

# Caso Clínico Urgencias

## Neumonía adquirida en la comunidad??

Dra. Marisa Covarrubias Esquer  
R2 Geriatria.

Varón de 93 años

**Motivo de consulta** : Fiebre + Deterioro del estado de alerta+ disnea.

**Enfermedad Actual:**

Remitido de la Residencia, donde informan aumento de disnea, además de secreciones y deterioro progresivo del estado de alerta.

# Antecedentes Personales :

- No Alergias medicamentosas
- Fibrilación Auricular
- Insuficiencia Cardíaca Congestiva (varios ingresos)
- Cardiopatía isquémica
- Bloqueo AV de 1er grado
- Hipertensión Arterial
- Hipertrofia Benigna Prostática
- Artritis Gotosa
- Dislipemia
- Demencia Degenerativa / Deterioro Cognitivo moderado

# Medicamentos Actuales:

1. Furosemida 40 mg.
2. Lanacordin 0.25 mg
3. Nitroderm parche tts "5"
4. Renitec 20 mg
5. Tromalyt 150 mg
6. Aricept 10 mg
7. Duphalac
8. Esertia 10 mg
9. Axura 10 mg
10. Omeprazol 20 mg
11. Liplat 10 mg
12. Lorazepam normon 1 mg

## **Situación Funcional:**

Dependiente para todas las actividades de la vida diaria, excepto alimentación. Incontinencia Urinaria. Katz F. Barthel 15/100.


## **Situación Cognitiva:**

Deterioro Cognitivo Moderado. Desorientado, desconoce a familiares. Cambios en el estado anímico.

CRP ( 4/5)

## **Situación Social:**

Vive en una residencia Monte Hermoso desde hace 3 años.

- 
- **Síndromes Geriátricos**
  - Deterioro Cognitivo
  - Incontinencia urinaria
  - Polifarmacia
  - Trastorno Afectivo
  - Síndrome de Inmovilidad

# Exploración Física:

TA 139/60 FC 70 T **37'7°C** FR 21 **Sat O<sub>2</sub> 91%**

Paciente consciente, orientado en persona, con palidez en piel y tegumentos, regular estado de hidratación.

CyC: pupilas reactivas, PVY normal, carótidas rítmicas y simétricas no soplos, no bocio, no adenopatías.

Tórax: prominente, con cifoescoliosis pronunciada

AP: con presencia de sibilancias difusas, crepitantes y roncus de predominio izquierdo, disminución de murmullo vesicular.

A. C: arritmica, tonos cardiacos disminuidos, no soplos.

Abdomen: blando, depresible, Ruidos peristálticos presentes.

Extremidades: Eutróficas, No TVP, ni edemas. Temblor esencial.  
No rigidez.

