

Las neumonías se pueden clasificar según el agente causal, según el riesgo previo (bajo riesgo, las adquiridas por sujetos sanos en la comunidad; riesgo medio, las que aparecen en edades avanzadas en sujetos sanos, y alto riesgo, las que aparecen en bronconeumopatías crónicas avanzadas, en cardiopatías descompensadas, en inmunodeprimidos y en hepatopatías crónicas avanzadas) y según lugar de adquisición (intrahospitalarias, si aparecen en un paciente a partir de las 72 horas de su ingreso y hasta 3 días después del alta, y extrahospitalarias).

La NAC es relativamente frecuente. Su incidencia es de 5-11/1.000 personas/año, mayor en niños y en ancianos, y supone un 5-12% de las infecciones respiratorias para las que se prescriben antibióticos. Un 20-40% ingresan en los hospitales. La mortalidad es mayor, del 4-14%; requieren ingreso en UCI del 22-50% y, particularmente, si se precisa ventilación mecánica, supera el 50%.

El coste asociado a la neumonía adquirida en la comunidad es elevado y ligado sobre todo a la asistencia hospitalaria

Ante un paciente con NAC, lo más importante es la adecuada valoración clínica basada en datos elementales de historia y exploración física para clasificar al paciente en función de factores pronósticos. De esa clasificación pronóstica dependerá el tipo de tratamiento empírico aconsejado, la indicación de pruebas complementarias para evaluar etiología o gravedad, la conveniencia de derivar a un centro hospitalario para ampliar pruebas diagnósticas y decidir la pertinencia del ingreso hospitalario.

Haciendo una aproximación a la etiología de la neumonía a partir de las características epidemiológicas, clínicas y radiológicas se pueden diferenciar dos grandes grupos sindrómicos: síndrome típico y atípico.

### ***Síndrome típico***

Consiste en la presentación de un cuadro agudo con fiebre alta, escalofríos, dolor torácico de tipo pleurítico y tos productiva con esputo purulento. En la auscultación pulmonar se detectan crepitantes y datos de condensación en los espacios aéreos (soplo tubárico o egofonía). En la radiografía de tórax existe una condensación homogénea y bien delimitada que suele afectar a un lóbulo/patrón alveolar. Suele presentar leucocitos con neutrofilia. Entre los microorganismos que causan este síndrome el más característico y frecuente es *S. pneumoniae*. En la actualidad, *L. pneumophila* se incluye mejor en el síndrome típico.

### ***Síndrome atípico***

Se caracteriza por una clínica más larvada (subaguda) con fiebre menos alta sin escalofríos, malestar general, cefalea, mialgias, artralgias y tos seca. En un 50% de los casos la exploración es normal. La auscultación pulmonar suele ser normal. En la radiografía de tórax se aprecia un infiltrado intersticial o infiltrados múltiples. La leucocitosis es menor y puede no manifestarse. Es la forma de presentación habitual de *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*, *C. psittaci*, *C. burnetti* y virus.

La presencia de infiltrado en la radiografía de tórax de un paciente con manifestaciones clínicas de neumonía adquirida en la comunidad (NAC), constituye el "patrón oro" para diagnosticar la entidad clínica. No obstante, los síntomas de la NAC pueden ser inespecíficos, por lo en ese caso resulta obligatorio realizar los rayos X para establecer el diagnóstico, la localización, la extensión, las posibles complicaciones, la existencia de enfermedades pulmonares asociadas y otros posibles diagnósticos alternativos, así como para confirmar la evolución de la enfermedad, ya sea hacia el agravamiento o la curación