

NEUMONÍA DEL ADULTO ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

DR. VÍCTOR HUGO ALISTE C.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA.

UNIDAD DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.

CLÍNICA LAS CONDES.

RESUMEN

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) constituye aún, una patología de alta morbi mortalidad a pesar del desarrollo y la disponibilidad de técnicas diagnósticas adecuadas y el desarrollo de antibióticos de amplio espectro. Esto responde fundamentalmente a la presencia de pacientes lábiles, en número cada vez más creciente, que incluye a los adultos mayores y portadores de enfermedades crónicas. Por otro lado, el uso indiscriminado de antibióticos ha llevado al desarrollo de resistencia antibiótica, con una consecuente mayor gravedad de los procesos infecciosos. El desafío por tanto, es efectuar un diagnóstico y tratamiento adecuados. Para ello se ha determinado la utilidad de considerar guías que permitan unificar criterios. En ese sentido esta publicación desea contribuir a ello, revisando aquellas que actualmente están vigentes en Chile.

SUMMARY

Community acquired pneumonia (CAP) is still a disease with high morbidity and mortality despite the development and availability of newer diagnostic techniques as well as broad spectrum antibiotics. The reason for this is the presence of more elderly patients and patients with co morbidities and chronic diseases. On the other hand the uncontrolled use of antibiotics has lead to the development of resistant bacteria and consequently more severe infectious process. The challenge is then, make a correct diagnosis and treatment and for that purpose it has been considered the usefulness of following clinical guides that allow unifying criteria in the diagnosis and management of CAP. The aim of this review is to contribute with this objective reviewing the current guidelines in use in Chile.

INTRODUCCIÓN

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) se refiere a un proceso inflamatorio que afecta al parénquima pulmonar cuya etiología es infecciosa y se adquiere fuera del ambiente hospitalario. Para que esto ocurra, debe producirse un desbalance de los factores de equilibrio de la relación entre el individuo y su entorno. Esto depende de las condiciones defensivas del sujeto, del potencial patógeno del microorganismo y por último, de las condiciones ambientales. La NAC representa el 3% al 5% (1) de las consultas por problemas respiratorios de los servicios de atención primaria. A pesar del avance en los métodos de diagnóstico precoz y herramientas terapéuticas de las que se dispone actualmente, la NAC continúa siendo un serio problema epidemiológico en todo en el mundo, considerando que la mortalidad referida en la literatura internacional de pacientes hospitalizados por esta causa es alrededor de un 14% -28% y en aquellos ingresados a una unidad de cuidados intensivos, se eleva a un 20% - 50% (1).

En la primera mitad del siglo XX, la mortalidad estaba determinada básicamente por la ausencia de herramientas terapéuticas adecuadas. Actualmente, aunque significativamente menor que en esa época, la persistencia de la morbitmortalidad radica fundamentalmente en la presencia de un mayor número de pacientes más lábiles o susceptibles de neumonía, como son los adultos mayores, portadores de enfermedades crónicas. Reconociendo la importancia de la NAC en la población adulta y con el fin de unificar criterios para su manejo, diversas sociedades internacionales han desarrollado guías clínicas, siendo las más influyentes en el medio nacional las de la Sociedad Americana de Tórax (ATS) (2), la Sociedad Británica de Tórax (BTS) (3), la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (IDSA)(4) y la Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias (1). Esta última, con una versión actualizada del 2005 donde introduce los cambios epidemiológicos ocurridos en los últimos 10 años, e incorpora la experiencia publicada

de los principales centros hospitalarios del país, por tanto será nuestro principal referente de esta revisión.

