

Neumonía

Adquirida en la comunidad

Resumen

La Neumonía Adquirida en la Comunidad NAC es la segunda causa de Morbilidad en la población general ecuatoriana y una de las principales causas de muerte infantil a nivel mundial; pese a lo cual la Tasa de incidencia anual acumulada sigue en aumento. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), diseñó un plan de control y plantearon que se podrían salvar 5,3 millones de vidas en los países en desarrollo hasta el 2015, si se invirtiera un promedio de 39.000 millones de dólares, o 12,9 dólares por niño. El plan ya está en ejecución en muchos países a nivel mundial y la vida humana no tiene precio y esperamos que el programa tenga éxito, pero para ello es de vital importancia el control en las áreas de atención primaria y así evitar las complicaciones de esta enfermedad. Con la aparición de la Ley Ministerial que prohíbe la venta de medicamentos antigripales hemos podido diagnosticar un número considerable de casos antes de presentar complicaciones pero mientras se siga vendiendo antibióticos sin prescripción médica la lucha contra esta y otras patologías de origen infeccioso se volverá cada vez más difícil.

Palabras clave: Neumonía, morbilidad, antigripales.

Abstract

Acquired pneumonia by the NAC community is the second cause of mortality in our country. It's one of the most important causes of children death around the world. Its annual rate is still growing. The World Health Organization (WHO) and UNICEF made a prediction in order to invest 39 billion of dollars to save 5.3 million of human beings. Right now, in Ecuador, there have been diagnosed a lot of cases before complications caused by the sale of drugs without prescription, so we conclude authorities have to avoid this situation.

Key words: Pneumonia, mortality, anti-flu drug.

Recibido: Diciembre, 2009

Aceptado: Abril, 2010



POR: Manuel Cervantes Coka, Md.¹

E-mails
mac@atame.org
mc_manuco@hotmail.com



Introducción

La Neumonía Adquirida en la Comunidad “NAC” esta definida como una infección del parénquima pulmonar originada por agentes infecciosos adquiridos en un ambiente extra-hospitalario cuyo cuadro clínico se acompaña de al menos 2 de los siguientes síntomas:

- Fiebre.
- Escalofrío.
- Aparición de tos o empeoramiento de tos crónica.
- Cambios en el color del esputo.
- Dolor Pleurítico.
- Disnea.

En la radiografía de tórax presenta infiltrados inflamatorios y a la auscultación suele presentar estertores localizados en el área afecta y alteraciones de los ruidos respiratorios.

Para que se considere Neumonía Adquirida en la Comunidad el paciente no debe haber estado expuesto a un ambiente hospitalario durante los últimos 15 días y se excluye el diagnóstico si los síntomas se presentan luego del 4º día de hospitalización.

Los pacientes que presenten enfermedades respiratorias crónicas como EPOC o tuberculosis se excluyen del diagnóstico de esta enfermedad al igual que los que presentan procesos como neumonía por aspiración, neumonía nosocomial (aquella que se presenta en pacientes después del cuarto día de estancia en un hospital o hasta diez días tras el alta) [1]; y los que sufren procesos que afecten su sistema inmunitario,

tales como, el cáncer, diabetes, enfermedades auto-inmunes y endocrinopatías.

Esta enfermedad corresponde a las categorías comprendidas entre los códigos J12 y J18 de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 y pese a lo que se podría pensar por el nombre de la enfermedad en el contexto comunitario [2], este es un verdadero problema de salud pública. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, es la tercera causa de muerte en menores de 5 años en el mundo con una tasa para el 2009 del 17.1% [3] (ver Figura 1). En nuestro país es la principal causa de consultas pediátricas y se encuentra entre las principa-

les causas de muerte en la población general.

Situación Mundial

La Neumonía es la causa de mortalidad de mayor importancia en la población pediátrica a nivel mundial, afectando en su mayoría a las poblaciones de menores recursos económicos “Ver tabla 1”; produciendo anualmente la muerte de 1,8 millones de niños menores de 5 años, de acuerdo a datos de la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), se podrían salvar 5,3 millones de vidas en los países en desarrollo hasta el 2015, si se invirtiera un promedio de 39.000 millones de dólares, o 12,9 dólares por niño.

