



Subsecretaría de Salud Pública  
División de Prevención y Control de Enfermedades, DIPRECE  
División de Planificación Sanitaria, DIPLAS

## **RESUMEN EJECUTIVO**

# Guía de Práctica Clínica Neumonía Adquirida en la Comunidad en Personas de 65 años y más 2017

Este documento contiene las recomendaciones y un resumen de la metodología utilizada en la Guía de Práctica Clínica “Neumonía Adquirida en la Comunidad en Personas de 65 años y más” 2017, dirigido a los EQUIPOS DE SALUD.

DICIEMBRE 2017







**VERSIÓN COMPLETA de la Guía de Práctica Clínica Neumonía Adquirida en la Comunidad en Personas de 65 años y más en:**

**<http://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-desarrolladas-utilizando-manual-metodologico/>**

MINISTERIO DE SALUD. RESUMEN EJECUTIVO GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS. SANTIAGO: MINSAL.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de disseminación y capacitación. Prohibida su venta.

RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN	CERTEZA EN LA EVIDENCIA
<p>1. En personas de 65 años y más con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar CURB65 en comparación a no realizar.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i>  <b>CURB 65</b>  <i>Se debe asignar un punto de acuerdo frente a la presencia de alguna de las siguientes condiciones clínicas:</i></p> <p><i>C confusión mental</i>  <i>U urea &gt;7mmol/l (equivalente a BUN &gt; 23mg/dl)</i>  <i>R frecuencia respiratoria (&gt;30/min)</i>  <i>B presión arterial sistólica &lt; 90 o diastólica ≤ 60 mmHg</i>  <i>65 edad ≥ 65 años</i></p> <p><i>Clasifica a los pacientes en 3 niveles de gravedad: recomendando manejo ambulatorio y control estrecho (0 -1 punto), hospitalización abreviada (2 puntos) y manejo en hospital (3 o más puntos).</i>  <i>Es necesario considerar otros factores para definir la conducta a seguir y predecir mortalidad en pacientes de 65 años y más con neumonía adquirida en la comunidad (decisión de hospitalizar o no)</i></p>	CONDICIONAL	<p><b>BAJA</b></p> 
<p>2. En personas de 65 años y más con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad, el Ministerio de Salud SUGIERE no usar Índice de gravedad de la neumonía (PSI).</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Es necesario considerar otros factores para definir la conducta a seguir y predecir mortalidad en pacientes de 65 años y más con neumonía adquirida en la comunidad (decisión de hospitalizar o no)</i></li> </ul>	CONDICIONAL	<p><b>BAJA</b></p> 
<p>3. En personas de 65 años y más con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad, el Ministerio de Salud SUGIERE usar antibióticos de forma precoz en comparación al uso tardío.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <p><i>Se considera precoz la administración de antibiótico antes de 8 horas desde la sospecha diagnóstica (diagnóstico clínico)</i></p>	CONDICIONAL	<p><b>BAJA</b></p> 
<p>4. En personas de 65 años y más con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad, el Ministerio de Salud SUGIERE USAR betalactámicos en comparación a quinolonas o macrólidos.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>dosis Amoxicilina 1 gramo cada 8 horas durante 7 días vía oral</i></li> <li>- <i>dosis Amoxicilina/Ácido clavulánico 500/125 mg cada 8 horas o 875/125 mg cada 12 horas durante 7 días</i></li> </ul>	CONDICIONAL	<p><b>BAJA</b></p> 

<p>5. En adultos mayores de 65 años y más con neumonía adquirida en la comunidad, el Ministerio de Salud SUGIERE no realizar rehabilitación kinesiológica funcional de rutina.</p> <p><i>Comentarios del panel de expertos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Esta recomendación considera el costo de oportunidad que significa el uso de la kinesioterapia para una indicación en la cual se desconoce su efecto.</i></li> <li>- <i>Los pacientes hipersecretorios pudiesen beneficiarse de la rehabilitación kinesiológica funcional</i></li> </ul>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>MUY BAJA</b></p> <p>⊕ ○ ○ ○ ○</p>
<p>6. En adultos mayores con neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio, el Ministerio de Salud sugiere evaluación a las 48-72 horas desde iniciado el tratamiento.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Las complicaciones agudas de la neumonía ocurren principalmente dentro de este periodo.</i></li> </ul>	<p><b>BUENA PRÁCTICA CLÍNICA</b></p>	

## RECOMENDACIONES DE LA GUÍA

Las recomendaciones fueron formuladas utilizando el sistema GRADE.

