

> NEUMONÍA EN PACIENTE VIH

Autores: Dra. Julia Serra, Dr. Francisco Fanjul, Dr. Melchor Riera

Las neumonías bacterianas y las infecciones de vías respiratorias bajas son una de las principales causas de ingreso en los pacientes con infección por el VIH.

Las neumonías bacterianas recurrentes, las producidas por *P. jirovecii* y *M. tuberculosis* son las principales formas de debut de la infección.

Etiología:

	Agente etiológico
Sintomatología aguda CD4 >200	<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Haemophilus influenzae</i> <i>S. aureus</i> (embolismos sépticos en paciente UDVP) <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (alta frecuencia en pacientes EPOC) Poco frecuentes <i>L. pneumophila</i> , <i>M. pneumoniae</i> y <i>C. burnetii</i>
Infiltrados intersticiales difusos CD4 <200 Cuadro subagudo >7días	<i>P. jirovecii</i> <i>H. influenzae</i> CMV TBC miliar Sarcoma de Kaposi

Valoración de la gravedad

Los mismos criterios que en pacientes no inmunocomprometidos.

Existen además otros factores predictores de gravedad y/o mortalidad en pacientes VIH: recuentos de CD4 < 100 cels/ul, progresión radiológica a las 48h tras iniciado el tratamiento, el estadio C de la enfermedad, la carga viral VIH elevada o el ingreso en UCI.

Pruebas complementarias

	Cuadro clínico	Estudios complementarios
Ambulatorio	Rx tórax normal	Estudio básico: <ul style="list-style-type: none">· RX tórax dos proyecciones.· Analítica.· ± Gasometría arterial.
	Afectación lobar	
Ingresados	Afectación lobar Infiltrados alveolares focales	<ul style="list-style-type: none">· Esputo: Cultivos x3· Sangre: Hemocultivos x2· Orina: Antigenurias <i>Streptococcus pneumoniae</i> y <i>L. pneumophila</i>. Si presenta criterios de gravedad, añadir: <ul style="list-style-type: none">· Fibrobroncoscopia: BAS/BAL de microorganismos habituales, micobacterias, y tinciones para <i>P.jiroveci</i>.
	Infiltrados intersticiales difusos CD4 < 200 Cuadro subagudo > 7 días	<ul style="list-style-type: none">· Estudio básico (PCR, LDH, Hepatograma).· Esputo: Cultivos x3, Baciloscopia x3, Esputo inducido para <i>P. jiroveci</i>.· Sangre: Hemocultivos x2, serologías de neumonía atípica si sospecha epidemiológica.· Orina: Antigenurias <i>Streptococcus pneumoniae</i> y <i>L. pneumophila</i>.· Fibrobroncoscopia: BAS/BAL de microorganismos habituales, micobacterias, y tinciones para <i>P. jiroveci</i>.

Tratamiento

	Cuadro clínico		Tratamiento
Sin criterios de ingreso: FINE <3 CD4 >200 pO2 >60 o SatO2 >90%	Rx tórax normal		Amoxicilina-clavulánico 500-125mg/8h 5-7 días VO Si alergia: levofloxacino 500mg/24h VO o azitromicina 500 mg/24h VO
	Afectación lobar		Amoxicilina-clavulánico 875-125mg/8h 10-14 días Si alergia: levofloxacino 500mg/24h VO
Con criterios de ingreso: FINE >3 CD4 <200 PO2 < 60 SatO2 < 90%	Afectación lobar infiltrados alveolares focales	SIN criterios añadidos de gravedad o ingreso en UCI.	Amoxicilina-clavulánico 1 g/8h 10-14 días + azitromicina 500 mg/24h EV 3 días Si alergia: levofloxacino 500mg/24h EV
		CON criterios de gravedad o ingreso en UCI.	Ceftriaxona 2 g/24 h EV + azitromicina 500mg/24h EV Si sospecha de <i>Pseudomonas</i> : (Ceftazidima 1 g/8h ó piperacilina-tazobactam 4 g/6h) + ciprofloxacino 400 mg/12h EV
	Infiltrados intersticiales difusos CD4 <200 Cuadro subagudo >7 días	SIN criterios añadidos de gravedad o ingreso en UCI.	15-20 mg/Kg/día de trimetoprim y 75-100 mg/Kg/día de sulfametoxazol EV repartidos en 3-4 tomas, 21 días Si gradiente A-a >35 mmHg o PO2 <70 mmHg añadir corticoide (40mg/12h 5 días, 40mg/24h 5 días y 20mg/24h 11 días)
		CON criterios de gravedad o ingreso en UCI.	AÑADIR al tratamiento con Cotrimoxazol Ceftriaxona + azitromicina o (Piperacilina-tazobactam o ceftazidima) + ciprofloxacino

Seguimiento

En caso de ingreso hospitalario por neumonía,

- Realizar controles analíticos seriados solicitando PCR para evolución a las 72h y a los 7 días. (Se asocia con tratamiento empírico inadecuado o ineficaz un descenso de los niveles de PCR inferiores a un 60% a las 72h y del 90% a los 7 días).
- Solicitar Rx de control a las 48h de comenzado el tratamiento (en caso de no precisar ingreso, valorar control radiológico a las 4 semanas ambulatoriamente).
- Comprobar mediante pulsioximetría y/o gasometría arterial la correcta función respiratoria.