

TABLA 2.- Criterios mayores y menores para ingreso a UTI en adultos con NAC.

Un criterio mayor o tres menores determinan requerimiento de ingreso a UTI

Criterios mayores

Ventilación mecánica

Shock séptico con necesidad de vasopresores

Criterios menores

- Taquipnea > 30/ minuto
- pO₂/FiO₂ < 250 mmHg
- Radiografía de tórax con infiltrados multilobares
- Confusión/desorientación
- Urea > 42 mg/dl
- Leucopenia < 4 000 mm³
- Trombocitopenia < 100 000 mm³
- Hipotermia < 36 °C
- Hipotensión que requiere fluidos de

Recomendaciones para la elección del sitio de cuidado

1. PSI o CURB-65 pueden ser usados para identificar pacientes con NAC candidatos a tratamiento ambulatorio y evitar internaciones innecesarias.
2. Sugerimos la utilización del CRB-65/CURB-65 más oximetría de pulso para definir gravedad y necesidad de internación por ser simples de realizar tanto en los servicios de guardia como en ambulatorio.
3. Se sugiere el manejo ambulatorio para el grupo 0; hospitalización para pacientes con score ≥1 o si la saturometría es ≤ 92%. En pacientes con 1 punto en el score debe analizarse caso por caso el requerimiento de internación; en casos en que el punto sea generado por edad puede considerarse el manejo ambulatorio.
4. Score ≥2 del CRB-65/CURB-65 indica hospitalización por el riesgo aumentado de mortalidad y la necesidad de requerir maniobras dentro de las siguientes horas.
5. Para predecir la necesidad de soporte intensivo y/o admisión a UTI, score ATS/IDSA.
6. En pacientes con falla ventilatoria o shock séptico que requieren vasopresores, la admisión inicial a UTI no debe demorarse.
7. Los scores siempre deben complementarse con otros factores determinados por el médico tales como valoración de comorbilidades, contención familiar, adherencia al tratamiento, entorno económico-social.

La elección inicial inadecuada del sitio de atención se traduce en mayor riesgo de morbimortalidad. En los casos en que la transferencia de un paciente a UTI ocurre luego de 24-48 horas de su admisión a sala general, la mortalidad es mayor que la de aquellos admitidos inicialmente a UTI.

Tratamiento antimicrobiano

Los principios en los que se basa la terapia antibiótica inicial de la NAC son:

- Gravedad del cuadro
- Etiología más probable y
- Prevalencia de la resistencia local a los antimicrobianos.

Dado que muy pocas neumonías son definidas microbiológicamente en la evaluación inicial del paciente, especialmente en el ámbito ambulatorio, se sugieren esquemas de tratamiento antibiótico empíricos según la gravedad inicial del episodio.

NAC de manejo ambulatorio

Dado que *S. pneumoniae* es el productor de NAC que se aísla con mayor frecuencia, la amoxicilina es la droga de elección debido a los bajos niveles de resistencia en nuestro país. *Mycoplasma pneumoniae* representa una causa frecuente de NAC de manejo ambulatorio; se asocia a baja mortalidad y afecta mayoritariamente a pacientes jóvenes. Otros microorganismos productores de NAC, como *Chlamydia pneumoniae* y *Legionella sp.*, son poco frecuentes en el ámbito ambulatorio en nuestro medio. La evidencia de que la respuesta clínica mejora utilizando antimicrobianos activos frente a estos últimos tres patógenos es controvertida. *Haemophilus influenzae*, productor o no de betalactamasas, se encuentra entre los agentes etiológicos de NAC particularmente en pacientes tabaquistas o con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Con respecto a la monoterapia con macrólidos, el aumento en la resistencia de *S. pneumoniae* a esta familia de antibióticos, sumado a la falta de evidencia a favor de su uso en episodios de NAC leve, determinan que estas drogas no sean el tratamiento de elección en nuestro medio y se reserven como alternativa en pacientes alérgicos a betalactámicos. Azitromicina es un azólido recomendado por diversas guías de tratamiento y se encuentra entre las opciones terapéuticas frecuentemente utilizadas para el tratamiento ambulatorio de adultos con NAC. Sin embargo, la creciente resistencia de *S. pneumoniae*, sumado a sus bajos niveles plasmáticos determinan que desaconsejemos el uso de esta droga como opción de primera línea para adultos con NAC de manejo ambulatorio. En adultos mayores o en pacientes con comorbilidades la posibilidad de patógenos tales como *S. aureus* o bacilos Gram negativos aumenta y por esa razón se sugiere el uso de amoxicilina-clavulánico/sulbactam.

