



# Neumonía Adquirida de la Comunidad

Dr. Gustavo Lopardo

Recientemente la Sociedad Argentina de Infectología (SADI) publicó nuevas recomendaciones de manejo de pacientes adultos con neumonía adquirida en la comunidad (NAC). Las mismas están orientadas a optimizar el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con NAC, teniendo en cuenta el uso racional de los recursos diagnósticos y terapéuticos.

El siguiente es un resumen de los aspectos más destacados de la publicación.

## Introducción – Aspectos epidemiológicos

La Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) continúa siendo una causa frecuente de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. En Argentina, según los datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SI.NA.VE) la incidencia global de NAC es de 1.26 por 1000 habitantes. Sin embargo, en un estudio de base poblacional que se encuentra en desarrollo en la ciudad de General Roca, provincia de Río Negro, la incidencia anual de NAC en personas mayores de 18 años es de 8.4‰ y en sujetos de 65 años o más, de 34 x 1.000.

La mortalidad de los pacientes asistidos en forma ambulatoria varía entre 0.1 y 5% y en los que requieren hospitalización puede superar el 50%, especialmente si requieren atención en la unidad de terapia intensiva (UTI). En el estudio de vigilancia epidemiológica de General Roca, la mortalidad global a 14 días observada fue de 10.5%, siendo de 1.4% en sujetos de 18 a 49 años, 2.5% en sujetos de 50 a 64 años y 17.5% en mayores de 65 años.

## Aspectos microbiológicos

Los agentes productores de NAC tienen marcadas variaciones regionales y temporales. El listado de patógenos se ha incrementado durante los últimos años. Estos cambios epidemiológicos se deben a la aparición de nuevos patógenos, al avance en el diagnóstico microbiológico que ha permitido detectar nuevos agentes y a la emergencia de patógenos como *Legionella sp.*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* y los virus son los principales agentes productores de NAC en adultos.

Es importante destacar que, durante los últimos años, se han observado cambios en la frecuencia con la cual se aíslan los diferentes patógenos y en su sensibilidad. Un ejemplo de ello es el SAMR-AC, que adquirió gran relevancia a nivel mundial a partir de la década del '90 como causante de infecciones cutáneas y posteriormente también de neumonía necrotizante. En nuestro país los casos descritos de NAC producidos por este patógeno son aislados.

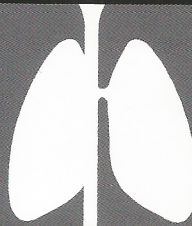
## Factores de riesgo para NAC por SAMR

**Infecciones de piel y partes blandas actuales o recientes.**

**Sospecha o confirmación de colonización con SAMR o con factores de riesgo para ello.**

**Rápida progresión.**

**Bronconeumonía.**



**Neumonía cavitada**

**Hemoptisis**

**Influenza previa**

**Usuarios de drogas endovenosas**

**NAC asociada a rash o leucopenia**

Existe controversia en relación a la circulación de *Legionella sp* en nuestro medio. En series de casos de NAC publicadas recientemente se han descrito pocos casos producidos por este patógeno. Sin embargo, un brote nosocomial de infección respiratoria por *Legionella sp* ocurrido en la UTI del hospital de Carmen de Areco en 2013 nos pone en alerta ante la posibilidad de emergencia de este patógeno como causante de NAC.

Los virus respiratorios son causa de NAC. El virus de la influenza es causa de NAC en adultos. Un estudio recientemente publicado muestra que los virus son causa creciente de NAC en adultos. El conocimiento de la sensibilidad a los antibióticos de las bacterias productoras de NAC es relevante cuando se elaboran recomendaciones de tratamiento. *Streptococcus pneumoniae* continúa siendo el patógeno más frecuente productor de NAC. La concentración inhibitoria mínima (CIM) a penicilina se ha incrementado en la mayoría de las regiones. En infecciones del sistema nervioso central leves aumentos en la CIM se asocian con fallo terapéutico, sin embargo, en infecciones del tracto respiratorio los fallos solo se asocian con incrementos en la CIM a penicilina muy marcados, y por esta razón se consideran sensibles a los *S. pneumoniae* con  $CIM \leq 2$  ug/ml, con sensibilidad intermedia cuando la CIM es de 4 ug/ml y resistentes con  $CIM \geq 8$  ug/ml. Según datos de la red WHONET de 2012, sobre 546 muestras estudiadas, el 98% de ellas fueron sensibles a penicilina ( $CIM < 2$ ) y el 2% restante solo mostraron sensibilidad intermedia. En nuestro país raramente se aíslan neumococos con CIM de 2 ug/ml o más y por esta razón los  $\beta$ -lactámicos continúan siendo la mejor opción para el tratamiento de las infecciones respiratorias producidas por este microorganismo.