

## Neumonía Adquirida en la Comunidad, la necesidad de una guía práctica basada en la mejor evidencia

En este número de *INFECTIO* se publican las Recomendaciones para el Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la Neumonía Adquirida en la Comunidad en Adultos, cuyas pautas tienen la ambición de ser acogidas en su espíritu esencial por médicos, instituciones, escuelas de medicina y entidades prestadoras de salud en Colombia. Para el sentir de los autores el resultado final ha sido un documento sencillo y práctico que busca conjugar las bondades de las múltiples guías internacionales disponibles sobre el tema, con la información de estudios clínicos y microbiológicos existentes en nuestro país y el concepto de un grupo de expertos de las especialidades de infectología y neumología (ver la lista de autores y afiliaciones en la parte inicial del artículo). Encontrarán rápidamente que no es una simple copia de las guías ampliamente difundidas de sociedades científicas como ATS (American Thoracic Society), IDSA (Infectious Diseases Society of America) ó BTS (British Thoracic Society). Es más, una de las razones que motivó continuamente al grupo de especialistas que conformó el comité de desarrollo de las guías, es la preocupación por la excesiva y dogmática aceptación que a todo nivel tienen las guías americanas, principalmente, en el manejo de las neumonías adquiridas en la comunidad.

Conscientes en todo momento que la principal limitante del presente proyecto era la falta de estudios de investigación, tanto clínica como microbiológica, en suficiente cantidad en nuestro país, los esfuerzos del comité se encaminaron a extraer el mejor provecho de la información disponible proveniente principalmente del Instituto Nacional de Salud y de otros pocos grupos de investigación en las principales ciudades. Esta información fue confrontada con la extensa documentación de estudios clínicos y de las numerosas guías internacionales emitidas a través de los últimos años. Se definió en cada caso el nivel de evidencia científica que mejor se ajustaba.

El énfasis fue puesto expresamente en los siguientes aspectos:

- Elaborar una definición concreta y objetiva de neumonía que permitiera seleccionar apropiadamente el paciente que será diagnosticado con neumonía y tratado como tal, en consecuencia limitando así el uso desproporcionado e imprudente de antibióticos en muchos casos que no encajan en esta definición. Se destaca la relevancia de una radiografía de tórax que soporte el diagnóstico en todo paciente con sospecha de neumonía, aun en el ambulatorio y excepto sólo en aquellas circunstancias de absoluto impedimento por ausencia del recurso.
- Definir con parámetros sencillos y validados en cuál escenario tratar al paciente con neumonía adquirida en la comunidad: ambulatorio, hospitalario o en una unidad de cuidados intensivos.
- Estratificar por factores de riesgos específicos al paciente que conduzca a una presunción de probabilidad de la etiología microbiana de la neumonía y a su posible perfil de resistencia a antibióticos.
- Presentar opciones concretas de antibióticos de primera y segunda línea para cada escenario clínico y de acuerdo con la estratificación de riesgo anotada. En este punto, se prestó especial atención también a la prevención del desarrollo de resistencia en la selección del régimen antibiótico.
- La prevención de la neumonía como estrategia esencial y ampliamente relegada y olvidada por nuestro sistema de salud.

Como aspectos relevantes, la guía actual se destaca, entre muchos aspectos, por:

- La confirmación, al igual que otras guías que la preceden, de la necesidad del enfoque de manejo "empírico" o tratamiento de intención



sin documentación de germen, en un gran número de pacientes ambulatorios. Esto obliga a una adecuada estratificación del paciente, con base exclusivamente en la historia clínica del mismo. Sin embargo, se hace especial énfasis que en el paciente que requiera hospitalización o que presente factores de riesgo para gérmenes especiales o con probabilidad de resistencia (=factores modificadores), se estudie apropiadamente en busca del o los gérmenes patógenos por los diferentes medios referidos en el documento.

- La definición sencilla de tres grupos grandes de pacientes a diferencia de otras guías que usualmente resultan en cuatro o más grupos, haciendo más difícil su implementación. Estos tres grupos son por defecto obvios: paciente de manejo ambulatorio, de manejo hospitalario en sala general y de manejo en UCI.
- La incorporación de antibióticos no incluidos en el POS, como lo son cefuroxima, macrólidos como claritromicina y azitromicina, ketólidos como telitromicina y fluoroquinolonas con actividad antineumocócica, como levofloxacina y moxifloxacina. Esta pauta surgió de la observación de la susceptibilidad de los microorganismos en Colombia, tanto gram positivos como gram negativos, pero también de la necesidad de disponer de opciones que limiten el espectro creciente de resistencia en escenarios intra y extrahospitalarios, particularmente en nuestro medio.
- La observación (ver recuadros y algoritmo de tratamiento) de que varios grupos de pacientes pueden ser manejados en forma sencilla, con monoterapia con macrólidos o incluso con penicilina o ampicilina, en pacientes con baja probabilidad de gérmenes "atípicos" según epidemiología local. Esto contrasta enormemente con el popular esquema (automático en la mente de muchos) del uso de cefalosporinas de tercera generación con macrólidos en todo paciente con tratamiento hospitalario.

En resumen, estamos seguros que con las presentes recomendaciones se cumplen los objetivos planteados por el comité, de emitir unas pautas más acordes a la realidad de nuestro medio que retroalimenten a todos los grupos blanco de las mismas, incluyendo programas de pre y postgrado en medicina, sociedades científicas,

práctica médica privada o institucional, ambulatoria u hospitalaria. En especial pretendemos que se logre un verdadero eco, conscientización y cooperación de tres diferentes sectores:

El oficial, incluyendo el sistema subsidiado y el sector vinculado, a través del sistema de red pública de atención en salud en todos sus niveles; el sistema contributivo a través de las EPS y ARP, y el sector hospitalario institucional. Los tres son sectores que atienden la mayor proporción de enfermos colombianos y por intermedio de sus sistemas de auditoría y comités técnicos, limitan o facilitan las opciones de tratamiento de sus usuarios. En particular, consideramos que las presentes guías no tendrán ningún efecto y perderán todas sus bondades y beneficios presentes y futuros, si no cuentan con un reconocimiento e implementación a gran escala por todos los sectores de la salud en Colombia, independiente de las limitantes de la ley de seguridad social. De hecho, una de las aspiraciones del presente consenso es que motive una revisión de dicha ley que le permita ajustarse a las pautas que sería y concienzudamente se han emitido en el documento. Al adaptarse como protocolo en las instituciones y entidades permitirá más fácilmente su implementación sin obstáculos en las mismas.

Como principal cololario que se desprende del presente esfuerzo es la necesidad imperiosa de auspiciar, soportar y realizar adecuados estudios de investigación clínica y microbiológica a nivel regional que nos permitan en una manera más fehaciente, elaborar unas guías ceñidas más estrictamente a la realidad de Colombia y sus regiones.

Finalmente, estas pautas son recomendaciones y no camisa de fuerza. No pretendemos sean implementadas ciega y arbitrariamente. Motivamos su revisión crítica. Sin embargo, sí resaltamos la necesidad de que cada grupo, institución o entidad elabore sus propias pautas y protocolos para el enfoque y manejo de pacientes con neumonía adquirida en la comunidad y creemos que este documento es un excelente punto de partida y bastará para muchos.

*ERNESTO MARTÍNEZ BUITRAGO, MD  
Internista Infectólogo  
Profesor Departamento de Medicina Interna  
Servicio de Enfermedades Infecciosas  
Universidad del Valle*