

# Infecciones de vías respiratorias bajas

## Autor

Marcos López Montes

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Area Sanitaria de A Coruña- SERGAS

Guías Clínicas 2001; 1(13)

## Puntos clave

- La bronquitis aguda es de origen generalmente vírico, no precisa pruebas complementarias de manera rutinaria y su tratamiento es sintomático
- Siempre que se sospeche neumonía debe hacerse una radiografía de tórax, que en algunos casos puede postponerse 24- 48 horas
- Los pacientes menores de 65 años, con diagnóstico de neumonía, pueden tratarse con Amoxicilina (1 gr/ 8 horas/ 10 días) o Amoxicilina + Ácido clavulánico 875 mgrs/ 8 horas/ 10 días)
- Los pacientes mayores de 65 años, con diagnóstico de neumonía, pueden tratarse con Amoxicilina- clavulánico 875 mgrs/ 8 horas/ 10 días) y un macrólido (Azitromicina 500 mgrs/ día/ 3 días).

## ¿Cómo manejar la Bronquitis aguda?

La bronquitis aguda suele cursar con tos, generalmente productiva, fiebre y molestias retroesternales. La auscultación pulmonar suele ser normal aunque en algunos casos encontramos roncus diseminados. Hasta en un 95% de los casos forma parte de un cuadro vírico de vías respiratorias altas.

Pruebas complementarias: habitualmente no es necesaria prueba alguna. Puede hacerse una radiografía de tórax en los siguientes casos:

- Duda diagnóstica por sospecha de neumonía atípica.
- Focalidad en la auscultación pulmonar.
- Evolución tórpida con tratamiento sintomático.
- Disnea y fiebre ( $>37,8^{\circ}$ ) en ausencia de asma

Está indicado un hemograma en los casos de sospecha de alguna enfermedad asociada.

Tratamiento farmacológico, solo está indicado el sintomático:

- Tos no productiva: dextrometorfano 15 mg / 6h ó codeína: 20 mgrs/ 6 horas.
- Fiebre: salicilatos o paracetamol.
- No está indicado el tratamiento con mucolíticos ni espectorantes pues su eficacia no fue demostrada.

## ¿Cómo diagnosticar y tratar la Neumonía Adquirida en la Comunidad?

Es la infección respiratoria menos frecuente pero la que más ingresos hospitalarios y muertes produce. Dos presentaciones clásicas:

**Neumonía "típica":** Su inicio suele ser más o menos brusco con fiebre ( $>38^{\circ}$ ), expectoración purulenta y en algunos casos dolor pleurítico. En la exploración podemos encontrar signos de consolidación pulmonar

El agente etiológico mas común es el *Streptococo pneumoniae* en el 60-70%, seguido de *Haemophilus influenzae*. La existencia de algunos hábitos y/o enfermedades (tabaquismo, etilismo, EPOC...) puede orientarnos en su etiología y es muy importante para su pronóstico.

**Neumonía "atípica":** Producida por *Mycoplasma pneumoniae*, seguido de *Legionella pneumophila* y *Chlamydia pneumoniae*. El inicio suele ser insidioso con tos seca y predominio de síntomas extrapulmonares (dolor de cabeza, mialgias, fatiga, náuseas, vómitos y diarrea). Un cuadro muy similar a este

Elaborada con opinión de un experto y revisión posterior por colegas.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Aviso a pacientes o familiares:

La información de este sitio está dirigido a profesionales de atención primaria. Su contenido no debe usarse para diagnosticar o tratar problema alguno. Si tiene o sospecha la existencia de un problema de salud, imprima este documento y consulte a su médico de cabecera.

aparece en las infecciones respiratorias causadas por virus. Radiología con tendencia a la afectación multifocal. Clásica disociación clínico-radiológica. Cuadro de presentación más evidente en adultos jóvenes.

