



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Cartas al Editor

¿Qué corticosteroide debería emplearse en la neumonía grave?



Which corticosteroid should be used in severe pneumonia?

Sra. Editora,

Hemos leído con atención el artículo sobre la optimización del abordaje diagnóstico y terapéutico de la neumonía, publicado en un reciente número de su revista¹. Entre las recomendaciones finales de los autores se recoge la de emplear corticosteroides en los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad y *shock* séptico, así como en los que requieren ingreso en la UCI, siempre que haya podido ser descartada una etiología gripal. De forma concreta sugieren el empleo de metilprednisolona a una dosis de 0,5 mg/kg/cada 12 h. Los autores añaden que dicho tratamiento adyuvante debe ser iniciado de forma precoz (primeras 24 h) y mantenido durante no más de 5–7 días. Nos sorprende la recomendación de emplear metilprednisolona en lugar de hidrocortisona. Mientras que el primero no ha mostrado beneficio en cuanto a supervivencia², el segundo sí ha demostrado beneficio en uno de los ensayos clínicos que los propios autores incluyen en su trabajo³.

Bibliografía

1. Fernández-Ruiz M, Castón JJ, del Pozo JL, Carratalà J, Fortún J, Salavert M, et al. How can we optimize the diagnostic and therapeutic approach to pneumonia?

Expert opinion-based recommendations. *Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed)*. 2024;42:442–52, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2024.07.001>.

2. Meduri GU, Shih MC, Bridges L, Martin TJ, El-Solh A, Seam N, et al. Low-dose methylprednisolone treatment in critically ill patients with severe community acquired pneumonia. *Intensive Care Med*. 2022;48:1009–23.
3. Dequin PF, Meziani F, Quenot JP, Kamel T, Ricard JD, Badie J, et al. Hydrocortisone in severe community-acquired pneumonia. *N Engl J Med*. 2023;388:1931–41.

Javier Velasco Montes^{a,*}, María Victoria Pardo Gutiérrez^b, Carlos Hernando Martín^b y Silvia González Díez^c

^a Departamento de Enfermedades Infecciosas, Hospital San Pedro, Logroño, La Rioja, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero, Burgos, España

^c Médico de Atención Primaria, Servicio Riojano de Salud, Logroño, La Rioja, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javier.velasco.montes@hotmail.com (J. Velasco Montes).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2024.11.001>

0213-005X/ © 2024 Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

¿Cómo podemos optimizar el abordaje diagnóstico y terapéutico de la neumonía? Recomendaciones basadas en una opinión de expertos. Respuesta de los autores



How can we optimize the diagnostic and therapeutic approach of pneumonia? Expert opinion-based recommendations. Authors' reply

Sra. Editora,

Agradecemos la Carta al Editor con relación a la recomendación de uso de corticosteroides en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad (NAC) grave y la necesidad de ingreso en la unidad de cuidados intensivos, incluida en el documento generado a partir de la primera reunión del Grupo OPENIN («Optimización de procesos clínicos para el diagnóstico y tratamiento de infecciones»)¹. En concreto se cuestiona la elección de la metilprednisolona (a dosis de 0,5 mg/kg cada 12 horas en las primeras 24 horas durante no más de 5–7 días) en lugar de hidrocortisona. En efecto, este último fue el corticosteroide empleado (a dosis de 200 mg diarios durante 4–7 días con reducción progresiva hasta el día 14) en el ensayo CAPE

COD, que demostró un beneficio para el grupo experimental en términos de mortalidad y de necesidades de intubación y soporte con drogas vasoactivas². En contraste, Meduri et al. no observaron diferencias significativas en el ensayo ESCAPE, que se basó en la administración de 40 mg diarios de metilprednisolona durante 7 días³. Cabe señalar que ambas pautas presentan una potencia antiinflamatoria comparable. Por ello se han planteado diversas explicaciones, al margen del tipo de corticosteroide, a la hora de justificar estos resultados discordantes, tales como las características demográficas de los pacientes, los criterios de exclusión de ambos estudios y, en particular, la ventana máxima admitida desde el reclutamiento hasta el inicio del tratamiento corticoesteroideo (24 horas en el ensayo CAPE COD frente a 96 horas en el ESCAPE)¹. Un metaanálisis reciente reveló diferencias en la mortalidad a los 30 días entre pacientes con NAC que recibieron dosis acumulativas elevadas (≥ 400 mg de prednisona o equivalente) y los tratados con dosis menores⁴. En base a este hallazgo, propusimos una pauta de metilprednisolona que, para un paciente de 70 kg de peso, equivaldría a una dosis total 430 mg de prednisona, si bien reconocemos al mismo tiempo la escasa evidencia disponible a la hora de establecer el régimen óptimo¹. Por último, deseáramos hacer hincapié en que