EPIDEMIOLOGÍA

La NAC es la tercera causa específica de muerte en la población chilena, alcanzando en el 2001 una tasa de 28,4 muertes por 100.000 habitantes, cifra relativamente elevada comparada con las de otros países de América Latina (1). La mortalidad en adultos entre 20 y 64 años es de 14,8 por 100.000 habitantes, sin embargo aumenta 40 veces en adultos mayores de 65 años y constituye la primera causa de decesos en mayores de 80 años (2). La incidencia y mortalidad sigue un patrón estacional en nuestro país, siendo más frecuente en los meses de invierno, directamente relacionada con las infecciones virales. Existe además un patrón etáreo de los pacientes que requieren hospitalización, tanto en el sistema público como privado, y se concentra en los extremos de la vida de un individuo, es decir la población menor de cuatro años y mayor de 65 años. Las estimaciones de la ATS (American Thoracic Society) de la frecuencia de hospitalizaciones por NAC, en algún momento de su evolución, son cercanas al 20% (2), sin embargo, existe una gran variabilidad de la tasa de hospitalizaciones, dependiendo de la población estudiada y los criterios de diagnóstico y de gravedad, por tanto este rango varía de un 5 a 35% (2) según las distintas publicaciones internacionales y nacionales. Estas cifras cumplen los criterios epidemiológicos para que la NAC haya sido considerada como un grave problema de salud pública, y por tanto, motivo de programas especiales de control y manejo que actualmente se desarrollan en los centros de atención pública (1).

Dentro de las condiciones que favorecen la NAC destaca la *edad*, mayor de 65 años, constituyendo un factor de riesgo tanto en la incidencia como en la gravedad; este grupo tiene una menor capacidad de respuesta inmunitaria tanto de factores locales como sistémicos, una mayor prevalencia de patologías crónicas y un mayor riesgo de estados nutricionales carenciales; se reconoce actualmente un subgrupo de pacientes, sobre 80 años, que representan un grupo particularmente más lábil y de mayor morbitmortalidad (1). El *tabaquismo* también constituye un factor de riesgo, estimándose que el fumador habitual posee 1.8 veces más probabilidad de desarrollar una neumonía que la población no fumadora; esta cifra se reduce a la mitad luego de cinco años que cesa el hábito tabáquico (1). Una de las comorbilidades más frecuente asociada a NAC es la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) (2). Estos pacientes frecuentemente son colonizados por microorganismos que un momento determinado adquieren un carácter patógeno y desarrollan una infección del parénquima pulmonar; la persistencia de tabaquismo activo, explica entre el 23% y 32% de los episodios de NAC (2,3).

ETIOPATOGENIA

Los microorganismos alcanzan el parénquima pulmonar fundamentalmente por vía inhalatoria y aspiración de contenido oro faríngeo,

y menos frecuentemente por vía hematogena. La aspiración de contenido oro faríngeo puede ocurrir en sujetos sanos, especialmente durante el sueño, sin embargo las consecuencias son completamente diferentes cuando aumenta la concentración de la población bacteriana por mm³, o la normal colonización bacteriana no es equilibrada, por la insuficiente concentración de moléculas de adhesinas, como la fibronectina, que adhieren a los microorganismos a receptores celulares de la mucosa oral. Se ha demostrado que estas glicoproteínas se encuentran reducidas en pacientes alcohólicos, diabéticos, malnutridos y otras condiciones mórbidas debilitantes, trasformando a estos, en grupos de mayor riesgo de infecciones (1).

Los gérmenes alcanzan las zonas más distales de la vía aérea, desplazándose en partículas menores de 5 micras, se multiplican y producen un proceso inflamatorio que si no logra ser controlado por los mecanismos defensivos locales y/o sistémicos, se extiende a regiones adyacentes a través de los poros de Khon y canales de Lambert. El foco también puede iniciarse en zonas más proximales y extenderse a regiones peri bronquiales o intersticiales, determinando las llamadas bronconeumonía o neumonitis. Actualmente la denominación global de este proceso es de neumopatía aguda infecciosa o neumonía, en vista que su manejo y tratamiento, no varían de acuerdo a estas diferencias anatomopatológicas.

En los estudios etiológicos de Chile y del extranjero, resumidos en la Tabla 1, destaca que el *S. pneumoniae* es el principal agente etiológico con cifras que van del 16 al 22% (1); el resto de los casos se explican por diversos gérmenes, como: *H. influenzae*, *M. pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, virus respiratorios, *S. aureus*, bacilos gram negativos y *Legionella* sp, correspondiendo menos de un 10% a cada uno, que variarán en frecuencia, básicamente por factores metodológicos de diagnóstico microbiológicos y epidemiológicos. La etiología mixta es de un 5,1% a 8,2%; entre el 42 al 52% de los casos quedan sin etiología demostrada (2, 3). A pesar del desconocimiento de la etiología en un alto porcentaje de pacientes, esto no se ha correlacionado con una mayor letalidad, sí en cambio, resulta vital el inicio precoz de un esquema antibiótico empírico (1,4).

