

CUIDADADO PASO A PASO – Neumonitis (inflamación de los alvéolos pulmonares)

Evaluación

Observe: <ul style="list-style-type: none">- ¿El paciente parece incómodo?- ¿Tuvo dificultades para caminar hasta la consulta? ¿O para subir escaleras?- ¿Parece que al paciente le falta el aliento?- ¿El paciente está taquipneico?- ¿Parece el paciente que tiene dificultad respiratoria?	Escuche: <ul style="list-style-type: none">- ¿Ha notado el paciente algún cambio en la respiración?- ¿El paciente siente falta de aliento?- ¿El paciente nota falta de aire con el esfuerzo?- ¿El paciente tiene tos? ¿O un cambio en una tos existente?<ul style="list-style-type: none">o ¿Es una tos seca o tos productiva?- ¿Han empeorado los síntomas?- ¿Los síntomas limitan las AVD?- ¿Síntomas asociados?<ul style="list-style-type: none">o Fatigao Sibilancias	Reconozca: <ul style="list-style-type: none">- ¿Está baja la saturación de oxígeno? ¿Es más bajo que el valor inicial o en comparación con la última visita? ¿Deambula menos que en visitas previas?- ¿Existe una afección autoinmune pulmonar preexistente (por ejemplo, sarcoidosis)?- ¿El paciente tiene metástasis pulmonares?- ¿Historia de radioterapia sobre el pulmón?- ¿Hay antecedentes de compromiso respiratorio previo (p. Ej., Asma, EPOC, insuficiencia cardíaca congestiva)?- ¿Ha experimentado el paciente otros efectos adversos relacionados con el sistema inmunitario?
--	---	---

Clasificando el grado de Toxicidad

Neumonitis

Definición: Trastorno caracterizado por inflamación focal o difusa que afecta el parénquima pulmonar:

Grado 1 (Leve) Asintomático; Confinado a un lóbulo del pulmón; observaciones clínicas o diagnósticas solamente; intervención no indicada	Grado 2 (Moderada) Sintomático; intervención médica indicada; limitación en ADL instrumentales	Grado 3 (Severo) Síntomas severos; limitado el autocuidado; oxigenoterapia indicado	Grado 4 (Potencialmente Mortal) Compromiso respiratorio potencialmente mortal; intervención urgente indicada (traqueotomía, intubación)	Grado 5 (Mortal)
--	--	---	---	-------------------------

Manejo

Estrategia Global:

- Evaluar otras etiologías como infección (por ejemplo, cultivo nasal para patógenos virales; cultivo de esputo), embolia pulmonar, metástasis pulmonares en progresión, derrame pleural o enfermedad pulmonar
- Intervención temprana para mantener o mejorar la función física y el impacto en la calidad de vida
- Evaluar la saturación de oxígeno (en reposo y durante el esfuerzo) al inicio y en cada visita para ayudar a identificar una disminución temprana
- Considere la tomografía computarizada o la radiografía de tórax para evaluar la eficacia de los esteroides / monitorizar nuevas metástasis pulmonares
- Evaluar la comprensión del paciente y la familia de las recomendaciones y la justificación
- Identificar las barreras a la adherencia, incluida la adherencia a la medicación, la actividad física.