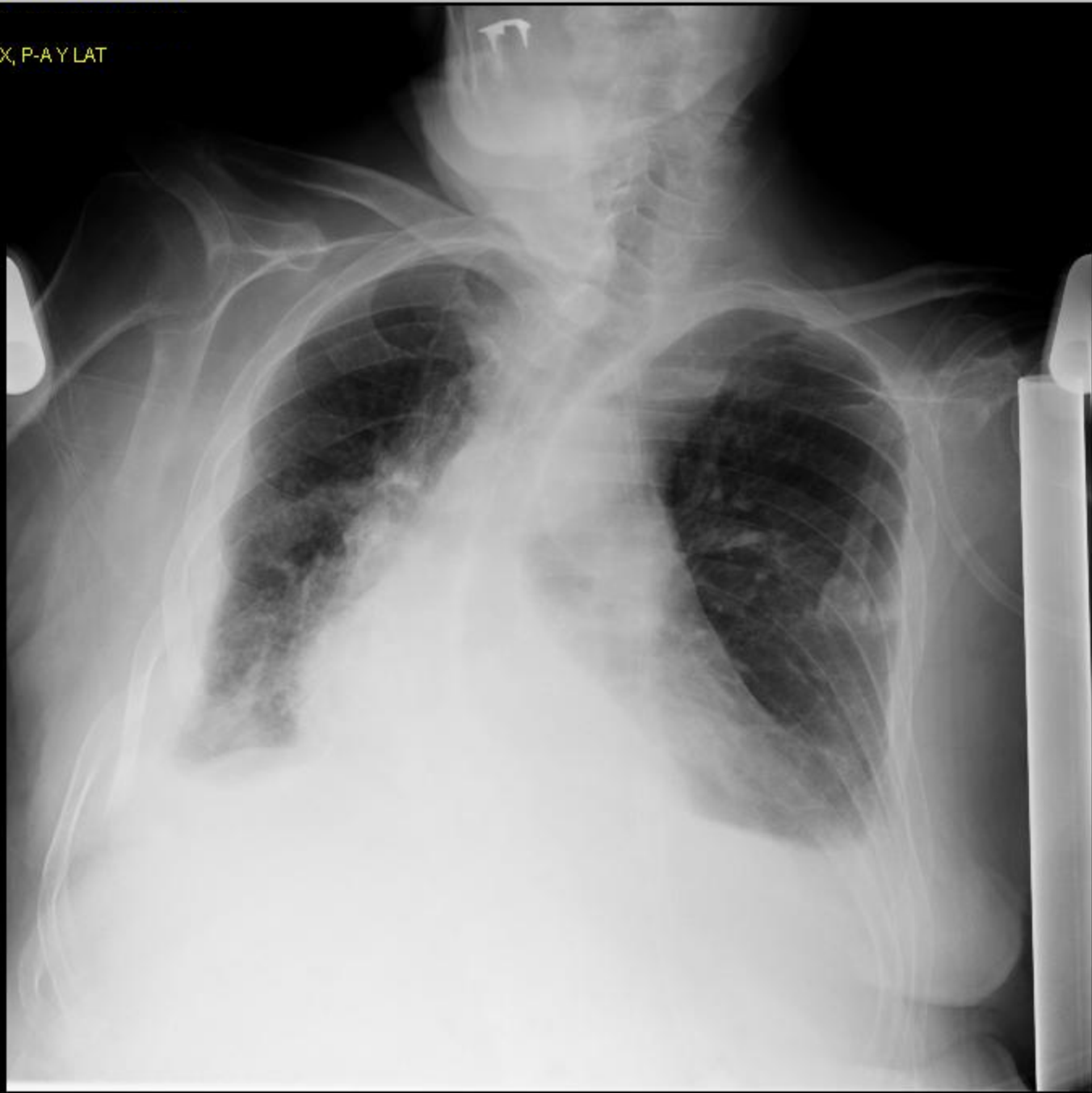
Exploración Neurológica: No focalidad.

# Pruebas en Urgencias:

- **SS:** Hb 11.6 Hto 37.0% VCM 92.8 HCM 29.0 Leucos 11.9 ( N 93.5%) plaquetas 164
- **QS:** glucosa 208 urea 74 creatinina 1.48 Na 147 K 5.0 Cl 97 CK 81 CK mb 1.1 Troponina I 0.17
- **EKG:** FA con RVC.

**RX TORAX:** Derrame pleural bilateral, mayor cuantía izquierdo. Infiltrado base pulmonar derecha. Marcada cifoescoliosis.

