



Instituto de Evaluación  
Tecnológica en Salud

Evidencia que promueve **Confianza**

Efectividad y seguridad de cefotaxima  
como primera línea para el  
tratamiento intrahospitalario de  
neumonía asociada a la comunidad  
no complicada por *Streptococcus  
pneumoniae* resistente en niños

Noviembre de 2013

Reporte No. 26

## TABLA DE CONTENIDO

Grupo desarrollador e involucrados .....	3
Fuentes de financiación .....	3
Conflicto de intereses .....	3
<b>1. Antecedentes</b> .....	4
1.1. Descripción de la condición de salud de interés .....	4
1.2. Descripción de la tecnología .....	5
<b>Figura 1.</b> Clasificación ATC (Anatomical, Therapeutic, Chemical classification system) para la tecnología de interés .....	6
<b>2. Evaluación de efectividad y seguridad</b> .....	7
2.1. Pregunta de evaluación .....	7
2.2. Criterios de elegibilidad de la evidencia .....	7
2.2.1. Criterios de inclusión .....	7
2.2.1.1. Población .....	7
2.2.1.2. Tecnología de interés .....	8
2.2.1.3. Comparador .....	8
2.2.1.4. Desenlaces .....	8
2.2.1.5. Tipo de estudios .....	8
2.2.2. Criterios de exclusión .....	8
2.2.2.1. Tipo de estudios .....	8
2.3. Metodología .....	9
2.3.1. Búsqueda de literatura .....	9
2.3.1.1. Búsqueda en bases de datos electrónicas .....	9
2.3.1.2. Otros métodos de búsqueda .....	10
2.3.1.3. Gestión documental .....	10
2.3.2. Tamización de referencias y selección de estudios .....	10
2.4. Resultados .....	11
2.4.1. Búsqueda de literatura .....	11
2.4.2. Tamización de referencias y selección de estudios .....	11
2.4.3. Efectividad .....	11
2.4.4. Seguridad .....	11
<b>3. Conclusiones</b> .....	11
Referencias bibliográficas .....	12
Anexos .....	14
<b>Anexo 1.</b> Registros sanitarios vigentes para la tecnología de interés .....	14
<b>Anexo 2.</b> Reportes de búsqueda en bases de datos electrónicas .....	15
<b>Anexo 3.</b> Diagrama de flujo para la tamización y selección de evidencia .....	20

### Grupo desarrollador e involucrados

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS.  
Miguel Hernando Díaz Ortega (MD).  
Freddy Eberto Lizarazo (FL).  
Iván Darío Flórez Gómez (IF).  
Egdda Patricia Vanegas (EV).

### Fuentes de financiación

Ministerio de Salud y Protección Social.

### Conflicto de intereses

Los miembros del grupo desarrollador declararon los posibles conflictos de interés, siguiendo las recomendaciones de la Guía Metodológica para el desarrollo de Guías de Práctica Clínica de Colciencias y Ministerio de Salud y Protección Social. Ante un posible conflicto de interés invalidante de un miembro, este fue excluido de la discusión y de la recomendación relacionada con cada tecnología, por lo que se asume que el proceso de evaluación de cada tecnología y la construcción de cada recomendación, fueron desarrolladas de forma transparente e imparcial.

## 1. Antecedentes

### 1.1. Descripción de la condición de salud de interés

La Neumonía Asociada a la Comunidad (NAC) es una enfermedad resultante de la inflamación del parénquima pulmonar generada por un agente infeccioso fuera del ambiente hospitalario (1). El cuadro clínico se caracteriza por tos, fiebre y signos de consolidación al examen físico, pero puede ser muy variable y mostrar otros síntomas locales como disnea, dolor torácico, expectoración, taquipnea, o generales como fiebre, escalofríos confusión y taquicardia (2).

La neumonía fue descrita en la antigua Grecia como "Peripleunomiacon" y a través de los siglos no ha cambiado mucho su narración clínica. Willis en 1964 la describía como fiebre, tos y dificultad para respirar (3). Se presenta un amplio espectro de agentes etiológicos, de los cuales el más frecuente es *Streptococcus pneumoniae*, seguido de bacilos gram negativos como *Klebsiella pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* que ha tomado mayor importancia en los últimos años, también se debe considerar *Staphylococcus aureus* y *Pseudomonas aeruginosa* que son más frecuentes en pacientes con patologías como bronquiectasias (1).