## 1. OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

**Objetivo General:** Generar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible acerca de la Neumonía Adquirida en la Comunidad en Adultos de 65 años y más

**Tipo de pacientes y escenario clínico:** Personas con neumonía adquirida en la comunidad que reciben atención en el nivel primario de salud en el sector público y privado de salud.

**Usuarios de la Guía:** Todos los profesionales de salud con responsabilidades en personas con neumonía adquirida en la comunidad: médicos generales médicos de familia, especialistas, otros profesionales de la salud del ámbito de la APS y servicios de urgencia.

### MÉTODOS

Para la elaboración de esta Guía se constituyó un **Equipo Elaborador** compuesto por: un Coordinador Temático de la Guía; Asesores Metodológicos; Responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia; y un Panel de Expertos compuesto por clínicos, referentes del Ministerio de Salud y del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y, en los casos que fue posible, pacientes.

- ▶ Ver más detalle en [Equipo Elaborador y declaración de potenciales conflicto de intereses - Guía 2017](#)

Inicialmente el Panel de Expertos realizó la **Evaluación de la Vigencia de las Recomendaciones de la Guía anterior**.

- ▶ Ver más detalle en [Informe de Vigencia de Recomendaciones de la Guía Anterior 2011](#)

Posteriormente se realizó la **Definición y Priorización de las Preguntas para la Actualización**. El Panel de Expertos, junto con el Coordinador Temático y Asesores Metodológicos plantearon todas las potenciales preguntas, definiendo claramente la población, intervención y comparación. A través de una encuesta enviada a cada integrante del Panel de Expertos se evaluaron las potenciales preguntas, priorizándose aquellas con mayor puntaje promedio.

- ▶ Ver más detalle en [Informe de Priorización de preguntas - Guía 2016](#)

### Elaboración de recomendaciones

Las recomendaciones de esta Guía fueron elaboradas de acuerdo al sistema “Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation” (GRADE)<sup>1</sup>. Luego de seleccionadas las preguntas a responder, se realizó la búsqueda y la síntesis de evidencia, para finalmente generar las recomendaciones a través del juicio del Panel de Expertos:

Se utilizaron 3 estrategias de **Búsqueda y Síntesis de Evidencia** en función de los resultados u outcomes buscados, a saber:

1. Efectos deseables e indeseables de la intervención versus comparación: La síntesis de evidencia se realizó con el formato de Tabla de Resumen de Hallazgos GRADE (Summary of Findings - SoF).
  - ▶ Ver más detalle en [Informe de Búsqueda Sistemática de Evidencia de los efectos deseables e indeseables de la intervención vs comparación - Guía 2017](#)
  - ▶ Ver más detalle en [Informe de Síntesis de la Evidencia de los efectos deseables e indeseables de la intervención vs comparación - Guía 2017](#)

---

<sup>1</sup> Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. J Clin Epidemiol [Internet]. 2013 Jul [cited 2017 Dec 3];66(7):719–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23312392>

La **Formulación de las Recomendaciones** la realizó el Panel de Expertos, quienes consideraron su experiencia clínica o personal y la evidencia respecto a los desenlaces de interés (por ejemplo: mortalidad, días de hospitalización, calidad de vida, etc.), los valores y preferencias de los pacientes, viabilidad de implementación, uso de recursos y costos.

Para asegurar la **Vigencia de las Recomendaciones** de esta Guía, se generó un sistema de notificación a través de una plataforma que identifica periódicamente estudios (revisiones sistemáticas y estudios primarios) que dan respuesta a las preguntas formuladas. Así, cada vez que se publique nueva evidencia pertinente a las recomendaciones de esta Guía, se incorporará a la síntesis de evidencia, pudiendo o no modificar la recomendación.