TORAX, P-A Y LAT

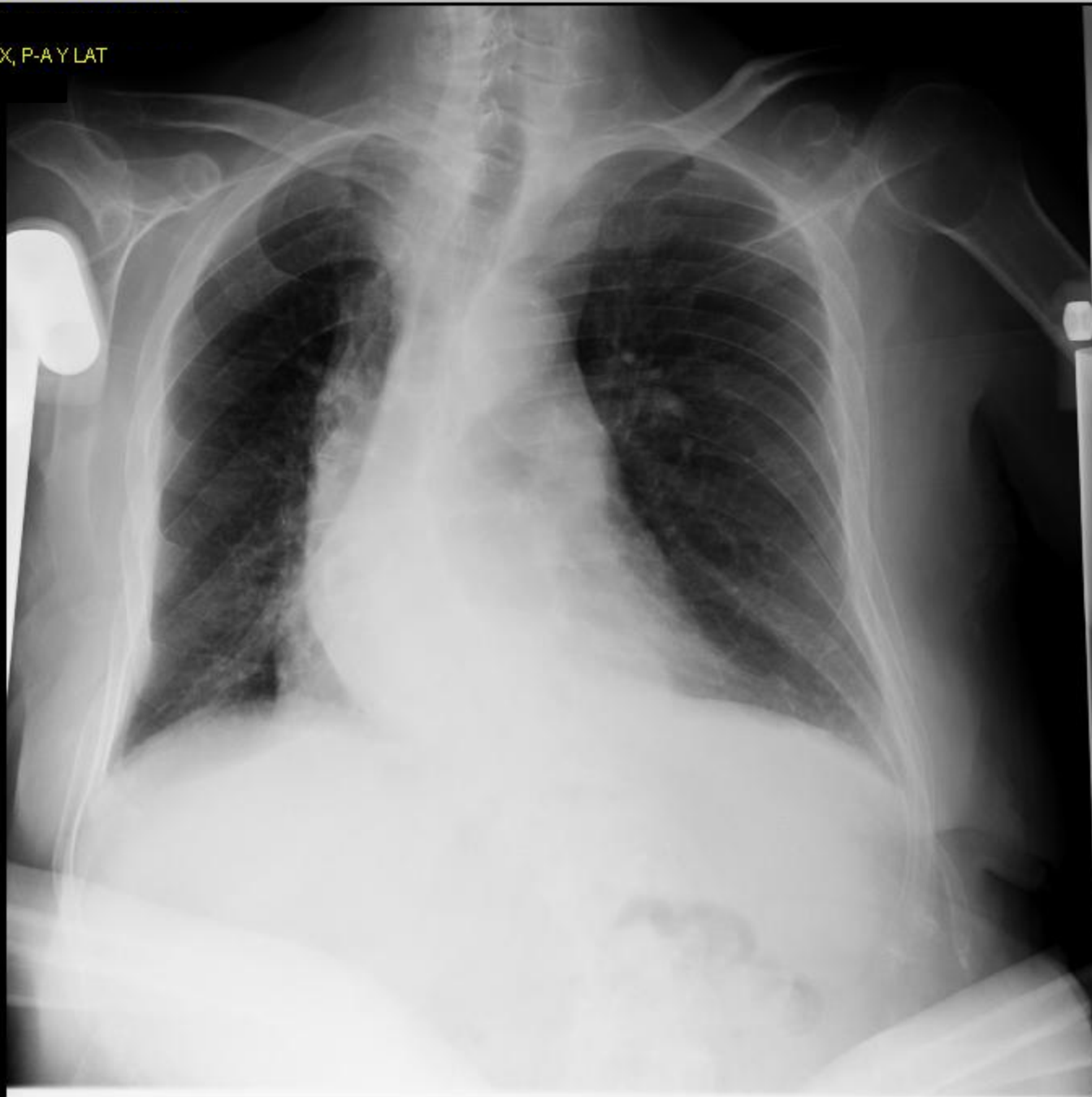


# Diagnósticos:

1. Neumonía en paciente institucionalizado
2. Insuficiencia Cardíaca
3. Anemia Crónica
4. Insuficiencia Renal Aguda

Se inicia tratamiento ATB con Ertapenem evolucionando favorablemente.

TORAX, P-A Y LAT



# Neumonía Adquirida en la Comunidad??

Neumonía Intrahospitalaria?

Nuevo subgrupo de pacientes??

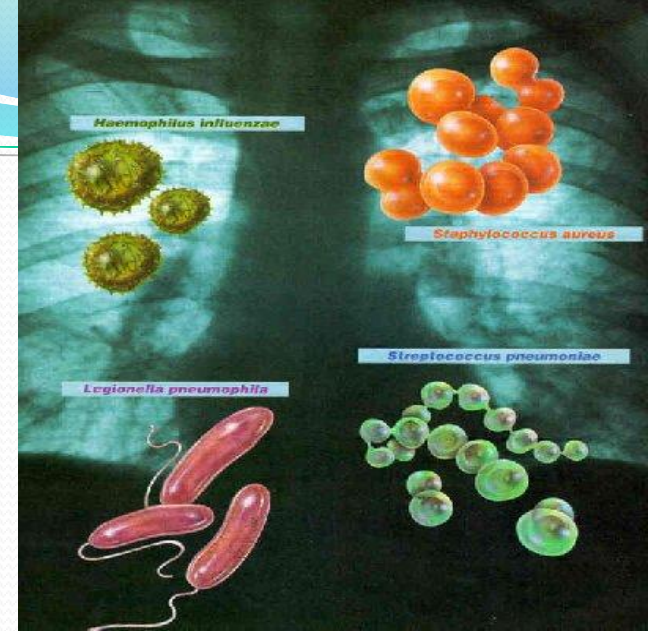
HCAP??

