
- Determine incapacidad definitiva en caso de ser necesaria.
- Broncodilatadores inhalados en caso de broncoespasmo.
- No consumir bebidas heladas.
- No consumir alcohol
- No exponerse a corrientes frías ni aire acondicionado.

**Seguimiento TELEFÓNICO por la IPS básica en 48-72 horas por MD DE FAMILIA**

**Interrogue:**

- Temperatura.
  - Empeoramiento de la disnea.
  - Dolor en el pecho.
  - Cómo está tomando el antibiótico.
- Regístrelo en la historia clínica.**

**2 Puntaje CURB -65 Puntaje de: 2 o mayor**

Direccione a:

Si se tiene disponible a: Atención pre-hospitalaria (APH)  
**Evalúe y defina**

**MANEJO HOSPITALARIO EN SALUD EN CASA**

**HOSPITALIZACIÓN INSTITUCIONAL**

- Ceftriazona 1 gr. IV cada 24 horas + Doxiciclina 200 mg inicial y continuar 100 mg. VO cada 12 horas por 7 días. O Eritromicina 500 mg. cada 8 horas por 7 días.
- O Ampicilina Sulbactam 1,5 - 3 gr IV cada 6-8 horas + Doxiciclina 200 mg. inicial y continuar 100 mg VO cada 12 horas por 7-10 días.
- O Estapenem 1gr. IV día por 7 días.

**Puntaje CURB - 65 de 3 ó más**

**Aclare la necesidad de UCI según criterios**

**REMITA A TRAVÉS DE LA LÍNEA DEL PRESTADOR**

**Recomendaciones generales para el alta de los pacientes:**

- Evitar consumo de cigarrillo o cocinar con leña.
- No exponerse corrientes frías ni aire acondicionado.
- Aumentar ingesta de líquidos si no hay contraindicación.
- Agregar ACETAMINOFÉN a necesidad, 500-1000 mg VO cada 6 horas (ds máxima día/ 4 gr.)
- Movilización temprana para evitar riesgo de TVP.
- Considere profilaxis para TVP con Fraxiparina en pacientes mayores de 40 años en quienes se sospeche reposo prolongado o pacientes con factores de riesgo para TVP.
- Explicar que debe consultar de inmediato si presenta signos de alarma como dificultad respiratoria, fiebre y/o deterioro del estado general.
- Determine incapacidad definitiva en caso de ser necesaria.
- Broncodilatadores inhalados en caso de broncoespasmo.
- No consumir bebidas heladas.
- No consumir alcohol.

**Seguimiento por Médico de Salud en Casa: En 24-48 horas**

**CRITERIOS DE ESTABILIDAD CLÍNICA (Para manejo vía oral)**

- FR <24 por minuto.
- PAS >90 mm Hg.
- FC <100 por minuto.
- Temperatura 36,5 - 37,8°C.
- Capacidad de mantener la ingesta oral.
- Sa O<sub>2</sub> >94% o PO<sub>2</sub> >70 mm Hg en aire ambiente.
- Estado mental normal (orientado en las 3 esferas).

# TIPS para el abordaje diagnóstico de pacientes con sospecha de Neumonía adquirida en la Comunidad en el paciente adulto

A Todo paciente con impresión diagnóstica de neumonía se le debe aplicar el **score** de validación del diagnóstico de neumonía y el **CURB 65**.

## Score:

### Signos de neumonía:

1. Temperatura > 38.3 < 36.5.
2. Crépitos o signos de consolidación.
3. Leucocitosis con desviación a la izquierda > de 12000 o < 5000, bandas mayor de 10%.

### Síntomas de neumonía:

1. Presencia de tos.
2. Aumento o cambio en características del esputo.
3. Taquipnea: FR > 30 respiraciones pm.
4. Dolor pleurítico.

Tres de estos síntomas o signos más los Rx de tórax sugestivos de Neumonía hacen el diagnóstico.

## CURB 65:

1. **Estado de conciencia:** Ubicado en las 3 esferas.
2. **Uremia:** BUN mayor de 20.
3. **Presión arterial sistólica** menor de 90 o menor de 30 mmhg de la presión arterial sistólica que maneja, si es hipertenso.
4. **Frecuencia respiratoria** mayor de 35.
5. **Edad** mayor de 65.

Cada ítem **da un punto** y el manejo según el resultado del score es:

- 1: Ambulatorio.
- 2 ó 3: Hospitalizado.
- 4 ó 5: Hospitalizado en UCI.

**Verificar** en todos los pacientes, el riesgo de neumonía por microorganismos multiresistentes.

### Los factores de riesgo a considerar son:

1. Hospitalización previa en los últimos 90 días.
2. Presencia de comorbilidades.
3. Pacientes que residen en hogares geriátricos.
4. Tiempo de inicio de la Neumonía nosocomial: recuerde que las neumonías de inicio tardío (mayor a una semana de hospitalización).

## Bibliografía:

- Morgan, Diagnosis and Management of Pneumonia in the Emergency Department Infection Disease Clinical of North America 22, 2008: 53-72.
- Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. Clin Infect Dis 2007;44(Suppl 2):S27-72.
- Burke A. Cunha, MD. Pneumonia, Community-Acquired. 2007 www.emedicine.org
- Luis Gabriel González, Álvaro Quintero. Neumonía Adquirida en la comunidad. Manejo del paciente adulto inmunocompetente. Programa de actualización médica ASCOFAME-SUSALUD. 2006; 2; 49-61.