**Pruebas complementarias**

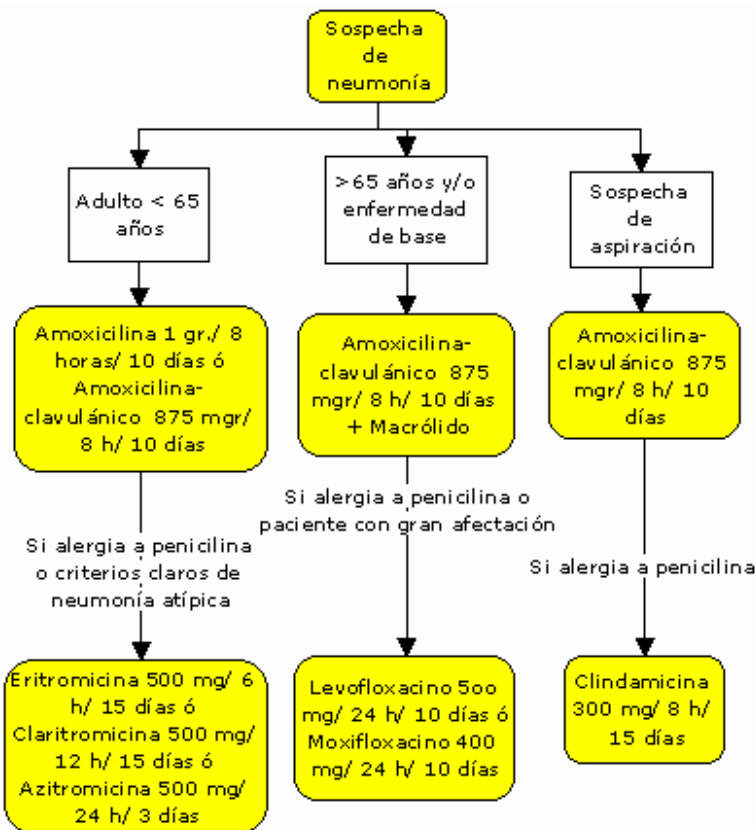
- Hemograma: habitualmente no indicado.
- Radiografía de tórax: debe hacerse siempre que se sospeche neumonía. Puede demorarse 24-48 horas instaurando tratamiento si no cumple criterios de gravedad.

**¿Cuándo derivar al hospital?**

Enfermedades subyacentes como diabetes, bronquitis crónica, alcoholismo e importante afectación del paciente con evolución tórpida.

- Inmunosupresión.
- Posibilidad de aspiración.
- Shock.
- Radiografía con cavitación o derrame pleural.
- > de 70 años (según casos)
- Taquipnea (>25 respiraciones/ minuto).
- Infiltrado bilateral.
- Hipoxemia severa (pO2 <65) (La gasometría sólo debe hacerse en caso de duda clínica)

**Algoritmo de tratamiento**



(\*) Es más probable aislar cepas resistentes a la penicilina en: tratamiento con β-lactámicos en los 3 meses anteriores, neumonía de adquisición nosocomial, hospitalización en los 3 meses previos, episodios de neumonía en el año anterior, enfermedad de base y convivientes con menores de 5 años.

(\*\*) Esta guía pretende dar una pauta de actuación cómoda que resuelva la mayor parte de los casos en la mayoría de las circunstancias. A pesar de ello, el clínico se ha de adaptar a las características epidemiológicas de su zona. Por ejemplo, la legionella, frecuente en Norteamérica, Australia y Europa, y que precisa tratamiento durante 15 días (21 si hay enfermedad concomitante) con macrólidos, es excepcional como causa de neumonía en otros lugares. [Esto fue motivo de numerosas preguntas al autor]

**Bibliografía**

Bartlett JG, Breiman RF, Mandell LA, File Tm, Community-acquired pneumonia in adults: guidelines for management. *Clinical Infect Dis* 1998; 26: 811-838.

Diz-Lois Martínez F. Infecciones respiratorias. Boletín Farmacoterapéutico de la Comisión de Farmacia del área de A Coruña 2000 (en prensa)

Dorc Sargatal J, Bello Dronda S, Blanquer Olivas JM<sup>3</sup>, Celis Valeri M<sup>3</sup>, Torres Martí A et al. Diagnostico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. En: SEPAR. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica [en línea]. [Consulta 12 de julio del 2000].

Langtry HD, Brogden RN. Clarithromycin. A review of its efficacy in the treatment of respiratory tract infections in immunocompetent patients. *Drugs* 1997 jun; 53 (6): 973-1004.

Levison ME. Neumonía. Comprendidas las infecciones pulmonares necrotizantes (Absceso pulmonar). En: Fauci As et al Ed. Harrison Principios de Medicina Interna. 14ª ed. Madrid: McGraw Hill; 1998. p. 1635-1644

National Guideline Clearinghouse [en línea]. [Consulta 12 de Julio del 2000]. Community-acquired pneumonia in adults: guidelines for management. *Infectious Diseases Society of America*. 1998.