La NAC continúa siendo una de las enfermedades infecciosas más frecuentes de consulta, con una alta tasa de hospitalización y mortalidad en los pacientes severos, a pesar de la disponibilidad de nuevos antibióticos y mejoras en los accesos a los servicios de salud (4). Su incidencia es variable y está relacionada con la edad, presencia de comorbilidades y algunos factores de riesgo como tabaquismo o abuso de alcohol, su presencia es mayor en menores de 5 años, mayores de 65 años y en personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca, renal crónica, diabetes mellitus, enfermedades hepáticas y neurológicas (4-6).

Se han reportado tasas de incidencia que oscilan entre 1 a 11 por 1.000 habitantes, la NAC representa del 5 al 12% de las infecciones del tracto respiratorio inferior y entre el 20 y 42% de los casos requieren hospitalización, de estos entre el 10 y el 30% requieren ingreso a unidad de cuidados intensivos (4-7).

La neumonía es la principal causa individual de mortalidad en los niños menores de cinco años, con una incidencia anual de 0.29 y 0.05 episodios por niño en los países del tercer mundo y en los desarrollados, respectivamente. Se estima un total de alrededor de 156 millones de episodios nuevos ocurren cada año. En 2010, de los 7.6 millones de muertes en niños menores de cinco años de edad, 1.4 millones (18.3%) de las muertes se debieron a neumonía. Las infecciones respiratorias en niños representan entre el 50 y 70% de todas las consultas, y entre el 30 y 60% de todas las hospitalizaciones en los servicios de pediatría de América Latina (8).

En Colombia anualmente hay 120.000 consultas con diagnóstico de neumonía y cerca de 50.000 egresos hospitalarios en menores de cinco años. En 90% de todos estos casos no se conoce organismo causal específico y de los conocidos se estima que 50% son producidos por *Streptococcus pneumoniae* (5% del total). La tasa de mortalidad por neumonía en menores de cinco años en el país es alta (25-50/100.000 menores de cinco años), siendo muy alta (> 50/100.000) en Bogotá, Huila y Caquetá (9).

El diagnóstico de NAC requiere que se presenten ciertos criterios como síntomas o signos de infección respiratoria aguda baja, algún signo de consolidación en el examen de tórax (10), así como síntomas o signos generales o sistémicos y hallazgos en la radiografía de tórax de infiltrados alveolares o intersticiales segmentarios o infiltrados en uno o más lóbulos y que no estaban presentes previamente (5).

Existen distintas clasificaciones de severidad para los pacientes con NAC que ayudan a enfocar el manejo del paciente, desde la toma de paraclínicos como por ejemplo hemograma, BUN, creatinina, glicemia, oximetría, baciloscopia y cultivo de esputo, entre muchos otros para estudiar comorbilidades, identificación etiológica y si el paciente lo amerita otros estudios para evaluar disfunción orgánica (5, 6, 10, 11).

El tratamiento de la NAC debe considerar medidas generales tanto en el paciente ambulatorio como en el ámbito hospitalario, tendientes a controlar enfermedades de base y mantener un estabilidad hemodinámica, además el tratamiento antibiótico es empírico, basado en la clasificación del paciente; teniendo en cuenta que es una enfermedad infecciosa el tratamiento etiopatogénico es fundamental y se modifica con base en la identificación del agente etiológico (2, 4, 12).

En el tratamiento antibiótico se han evaluado múltiples intervenciones, con estudios que han logrado establecer ciclos de administración y optimizar parámetros farmacocinéticos y farmacodinámicos a fin de disminuir la duración del tratamiento antimicrobiano (13).

## 1.2. Descripción de la tecnología

Cefotaxima es un antibiótico semisintético de amplio espectro, pertenece al grupo de las cefalosporinas de tercera generación. Está indicada para el tratamiento de infecciones de huesos y articulaciones; genitourinarias, del sistema nervioso central, del tracto respiratorio bajo; de la piel y tejidos blandos; ginecológicas, bacteriemia y septicemia; infecciones intraabdominales y profilaxis en intervenciones quirúrgicas con riesgo de contaminación e infección.

Cefotaxima pertenece al grupo de cefalosporinas del grupo antiinfecciosos, la siguiente es la descripción de este grupo:



**Figura 1.** Clasificación ATC (Anatomical, Therapeutic, Chemical classification system) para la tecnología de interés.

Fuente: INVIMA (14) y WHO (15).

Al consultar la base de registros sanitarios de INVIMA, se encontró un registro sanitario vigente (Anexo 1).