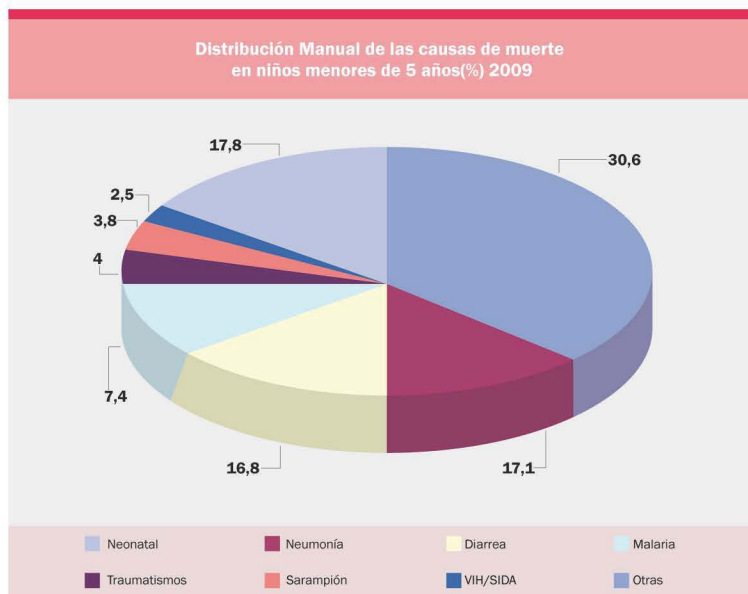


Figura 1: Distribución de las causas de muerte en niños menores de 5 años 2009, basado en datos de las Estadísticas Sanitarias Mundiales OMS, 2009

	Neonatal	VIH/SIDA	Diarrea	Sarampión	Malaria	Neumonía	Traumatismos	Otras
Ingresos bajos	24,6	3,2	17,1	4	11,9	20,1	2,5	16,5
Ingresos medios bajos	38,3	0,8	17,2	3,9	1,9	13,7	5,8	18,2
Ingresos medios altos	34,8	9,3	17,11	0,1	0,2	11,6	5	27,2
Ingresos altos	43,4	0,2	3,5	0,4	1	4,3	9,5	37,7
Global	30,6	2,5	16,8	3,8	7,4	17,1	4	17,8

Tabla 1: Distribución de las causas de muerte en niños menores de 5 años 2009
Fuente: Estadísticas Sanitarias Mundiales OMS 2009

Los tres pilares del Plan de acción global de la OMS son:

- Promover la lactancia materna exclusiva dentro de los primeros 6 meses de vida, reducir los nacimientos de bajo peso con mayor control prenatal y mejorar la higiene y condiciones ambientales.

- Prevenir el desarrollo de neumonía con vacunas contra los principales causantes, incluidos el sarampión, *Streptococcus pneumoniae* y el *Haemophilus influenzae B* (Hib), neumococo y rotavirus; previniendo y tratando el VIH en los niños y brindando zinc a los pequeños con diarrea.

- Tratar a los niños que contraen neumonía con antibióticos y atención adecuada en las comunidades locales, centros de salud y hospitales.

Se espera que los gobiernos regionales se sumen a esta iniciativa de la OMS y la UNICEF, con el fin de disminuir estas muertes evitables a nivel mundial.

Situación de los Países en Desarrollo

Los países con mayor tasa de mortalidad son los que se encuentran en vías de desarrollo y las regiones más afectadas son las zonas de África, Mediterráneo Oriental y los Países Sudamericanos presentan valores elevados de morbilidad y

mortalidad por causas respiratorias. Ver Figura 2.

La presencia de esta enfermedad depende de múltiples factores pero está claro que la inversión en salud y el nivel de educación de la población es un factor muy significativo en el impacto de la Neumonía con la mortalidad de la población.

Es importante saber que pese a que su mayor incidencia se presenta en los países en desarrollo y en las poblaciones con ingresos económicos bajos, los Estados Unidos no están exentos de padecerla y representa la sexta causa de mortalidad en la población general y el primer motivo de fallecimiento por enfermedad infecciosa. Se considera que la tasa de mortalidad, en los pacientes hospitalizados, varía entre el 10 y el 25% y, estos valores aumentan considerablemente en los casos que requieren ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) [4].

La Situación del Ecuador

En nuestro país las infecciones respiratorias son la principal causa de consulta en pediatría y en la población general la Neumonía es la segunda causa de morbilidad [5], lo cual la convierte en un problema de salud pública muy importante y que lastimosamente no se le presta la atención que amerita. Ver Tabla 2.

Uno de los problemas más grandes que tenemos en nuestro medio es la automedicación, los pacientes consumen antibióticos sin prescripción médica y lo hacen en periodos y dosis inadecuadas; esto nos ha llevado a encontrar cepas bacterianas cada vez más resistentes a los tratamientos de primera elección. La tasa de infecciones respiratorias agudas en nuestro país va en ascenso (ver Figura 3), muchas de ellas son de origen viral y no necesitan el uso de antibiótico, pero el uso inadecuado de los mismos por los pacientes conlleva a complicaciones severas.