Algunos trabajos han demostrado una mayor frecuencia de infecciones por *H. influenzae* en el anciano y menor frecuencia de infecciones por *M. pneumoniae* y *Legionella* sp. (4). En el grupo de pacientes con EPOC avanzado, es decir VEF1 < 30%, son más frecuentes las neumonías por *H. influenzae* y *P. aeruginosa*, así como neumonías neumocócicas bacterémicas (4). En diabéticos también se observaría una mayor frecuencia de neumonía neumocócica bacterémica. Los pacientes provenientes de hogares de ancianos serían más susceptibles a neumonías por aspiración, infecciones por bacilos gram negativos y anaeróbicos estrictos. En alcohólicos también son más frecuentes las neumonías aspirativas, las formas bacterémicas de neumococo, gram negativos, *Legionella* sp., anaerobios estrictos e infecciones mixtas. Los individuos con alteraciones de la arquitectura del parénquima pulmonar, son más susceptibles a infecciones por *Pseudomonas aeruginosa*. Por último, aquellos con

antecedentes de enfermedad neurológica con episodios de compromiso de conciencia o trastornos de deglución y aquellos con patología digestiva (reflujo gastro esofágico) son más frecuentes la presencia de gérmenes bacilos gram negativos y anaerobios (1, 4).

Aunque existen algunas diferencias con los estudios extranjeros, los trabajos nacionales que se registran en la Tabla N° 1 permiten concluir que la etiología de la NAC, en nuestro medio, no muestran diferencias significativas respecto a las observadas en el extranjero, en términos de los microorganismos que deben ser cubiertos, por lo tanto resulta válido emplear esquemas terapéuticos internacionales (1).

DIAGNÓSTICO CLÍNICO RADIOLÓGICO

Clásicamente la NAC se define como un cuadro clínico de evolución aguda, caracterizado por compromiso del estado general, calofríos, tos, expectoración purulenta, dificultad respiratoria de grado variable. En el examen físico general se observa taquicardia, taquipnea y fiebre, mientras que en el examen pulmonar, se puede encontrar matidez, disminución del murmullo pulmonar, crepitaciones, broncofonía y egofonía. Sin embargo, la sensibilidad y la especificidad de los hallazgos clínicos para el diagnóstico de neumonía son bajas. Este no es un problema menor toda vez que un diagnóstico tardío de una NAC se correlaciona con una mayor morbimortalidad. Se han diseñado varias fórmulas que intentan predecir la probabilidad de neumonía en un determinado paciente mediante síntomas como tos y/o expectoración, sin embargo a pesar de contar con elevada sensibilidad cercana al 91%, la especificidad no supera el 40% (1, 2).

Por tanto, el cuadro clínico no permite confirmar ni descartar con certeza al paciente con NAC, de tal modo que resulta indispensable contar con una radiografía de tórax tanto frontal como lateral, frente a la mínima sospecha clínica o alto riesgo ambiental en un paciente susceptible (1-4). Los pacientes de edad avanzada suelen ser un grupo de especial cuidado por la falta de síntomas clásicos de sospecha de NAC y con frecuencia, sólo se detecta un cambio conductual o un estado mental alterado, debaimiento, anorexia o descompensación de alguna patología crónica.

En el ejercicio de diagnóstico diferencial hay que incluir a la tuberculosis (TBC), embolia pulmonar, insuficiencia cardiaca, Neumonía Criptogénica Organizada y neoplasias entre otras. Los hallazgos radiológicos son inespecíficos, por tanto el diagnóstico de NAC debe estar sustentado por un cuadro clínico compatible y la exclusión de otras patologías con imágenes radiológicas similares (Tabla N°2). Tampoco es posible predecir el agente causal por el aspecto radiológico de la neumonía (1).

La resolución radiológica ocurre en un 50% a las dos semanas, 64% a las cuatro semanas y 73% a las seis semanas (1); es más lenta en las neumonías por *Legionella sp.*, adultos mayores, portadores de enfermedad cardio pulmonar crónica, neumonía multilobar y pacientes que han requerido hospitalización; por tanto estos plazos deben considerarse al momento de solicitar un control radiológico.

