

**Manejo de las Infecciones
del Tracto Respiratorio
Inferior
Extrahospitalarias Agudas**

21

Manejo de las Infecciones del Tracto Respiratorio Inferior Extrahospitalarias Agudas

21

I	Introducción	1
II	Puerta de Entrada al Protocolo	1
III	Valoración Inicial	1
	Anamnesis	
	Sintomatología	
	Exploración Física	
	Exploración Complementaria	
IV	Actitud Terapéutica	4
	DCCU y Equipos de Emergencias	
	Hospital	
V	Criterios de Derivación Hospitalaria	5

Manejo de las Infecciones del Tracto Respiratorio Inferior Extrahospitalarias Agudas

21

Revisión 0
Diciembre 1999

I. Introducción

Las infecciones del tracto respiratorio inferior agudas (ITRIA) comprenden los siguientes procesos según la ESOCAP (European Study on Community-acquired Pneumonia) Committee: neumonía, bronquitis aguda, exacerbación de bronquitis crónica e infecciones virales.

El cuadro clínico y la gravedad de la enfermedad son muy variables, dependiendo básicamente de las enfermedades de base, de la edad del paciente y del germen en cuestión.

Aproximadamente un 1% de las infecciones respiratorias se complican con neumonía. Constituyen un 7-10% de los ingresos hospitalarios, y son la 5ª causa de muerte y la primera entre las enfermedades infecciosas.

En caso de alta hospitalaria hasta 10 días antes, sospechar que se trate de neumonía nosocomial.

II. Puerta de Entrada al Protocolo

Se considera a efecto de entrada al protocolo, todo paciente que acuda con clínica sugestiva de padecer una ITRIA.

III. Valoración Inicial

La principal finalidad de la evaluación clínica inicial es determinar si hay algún dato que sugiera gravedad posible o inmediata, o identificar a aquellos enfermos que vayan a tener una evolución complicada. Todos estos hallazgos condicionan la decisión de remitir al paciente al hospital y su ingreso.

Anamnesis

Antecedentes:

- Enfermedades previas: EPOC, insuficiencia cardíaca, cirrosis hepática, insuficiencia renal crónica, diabetes, alcoholismo, sind. de inmunosupresión, esplenectomía.
- Profesión y hábitos: animales y pájaros.
- Estancia en hoteles, hospitales, excavaciones.

Tratamientos previos

Sintomatología

- Forma de comienzo.
- Síntomas generales.
- Fiebre.
- Tos y espectoración.
- Dolor torácico.
- Disnea.
- Otros síntomas: digestivos y neurológicos.

Exploración física

- Nivel de consciencia
- Constantes (TA, FC, FR, T^a) y estado hemodinámico.
- Trabajo respiratorio.
- Auscultación pulmonar: crepitantes, soplo tubárico, silencio.
- Auscultación cardíaca: ritmo cardíaco, soplos.
- Otras según patología asociada.

Exploración complementaria

DCCU y equipos de emergencias:

Pulsioximetría, ECG y glucemia capilar según patología concomitante. Radiografía de tórax según disponibilidad y/o justificación clínica. *No se recomienda en pacientes sin factores de riesgo de gravedad ni de microorganismos no habituales* (según ESOCAP).

Hospitalarias:

- RX de tórax. P-A y L :
- Fórmula y recuento leucocitario. VSG.
- Bioquímica sérica: puede ser normal. En las neumonías atípicas pueden alterarse las enzimas hepáticas.
- Otras:
 - Gasometría arterial y pulsioximetría.
 - Esputo:
 - Gram: sólo se tendrá en cuenta el resultado si hay más de 25 PMN y menos de 10 células de epitelio escamoso por campo.
 - Cultivos: sólo se tendrá en cuenta si aparece un cultivo puro para un solo agente microbiano o cuando un microorganismo está presente en una cantidad mayor de 100 millones de células por mm³.
 - Hemocultivos seriados (2) y serología de microorganismos atípicos si T^a > 38°C.
 - Si criterios de gravedad: T de tromboplastina y de protrombina y recuento plaquetario.
 - Si derrame pleural, examen de líquido pleural.
 - T. de contrainmunolectroforesis (CIA).

CRITERIOS DE RIESGO PARA SOSPECHA DE ETIOLOGÍA NO HABITUALES

1. Senilidad
2. Patología crónica debilitante.
3. Falta de respuesta al tratamiento antibiótico correcto en 48-72 horas.
4. Signos radiológicos de cavitación.
5. Sospecha de aspiración.
6. Forma de inicio grave.