# Revisión y discusión

Agente bacteriano más frecuente  
continua siendo

*Streptococcus pneumoniae*

La importancia de agentes más agresivos,  
como pueden ser *S. aureus*, bacilos gramnegativos y  
enterobacterias depende de varios factores:



- Edad avanzada
- Hospitalizados o institucionalizados
- Colonización orofaríngea, es especial en los pacientes con aclorhidria gástrica ( antiácidos)

- Enfermedades debilitantes y que produzcan disfagia. ( enfermedad de parkinson, ACVA, ELA, demencia estadio moderado-severo). Reflujo gástrico, hipotonía del esfínter esofágico superior, ser portador de SNG.
- Destacar la infección por Influenza y Legionella pneumofila por su morbi-mortalidad.

- La clínica se puede caracterizar por curso indolente y larvado, sintomatología poco manifiesta, con escasos tos y mínima expectoración, el típico escalofrío inicial no suele presentarse y la fiebre es o muy moderada o inexistente. Los signos son cambiantes y poco definidos, la disminución del nivel de conciencia o la confusión pueden ser el primer y a veces el único síntoma.

# Escalas de Severidad en NAC

<b>CURB-65</b>	<b>CRB-65</b>
Confusion	Confusion
Urea / BUN >19	
Respiratory rate ( FR >30 )	Respiratory rate ( FR >30 )
Blood pressure ( PAS < 90 mmHg o diastolic <= 60 mmHg )	Blood pressure ( PAS < 90 mmHg o diastolic <= 60 mmHg )
Edad >= 65 años	Edad > 65 años
TOTAL: 5	TOTAL : 4
0=0,7% a 5=31% UCI	0=0,9% a 4=31.2% UCI



1.- NAC / CAP

2.- INTRAHOSPITALARIA

3.- HCAP ( HOME RESIDENTS)



# **Outcome of community-acquired pneumonia: influence of age, residence status and antimicrobial treatment**

H. Kothe\*, T. Bauer#, R. Marre", N. Suttorp+, T. Welte<sup>1</sup>,  
K. Dalhoff\* and the Competence Network for Community-Acquired  
Pneumonia study groupe.

European Respiratory Journal 2008; 32: 139–146

DOI: 10.1183/09031936.00092507

Existe mucha discrepancia en la literatura acerca de los factores que influyen en el resultado de la NAC en pacientes mayores.

Estudio multicéntrico prospectivo iniciado en Alemania.

N=2,647 <65 - 1,298; >65 - 1,349

Los pacientes mayores mostraron un índice de mortalidad mayor que fue asociado a : edad, institucionalización, confusión, urea, FR, TA (CURB), condiciones de comorbilidad y falla en la terapéutica inicial.

Los pacientes que viven en residencias mostraron un índice de mortalidad 4 veces mayor, y un incremento en la tasa de las infecciones por bacilos gramnegativos, comparados con los pacientes de la comunidad. El índice CURB y el ACV fueron predictores independientes de muerte en este subgrupo.

Los principales patógenos: *S. pneumoniae*, *haemophilus influenzae*, *klebsiella pneumoniae*, *S. aureus*, **E. coli** y **otras enterobacterias**, *pseudomona aeruginosa*, *moraxella ctarrhalis* y *Stenotrophomonas maltophilia*.

**TABLE 7** Influence of residence status on outcome-relevant factors

	Residence status		p-value
	Nursing home	Home	
<b>Subjects n</b>	205	1144	
<b>Age yrs</b>	82.3 ± 7.9	76.1 ± 7.0	<0.001
<b>CURB score</b>	1.52 ± 1.01	0.93 ± 0.83	<0.001
<b>Comorbid condition</b>			
Chronic pulmonary disease	31.7	44.5	0.001
Chronic heart disease	53.5	46.1	0.055
Congestive heart failure	57.4	34.4	<0.001
Chronic liver disease	3.0	3.3	1.000
Chronic kidney failure	23.1	11.6	<0.001
Cerebrovascular disease	63.8	15.0	<0.001
Other neurological disorder	28.9	6.8	<0.001
Diabetes mellitus	36.0	26.5	0.004
<b>30-day mortality</b>	28.8	6.9	<0.001
<b>Change of antibiotic treatment</b>			
Overall	39.7	31.4	0.029
Ineffectiveness	14.1	11.2	0.233
Sequential therapy	15.6	12.7	0.257
De-escalation	5.5	4.9	0.597
Intolerance	1.0	1.2	1.000
Resistance	2.0	1.6	0.560

Data are presented as mean ± SD or %, unless otherwise stated. CURB: confusion, urea, respiratory frequency and blood pressure.

