



Editorial

¿Qué ha cambiado en la neumonía adquirida en la comunidad en los últimos años?



What has Changed in Community-Acquired Pneumonia in Recent Years?

Inmaculada Alfageme Michavila

Unidad de Gestión Clínica de Neumología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) incluye un amplio espectro de presentaciones que oscilan desde un cuadro leve a formas más graves que pueden necesitar ingreso hospitalario e incluso estancia en la UCI. En personas mayores de 65 años es una de las principales causas de mortalidad y la mayor dentro de las enfermedades infecciosas¹. Que continúa siendo un problema actual, lo pone de manifiesto un reciente estudio que demuestra un incremento de hasta el 8,8% de las hospitalizaciones en los últimos años, y un aumento de su etiología por enterobacteriáceas².

Desde la aparición de la gripe A y con el uso cotidiano de las técnicas de detección molecular hay cada vez mayor evidencia de la participación de los virus como agentes etiológicos y/o acompañantes de las NAC. En general, el virus influenza A y el virus sincitial respiratorio siguen siendo los principales virus implicados. Sin embargo, la irrupción en los últimos años de epidemias con alta letalidad de coronavirus y de zoonosis de virus influenza hace que sea necesario mostrarse alerta ante estos nuevos patógenos emergentes³. Las neumonías víricas han modificado las comorbilidades previamente incluidas en las escalas de riesgo como factores de gravedad, y así, otros factores como la obesidad y la gestación se han considerado factores de gravedad en este tipo de neumonías.

La valoración del riesgo siempre ha estado dirigida a predecir la mortalidad intrahospitalaria, sin embargo, hay evidencias que indican un incremento en la mortalidad a los 30 días después de una NAC, e incluso en los siguientes 5 años, debido principalmente a enfermedades cardiológicas. También dan lugar a tasas de reingresos de hasta el 18%, por la misma neumonía o por complicaciones extrapulmonares, fundamentalmente cardiovasculares⁴, así como a retrasos en la reincorporación a la actividad cotidiana, sobre todo de personas mayores. Por tanto, las escalas pronósticas tal vez no deberían limitarse a evaluar la mortalidad a corto plazo o intrahospitalaria, sino que tendrían que ser capaces de predecir otras variables importantes en la supervivencia y calidad de vida de los pacientes que sufren una NAC.

Por otra parte, estas escalas no son exactas para predecir la gravedad de la NAC y, por tanto, la ubicación adecuada para

su tratamiento. Las más habituales como el PSI y el CURB-65 o CRB-65 no son útiles para determinar el ingreso en la UCI, por lo que otras valoraciones que incluyen la presión sistólica, infiltrados multilobares, albúmina, frecuencia respiratoria, taquicardia, confusión, oxígeno y pH (SMARTCOP) parecen identificar mejor a los pacientes que van a necesitar soporte ventilatorio o hemodinámico. En la misma línea y bastante fácil de implementar es la adición de las comorbilidades y la oxigenación al previamente utilizado CURB-65 (DS-CURB-65)⁵. Las escalas clásicas consideran la edad entre las variables que más peso añaden a la puntuación, y esto ocasiona desviaciones; un intento para corregir esta desviación en mayores de 76 años sería el SOAR (oxigenación, edad y frecuencia respiratoria), que ha demostrado mejor sensibilidad para predecir la mortalidad que el CRB-65, pero baja especificidad.

En los últimos años se ha explorado la posibilidad de utilizar biomarcadores como predictores de mortalidad; la procalcitonina (PCT) ha sido de los más estudiados, encontrando que un valor bajo de PCT al ingreso se relaciona con baja mortalidad independientemente del PSI o del CRB-65. Sin embargo, se han estudiado otros muchos como la PaCO₂, el recuento plaquetario y la proadrenomedulina.

El impacto de las comorbilidades en la evolución y el pronóstico de la NAC es un hecho admitido y revisado frecuentemente. A pesar de no considerar la EPOC en las escalas más habituales⁶, lo cierto es que la EPOC juega un papel importante, puesto que puede determinar no solo la evolución, de hecho los pacientes con EPOC tienen puntuaciones más elevadas en el PSI, ingresan con mayor frecuencia en la UCI y tienen mayor mortalidad a los 30 y 90 días⁷; sino que pueden condicionar una etiología bacteriana por gérmenes de difícil tratamiento como la neumonía por *Pseudomonas aeruginosa*.