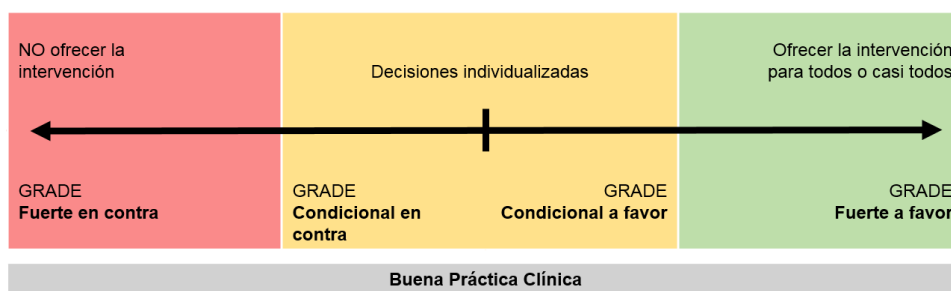
- ▶ Para mayor detalle consultar [Guía de Práctica Clínica Neumonía Adquirida en la Comunidad en personas de 65 años y más 2017](#) completas.

## 2. CÓMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES

El sistema GRADE distingue el grado de la recomendación y certeza de la evidencia sobre la cual se realiza la recomendación.

### Grado de la recomendación

Las recomendaciones están estructuradas en base a una intervención y una comparación, la intervención es por lo general una intervención innovadora, mientras que la comparación es una intervención que está incorporada en la práctica clínica. Las recomendaciones son clasificadas en recomendaciones fuertes y condicionales, a favor o en contra de la intervención.



Las recomendaciones fuertes y condicionales deben interpretarse de la siguiente manera por los clínicos:

**FUERTE:** Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en **TODOS** o en casi todos los casos. No se requiere una evaluación detallada de la evidencia que la soporta. Tampoco es necesario discutir detenidamente con los pacientes este tipo de indicación. Esta recomendación puede ser **Fuerte a Favor** de la intervención o **Fuerte en Contra**.

**CONDICIONAL:** Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en la **MAYORÍA** de los casos, pero se requiere considerar y entender la evidencia en que se sustenta la recomendación. Asimismo, distintas opciones pueden ser adecuadas para distintos pacientes, por lo que el clínico debe hacer un esfuerzo para ayudar a los pacientes a escoger una opción que sea consistente con sus valores y preferencias.

Esta recomendación puede ser **Condicional a Favor** de la intervención o **Condicional en Contra**.

**BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS:** Son recomendaciones relacionadas con intervenciones que corresponden a estándares mínimos y necesarios para la atención en salud. Cuando estas recomendaciones son útiles, no es necesario evaluar la calidad de la evidencia o calificar la fortaleza, y se basarán en la experiencia del panel de expertos.

Estas recomendaciones estarán indicadas como **Buenas Prácticas Clínicas**.

### Certeza de la evidencia

El concepto de certeza de la evidencia se refiere a la confianza que se tiene en que los estimadores del efecto son apropiados para apoyar una recomendación determinada. El sistema GRADE propone cuatro niveles de certeza en la evidencia:

Calidad	Definición
Alta ⊕⊕⊕⊕	Existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.
Moderada ⊕⊕⊕○	Existe una confianza moderada en el estimador de efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia, pero existe la posibilidad de que sea diferente.
Baja ⊕⊕○○	La confianza en el estimador de efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.
Muy baja ⊕○○○	Existe muy poca confianza en el estimador de efecto. Es altamente probable que el verdadero efecto sea sustancialmente diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.

El sistema GRADE considera de calidad alta los ensayos controlados aleatorizados y de baja calidad los estudios observacionales. Hay factores que pueden aumentar o disminuir la calidad de la evidencia inicial establecida a partir del diseño de los estudios:

- a) **Los estudios clínicos aleatorizados bajan la calidad de la evidencia**, si existen: limitaciones en el diseño y ejecución del estudio; inconsistencia de los resultados; incertidumbre acerca de que la evidencia sea directa; imprecisión; y sesgo de publicación o notificación.
- b) **Los estudios observacionales pueden subir en calidad de la evidencia**, si existe asociación fuerte; existencia de gradiente dosis-respuesta; y sesgo residual actuando en dirección contraria.

Ver más detalle en [Manual metodológico Desarrollo de Guías de Práctica Clínica](#).