**TABLE 4** Univariate analysis of risk factors for 30-day mortality in community-acquired pneumonia patients

	OR (95% CI)	p-value
<b>Age &lt;65/≥ 65 yrs</b>	5.03 (3.34–7.56)	<0.001
<b>Comorbid condition</b>		
Chronic pulmonary disease	1.104 (0.80–1.53)	0.560
Chronic heart disease	2.76 (2.01–3.78)	<0.001
Congestive heart failure	4.91 (3.56–6.78)	<0.001
Cerebrovascular disease	5.91 (4.25–8.22)	<0.001
Other neurological disorder	3.86 (2.61–5.69)	<0.001
Chronic liver disease	2.98 (1.67–5.29)	0.001
Chronic kidney failure	4.22 (2.86–6.22)	<0.001
Diabetes mellitus	2.55 (1.83–3.57)	<0.001
<b>Nursing home</b>	8.00 (5.66–11.30)	<0.001
<b>CURB score*</b>	2.60 (2.10–3.20)	<0.001
<b>Change of antibiotic treatment</b>		
Overall	1.30 (0.90–1.83)	0.186
Ineffectiveness	2.24 (1.50–3.34)	0.001
Sequential therapy	0.46 (0.24–0.94)	0.026
De-escalation	0.40 (0.13–1.27)	0.159
Intolerance	1.52 (0.46–5.02)	0.457
Resistance	0.94 (0.93–0.95)	0.258

OR: odds ratio; CI: confidence interval; CURB: confusion, urea, respiratory frequency and blood pressure. \*: univariate analysis performed as logistic regression; OR and 95% CI shown are per step.



## CONCLUSIÓN:

Edad e institucionalización tienen particular importancia, así como el tratamiento inicial.

**Jornal Brasileiro de Pneumologia**

**J. bras. pneumol. vol.35 no.6 São Paulo June 2009**

**BTA GUIDELINES**

**Brazilian guidelines for community-acquired  
pneumonia in immunocompetent adults -  
2009\***

# Recomendaciones

- La terapia combinada no es superior a la monoterapia en pacientes con bajo riesgo ( nivel de evidencia II).
- La terapia combinada está recomendada en pacientes con neumonía severa, particularmente aquellos que se acompañan de bacteremia, fallo respiratorio, o shock séptico. ( nivel de evidencia II).
- En comparación con monoterapia, la terapia combinada reduce la mortalidad en neumonía neumococcica. ( nivel de evidencia II).

**Chart 8** - Principal causes and patterns of treatment failure.

Progressive (respiratory failure, shock)  
< 72 h

Severity of disease presentation

Microorganismo não tratado

Atypical pathogens

(mycobacteria, viruses, *Nocardia* sp., fungi)

Antimicrobial resistance

Infectious complication

Pulmonary

(empyema, parapneumonic effusion)

Metastatic (endocarditis, meningitis, arteritis)

Noninfectious cause

Incorrect diagnosis (PET, ARDS, vasculitis)

> 72 h

Infectious complication

Nosocomial superinfection

Exacerbation of underlying disease

Noninfectious cause (PET, AMI)

Nonresponsive (persistent symptoms)

> 72 h

Nonresponsive microorganism

Not covered

Resistant

Local complication

(empyema, parapneumonic effusion)

Nosocomial superinfection

Noninfectious causes

Pneumonia-related complication (COP)

Incorrect diagnosis

(PET, CHF, vasculitis, II, neoplasia)

Antibiotic-related fever

PTE: pulmonary thromboembolism; ARDS: acute respiratory distress syndrome; AMI: acute myocardial infarction; COP: cryptogenic organizing pneumonia; CHF: congestive heart failure; II: interstitial inflammation.

- Ertapenem constituye una aceptable alternativa para NAC en pacientes con factores de riesgo para gramnegativos, excepto pseudomonas y acinetobacter. ( nivel de evidencia II).
- Ertapenem podría ser utilizado en pacientes con NAC que recientemente han recibido antibióticos y en aquellos con infección polimicrobiana. ( nivel de evidencia III ).

# MUCHAS GRACIAS

BUEN DÍA