Además de la repercusión que las comorbilidades tienen en la valoración inicial de la NAC, no hay que olvidar la estrecha relación demostrada entre complicaciones cardiovasculares y neumonía durante el periodo agudo y en los meses siguientes a la resolución de la misma, parece que la medición de biomarcadores de función cardíaca podría mejorar la fiabilidad de los pronósticos habituales, sin embargo, hay eventos cardiológicos como arritmias, infarto de miocardio, descompensación de una insuficiencia cardíaca previa

 Correo electrónico: lalfageme@separ.es

o parada cardíaca tanto a corto como a largo plazo⁸, que podrían justificar la inclusión de nuevas medidas de control durante la NAC como la monitorización cardiológica o medidas de prevención de enfermedades cardiológicas.

En cuanto al tratamiento, están claras la importancia de la precocidad de la administración del antibiótico y la reducción al mínimo del tiempo de terapia antibiótica. Sin embargo, hay 2 cuestiones debatidas en el tratamiento de la NAC: el uso de los macrólidos y los corticoides. La adición de macrólidos al tratamiento de la NAC no grave continúa siendo controvertida, ya que añadir macrólidos a la neumonía grave ha demostrado claramente una reducción de la mortalidad⁹. A esta indecisión para establecer una clara recomendación se une el potencial riesgo de efectos indeseables cardiovasculares.

A pesar de que existen importantes publicaciones en las que se demuestra el potencial beneficio de la adición de corticoides en la reducción del tiempo necesario para conseguir la estabilidad clínica, y para prevenir el fracaso de los antibióticos, 2 metaanálisis publicados coinciden en que la adición de corticoides al tratamiento de la NAC no disminuye la mortalidad en la población general. Sin embargo, dicha adición sí acorta la estancia hospitalaria y el tiempo hasta la estabilidad clínica, e incluso previene el síndrome de distrés respiratorio agudo¹⁰.

La última guía de la SEPAR sobre la NAC se realizó hace más de 6 años, hay evidencias que sugieren que deberíamos modificar algunos aspectos de nuestro manejo de la NAC, y tal vez ha llegado el momento de actualizarla.

Bibliografía

1. Fry AM, Shay DK, Holman RC, Curns AT, Anderson LJ. Trends in hospitalizations for pneumonia among persons aged 65 years or older in the United States, 1988-2002. *JAMA*. 2005;294:2712-9.
2. Quan TP, Fawcett NJ, Wrightson JM, Finney J, Wyllie D, Jeffery K, et al. Increasing burden of community-acquired pneumonia leading to hospitalisation, 1998-2014. *Thorax*. 2016;71:535-42.
3. Galván JM, Rajas O, Aspa J. Revisión sobre las infecciones no bacterianas del aparato respiratorio: neumonías víricas. *Arch Bronconeumol*. 2015;51:590-7.
4. Dharmarajan K, Hsieh AF, Lin Z, Bueno H, Ross JS, Horwitz LI, et al. Diagnoses and timing of 30-day readmissions after hospitalization for heart failure, acute myocardial infarction, or pneumonia. *JAMA*. 2013;309:355-63.
5. Kolditz M, Ewig S, Schütte H, Suttrop N, Welte T, Rohde G, CAPNETZ study group. Assessment of oxygenation and comorbidities improves outcome prediction in patients with community-acquired pneumonia with a low CRB-65 score. *J Intern Med*. 2015;278:193-202.
6. Jiang HL, Chen HX, Liu W, Fan T, Liu GJ, Mao B. Is COPD associated with increased mortality and morbidity in hospitalized pneumonia? A systematic review and meta-analysis. *Respirology*. 2015;20:1046-54.
7. Restrepo MI, Mortensen EM, Pugh JA, Anzueto A. COPD is associated with increased mortality in patients with community-acquired pneumonia. *Eu Respir J*. 2006;28:346-51.
8. Santos-Gallego CG, Badimon JJ. Cardiac complications after community-acquired pneumonia. *Am J Cardiol*. 2016;117:310.
9. Sligl WI, Asadi L, Eurich DT, Tjosvold L, Marrie TJ, Majumdar SR. Macrolides and mortality in critically ill patients with community-acquired pneumonia: A systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med*. 2014;42:420-32.
10. Siemieniuk RA, Meade MO, Alonso-Coello P, Briel M, Evaniew N, Prasad M, et al. Corticosteroid therapy for patients hospitalized with community-acquired pneumonia: A systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2015;163:519-28.