



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

253/37 - NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC)

M. Arques Pérez^a, M. de la Hoz Gutiérrez^b, R. López Sánchez^c, S. Díez Martínez^d, Á. González Díaz-Faes^e, L. de la Fuente Blanco^f, A. Fernández Serna^g, L. Gómez Ruiz^h, C. Fortuny Henríquezⁱ y E. Sáenz Yustes^j

^aMédico de Familia. SUAP Sardinero. Santander. ^bMédico de Familia. SUAP Santander. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. ^dMédico de Familia. SUAP Alisal. Santander. ^eMédico Residente de 4º año de Endocrinología. HUMV. Santander. ^fMédico Residente de 4º año de Cardiología. HUMV. Santander. ^gMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. ^hMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. ⁱMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castilla Hermida. Santander. ^jMédico de Familia. CAP San Adrià del Besós I. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 44 años que acude al centro de salud de urgencias por persistencia de tos, fiebre y dolor en el costado izquierdo de varios días de evolución, valorado por su médico de familia previamente como proceso catarral había pautado tratamiento sintomático sin mejoría clínica. Antecedentes personales: HTA, hiperuricemia, trasplante renal en 2008 en tratamiento con inmunosupresores. Dados los antecedentes, clínica y tras la exploración física se remite a urgencias de HUMV para realización de pruebas complementarias con la sospecha diagnóstica de neumonía adquirida en la comunidad.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 98/69, FC: 99, T^a: 36 °C, Sat O₂: 95%. A la auscultación presenta roncus dispersos y crepitantes en base izquierda. Rx de tórax: condensación basal izquierda. Pruebas de laboratorio: leucocitos 27.700, glucosa 104, creat 1,92, urea 63. Cultivo de esputo, hemocultivos, antigenuria Legionella: negativo.

Juicio clínico: NAC.

Diagnóstico diferencial: TBC, absceso pulmonar, TEP, neoplasia pulmonar, cardiopatía isquémica.

Comentario final: La NAC presenta una incidencia anual entre el 5-11% y es más frecuente en varones, en los extremos de la vida, en invierno y en presencia de diversos factores como el consumo de alcohol, tabaco, malnutrición, uremia y EPOC. Los microorganismos más frecuentes en la comunidad son Streptococcus y Mycoplasma pneumoniae, virus, aunque en muchos casos el patógeno causal es desconocido. El diagnóstico se realiza mediante RX de tórax dado que las manifestaciones clínicas de la NAC son inespecíficas. La evaluación inicial de gravedad del paciente con NAC es fundamental para establecer el tratamiento y la ubicación más apropiada para su cuidado. Existen varias escalas pronósticas de gravedad, la CURB65 es una de ellas y su propósito es clasificar a los pacientes en diferentes grupos de riesgo según la probabilidad de fallecer a los 30 días o de precisar tratamientos más agresivos como la ventilación asistida o fármacos vasopresores. El tratamiento ambulatorio debe cubrir las etiologías principales, la administración de un betalactámico más macrólido o una quinolona tienen la misma eficacia.

Bibliografía

1. Consenso nacional sobre el diagnóstico, estratificación de riesgo y tratamiento de los pacientes con tromboembolia pulmonar. Arch Bronconeumol. 2013;49:534-47.

Palabras clave: Neumonía.