

J. C. FORERO

Neumonía adquirida en comunidad en el adulto Es hora de implementar las guías de manejo clínico institucionales

Community acquired pneumonia in adults It is time to implement the institutional clinical management guidelines

Ver artículo: página 233

Dr. Julio César Forero: Especialista en Medicina Interna y Neumología. Máster en enfermedades vasculares pulmonares. Neumólogo IPS Universitaria Clínica León XIII y Hospital La María. Médico Cuidados Intensivos Clínica las Vegas. Medellín (Colombia).
E-mail: julcefo@yahoo.com

La neumonía adquirida en comunidad (NAC) a la fecha sigue siendo un gran problema de salud pública, en el reporte de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2004 (versión actualizada al 2008), las infecciones del tracto respiratorio inferior fueron la tercera causa de muerte en el mundo produciendo 4.2 millones de muertes por año (7.1% de la mortalidad global) y con una incidencia de 492.2 millones de personas a nivel mundial y 45.4 millones en América; con un estimado para el año 2015 de producir 3.2 millones de muertes (5.6% de la mortalidad global), adicional al costo económico que genera (2). En Colombia se reportaron en el año 2012, según el DANE, 6278 muertes por neumonía (incluidos niños y adultos) (3) y al 30 de septiembre del año 2013 el reporte asciende a 4.138 muertes (incluidos niños y adultos) (4). Se han estado realizando esfuerzos mundiales para disminuir su incidencia y mortalidad en la población adulta y pediátrica, dentro de los cuales se destacan la publicación periódica actualizada de las guías de manejo de neumonía realizada por la Infectious Diseases Society of America (IDSA) y la guía de neumonía de la Sociedad Británica del Tórax (BTS) (5, 6). Igualmente en Colombia, también se ha progresado en este aspecto y en el año 2013 se ha publicado la versión actualizada de las Recomendaciones para el manejo de la Neumonía Adquirida en Comunidad con el aval de varias sociedades científicas del país (7). Todos estos esfuerzos mundiales encaminados a un enfoque diagnóstico temprano, definir la severidad del cuadro patológico así como acercarnos a una terapéutica acertada que nos disminuya la morbimortalidad de la enfermedad.

A partir de múltiples variables descritas en la literatura que se relacionan con la severidad y mortalidad en neumonía, se han desarrollado las escalas de severidad de la enfermedad, con el fin de identificar tempranamente (desde

el mismo ingreso del paciente a urgencias o consulta ambulatoria) si requiere manejo hospitalario o ambulatorio; así como orientar el tratamiento antibiótico o incluso definir el ingreso a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Las escalas más evaluadas a nivel mundial han sido el CURB-65 (8) o su modificación (CRB-65) y el índice de severidad de neumonía (PSI) entre otros (9). Independiente de cuál escala usemos, como lo demuestra la revisión sistemática y metaanálisis comparativo de las escalas realizado por Chalmers et al (10), su importancia radica en aplicarlas siempre que tengamos un paciente con NAC.

Igual de relevancia tiene la elección temprana del tratamiento antibiótico ajustado a la flora bacteriana causante de la NAC de la región, por lo cual es de importancia vital los esfuerzos ingentes para tratar de identificar, siempre que sea posible, los gérmenes responsables de la NAC. En Colombia contamos con más de media docena de publicaciones de diferentes regiones del país, que nos pueden dar una idea aproximada de los gérmenes etiológicos presentes en nuestra población y con base en esto, iniciar tempranamente una terapia antibiótica empírica en nuestro paciente que ingresa al servicio de urgencias o consulta ambulatoria con diagnóstico de NAC, ya que, a pesar de ser controversial a la fecha, las primeras ocho horas tienen al parecer una importancia epidemiológica para disminuir la severidad de la enfermedad, la mortalidad y la estancia hospitalaria según estudios clínicos publicados (11-15).

El estudio de Machado et al publicado en el número actual de la revista (16), nos muestra el panorama de un hospital de tercer nivel, ubicado en el Eje Cafetero, el cual puede ser una radiografía cercana de lo que ocurre en la mayoría de instituciones, tanto públicas como privadas en Colombia, en la cual como anota el grupo investigador en su introducción, no se cuenta con guías institucionales que defi-

nan la conducta a seguir en los pacientes con esta patología que ingresan a los diferentes servicios de una institución prestadora de servicios de salud.