En los últimos meses producto de la emergencia decretada por la Gripe AH1N1, la población general se ha visto abocada a los hospitales para controlar sus procesos respiratorios, debido en gran medida a la prohibición de venta de medicamentos antigripales sin prescripción médica.

Esto ha permitido un mejor control de los procesos respiratorios agudos pero seguimos con el problema del uso inadecuado de los antibióticos debido a que estos siguen siendo de libre venta al público general y no hemos llegado al nivel adecuado de educación en salud en la población para que ellos busquen atención médica de forma oportuna.

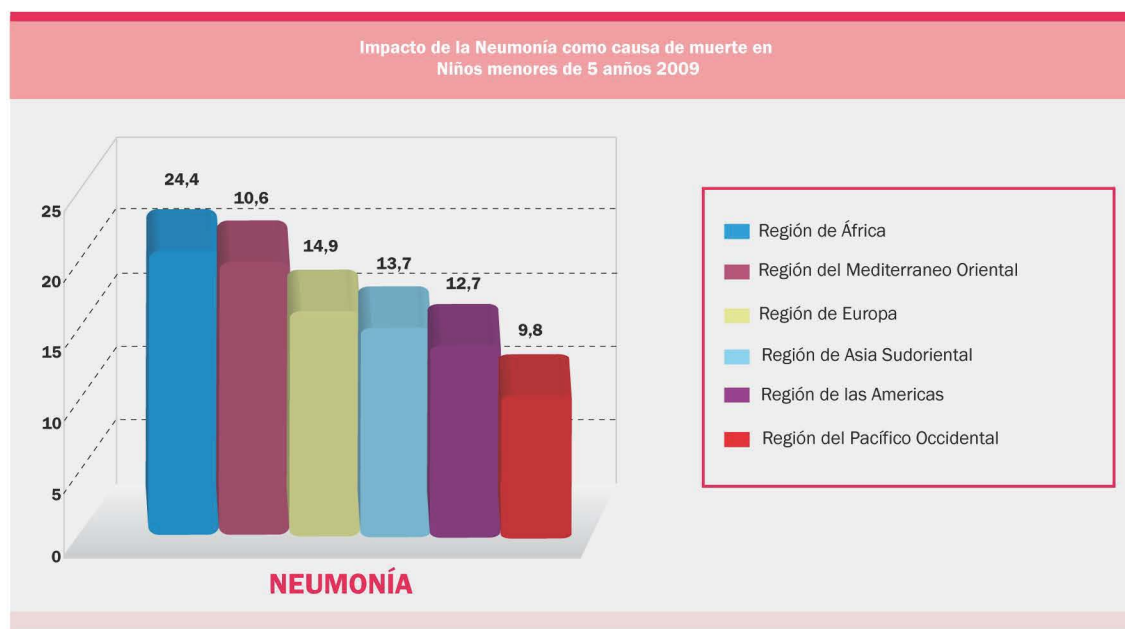


Figura 2.: Impacto de la Neumonía como causa de muerte en niños menores de 5 años 2009

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD AÑO 2007
(Lista Internacional Detallada-CIE-10)

Nº Orden	Código Lista	CAUSAS	Número de Egresos	%	Tasa
1*	A 09	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	39.205	4.3	28.8
2*	J 18	NEUMONÍA, ORGANISMO NO ESPECIFICADO	27.139	2.9	19.9
3*	O 06	ABORTO NO ESPECIFICADO	23.698	2.6	17.4
4*	K 80	COLELITIASIS	22.855	2.5	16.8
5*	K 35	APENDICITIS AGUDA	18.842	2.0	13.8
6*	K 40	HERNIA INGUINAL	12.006	1.3	8.8
7*	O 47	FALSO TRABAJO DE PARTO	10.957	1.2	8.1
8*	N 39	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	9.638	1.0	7.1
9*	S 06	TRAUMATISMO INTRACRANEAL	9.488	1.0	7.0
10*	O 33	ATENCIÓN MATERNA POR DESPROPORCIÓN CONOCIDA O PRESUNTA	93373	1.0	6.9
		PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO	112.452	12.3	
		PARTO ÚNICO POR CESÁREA	54.764	6.0	
		Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, NCOP(Cap.XVIII)	24.664	2.7	
		Las demás causas por Morbilidad	544.452	59.2	
		TOTAL DE EGRESOS	920.047	100.0	
		Población Estimada Año 2007 1/	13.605485		

