

### NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC)

- La mayoría de las NAC son manejadas en Consulta Externa.
- CURB65 es una herramienta que guía la decisión de CE versus hospitalización, pero no reemplaza el pensamiento clínico.

### SÍNTOMAS Y SIGNOS

- Presentación Clásica: disnea, dolor pleurítico, fiebre, tos productiva que se presenta generalmente de forma súbita.
- Presentación Atípica (ancianos, desnutridos, por bacteria específica): tos > 15 días, decaimiento, confusión, sin hallazgos en los campos pulmonares inicialmente por deshidratación.

### ETIOLOGÍA

- Generalmente no se logra aislar la bacteria responsable.
- Epidemiológicamente se sospecha cuales son las bacterias implicadas.
- *S. aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, y *Enterobacteriaceae* provocan neumonías más graves que necesitan hospitalización.
- El enfoque es identificar los factores que pueden predecir si las bacterias causantes tienen alto riesgo de resistencia a los antibióticos comunes para NAC en CE.
- Ecuador no maneja estadísticas precisas de la resistencia de *Streptococo pneumoniae* a los Beta Lactámicos (Penicilina o Cefalosporinas) ni a Macrólidos.

Causas Comunes sin Factores de riesgo o comorbilidades (Menos riesgo de resistencia de <i>S. pneumoniae</i> a Macrólidos, Beta Lactámicos)	Factores de Riesgo de <i>S. pneumoniae</i> resistente a Beta Lactámicos, Macrólidos.	Comorbilidades en el Paciente y posibles bacterias asociadas (además de las bacterias típicas).
<i>S. pneumoniae</i> <i>Mycoplasma pneumoniae</i> <i>Chlamydia pneumoniae</i> influenza, parainfluenza  Menos común: <i>Legionella</i> <i>H. influenza</i>	Edad > 65 años Uso dentro de los últimos 3 meses de: Beta - Lactámicos Macrólidos Quinolona Alcoholismo Comorbilidades Médicas Inmunosupresión	Alcoholismo - anaerobios - bacilos gram negativos EPOC - <i>H. influenza</i> - <i>M. catarrhalis</i> Aspiración post ECV - flora oral, anaerobios Neumonía post obstructiva - anaerobios Neumonía post influenza - <i>S. aureus</i>

## LABORATORIO (individualizado)

- Biometría Hemática
- Creatinina, Urea

## IMAGEN (individualizado)

- Placa de Tórax (no es necesario en todo pte.)

## TERAPIA

### Abordaje basado en las Guías de IDSA/ATS

- Existe menos resistencia del *S. pneumoniae* a los Macrólidos en pacientes sin comorbilidades ni factores de riesgo. Pero el haber usado antibióticos en los últimos 3 meses es un factor de riesgo importante. Las nuevas guías ponen énfasis en cubrir las bacterias atípicas.

### Abordaje basado en Guías de BTS

- *S. pneumoniae* resistente a la Penicilina es aún sensible a la Amoxicilina. La mayoría del *S. pneumoniae* tiene alta resistencia a los Macrólidos, no se debe cubrir bacterias atípicas, si existe certeza del diagnóstico de neumonía por *S. pneumoniae*, (edad, no factores de riesgo, no comorbilidades)

**Si el paciente no ha utilizado antibiótico en los últimos 3 meses, no presenta factores de riesgo, ni comorbilidades tratamientos de elección** (uno de los siguientes):

Amoxicilina 500mg TID x 5-7 días  
Azitromicina 500mg QD x 3 días  
Doxiciclina 100mg BID x 5-7 días  
Claritromicina 500mg BID x 5 días

**Si el paciente presenta comorbilidades, o uso reciente de antibióticos o factores de riesgo:** (un régimen de los siguientes):

(Amoxicilina 1g TID, o Amoxicilina/Clavulanato 2g BID, o Cefuroxima 500mg BID)

+

(Azitromicina 500mg x 1 día, luego 250mg QD x 4 días, o Doxiciclina 100mg BID, o Claritromicina 500mg BID) x 5-7 días

**Ojo:** estos regímenes son para ptes con el diagnóstico de neumonía establecido con Rayos X de Tórax en el que encontramos infiltrado. No debe usarse para pacientes con diagnóstico presuntivo de neumonía con pocos hallazgos clínicos y peor para pacientes con bronquitis aguda.

## PERLAS

- NAC en consulta externa no requiere muestras para hacer un análisis microbiológico.
- En pacientes con factores de riesgo, antecedentes de uso de antibióticos o comorbilidad, se necesitan más estudios microbiológicos para definir las bacterias que causan neumonía y sus patrones de resistencia.
- CURB65 es una herramienta comprobada para determinar si el manejo de la neumonía es ambulatorio, o necesita hospitalización.

## BIBLIOGRAFÍA

Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. Clin Infect Dis 2007; 44 Suppl 2:S27.  
File TM. Community-acquired pneumonia. Lancet 2003; 362:1991.  
Wunderink RG, Waterer GW. Clinical practice. Community-acquired pneumonia. N Engl J Med 2014; 370:543.