El uso de tetraciclinas, considerado en algunas de las recomendaciones de tratamiento de NAC más difundidas, ha sido abandonado debido al incremento en la resistencia de *S. pneumoniae* a esta familia de antimicrobianos. El uso de fluoroquinolonas "respiratorias" (levofloxacina y moxifloxacina) para el tratamiento de NAC se ha convertido en una práctica frecuente en el manejo ambulatorio. La fácil posología de estas drogas (una vez por día) sumado al amplio espectro sobre los patógenos productores de NAC probablemente han promovido esta práctica. Sin embargo, con su uso se ha documentado el desarrollo de resistencia tanto a fluoroquinolonas como a otras familias de antibióticos. Por esta razón, no se recomiendan dichas drogas como primera línea, especialmente en los pacientes de bajo riesgo, y sugiere que su uso se limite a pacientes adultos con NAC para quienes un régimen de elección ha fracasado, para casos de pacientes con alergia mayor a otras familias de antibióticos o ante la inusual situación de infección documentada con *S. pneumoniae* altamente resistente a penicilina.

Luego de iniciado el tratamiento es conveniente realizar una visita de control a las 48 horas, sobre todo en pacientes ancianos. Todos los pacientes deben consultar si la fiebre excede los 4 días, la disnea empeora, no pueden tomar líquidos o se deteriora el estado de conciencia. Se recomienda tratamiento antibiótico hasta 48 horas luego de llegar a la estabilidad clínica sostenida por 24 horas, con un mínimo de cinco días de tratamiento (Tabla 3).

TABLA 3.- Recomendaciones de tratamiento antibiótico para pacientes de atención ambulatoria

Tratamiento de elección

Pacientes < 65 años sin comorbilidades
Amoxicilina 875-1000 mg cada 12 horas vía oral
Pacientes ≥ 65 años o con comorbilidades
Amoxicilina clavulánico o sulbactam 875/1000 mg cada 12 horas vía oral

Tratamiento alternativo (alergia mayor a betalactámicos)

Claritromicina 500 mg cada 12 horas vía oral
Levofloxacina 750 mg cada 24 horas vía oral
Moxifloxacina 400 mg cada 24 horas vía oral

NAC en pacientes que requieren internación en sala general

Streptococcus pneumoniae es el patógeno aislado con mayor frecuencia. En este grupo de pacientes la presencia de comorbilidades es frecuente y por esa razón se amplía el espectro antimicrobiano incluyendo la cobertura de *H. influenzae* y enterobacterias, y en algunos casos *P. aeruginosa* y *S. aureus* meticilino resistente adquirido en la comunidad.

El tratamiento antibiótico debe iniciarse tan pronto como sea posible luego del diagnóstico de NAC, dado que el inicio precoz del tratamiento se asocia con acortamiento de la hospitalización y con disminución de la mortalidad en pacientes con shock séptico. En los pacientes hospitalizados una de las discusiones planteadas es la necesidad de realizar monoterapia con betalactámicos o tratamiento combinado con macrólidos o fluoroquinolonas. Estudios retrospectivos sugieren la superioridad de la combinación de betalactámicos más macrólidos en pacientes hospitalizados, particularmente aquellos con enfermedad severa. Sin embargo, dichos datos no son concluyentes, por lo cual la administración de tratamiento combinado no parece necesaria en NAC no grave.