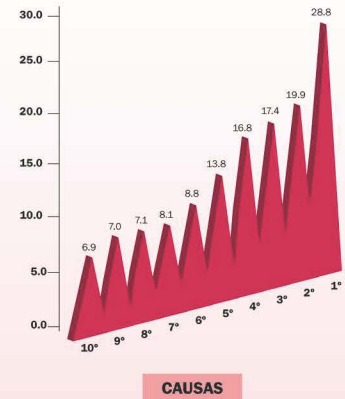


Tabla 2: Diez principales causas de morbilidad, año 2007
Fuente: Proyecciones de Poblaciones 2001 - 2010 INEC - CEPAL

TASAS DE INCIDENCIA ANUAL ACUMULADA DE INFECCIÓN REPIRATORIA AGUDA EN EL ECUADOR

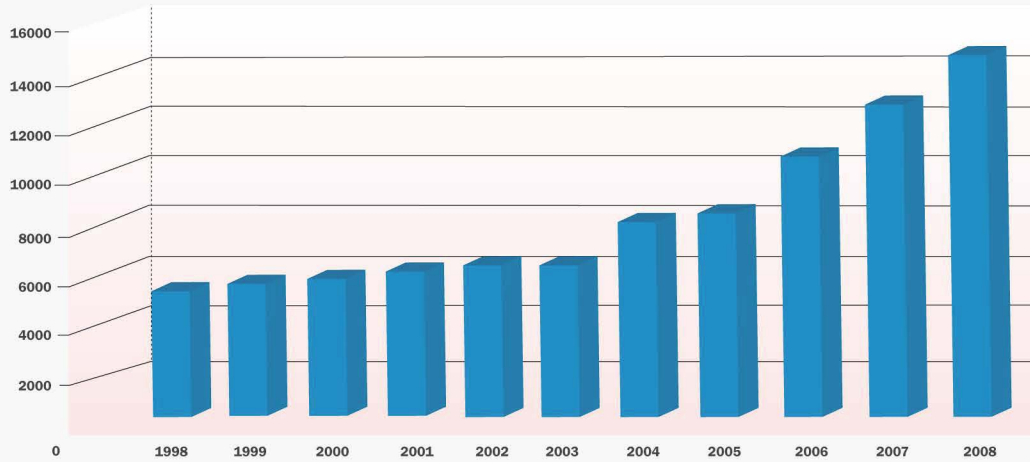


Figura 3: Diez principales causas de morbilidad, año 2007
Fuente: Proyecciones de Poblaciones 2001 - 2010 INEC - CEPAL

Cuadro Clínico y Diagnóstico

El Diagnóstico de NAC se realiza mediante una buena historia clínica y un examen físico adecuado. Los síntomas que nos deben hacer sospechar en esta entidad se pueden dividir en dos grupos:

a. Signos y síntomas locales:

- Tos
- Disnea
- Expectoración

- Dolor Torácico (puntada de costado)
- Taquipnea (> 16 del basal por minuto)
- Signos de foco pulmonar:
 - Crepitantes.
 - Disminución del murmullo vesicular.
 - Matidez a la percusión.

b. Signos y síntomas generales:

- Fiebre (> 38° C)
- Escalofríos
- Confusión
- Taquicardia

Es importante como ya se dijo antes, preguntar y descartar posibles exposiciones a agentes infecciosos de origen hospitalario o de sitios de hacinamiento como cárceles, cuarteles o refugios provisionales.

El uso de auxiliares de diagnóstico como la radiografía de tórax no debería hacerse de rutina en casos no complicados y los hallazgos radiológicos son pobres indicadores de etiología [6]. Pese a eso se sigue teniendo en cuenta que si se evidencia un patrón radiológico alveolar con consolidación lobar, broncograma aéreo, éste debe ser atribuido a un proceso bacteriano [7].

Los reactantes de fase aguda no distinguen entre infecciones

bacterianas y virales; pero nos dan un indicio de la actividad la enfermedad. Con el fin de identificar el agente etiológico, se debe usar estudio microbiológico y se recomienda realizarlo en aquellos casos que se sospecha de infección bacteriana y cuando la severidad de la enfermedad lo amerita.

Nos resulta evidente que el tratamiento inicial se basara en los datos epidemiológicos existentes (ver Tabla 3a. – 3b.), en la historia clínica

y un riguroso examen físico [8, 9].