CRITERIOS DE GRAVEDAD

Clínicos:

1. Inestabilidad hemodinámica.
2. Alteración del nivel de consciencia.
3. Trabajo respiratorio importante: taquipnea (FR >30), tiraje, taquicardia (FC >125), temperatura < 35 o > 40 °C, TA < 90/60 mmHg, descoordinación toracoabdominal, cianosis.
4. Antecedentes personales: insuficiencia respiratoria crónica, insuficiencia renal crónica, metástasis.
5. Sospecha de sepsis.
6. Sociales: incumplimiento de tratamiento, enfermedad mental.

Radiológicos:

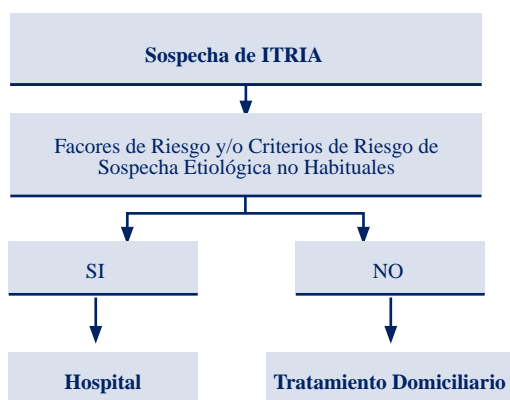
7. Afectación radiológica multilobar.
8. Derrame pleural significativo.
9. Cavitación.

Laboratorio:

10. Anemia (Hb < 9 gr/l)
11. Leucopenia (< 4.000 leucocitos) o leucocitosis marcada (> 20.000).
12. Deterioro renal (elevación de urea o creatinina).
13. PaO₂ < 60, PaCO₂ >50 respirando aire ambiente.
14. Acidosis (ph<7.3).
15. Trastornos de la coagulación.

DIAGRAMA 31

MANEJO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO RESPIRATORIO INFERIOR



IV. Actitud Terapéutica

DCCU y Equipos de Emergencias:

1. *Hidratación.*
2. *Analgésicos, antipiréticos, antiinflamatorios:* Paracetamol 500-650 mg/6h oral + AINE (Diclofenaco 50 mg/8h oral).
3. *Antitusivos:* Codeína 15-30 mg/6h oral, si supone para el paciente un aumento del trabajo respiratorio, disnea o agotamiento.
4. *Antibióticos:* en algunos adultos la infección se autolimita sin necesidad de tratamiento antibiótico y en muchos otros la causa es vírica, por lo que no lo necesitan. Por tanto, los antibióticos deben utilizarse únicamente en los casos de sospecha de infección bacteriana o factores de riesgo para adquirirla. Sospecharemos infección bacteriana (neumonía o agudización de EPOC) si existe aumento de la disnea, de la expectoración y de la purulencia del esputo. Se debe cubrir al neumococo con alguno de los antibióticos empleados.
 - Antibióticos de primera elección: Betalactámicos. Si alergia a los Betalactámicos Macrólidos. **Tabla 1**
 - En adultos jóvenes se valorará el uso de macrólidos como primera elección.

Hospital

1. *Vía venosa:* suero fisiológico según estado de hidratación y riesgo cardiovascular.
2. *Antipirético:* Metamizol 2 gr/8h IM.
3. *Oxígeno terapia* si afectación gasométrica.
4. *Antibióticos:*
 - Neumonías: de primera elección Betalactámicos (Amoxicilina-clavulánico o Cefuroxima) o Macrólidos.
 - EPOC reagudizado: Betalactámicos, Macrólidos o Fluoroquinolonas. **Tabla 1**

TABLA 1

ANTIBIOTICOS DE ELECCIÓN EN EL TRATAMIENTO EXTRAHOSPITALARIO DE LAS ITRIA

Grupo	Antibiótico	Dosis
Betalactámicos	Amoxicilina-clavulánico	1 gr/8h oral, 5-7 días
	Cefuroxima	1 gr/12h oral, 5-7 días
Macrólidos	Eritromicina	500-1000 mg/6h oral, 5-7 días
	Claritromicina	250-500 mg/12h oral, 3 días
	Azitromicina	500 mg/24h oral, 3 días
Fluoroquinolonas	Ciprofloxacino	500 mg/12h oral, 7 días
	Ofloxacino	400 mg/12h oral, 7 días

V. Criterios de Derivación Hospitalaria

Se derivarán al hospital de referencia:

1. Paciente con criterios de gravedad se trasladarán en ambulancia asistencial con personal facultativo (UVI móvil).
2. Riesgo de etiología no habitual: traslado en ambulancia no asistencial (convencional).
3. Necesidad de pruebas diagnósticas complementarias: traslado en ambulancia no asistencial (convencional).