TABLA 1/ ETIOLOGÍA DE NAC HOSPITALIZADAS EN CHILE Y EL EXTRANJERO

| Agentes | Europa, Oceanía y EE.UU. | | Chile | |
|------------------------|--------------------------|------|-------|------|
| | n | % | n | % |
| <i>S. pneumoniae</i> | 8.922 | 21,7 | 933 | 10,8 |
| <i>H. influenzae</i> | 8.922 | 4,7 | 933 | 4,1 |
| Bacilos gram negativos | 8.922 | 3,4 | 933 | 5,0 |
| <i>S. aureus</i> | 8.922 | 1,5 | 933 | 3,1 |
| <i>M. pneumoniae</i> | 8.922 | 6,8 | 330 | 1,5 |
| <i>C. pneumoniae</i> | 8.922 | 6,9 | 330 | 4,3 |
| <i>Legionella sp.</i> | 8.922 | 5,0 | 470 | 3,6 |
| Influenza A y B | 8.922 | 6,5 | 130 | 6,9 |
| Otros virus | 8.922 | 9,4 | 130 | 12,4 |
| Mixta | 8.922 | 8,2 | 330 | 4,8 |
| Otros | 8.922 | 3,0 | 140 | 2,8 |
| Desconocida | 8.922 | 45,7 | 933 | 71,3 |

TABLA 2/ DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA NAC

| |
|--|
| Tuberculosis pulmonar |
| Insuficiencia cardiaca congestiva |
| Trombo embolismo pulmonar |
| Atelectasia pulmonar |
| Neumonitis por Hipersensibilidad |
| Daño pulmonar por fármacos |
| Daño pulmonar por radioterapia |
| Cáncer pulmonar |
| Compromiso pulmonar de las enfermedades del colágeno: Lupus, Artritis Reumatoide, Esclerosis Sistémica Progresiva, Granulomatosis de Wegener |
| Sarcoidosis |
| Neumonía Eosinofílica |
| Neumonía Criptogénica en Organización o COP (ex Bronquiolitis obliterante con neumonía en organización o BOOP) |

A pesar de que no existen evidencias que avalen el control con radiografía de tórax en pacientes que evolucionan favorablemente desde el punto de vista clínico, el motivo principal que lo justifica es descartar la presencia de alguna comorbilidad neoplásica, especialmente en fumadores, y en aquellos con persistencia de tos y expectoración, la presencia de gérmenes resistentes, TBC y por cierto, otras patologías no infecciosas (1,3).

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS COMPLEMENTARIOS

Los exámenes microbiológicos permiten identificar el agente causal de la neumonía y su patrón de sensibilidad a la terapia antibiótica, esto reduce el espectro de acción de los fármacos, costos, riesgo de reacciones adversas y desarrollo de gérmenes resistentes. Sin embargo, considerando que la etiología de la neumonía es predecible de acuerdo a las características clínicas y epidemiológicas de cada paciente, y que en las mejores condiciones la determinación del agente etiológico se alcanza sólo en alrededor de la mitad de los casos, no se recomienda el estudio microbiológico rutinario en todos los pacientes con neumonía. Además, el estudio etiológico muchas veces retrasa el inicio del tratamiento antibiótico y este retraso aumenta la morbi mortalidad. Por ello se recomienda el estudio etiológico en pacientes con neumonía grave que requieren manejo en UTI y en brotes de neumonía con características clínico epidemiológicas particulares, es decir, en hogares de ancianos, regimientos, grupos familiares y en época de alta prevalencia de influenza (1).

La sensibilidad de los hemocultivos en nuestro medio alcanza entre el 9 y 16% concordantes con las cifras del extranjero; induce a cambio en el esquema antibiótico en menos del 2%, por tanto se debiera realizar en pacientes hospitalizados graves, antes de iniciar un esquema terapéutico empírico y en pacientes que no responden a este primer esquema antibiótico (1). El estudio de gram de expectoración es un procedimiento sencillo, barato y de rápida disponibilidad, permite evaluar la calidad de la muestra mediante los criterios de Murray (menos de 10 células epiteliales y > 25 leucocitos por campo). El cultivo de esta muestra, a pesar de la baja sensibilidad y especificidad, sus limitaciones en la toma de muestra adecuada, continúa siendo una herramienta útil, especialmente en NAC hospitalizados, graves y en aquellos que no responden a un esquema empírico inicial; en los sujetos que recibieron una terapia antibiótica previa, los resultados deben ser evaluados en forma crítica. Los estudios serológicos para *M.pneumoniae*, *C.pneumoniae* y *Legionella pneumophila* sólo debieran procesarse en muestras pareadas (fase aguda y convalecencia), a menos que tenga más de una semana de evolución al momento del ingreso. La determinación de antígeno para *L. pneumophila* y *S.pneumoniae*, es una herramienta útil especialmente en casos de brotes de NAC.