Como se puede apreciar el principal agente etiológico sigue siendo el *Streptococcus pneumoniae* (Neumococo), por lo que es importante diferenciar sus síntomas de los de la *Mycoplasma pneumoniae* y los Virus respiratorios (ver Tabla 4). Su identificación oportuna redundara en reducción de costos a las instituciones de salud y en disminución de las complicaciones y la mortalidad por NAC [10, 11]

GERMENES MÁS FRECUENTES Y SU ASOCIACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Exposición a pájaros	<i>Chlamydia psittaci</i>
Exposición a animales de granja, gatos	<i>Coxiella burnetti</i>
Brote de Gripe	H influenzae, Neumococo, S aureus
Recidentes en asilos y geriátricos	Neumococo, Bacilos Gran (-), anaerobios
Alcoholismo	Neumococo, anaerobios, Bacilos Gram (-)
EPOC	Neumococo, H. Influenzae, <i>Moraxella catarrhalis</i>
Usuarios drogas vía parenteral	S. aureus, anaerobios
Bronquiectasias	<i>Pseudomona aeruginosa</i> , S. aureus
Esplenectomía	Neumococo
Comorbilidad (Enfermedades crónicas debilitantes)	Neumococo, H. Influenzae, Bacilos Gram (-)
Boca séptica y predisposición aspiración	Anaerobios

Tabla 3a: Gérmenes más frecuentes y su asociación epidemiológica

Fuente: Normativa de la Sociedad Española de Cirugía Torácica y Neumología (SEPAR); 2005

GERMENES MÁS FRECUENTES Y SU ASOCIACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

MICROORGANISMO	COMUNIDAD %	HOSPITAL %	UCI %
S. pneumoniae	19	26	22
H. influenzae	3	4	5
Legionella spp.	2	4	8
S. áureos	0.2	1	8
Enterobacterias	0.4	3	7
Atípicos	22	18	3
Virus	12	11	5
No identificados	60	4	42

Tabla 3b: Gérmenes más frecuentes y su asociación epidemiológica

Fuente: Normativa de la Sociedad Española de Cirugía Torácica y Neumología (SEPAR); 2005

DATOS QUE ORIENTAN A LA ETIOLOGÍA DE LA NEUMONÍA			
	VIRAL	BACTERIANA	MYCOPLASMA
Edad	<3 años	Todas	>5 años(a partir de 3)
Inicio, fiebre	Variable	Brusco, elevada	Insidioso, febrícula
Taquipnea	Común	Común	Rara
Otros síntomas	Catarro, rinitis, exntema	Dolor abdomen, cosatdo	Faringitis
Auscultación	Roncus, sibilantes	Subcrepitantes	Normal, sibilantes
Recuento formula, PCR	Variable, Infocitos	Aumentado, neutrofilia PCR aumemntada	Normal variable
Patrón radiológico	Intersticial, difuso	Alveolar, lobar, Segmento	Variable
Derrame	Raro	Frecuente	Raro

Tabla 4: Datos que orientan a la etiología de la Neumonía

Fuente: Servicio de Pediatría. Hospital Marina Alta DENIA. Protocolo de manejo de la Neumonía Julio, 2003

CLASIFICACIÓN ATS DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD		
I	Menor de 60 años, sin cormobilidad, sin necesidad de hospitalización	Tto. ambulatorio sin comorbilidad
II	Mayor de 60 años, con cormobilidad, sin necesidad de hospitalización por gravedad.	Tto. Ambulatorio con comorbilidad
III	De cualquier edad que requieren hospitalización, pero no están tan graves para ser internados en UCI.	Hospitalización: a: Con Comorbilidad b: Sin comorbilidad
IV	Requieren UCI	NAC grave: a: Sin riesgo de P. aeruginosa b: Riesgo de P aeruginosa

Tabla 5: Clasificación ATS de la Neumonía adquirida en la comunidad.

Fuente: ATS "American Thoracic Society"- Sociedad americana de torax

ESTATIFICACIÓN DE RIESGO PUNTUACIÓN FINE	
CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE	PUNTAJE
Edad	
Hombre	# de años
Mujer	# de años - 10
Residencia en Hogar De Ancianos	10
Comorbilidad	
Neoplasia	30
Hepatopatía	20
Insuficiencia Cardiaca O Congestiva	10
Enf. Cerebrovascular	10
Enfermedad Renal	10
Examen Físico	
Alteración De Conciencia	20
FR > 30	20
Pa Sistólica < 30° C	20
T° > 40 o <35° C	15
Pulso Mayor 125	10
Hallazgos de Laboratorio y RX	
PH < 7,35	30
BUM > 30 mg / dl	20
Na < 130	20
Glucosa > 250 Mg/dl	10
Hematocrito < 30%	10
Pa O2 < 60 mmhg	10
Derrame Pleural	10
TOTAL	

Tabla 6a: Estatificación de Riesgo Puntuación FINE.

