

El tratamiento ambulatorio de la neumonía comunitaria

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) continúa siendo una enfermedad muy frecuente, que requerirá ingreso en el hospital en el 20% de los casos. Los estudios epidemiológicos han demostrado que el 80% restante puede ser tratado en régimen ambulatorio con los antibióticos aprobados en las diferentes guías de consenso.

Lenta pero constantemente se sintetizan nuevos antibióticos que en algunos casos añaden ventajas tanto a los clásicos como a los aparecidos de forma más reciente. De acuerdo con una óptima política de antibióticos, a todos ellos se les exigirá una rápida acción bactericida, una alta penetración en los tejidos, una cómoda posología, una buena tolerancia y bioseguridad, que no induzcan resistencias, y una máxima tasa de respuesta clínica y bacteriológica.

Los nuevos antibióticos que han aparecido en los últimos 2 años han sido las fluoroquinolonas levofloxacino y moxifloxacino, y próximamente lo será el gatifloxacino (se retiraron del mercado europeo el grepafloxacino y el trovafloxacino, por sus efectos secundarios). Más recientemente se ha comercializado la telitromicina, del grupo de los ketólidos.

Se trata, en primer lugar, de conocer algunas características de los nuevos antibióticos, si aportan ventajas y, por último, el lugar que pueden ocupar en el tratamiento ambulatorio de la NAC. Los ensayos clínicos más exhaustivos y recientes parecen demostrar una eficacia fuera de toda duda pero, considerados en global y en términos de morbilidad, no parecen demostrar una clara superioridad respecto a los betalactámicos o los macrólidos clásicos.

Si nos referimos a las nuevas quinolonas, comunicaciones presentadas en el IX Congreso de la SEIMC han demostrado una tasa de resistencias frente a *S. pneumoniae* de tan sólo entre el 0,4 y el 1,6%. Moxifloxacino es, además, activo frente a anaerobios grampositivos y gramnegativos, lo que le convierte en un antibiótico eficaz frente a infecciones respiratorias por estos patógenos. En este sentido la eficacia clínica de levofloxacino es similar. Las tasas de erradicación de *S. pneumoniae* (con independencia de su grado de resistencia a betalactámicos o de la que presente frente a macrólidos), *H. influenzae* y otros patógenos de las vías respiratorias, incluyendo los causantes de neumonía atípica y *Legionella pneumophila*, superan el 90%. Se han publicado tasas similares o superiores en cuanto a la eficacia clínica. No se debe olvidar su potencial actividad frente a *Mycobacterium tuberculosis*. Gatifloxacino aportará una mayor actividad frente al neumococo y, además, actuará con mayor seguridad frente a las infecciones por *Pseudomonas aeruginosa*, microorganismo no cubierto suficientemente por levo ni moxifloxacino. En cuanto a telitromicina, un derivado semisintético de los macrólidos de 14 átomos, que actúa de forma similar a éstos, alcanza concentraciones adecuadas extra e intracelulares, y su espectro incluye *S. pneumoniae* (resistente a penicilina y macrólidos), *H. influenzae*, *M. catharralis*, *Toxoplasma gondii* y el grupo *M. avium complex*. Como en el caso de las nuevas quinolonas, posee un bajo potencial para seleccionar resistencias; además, no induce resistencias cruzadas con otros macrólidos.

Con respecto a los efectos secundarios, las nuevas quinolonas evidencian una excelente tolerancia, mayor que la de los antibióticos clásicos; telitromicina puede producir alteraciones gastrointestinales (hasta un 13% de diarreas), sin diferencias significativas con el grupo control, y sin obligar a la suspensión del tratamiento. Además, presentan escasas interacciones medicamentosas.

Por otra parte, todas estas características, que no dejan de ser moderadamente ventajosas respecto a los antibióticos clásicos, están superadas por su comodidad posológica. En efecto, es conocida en nuestro y en otros países la falta de cultura del consumo de antibióticos. El incumplimiento terapéutico por diferentes motivos (el antibiótico no se retira de la farmacia, la dosis es incorrecta, se abandona antes de finalizarlo, etc.) puede alcanzar tasas escalofriantes (superior al 60%, según un estudio de la SEQ). Una de las recomendaciones para reducirlas es la elección del mejor régimen terapéutico: que no interfiera en la vida diaria, que sea de fácil administración, de cómoda posología, con escasos efectos secundarios y de corta duración. Los nuevos antibióticos cumplen con ellas: su administración es una

vez al día por vía oral y no es preciso tratar más allá de 10 días.

Por todo ello, las recomendaciones para el tratamiento de la NAC, bien establecidas por la SEPAR, incluyen las nuevas fluoroquinolonas como alternativa a los tratamientos convencionales en todos los grupos de pacientes. En principio las indicaciones de los nuevos antibióticos serán en pacientes:

1. En los que se esté demostrado una clara alergia a betalactámicos (con hipersensibilidad tipo I, que haga imprudente incluso la administración de cefalosporinas) y el diagnóstico sea de neumonía bacteriana. No debemos olvidar que hasta el 30% de *S. pneumoniae* es resistente a los macrólidos clásicos.
2. En los que se sospeche la posibilidad de incumplimiento terapéutico.
3. En los que exista una duda razonable del diagnóstico sindrómico (neumonía piógena frente a neumonía atípica).
4. Cuando esté demostrada una alta resistencia a betalactámicos, si bien dosis altas pueden superar las concentraciones inhibitorias mínimas de *S. pneumoniae* multirresistente.

El médico de atención primaria puede por tanto utilizar un nuevo arsenal antibiótico con garantía tanto desde el punto de vista terapéutico, de bioseguridad, de farmacocinética y de cumplimiento terapéutico. La cuestión se centra en si todo ello justifica la sustitución de los antibióticos que ya tenemos. Por un lado su eficacia está avalada por décadas de experiencia. Por otro, la posibilidad de utilización de nuevos antibióticos no nos debe hacer olvidar que:

1. El cumplimiento terapéutico no depende sólo del número de comprimidos. En efecto, existen otras muchas variables determinantes de la adhesión terapéutica, entre ellas una buena relación (comunicación) médico-paciente.

2. El uso de los nuevos antibióticos como fármacos de primera elección, a pesar de los buenos resultados publicados hasta hoy, puede acarrear la aparición de resistencias. No sabremos su impacto en este terreno hasta dentro de varios años. De hecho, en una reciente publicación de la revista *New England Journal of Medicine* se describe el desarrollo de resistencias de *S. pneumoniae* a levofloxacino oral durante el tratamiento.

3. Los nuevos antibióticos (los que lo cubren todo) no deben acomodarnos. Hemos de continuar con la elaboración de un diagnóstico diferencial correcto entre las diversas causas de neumonía.

4. La política de antibióticos, en cualquier ámbito, debe recomendar precaución en la utilización de nuevos antibióticos, que ha de estar avalada por estudios amplios, contrastados y bien diseñados.

M. Javaloyas Morlius

Servei de Medicina Interna. Hospital de Viladecans.
Barcelona. España.

Bibliografía recomendada

- Bartlett JG, Dowell SF, Mandell LA, File TM Jr, Musher DM, Fine MJ. Practice Guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults. CID 2000;31:347-82.
- Davidson R, Cavalcanti R, Brunton JL, Bast DJ, De Azavedo JCS, Kibsey P, et al. Resistance to levofloxacin and failure of treatment of pneumococcal pneumonia. N Engl J Med 2002;346:747-50.
- Torres A. Nuevas quinolonas en el tratamiento de la neumonía comunitaria no hospitalizada. Rev Esp Quimioterapia 2000;13(Supl 1): 19-27.