La reacción de polimerasa en cadena es una técnica de alta sensibilidad, y no está influenciada por el uso de antibiótico previo, por tanto es una herramienta útil, pero aún de escasa experiencia en nuestro medio para tener una conducta definida en su recomendación. El estudio invasivo de toma de muestra mediante fibrobroncoscopía se

reserva para aquellas NAC grave ingresados a UTI, especialmente en inmunocomprometidos (4).

En conclusión:

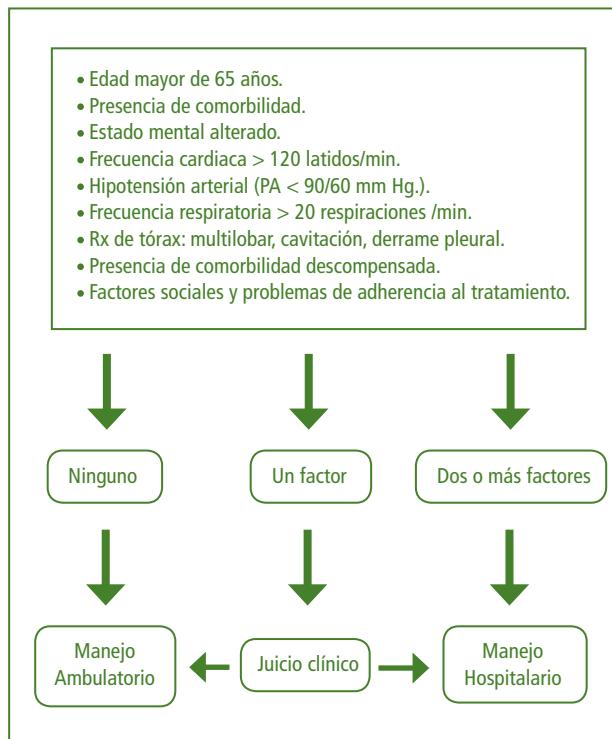
1. No se recomienda hacer estudio etiológico de la neumonía en pacientes ambulatorios.
 2. El estudio microbiológico podría ser de utilidad en los siguientes escenarios clínicos.
 - a. Neumonía comunitaria grave que requiere hospitalización en unidad de cuidados intermedios o intensivos.
 - b. Pacientes con criterios de fracaso de tratamiento empírico inicial.
 - c. Brotes de neumonías en un grupo de personas como hogar de ancianos, regimientos o condiciones similares.
- En cuanto a los exámenes generales hematológicos no son indispensables en sujetos jóvenes sin factores de riesgo; en pacientes que requieren hospitalización, deben realizarse al ingreso, hemograma, proteína C reactiva, glicemia, función hepática y renal, especialmente para evaluar los criterios de gravedad, complicaciones y respuesta terapéutica.

EVALUACIÓN DE GRAVEDAD

Una vez establecido el diagnóstico de NAC, la evaluación de gravedad de la misma, constituye la principal decisión médica que permitirá definir el lugar de su manejo y su pronóstico. Los siguientes son factores de riesgo asociados a mayor morbi-mortalidad: la **edad**, mayores de 65 años; **comorbilidad**, cardiológica, cerebro vascular, diabetes, EPOC, insuficiencia renal crónica, enfermedad hepática crónica, alcoholismo, desnutrición y post-esplenectomizados; **frecuencia respiratoria** mayor a 20 por minuto; **estado mental**, con compromiso cuantitativo o cualitativo de conciencia; **presión arterial sistólica** <90 mmHg o diastólica <60mm Hg. y elementos de mala perfusión tisular o estado de shock séptico, especialmente aquellos con refractariedad al aporte adecuado de volumen dentro de las primeras 12 horas; **requerimientos elevados de oxígeno**, esto es, FiO₂ >0,5 o necesidad de apoyo ventilatorio; **radiografía de tórax** con imágenes bilaterales, compromiso más de dos lóbulos pulmonares, cavitaciones o presencia de derrame pleural y la rápida progresión de los infiltrados radiográficos; **leucocitos en sangre**, mayores de 20.000/mm³ o menores de 4.000 /mm³; **función renal**, nitrógeno ureico elevado al ingreso; **microbiología**, la presencia de hemocultivos positivos. Además las NAC por bacilos gram negativos entéricos, *Legionella* sp, *Staphylococcus aureus* y *Pseudomonas aeruginosa* suelen tener mayores complicaciones y letalidad (5, 6).