Fuente: IDSA "Infectius Diseases Society of America - Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas"

CLASIFICACIÓN POR PUNTAJE			
CLASE	PUNTAJE	LETALIDAD ESPERADA %	RECOMENDACIÓN DE MANEJO
I		0,1	Ambulatorio
II	< 70	0,6	Ambulatorio
III	71 - 90	2,8	Ambulatorio U Hospitalización
IV	91 - 130	8,2	Hospitalizar
V	130 - mas	29,2	Hospitalizar

Tabla 6b: Clasificación por puntaje FINE

Fuente: IDSA "Infectious Diseases Society of America - Sociedad Americana de enfermedades Infecciosas.

Otra clasificación bastante difundida y con datos un tanto más actuales es la de la IDSA "Infectious Diseases Society of America - Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas" y además nos presenta la tasa de letalidad de cada categoría (ver Tabla 6a y 6b).

Como veremos más adelante esta clasificación propone ampliamente la utilización de la quinolonas como tratamiento para la NAC y esto se debe a que sus principales estudios los han realizado con esta familia de antibióticos, pero esto no quiere decir que sean la única opción terapéutica.

Las categorías de riesgo FINE nos dan las nociones para la toma de decisiones de ingreso a hospitalización o Unidad de Cuidados Intensivos "UCI". Debido al número de casos que se presentan en la comunidad es de gran importancia contar con una herramienta como esta para usar los recursos de forma eficaz y así evitar los gastos innecesarios y tener un flujo de camas hospitalarias óptimo sobre todo en áreas críticas como lo es la UCI.

Si bien la estatificación FINE nos permite detectar a los pacientes con

bajo riesgo, identificándolos y nos presenta una buena propuesta terapéutica, existe otra regla predictiva de gravedad, la CURB-65 (ver Tabla 7) nos presenta menos variables y resulta más práctica en la labor diaria, sobre todo en áreas como emergencia o en nuestros sub-centros de salud, donde no contamos con todo el equipamiento para cubrir lo que nos pide la puntuación FINE [12].

Los criterios de gravedad que deben inclinarnos al ingreso hospitalario de un paciente son los de la sociedad Americana y la Británica del Tórax.

Según la Sociedad Americana del Tórax, si contamos con un criterio mayor o dos menores el paciente debe ser ingresado:

a. Criterios mayores (1):

- Requiere Ventilación Mecánica
- Shock séptico

b. Criterios menores (≥2):

- Presión sistólica <90 mmHg
- Compromiso radiológico multifocal
- PaO₂/FiO₂ < 250

Según la Sociedad Británica del

Tórax con dos o más de los siguientes criterios el paciente debería ser ingresado:

- FR > 30 resp/min
- Presión diastólica <60 mmHg
- UN > 20 mg/dl
- Confusión mental reciente

Se considera además que cualquier paciente diagnosticado con NAC y que presente una de las siguientes características se lo catalogara como NAC severa y se sugiere ingreso a la UCI:

- * Frecuencia respiratoria > 30/min + signos de Distress Respiratorio.
- * PaO₂ /FiO₂ < 250 ó 200 para EPOC.
- * Necesidad de ventilación mecánica.
- * Progresión radiológica.
- * Hipotensión.
- * Necesidad de drogas vasoactivas por más de 4 horas.
- * Diuresis < a 20 ml/hora.
- * Acidosis (ph < 7,3).
- * CID.
- * Insuficiencia renal que requiera diálisis.
- * Compromiso de otros órganos.

CURB - 65		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Confusión 2. Urea > 7 mmol/ L 3. Frecuencia respiratoria > 30 rpm 4. Presión Arterial: Sistólica < 90 o diastólica <60 5. Edad > 65 a 		
0 - 1	2	3 ó más
Baja Mortalidad (1.5%) Tto. Ambulatorio	Mortalidad Intermedia (9.2%) Considerar Ingreso/Tto supervisado	Mortalidad Elevada (22%) Tto hospitalario

