

Consenso Chileno de Neumonía Adquirida en la Comunidad en Adultos

Chilean Consensus on Community-Acquired Pneumonia in Adults

La Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias publica en este número un artículo donde se actualizan las guías nacionales de manejo de la neumonía de la comunidad (NAC) en adultos que no están inmunocomprometidos. Este consenso fue producido por expertos en el tema de neumonía de la comunidad representando a la Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias, la Sociedad Chilena de Infectología, y la Sociedad Chilena de Medicina Familiar.

El documento fue creado en base a 10 preguntas importantes en el tema de neumonía de la comunidad. En este editorial resumo el objetivo de cada pregunta y las recomendaciones del panel.

El objetivo de la pregunta 1 fue conocer la incidencia, factores de riesgo y mortalidad de la NAC en pacientes adultos inmunocompetentes. Los autores indican que la NAC es una enfermedad con alta prevalencia y morbimortalidad, siendo los más afectados los niños menores de 5 años y los adultos mayores con comorbilidades. En Chile, las enfermedades respiratorias son la causa de muerte en uno de cada 10 fallecidos, siendo la NAC una de las causas más importantes. En los pacientes que consultan por NAC, solo un 20% requiere manejo en el hospital debido a la gravedad de la condición. La mortalidad global es de 5-10%.

El objetivo de la pregunta 2 fue describir la metodología para el diagnóstico de la NAC. Los autores indican que en la mayoría de los pacientes el diagnóstico se basa en la presencia de fiebre, escalofríos, tos, dolor de pecho, y falta de aire, con signos de localización pulmonar en el examen físico. En el anciano el diagnóstico es más complejo, ya que este tipo de pacientes se puede presentar con muchos menos signos y síntomas.

*El objetivo de la pregunta 3 fue describir los agentes causales más frecuentes. Los autores indican que la NAC es una enfermedad con una amplia gama de patógenos responsables. La proporción de infecciones mixtas en el ámbito ambulatorio y hospitalario es variable y oscila entre 2 y 17%. Los patógenos más frecuentes de la NAC en pacientes hospitalizados son las bacterias con el *S. pneumoniae* como principal microorganismo. Los virus respiratorios emergen como una importante causa de NAC en pacientes hospitalizados y alcanzan entre 15 a 35% de los casos. Aproximadamente en el 60% de los casos no se detecta un microorganismo.*

El objetivo de la pregunta 4 fue definir el papel de las reglas predictivas de severidad en la decisión clínica de donde se debe manejar el paciente, ambulatorio, en la sala, o en UCI.

Los autores indican que el Índice de Gravedad de la Neumonía (PSI) y el índice pronóstico de la Sociedad Británica de Tórax modificado por Lim (CURB-65) son las reglas predictivas que más se usan. Estos índices, cuando se usan en conjunto con el criterio clínico, permiten reducir la tasa de hospitalización de pacientes de bajo riesgo y optimizar el uso de los recursos sanitarios.

El objetivo de la pregunta 5A fue describir el tratamiento antibiótico de elección para los pacientes de manejo ambulatorio. Los autores recomiendan el uso de amoxicilina, macrólidos o doxiciclina en pacientes adultos sin comorbilidades. En pacientes con comorbilidades, como enfermedad crónica cardíaca, respiratoria, hepática o renal, diabetes mellitus, alcoholismo, malignidad o asplenia, recomiendan usar amoxicilina/ácido clavulánico, cefuroxima, cefpodoxima o fluoroquinolona respiratoria (levofloxacina o moxifloxacina).

El objetivo de la pregunta 5B fue describir el tratamiento empírico para pacientes adultos con NAC que requieren hospitalización. Los autores recomiendan en pacientes adultos con NAC hospitalizado no grave, utilizar como primera elección la monoterapia con betalactámicos. En NAC grave o complicada se sugiere terapia antibiótica combinada.

El objetivo de la pregunta 5C fue definir la duración del tratamiento antibiótico. Los autores recomiendan utilizar el tratamiento antibiótico acortado de al menos cinco días en pacientes adultos inmunocompetentes con NAC sin factores de riesgo y gravedad. La duración del tratamiento antibiótico debe ser guiada por parámetros clínicos y no debe ser menor a cinco días.

El objetivo de la pregunta 6 fue describir el tratamiento antiviral en pacientes con NAC causada por el virus de influenza. Los autores destacan que la NAC causada por el virus de la influenza puede tener complicaciones graves y aumentar el riesgo de muerte en adultos hospitalizados. Por lo tanto, recomiendan agregar antivirales al tratamiento empírico en estos pacientes. En pacientes ambulatorios, se recomienda el uso de antivirales asociado al tratamiento empírico, ya que reduce la duración de los síntomas.

*El objetivo de la pregunta 7 fue definir el tratamiento empírico en los pacientes hospitalizados con factores de riesgo para infección por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SAMR) y/o *Pseudomonas aeruginosa*. Los autores recomiendan la terapia empírica sugerida en la pregunta 5B.*

El objetivo de la pregunta 8 fue definir si la terapia combinada era apropiada en la NAC admitida a UCI. Los autores recomiendan que los pacientes con NAC que requiere ingreso en la UCI pueden tratarse inicialmente con dos antibióticos para disminuir la mortalidad.

El objetivo de la pregunta 9 fue definir el papel de los corticoides en pacientes con NAC. Los autores recomiendan no usar corticoides de forma rutinaria en paciente hospitalizados con NAC.

El objetivo de la pregunta 10 fue definir el uso de la vacunación antineumocócica universal para los ancianos. Los autores recomiendan el uso de la vacuna en pacientes ancianos ya que disminuyen el riesgo neumonía neumocócica y enfermedad invasiva.

Los autores han generado un consenso que brinda información relevante y útil a los médicos generales y especialistas de Chile. Estas recomendaciones están basadas en la mejor evidencia científica actual. Pienso que la implementación de estas guías mejorará la calidad de atención de los pacientes con neumonía en Chile.

Julio Ramirez, MD

*Chief Scientific Officer, Norton Infectious Diseases Institute,
Norton Healthcare, Louisville
Emeritus Professor of Medicine, University of Louisville,
Louisville, Kentucky, USA
Email: j.ramirez@louisville.edu*