Hay que destacar sin embargo, que ningún factor pronóstico es suficientemente sensible y específico para predecir la evolución. Por ello, la evaluación de la gravedad del enfermo depende muchas veces de la experiencia clínica del médico, por lo tanto, mediante las guías clínicas se pretende unificar criterios que permitan diferenciar a los pacientes con riesgo bajo, de aquellos con riesgo alto de morbi- mortalidad. De esta manera, se pueden disminuir las hospitalizaciones innecesarias en los de bajo riesgo y el retardo de las hospitalizaciones en pacientes de mayor gravedad, reduciendo los costos, sin afectar la evolución y pronóstico. Los índices internacionales de gravedad más frecuentemente usados

FIGURA 1/ RECOMENDACIONES PARA LA EVALUACIÓN DE GRAVEDAD DE PACIENTE CON NAC (Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias)



son los Fine y col. (5) para la pesquisa de pacientes de bajo riesgo y los de la Sociedad Británica de tórax para la pesquisa de pacientes de alto riesgo. Siguiendo las pautas recomendadas por la Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias resumidas en la Figura N° 1, se sugiere clasificar a los enfermos en tres categorías de riesgo: a) riesgo bajo de mortalidad, inferior a 1-2 %, susceptibles de tratamiento ambulatorio; b) riesgo alto de mortalidad, entre 20 y 30%, deben ser manejados en unidades de cuidados intermedio o intensivo; y c) riesgo intermedio, sin poder clasificarse en una categoría precisa, siendo el juicio clínico determinante para definir lugar de manejo y tratamiento. En este último grupo es esencial considerar las variables clínicas, así también las condiciones sociales y del entorno implicadas en cada caso particular.

NEUMONÍA GRAVE

Entre un 10 a 30% de las NAC son graves, con una mortalidad que varía entre un 20 a 50% según distintas publicaciones (4,6), por lo que requieren manejo en una unidad de cuidados especiales. Por lo tanto resulta vital reconocer estas neumonías en forma rápida. Por otra parte, la escasa disponibilidad de camas en esas unidades en nuestro país, obliga a ser muy acucioso en la identificación de estos pacientes. Sin embargo no existe hasta ahora una definición exacta y universalmente aceptada de neumonía grave. Algunos autores sugieren una definición operacional y práctica, que sería, cuando un paciente requiere de una

vigilancia y monitorización estricta, propias de una unidad que disponga de un apoyo ventilatorio y hemodinámico. En un intento por objetivar esta definición, se han diseñado sistemas de puntajes y modelos predictores para ayudar al clínico a identificar esta condición de gravedad. En la Tabla N°3 se resumen los más utilizados. La Sociedad Británica de Tórax (BTS) considera criterios clínico sencillos, como: confusión, nitrógeno ureico, frecuencia respiratoria, y presión arterial (CURB). La presencia de dos o más de estos criterios predicen un mayor riesgo de muerte y debe ser considerado como NAC grave. Los criterios de ATS modificados por Ewig y cols, poseen una adecuada sensibilidad (74%),

TABLA 3/ CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE NEUMONÍA COMUNITARIA GRAVE

Criterios de la Sociedad Británica de Tórax (BTS)

- Frecuencia respiratoria >30/min.
- PAD <60mmHg.
- Nitrógeno ureico > 20mg/dl.
- Confusión mental de reciente aparición.