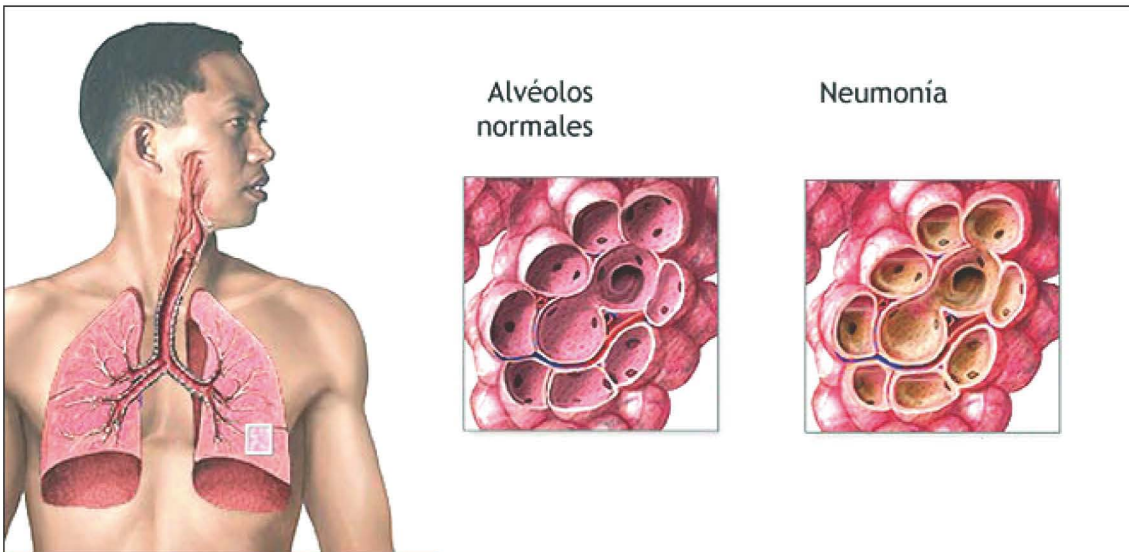
Tabla 7: Regla predictiva de gravedad CURB - 65

Fuente: Protocolo del Servicio de Urgencias - Hospital Central Universitario de Alicante

CATEGORÍA DE LA NEUMONÍA	ANTIBIÓTICO DE ELECCIÓN DOSIS, VÍA Y DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	REGIMEN ALTERNATIVO
GRUPO 1: Menores de 65 años sin comorbilidad y factores de riesgo	Amoxicilina 1 gramo cada 8 horas vía oral por 7 días	Eritromicina 500 mg cada 6 horas vía oral por 7 días Claritromicina 500 mg cada 12 horas vía oral por 7 días Azitromicina 500mg/ día vía oral por 5 días
GRUPO 2: Mayores de 65 años o cualquier edad con comorbilidad específica.	Amoxicilina-ácido clavulánico 500/125 mg cada 12 horas vía oral por 7 días Cefuroximo 500mg cada 12 horas vía oral por 7 días	Eritromicina 500mg cada 6 horas vía oral por 7 días Claritromicina 500mg cada 12 horas vía oral por 7 días o Azitromicina 500mg/día vía oral por 5 días
GRUPO 3: Pacientes de cualquier edad, con criterios de gravedad moderada, hospitalizados en sala de cuidados generales.	Ceftriaxona 1-2 gramos/día EV, o Cefotaxiono 1 gramo cada 8 horas EV. En presencia de: - Falta de respuesta inicial a los lactámicos. - Serología positiva para Mycoplasma, Chlamydia o Legionella sp Se recomienda agregar: Eritromicina 500mg cada 6 h EV o VO, Claritromicina 500mg cada 12 h VO. o Azitromicina 500 mg/día EV.	Amoxicilina - ácido clavulánico 100/200 mg c/8h EV Amoxicilina - sulbactam 1000/500 mg cada 8 h EV o Ampicilina-sulbactam 1000/500 mg cada 8h EV En presencia de : - Falta de respuesta inicial a los lactámicos. - Serología positiva para Mycoplasma, Chlamydia o Legionella sp Se recomienda agregar : Eritromicina 500mg cada 6 h EV o VO, Claritromicina 500mg cada 12 h VO. o Azitromicina 500 mg/día EV.
GRUPO 4: Pacientes con neumonía comunitaria grave hospitalizados en la Unidad de Intermedio o UCI.	Ceftriaxona 2 gramos/día EV, o Cefotaxino 1 gramo cada 8 horas EV Eritromicina 500mg cada 6 h EV, Levofloxacino 1g/día EV, o Moxifloxacino 400 mg/día Ev	Amoxicilina - ácido clavulánico 100/200 mg c/8h EV Amoxicilina- sulbactam 1000/500 mg cada 8 h EV o Ampicilina-sulbactam 1000/500 mg cada 8h EV Asociado a : Eritromicina 500mg cada 6 h EV, Levofloxacino 1g/día EV, o Moxifloxacino 400 mg/día EV.

Tabla 8: Tratamiento Empírico inicial.

Fuente: El Autor, basado en los esquemas propuestos por los Doctores Alemán W, Rodríguez S.



Planteadas estas herramientas, es importante resaltar el criterio clínico sobre todas ellas y recordar que lo más importante es individualizar a cada paciente para tomar la decisión adecuada y oportuna en cada caso. Ninguna de estas tablas es absoluta y debe predominar el criterio del facultativo que valorara al paciente y todos los factores ambientales, sociales y ambientales que pueden afectar en su patología.