A pesar de las limitaciones propias del tipo de estudio desarrollado, nos ilustra acerca de las posibles variables relacionadas con mortalidad como son taquicardia, sepsis e ingreso a UCI, las cuales están en concordancia con publicaciones previas (5-7). Igualmente el uso de antibióticos en monoterapia y la no inclusión de macrólidos no se relacionó con el riesgo de muerte, lo que apoya lo obtenido en estudios colombianos previos (7), en que el germen más frecuente sigue siendo el *Streptococcus pneumoniae* sensible, aunque el *Mycoplasma pneumoniae* ha cobrado mayor relevancia, llegando en algunas series a ser identificado en cerca de 8.5-22% de los casos de NAC del adulto.

Se deben insistir en el desarrollo de estudios epidemiológicos en Colombia, idealmente que involucren varias regiones del país, para establecer la etiología de la NAC en adultos en nuestro país, así como validar las escalas de severidad para NAC existentes en nuestra población, ya que como vemos en el estudio de Machado et al, hay múltiples variables que pueden estar involucradas y no están incluidas en estas escalas, lo que sería de vital importancia en nuestra región su identificación e influencia en los desenlaces clínicos. Por último la implementación de guías de manejo institucional debe ser imperativa para disminuir el impacto humano y económico de la enfermedad en nuestro país.

Rereferencias

1. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf. Revisada el 24 de octubre de 2013.
2. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/en/index.html. Revisada el 27 de octubre de 2013.
3. <http://www.dane.gov.co/index.php/es/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones/118-demograficas/estadisticas-vitales/2863-defunciones-no-fetales-2012-preliminar>. Revisado el 28 de octubre de 2013
4. <http://www.dane.gov.co/index.php/es/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones/118-demograficas/estadisticas-vitales/4675-defunciones-no-fetales-2013>. Revisado el 28 de octubre de 2013.
5. Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, et al. Infectious Diseases Society of American/American Thoracic Society Consensus guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults. *Clin Infect Dis* 2007; **44**: S27-72
6. Lim WS, Boudouin SV, George RC, et al. The British Thoracic Society Guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults. Update 2009. *Thorax* 2009; **64** (Suppl 3): iii1-55.
7. ACNCT, AMCI, ACMI, ACIN. Guía de práctica clínica: Recomendaciones para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la neumonía adquirida en la comunidad en adultos inmunocompetentes. *Infectio* 2013; **17** (Supl 1): 1-38.
8. Lim WS, Van der Eerden MM, Laing R, et al. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. *Thorax* 2003; **58**: 377-82.
9. Fine MJ, Auble TE, Yealy DM, et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community acquired pneumonia. *N Engl J Med* 1997; **336**: 243-50.
10. Chalmers JD, Singanayagam A, Akram AR, et al. Severity assessment tools for predicting mortality in hospitalized patients with community acquired pneumonia. Systematic review and meta-analysis. *Thorax* 2010; **65**: 878-883.
11. Houck PM, Bratzler DW, Nsa W, et al. Timing of antibiotic administration and outcomes for Medicare patients hospitalized with community acquired pneumonia. *Arch Intern Med* 2004; **164**: 637-44.
12. Kanwar M, Brar N, Khatib R, et al. Misdiagnosis of community acquired pneumonia and inappropriate utilization of antibiotics: side effects of the 4-h antibiotic administration rule. *Chest* 2007; **131**: 1865-9.
13. Berjohn CM, Fishman NO, Joffe MM, et al. Treatment and outcomes for patients with bacteremic pneumococcal pneumonia. *Medicine* (Baltimore) 2008; **87**: 160-6.
14. Schaaf B, Kruse J, Rupp J, et al. Sepsis severity predicts outcome in community acquired pneumococcal pneumonia. *Eur Respir J* 2007; **30**: 517-24.
15. Garnacho Montero J, Garcia Cabrera E, Diaz Martin A, et al. Determinants of outcome in patients with bacteraemic pneumococcal pneumonia: importance of early adequate treatment. *Scan J Infec Dis* 2010; **42**: 185-92.
16. Machado JE, Isaza B, Sepúlveda M. Factores asociados a mortalidad por neumonía en un hospital de tercer nivel en Colombia. *Acta Med Colomb* 2013; **38**: 233-238