Criterios originales de la Sociedad Americana de Tórax (ATS)

- Frecuencia respiratoria > 30 /min. (en la admisión).
- PaO₂/FiO₂ < 250 mmHg (en la admisión).
- Necesidad de ventilación mecánica.
- Compromiso radiográfico bilateral o multilobar.
- Aumento de más del 50% de los infiltrados pulmonares radiológicos en 48 horas.
- Estado de Shock (PAS<90 o PAD <60mmHg).
- Necesidad de apoyo con drogas vaso activas por más de 4 horas.
- Diuresis <20ml/h o < 80ml en 4 horas.

Criterios de ATS modificados (Ewig y cols)

Criterios mayores (presencia de 1 criterio)

- Necesidad de ventilación mecánica.
- Estado de Shock séptico.

Criterios menores (presencia de 2 o más criterios)

- PAS <90 mmHg.
- Compromiso radiográfico multilobar.
- PaO₂/FiO₂<250 mmHg.

PAS: presión arterial sistólica; PAD: presión arterial diastólica

mayor especificidad (94%) y valor predictivo positivo (74%). Estos dos criterios, ATS modificados y BTS son actualmente los más recomendados de utilizar al momento de definir una NAC grave (2, 4, 7).

TRATAMIENTO

El tratamiento antibiótico adecuado de una NAC favorece la recuperación de la neumonía y reduce los riesgos de complicaciones asociadas, y por ende la mortalidad. Se han diseñado normas o guías de tratamiento que consideran antecedentes como la edad, epidemiología, presencia de comorbilidad y la gravedad, permitiendo unificar criterios

y aumentar las probabilidades de éxito terapéutico.

Las recomendaciones de la Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias se han formulado sobre la base de la clasificación de pacientes en cuatro categorías: **Grupo 1**: menores de 65 años sin comorbilidad y de manejo ambulatorio. **Grupo 2**: mayores de 65 años con o sin comorbilidad y de manejo ambulatorio. **Grupo 3**: pacientes hospitalizados en salas de cuidados generales. **Grupo 4**: pacientes con NAC grave que requieren manejo en unidades de cuidados especiales (Intermedio o UTI).

Por último hay que señalar que en general los pacientes con NAC se estabilizan dentro de los tres a cinco primeros días de iniciado el tratamiento antibiótico. Una vez que se logra la estabilidad por al menos 24 horas, se recomienda en aquellos con terapia parenteral, cambiar a un esquema equivalente por vía oral. La duración total del tratamiento va desde siete a diez días hasta 14 a 21 días, dependiendo de la gravedad de la NAC y de la sospecha de un germe de difícil erradicación como *S. aureus*, *Pseudomonas*, o *Legionella* (1).

BIBLIOGRAFÍA

1/ Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias. Consenso Nacional de Neumonía del adulto adquirida en la comunidad. Rev Chil Enf Resp 2005; 21:69-140.

2/ Niederman M S, Mandell L A ,Anzueto A, et al. Guidelines for the management of adults with community acquire pneumonia. Diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy and prevention. Am J Resp Crit Care Med 2001; 163: 1730-54.

3/ British Thoracic Society Standards of Care Committee. British Thoracic Society guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults. Thorax 2001; 56 (suppl IV): 1-64.

4/ Mandell LA, Bartlett JG, Dowell SF, File et al. Update of practice guidelines for the management of community acquired pneumonia in inmunocompetent adults. Clin Infect Dis. 2003; 37: 1405-33.

5/ Fine MJ, Smith MA, Carson CA, et al: Prognosis and outcomes of patients with community-acquired pneumonia: A meta-analysis. JAMA 1996; 275:134-141.

6/ Torres A, Serra-Batilles J, Ferrer A, et al: Severe community-acquired pneumonia: Epidemiology and prognostic factors. Am Rev Respir Dis 1991; 144:312-318.

7/ Ewig S, Ruiz M, Mensa J, Marcos, et al. Severe community-acquired pneumonia. Assesment of severity criteria. Am J Resp Crit Care Med 1998;158: 1102-8.



Líderes Mundiales en Monitorización Hemodinámica Avanzada



Munnich Pharma Medical

Representante Exclusivo para Chile de **Edwards Lifesciences**

www.munnich.cl Munnich Pharma Medical Ltda.

San Ignacio 1.000, Quilicura, Santiago. Fono: (56-2) 730 6176 / Fax: (56-2) 733 5118

