

La actividad de los macrólidos frente a neumococo se ha modificado. Estudios recientes de vigilancia de cepas de neumococos aisladas en Argentina muestran que la resistencia a macrólidos oscila entre 20 y 30% en cepas aisladas de niños y es de 14% en adultos. La resistencia de neumococo a trimetoprima-sulfametoazol es superior a 40%. *Haemophilus influenzae* es causa de NAC especialmente en tabaquistas. El mecanismo más frecuente de resistencia es la producción de beta lactamasas cuyos niveles de producción en series de Argentina oscilan entre 10 y 23%.

Diagnóstico

Manejo diagnóstico de NAC según el sitio de atención:

A- En pacientes ambulatorios < 65 años y sin comorbilidades:

- ▶ **Opción mínima:** Radiografía tórax frente + oximetría de pulso
- ▶ **Opción máxima:** Radiografía tórax frente y perfil + oximetría de pulso + Gram y cultivo de esputo, hemocultivos, recuento y fórmula leucocitaria.

B- En pacientes ambulatorios > 65 años o con comorbilidades:

- ▶ **Opción mínima:** Radiografía de tórax frente + oximetría de pulso + laboratorio básico (hemograma, uremia, glucemia).
- ▶ **Opción máxima:** Radiografía de tórax frente y perfil + oximetría de pulso + laboratorio básico (hemograma, uremia, glucemia) + Gram y cultivo de esputo + hemocultivos

C- En pacientes hospitalizados en sala general:

- ▶ **Opción mínima:** Radiografía de tórax frente y perfil + oximetría de pulso + laboratorio según la situación clínica + hemocultivos
- ▶ **Opción máxima:** Radiografía de tórax frente y perfil + gases en sangre (u oximetría de pulso) + laboratorio según la situación clínica + Gram y cultivo de esputo + hemocultivos + serologías para detección de microorganismos atípicos

D- En NAC grave (internados en UTI):

- ▶ **Opción mínima:** Radiografía de tórax frente y perfil + oximetría de pulso o gases en sangre + laboratorio según la situación clínica + Gram y cultivo de esputo + hemocultivos + serologías
- ▶ **Opción máxima:** Ídem al punto anterior + panel virus respiratorios + considerar realizar estudios broncoscópico con toma de muestra para bacteriología en pacientes intubados.

Se sugiere realizar serología para HIV en todos los casos.

Estratificación según gravedad, elección del sitio de cuidado:

Una de las decisiones de mayor relevancia a tomar ante un paciente con NAC es la correcta elección del sitio de atención que podrá ser ambulatorio, sala general o UTI. La indicación de internar a un paciente tiene un elevado impacto en los costos y lo somete al riesgo de adquisición de infecciones asociadas al cuidado de la salud y otras complicaciones nosocomiales.

Scores de riesgo

La estratificación de riesgo en base a la predicción de mortalidad para decidir el lugar de atención del paciente ha sido ampliamente estudiada. Si bien no reemplaza al juicio clínico, otorga un complemento de evaluación en la decisión de internar a un paciente. Se sugiere la evaluación de todos los pacientes con el score CURB-65 y oximetría de pulso (tabla 1):

Tabla 1. Score CURB-65 para la determinación de hospitalización en adultos con NAC. La presencia de cada ítem otorga 1 punto

Ítems	Puntos
Confusión	1
Urea elevada mayor a 42 mg/dl	1
Frecuencia respiratoria mayor a 30 /minuto	1
Tensión arterial sistólica < 90 mmHg o tensión arterial diastólica < 60 mmHg	1
Edad igual o mayor a 65 años	1

En los pacientes que requieren internación debe evaluarse si la misma debe ser en sala general o en UTI, y para ello se diseñaron scores específicos. La Sociedad Americana de Tórax y la Sociedad Americana de Infectología desarrollaron un score de gravedad con criterios mayores y criterios menores (Tabla 2). Según este score, la presencia de un criterio mayor o al menos tres criterios menores define el requerimiento de internación en UTI.