

Neumonía adquirida en la comunidad: ¿Son las guías de tratamiento útiles en mejorar la calidad de atención en los pacientes?

Miguel Ángel Salazar Lezama* ✉

* Presidente de la Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) sigue siendo una importante causa de morbimortalidad en todo el mundo a pesar de los avances en la ciencia médica. La incidencia de NAC varía de 2 a 5 casos por 100,000 habitantes, y es la principal causa de muerte debido a una infección a través del mundo. Aproximadamente, cuatro millones de casos ocurren anualmente en los Estados Unidos, siendo *Streptococcus pneumoniae* el patógeno más frecuentemente encontrado.¹

Hay una abundante evidencia de variación en la práctica de la medicina de prescripción de antibióticos, sin conocimiento de la epidemiología de la enfermedad entre diferentes países; y aún entre diferentes hospitales en el mismo país. La falta de este conocimiento puede llevar incluso a un sobretratamiento innecesario o un subtratamiento en casos de sepsis severa.²

Debido a que muchos de estos pacientes son tratados inicialmente por un médico general o un médico no relacionado con enfermedades infecciosas, muchas organizaciones en diferentes países han elaborado guías de tratamiento para el buen manejo de estos pacientes.³⁻⁶

El determinar pacientes en riesgo de un resultado adverso en la enfermedad ha sido objeto de muchos estudios y escalas para determinar la gravedad y el manejo ya sea ambulatorio, en hospitalización, y en la unidad de cuidados intensivos.⁷⁻¹⁰

La valoración de la gravedad en paciente en los que se sospecha NAC juega una parte fundamental para planear el apropiado tratamiento tanto en el hospital como en la comunidad, ya que esto tiene un impacto en el nivel en el que se dará el tratamiento al paciente así como los costos promedio del mismo. Cada una de las escalas tiene sus fortalezas y debilidades.

En este contexto, la decisión de hospitalizar o no a un paciente con sospecha de NAC debe ser evaluada

cuidadosamente, ya que lo anterior no sólo significa costos elevados sino, además, el riesgo de complicaciones como son la flebitis, el embolismo pulmonar o la infección nosocomial.

Algunos investigadores han reportado variaciones considerables en la estancia hospitalaria en pacientes con NAC, sugiriendo que los médicos no utilizan una estrategia uniforme para decidir el alta hospitalaria.¹¹⁻¹³

En el presente se están introduciendo indicadores de calidad de la atención médica en muchos países del mundo, en un intento por asegurar que el resultado final sea el óptimo. Por ejemplo, Meneses *et al.*¹⁴ estudiaron principalmente tres indicadores: 1) adherencia a las guías en la prescripción del antibiótico; 2) el inicio del antibiótico dentro de las primeras seis horas de presentación de la admisión del paciente, y 3) la medición de la oxigenación. De los tres, el de la adherencia a las guías para el inicio del antibiótico fue el parámetro más consistente.

En este número de *Neumología y Cirugía de Tórax* (NCT), Báez¹⁵ *et al.* publican una revisión actualizada del diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) con orientación a mejorar la calidad de la atención médica en los pacientes con esta patología. En ésta hacen un estudio detallado de la epidemiología, mecanismos de defensa inmunológicos, patogénesis, etiología y estratificación y el diagnóstico microbiológico, serológico y de gabinete con elementos necesarios para mejorar la calidad de atención en los diferentes niveles en donde se reciben a este tipo de pacientes. En los indicadores revisados se encuentran la importancia de la toma de hemocultivos antes de la primera dosis del antibiótico, hacen énfasis en el tiempo de la primera administración del mismo antes de las primeras ocho horas de la hospitalización. Un indicador

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/neumologia>

también muy importante, en aras de reducir los días de hospitalización, es el tiempo del cambio del antibiótico de la vía intravenosa a la oral, situación que, aparentemente, se hace poco en los hospitales en México, probablemente secundario al temor de que el paciente presente una complicación durante su internamiento. También establecen el tiempo y la necesidad de estudios de imagenología tal como, obvia y obligadamente, herramienta fundamental para el diagnóstico y vigilancia de las complicaciones; aunque en lugares con pocos recursos, quizás, ésta deba ser sólo para establecer el diagnóstico inicial.

