

MANEJO DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una infección del tracto respiratorio inferior frecuente, con una incidencia en nuestro medio entre 2-15 casos por 1.000 habitantes y año. Recordamos que para ser considerada NAC debe presentarse en pacientes no ingresados ni institucionalizados hasta 14 días antes del inicio de los síntomas.

La mayoría de los pacientes que sufren esta patología son manejados desde el ámbito ambulatorio; sin embargo, se calcula que el 75% serán atendidos en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) en algún momento de su evolución.

Es sabida la gran variabilidad que existe en su manejo, sobre todo, en lo que concierne al tratamiento antibiótico. Para intentar minimizar estas diferencias hemos hecho una revisión de la bibliografía actual al respecto.

Toda la literatura está de acuerdo en que cada caso debe ser individualizado, teniendo en cuenta los antecedentes, comorbilidades, curso evolutivo, sintomatología, etc. Pero además, ha de valorarse la gravedad con alguna de las escalas disponibles (FINE, PSI, CURB-65 o CRB-65), lo que orientará hacia qué ámbito debe remitirse al paciente.

Finalmente, ha de decidirse el tratamiento antibiótico, que debe ser empírico y precoz. La discrepancia entre las diferentes fuentes revisadas se encuentra en este punto, especialmente en el grupo de pacientes sin factores de riesgo y con criterios para manejo ambulatorio.

De toda la bibliografía revisada, aquella con metodología ratificada como la guía de neumonía de NICE (2018), la guía de Aljarafe (2018), la guía farmacoterapéutica de la SEMFYC (2019) y el nuevo boletín de INFAC (2019) están de acuerdo con que el tratamiento de elección es amoxicilina a dosis altas durante 5-7 días, dejando las pautas combinadas y las quinolonas para pacientes con factores de riesgo concretos o alergia a betalactámicos.

CIRCUNSTANCIA MODIFICADORA	TRATAMIENTO ANTIBIOTICO			
	ELECCIÓN	GR	ALTERNATIVA	GR
Neumonía aguda de la comunidad (NAC) en pacientes <65 años sin enfermedad crónica subyacente independientemente de la sospecha etiológica [#]	Amoxicilina oral, 1 g cada 8 horas, 5 días ^{&,E 2,5}	A	Alérgicos a betalactámicos (toda sospecha debe ser estudiada: confirmada o descartada): Levofloxacino ▼ oral, 500 mg cada 24 horas, 5 días ^{&, E 5} Moxifloxacino ▼ oral, 400 mg cada 24 horas, 5 días ^{&,E 4}	C C

Tabla extraída de la guía de Aljarafe, actualizada en 2018.

Por otro lado, únicamente hemos encontrado y revisado dos documentos que discrepan. Se trata de las últimas recomendaciones de la SEPAR (2010) y de INFURG-SEMES (2017); la primera guía sintetiza sus conclusiones asociando un nivel de evidencia y una fuerza de recomendación sin una metodología clara, y el segundo escrito es un consenso de expertos.

Estos documentos defienden que el tratamiento empírico debe cubrir *Streptococcus* y *Mycoplasma pneumoniae* por ser los gérmenes más frecuentes. Por ello, recomiendan pautas combinadas con amoxicilina + macrólido o bien quinolonas de perfil respiratorio durante 7 días.

PSI modificado I y II (TRATAMIENTO AMBULATORIO): Si no tiene criterio estricto de ingreso por otra razón, se puede tratar en el domicilio durante **7 días con una de las siguientes pautas:**

● Amoxicilina vo (1g/8h) ○ Amoxicilina-clavulánico vo (875/125mg/8h o 2000/125mg/12h ○ Cefditoreno vo (400mg/12h).

+

Azitromicina vo (500mg/24 h, solo por 5 días)

● Moxifloxacino vo (400mg/24h) ○ Levofloxacino vo (500mg/12h los primeros 2-3 días y posteriormente cada 24h).

Imagen extraída de guía de la INFUG-SEMES actualizada en 2018.

Como podemos observar, la diferencia se encuentra tanto en la elección de antimicrobianos como en la duración del tratamiento, lo que llama la atención ya que la indicación de pauta corta en los casos de NAC con CRB-65 de 0 está respaldada por multitud de publicaciones.

En conclusión, pese a que existe bibliografía que abogue por manejos alternativos, la evidencia actual es clara: en pacientes de menos de 65 años sin factores de riesgo ni alergias, deberíamos optar por un tratamiento basado en dosis altas de amoxicilina en pauta corta. Por ende, el empleo de tratamientos combinados o quinolonas respiratorias en estos pacientes no está suficientemente fundamentado.

Bibliografía:

1. Julián-Jiménez, et al. Recomendaciones para la atención del paciente con neumonía adquirida en la comunidad en los Servicios de Urgencias. *Rev Esp Quimioter* 2018;31(2): 186-202
2. R. Menéndez et al. Neumonía adquirida en la comunidad. Nueva normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. *Arch Bronconeumol*. 2010;46(10):543–558
3. Pneumonia in adults: diagnosis and management. NICE guidelines. 2018 November.
4. Guía terapéutica en Atención Primaria de la SEMFYC. Barcelona: SEMFYC; 2019
5. Guía de Terapéutica antimicrobiana del área de Aljarafe. Junta de Andalucía. 2018.
6. Bolentin INFAC. 2019; 27(2).