Prevención <ul style="list-style-type: none">- Disminuir o dejar de fumar; vacunas preventivas para la gripe y la neumonía	Grado 1 (Leve) <ul style="list-style-type: none">- Anticipe la inmunoterapia para continuar- Control radiológico (cada 2–4 semanas, según sea necesario)- Revise los síntomas para observar con el paciente y la familia, y recuerde evaluar en cada visita posterior- Continuar la monitorización de la saturación de oxígeno (en reposo y con deambulación)	Grado 2 (Moderado) <ul style="list-style-type: none">- Se suspenderá la inmunoterapia para eventos de Grado 2 (se reanudará en Grado 0/1)- Se suspenderá la inmunoterapia por eventos recurrentes (pembrolizumab, nivolumab) o persistentes de grado 2 (ipilimumab, pembrolizumab, nivolumab)- Monitorización de la saturación de oxígeno (en reposo y con deambulación) cada 3–7 días- Iniciar tratamiento con:<ul style="list-style-type: none">o Corticosteroides * (p. ej., prednisona 1–2 mg / kg / día o equivalente) hasta que los síntomas mejoren hasta el valor inicial y luego disminuir lentamente durante al menos 1 meso Si los síntomas no mejoran dentro de las 48–72 horas, la dosis de corticosteroides * aumentará. Se pueden considerar los corticosteroides IV * si no hay mejoría en 72 horas, y tratar como Grado 3o También se pueden iniciar medicamentos adicionales de apoyo- Orientación anticipatoria sobre la administración adecuada de corticosteroides IV.- Anticipese al uso de antibióticos empíricos hasta que se excluya la infección.- Valorar la broncoscopia	Grados 3/4 (Severo o Mortal) <ul style="list-style-type: none">- Suspender permanentemente la inmunoterapia para eventos de grado 3/4- Consultar con el Neumólogo- Es probable que el paciente deba ser ingresado en el hospital para recibir tratamiento adicional- Inicie dosis altas de corticosteroides IV * (p. Ej., Metilprednisolona 1–4 mg / kg / día o equivalente)- Una vez que los síntomas se hayan resuelto al valor inicial o al Grado 1, conviértalos a una dosis de corticosteroides orales equivalentes y luego disminuya lentamente durante al menos 1 mes- Anticipe el uso de antibióticos empíricos hasta que se excluya la infección.- Anticipe el uso de agentes inmunosupresores adicionales si los síntomas no mejoran en 48 a 72 horas (p. Ej., Infliximab, micofenolato, ciclofosfamida, IGIV)- Evaluar la comprensión del paciente y la familia de las razones para la interrupción del tratamiento.- Identificar las barreras a la adherencia, específicamente el cumplimiento de la medicación, la actividad física.
---	---	---	--

* Administración Corticoides:

Instrucciones / calendario de reducción de esteroides como guía/recomendación

- La disminución gradual debe tener en cuenta los síntomas que presente el paciente
- Seguimiento cercano en persona o por teléfono, según la necesidad individual y la sintomatología
- Los esteroides causan indigestión; proporcionar terapia antiácida diaria como prevención de la úlcera gástrica mientras toma esteroides (por ejemplo, inhibidor de la bomba de protones o bloqueador H2 si la dosis de prednisona es > 20 mg / día)
- Revisar los efectos secundarios de los medicamentos esteroideos: cambios de humor (enojado, reactivo, hiperactivo, eufórico, maníaco), aumento del apetito, sueño interrumpido, aftas orales, retención de líquidos
- Esté atento a los síntomas recurrentes a medida que los esteroides disminuyen (es posible que sea necesario ajustar la reducción)

Esteroides a dosis altas a largo plazo:

- Considere la profilaxis antimicrobiana (sulfametoxazol / trimetoprima dosis doble L / M / V; dosis única si se usa diariamente) o alternativa si es alérgica a las sulfas (por ejemplo, pentamida inhalada)
- Valore la profilaxis antiviral y antifúngica adicional
- Evite el alcohol / fármacos hepatotóxicos
- Si uso prolongado de esteroides, riesgo de osteoporosis; iniciar suplementos de calcio y vitamina D

Implementación:

- Identificar individuos de alto riesgo (p. Ej., Asma, EPOC, radioterapia torácica previa) y aquellos con síntomas cardiopulmonares antes de iniciar la inmunoterapia. Planificar un seguimiento estrecho incluido la monitorización de la saturación de oxígeno (en reposo y con deambulación)
- Informe a los pacientes que los síntomas pulmonares nuevos o que empeoran / cambian deben informarse de inmediato
- Explique que la dosis de esteroides para controlar la neumonitis son altas (1–2 mg / kg / día) y que el paciente estará en tratamiento con corticoides durante al menos 1 mes
- Educar a los pacientes y a la familia sobre los motivos de la interrupción de la inmunoterapia en pacientes que desarrollan neumonitis moderada o grave.
- Para la neumonitis grave / potencialmente mortal, trate al paciente como inmunocomprometido, de modo que el examen de identificación incluya cultivos de torunda nasal (viral), esputo,

BANDERAS ROJAS:

- Riesgo de aparición aguda
- Riesgo de mortalidad si el tratamiento de la neumonitis se retrasa
- El riesgo de neumonitis es mayor en pacientes que reciben combinación