En relación con la utilización del antibiótico inicial, la recomendación que hacen es un beta lactámico, dependiendo de la gravedad, como primera opción con macrólido en casos especiales.

La publicación de este trabajo ofrece expectativas interesantes en un esfuerzo por educar al médico que atiende estos casos. Su éxito dependerá de la capacidad de convencer a los que ofrecemos salud de lo basado en la evidencia resumido en este artículo.

REFERENCIAS

- Mandell LA. *Antimicrobial resistance and treatment of community-acquired pneumonia*. Clin Chest Med 2005;26:57-64.
- Nathawani D, Rubinstein E, Barlow G, Davey P. *Do guidelines for community-acquired pneumonia improve the cost-effectiveness of hospital care?* Clin Infect Dis 2001;32:728-741.
- American Thoracic Society. *Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia. Diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy, and prevention*. Am J Respir Crit Care Med 2001;163:1730-1754.
- 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:S27-S72.
- Lim WS, Baudouin SV, George RC, et al. *BTS guidelines of the management of community acquired pneumonia in adults: update 2009*. Thorax 2009;64;iii1-iii55.
- Höffken G, Lorenz J, Kern W, et al. *Guidelines of the Paul-Ehrlich-Society of Chemotherapy, the German Respiratory Diseases Society, the German Infectious Diseases Society and the Competence Network CAPNETZ for the Management of Lower Respiratory Tract Infections and Community-acquired Pneumonia*. Pneumonologie 2010;64:149-154.
- Valencia M, Badia JR, Cavalcanti M, et al. *Pneumonia severity index class V patients with community-acquired pneumonia: characteristics, outcomes, and value of severity scores*. Chest 2007;132:515-522.
- Phua J, See KC, Chan YH, et al. *Validation and clinical implications of the IDSA/ATS minor criteria for severe community-acquired pneumonia*. Thorax 2009;64:598-603.
- McNally M, Curtain J, O'Brien KK, Dimitrov BD, Fahey T. *Validity of British Thoracic Society guidance (the CRB-65 rule) for predicting the severity of pneumonia in general practice: systematic review and meta-analysis*. Br J Gen Pract 2010;60:e423-433 doi: 10.3399/bjgp10X532422.
- Loke YK, Kwok CS, Niruban A, Myint PK. *Value of severity scales in predicting mortality from community-acquired pneumonia: systematic review and meta-analysis*. Thorax 2010;65:884-890.
- McCormick D, Fine MJ, Coley C, et al. *Variation in length of hospital stay in patients with community-acquired pneumonia: are shorter stays associated with worse medical outcomes?* Am J Med 1999;107:5-12.
- Garau J, Baquero F, Pérez-Trallero E, et al. NACER Group. *Factors impacting on length of stay and mortality of community-acquired pneumonia*. Clin Microbiol Infect 2008;14:322-329.
- Huang JQ, Hooper PM, Marrie TJ. *Factors associated with length of stay in hospital for suspected community-acquired pneumonia*. Can Respir J 2006;13:317-324.
- Menéndez R, Torres A, Reyes S. *Initial management of pneumonia and sepsis: factors associated with improved outcome*. Eur Respir J 2012;39:156-162.
- Báez SR, Gómez ZC, López EC, et al. *Neumonía adquirida en la comunidad. Revisión y actualización con una perspectiva orientada a la calidad de la atención médica*. Neumol Cir Torax 2013;72 Supl 1:6-43.

✉ Correspondencia:

Dr. Miguel Ángel Salazar Lezama
 Presidente de la Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax. Montecito Núm. 38, piso 32, Oficina 26, Col: Nápoles. Deleg: Benito Juárez. México, D.F., 03810
 Correo electrónico: miguelsalazar02@gmail.com

www.medigraphic.org.mx