Tratamiento de la NAC

Una vez que hemos diagnosticado la enfermedad y la hemos clasificado e identificado la tasa de mortalidad; se presenta ante nosotros la necesidad de iniciar un tratamiento empírico inmediato con el fin de disminuir las complicaciones de la enfermedad o esperar los resultados de estudios microbiológicos.

A nivel internacional está ampliamente aceptado y lo sugieren las guías de casi todas las sociedades Neumoló-

gicas, se debe iniciar un tratamiento empírico basado en la realidad epidemiológica de cada población. En la Tabla 8 se muestra una recomendación de los esquemas terapéuticos para nuestro medio como tratamiento empírico.

Como en todas las patologías con impacto social, lo más importante es la difusión de las mismas y un control estricto en los sitios de atención primaria en salud que en nuestro país compete en primera medida a los Equipos Básicos de Salud "EBAS" y los Sub-Centros de Salud.

Conclusiones

La NAC es una entidad con un gran impacto en nuestro país y afecta a las poblaciones más indefensas como lo son los niños, ancianos y personas con enfermedades catastróficas. Todos los actores del sistema de salud debemos estar atentos a los nuevos casos y controlarlos para evitar las complicaciones y sus implicaciones en la

calidad de vida de la población.

Recordemos que cada caso que se controla a tiempo reduce la diseminación de los agentes infecciosos en la población general.

Nuestro país garantiza en su constitución una Salud Universal y Gratuita; por lo tanto, es obligación de todo el sistema de salud controlar un problema tan crítico y lastimosamente olvidado en los últimos años.

Agradecimientos

Ofrezco mi más sincero agradecimiento al Dr. Washington Alemán, Infectólogo del Hospital Luís Vernaza; a la Dra. Sandra Rodríguez, Neumóloga del Hospital neumológico Alfredo J. Valenzuela de Ecuador y al Dr. Rodrigo Anaconda C. de Chile; por sus aportes en los esquemas para esta patología. Con toda humildad puedo decir que estos esquemas fueron creados gracias a su valiosa opinión y son tan solo una sugerencia para los galenos de nuestro medio.

Referencias bibliográficas

- [1] Bembibre L, Lamelo F. Neumonía adquirida en la comunidad. España. Guías Clínicas 2004; 4 (37).
- [2] Valdivia C, Gonzalo. Epidemiología de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad. Rev. chil. enferm. respir. 2005 Abr; 21(2): 73-80.
- [3] OMS. Estadísticas sanitarias mundiales 2009. Ginebra 2009; 2, 47-57
- [4] Lado Lado FL. Neumonía adquirida en la comunidad. An Med Interna (Madrid) 2002; 19: 609-611.
- [5] INEC - CEPAL. Anuario de Estadísticas Hospitalarias: Camas y Egresos. Ecuador 2007.
- [6] Infectólogos del Policlínico Neuquén. Neumonía adquirida en la comunidad en niños - sugerencias de manejo terapéutico. Neuquén - Argentina 2006.
- [7] Alvarez Ana. Neumonía adquirida en la comunidad en niños: Aplicabilidad de las guías clínicas. Rev Chil Infect 2003; 20 (Supl 1): S59 - S62
- [8] Normativa para el diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. Sociedad Española de Cirugía Torácica y Neumología (SEPAR); 2005.
- [9] Bembibre L, Lamelo F. Neumonía adquirida en la comunidad. Guías Clínicas. España - 2009
- [10] Noboa M, Benavides P. Características clínicas de la neumonía adquirida en la comunidad, en 29 niños hospitalizados, en el hospital general de macas, en el periodo de Mayo a Julio, 2006. Ecuador. REDEPI Número 21: 10-20.
- [11] Servicio de Pediatría. Hospital Marina Alta DENIA Protocolo de manejo de la Neumonía Julio, 2003
- [12] Murcia J. Protocolo de Diagnóstico y Tratamiento de NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD. Alicante - España 2007.
- [13] Sussini M, Rodríguez A, Riquelme A, Paz P, y Col. NEUMONÍA ADQUIRIDA DE LA COMUNIDAD: PUESTA AL DIA Revista de Postgrado de la VI Cátedra de Medicina - N° 132 - Octubre 2003 Argentina.
- [14] Harrison Principios de Medicina Interna, 16ª Edición Dennis L. Kasper, Eugene Braunwald, Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, J. Larry Jameson, y Kurt J. Isselbacher, Eds.
- [15] Medicina Interna Ferreras-Rozman 13ª Edición