Cefotaxima está indicada para el tratamiento de infecciones simples o mixtas producidas por gérmenes Gram positivos y Gram negativos sensibles a la cefotaxima.

En adultos y niños mayores de 12 años la pauta posológica ha de ser establecida en función de la gravedad de infección, el estado del paciente y la sensibilidad del agente causal a cefotaxima. Cuando la dosis total diaria supere los 2 g, la vía de administración a emplear es la intravenosa. La pauta posológica a seguir es de 1 g de cefotaxima cada 12 horas. En casos graves puede aumentarse la dosis diaria hasta 12 g.

La dosificación en lactantes y niños menores de 12 años depende de la gravedad de la infección, 50 - 100 mg/kg/día (en lactantes hasta 150 mg/kg/día) repartidos en dosis idénticas, en intervalos de 6 a 12 horas. En casos aislados, con riesgo vital, se han administrado 150 mg/kg/día (en lactantes hasta 200 mg/kg/día), no habiéndose hallado manifestaciones de intolerancia. En prematuros no se debe administrar dosis diarias superiores a los 50 mg/kg ya que la función de aclaramiento renal todavía no ha madurado plenamente.

Cefotaxima está contraindicada en pacientes con hipersensibilidad conocida a las cefalosporinas. En los casos de hipersensibilidad a la penicilina, debe considerarse la posibilidad de una alergia cruzada. Debe administrarse con precaución en pacientes de fondo alérgico anterior, fundamentalmente medicamentoso. En caso de producirse una diarrea intensa y duradera se sospechará de una colitis pseudomembranosa, la cual puede llegar a poner en peligro la vida del paciente, por lo cual debe suspenderse de inmediato el tratamiento.

## 2. Evaluación de efectividad y seguridad

### 2.1. Pregunta de evaluación

En niños (menores de 18 años) con neumonía asociada a la comunidad no complicada por *Streptococcus pneumoniae* resistente, ¿cuál es la efectividad y seguridad de cefotaxima como primera línea de tratamiento intrahospitalario comparada con ceftriaxona, en términos de curación clínica y microbiológica, recaída, mortalidad, estancia hospitalaria y eventos adversos?

<b>P</b>	Niños (menores de 18 años) con neumonía asociada a la comunidad no complicada por <i>Streptococcus pneumoniae</i> resistente
<b>I</b>	Cefotaxima como primera línea de tratamiento intrahospitalario
<b>C</b>	Ceftriaxona
<b>O</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Curación clínica y microbiológica</li> <li>▪ Recaída</li> <li>▪ Mortalidad</li> <li>▪ Estancia hospitalaria</li> <li>▪ Eventos adversos</li> </ul>

P: población; I: tecnología de interés; C: comparación; O: desenlaces (del inglés Outcome).

La pregunta de evaluación fue refinada y validada con base en: autorización de mercadeo de la tecnología para la indicación de interés (registro sanitario INVIMA), listado de medicamentos vitales no disponibles, cobertura de las tecnologías en el Plan Obligatorio de Salud (POS) (Acuerdo 029 de 2011), revisión de grupos terapéuticos (clasificación ATC: Anatomical, Therapeutic, Chemical classification system), recomendaciones de guías de práctica clínica actualizadas, disponibilidad de evidencia sobre efectividad y seguridad (reportes de evaluación de tecnologías y revisiones sistemáticas de la literatura), uso de las tecnologías (listas nacionales de recobro, estadísticas de prescripción, etc), estudios de carga de enfermedad y consulta con expertos temáticos (especialistas clínicos). No se identificaron otros comparadores relevantes para la evaluación.

### 2.2. Criterios de elegibilidad de la evidencia

#### 2.2.1. Criterios de inclusión

##### 2.2.1.1. Población

Niños (menores de 18 años) con neumonía asociada a la comunidad no complicada por *Streptococcus pneumoniae* resistente.

#### 2.2.1.2. Tecnología de interés

Cefotaxima como primera línea de tratamiento intrahospitalario.

#### 2.2.1.3. Comparador

Ceftriaxona.

Se consideró la inclusión de evidencia indirecta cuando no se identificó evidencia “cabeza a cabeza” para las comparaciones de interés.

#### 2.2.1.4. Desenlaces

- Curación clínica y microbiológica
- Recaída
- Mortalidad
- Estancia hospitalaria
- Eventos adversos

#### 2.2.1.5. Tipo de estudios

- Revisiones panorámicas (Overviews)
- Revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorizados
- Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes
- Ensayos controlados aleatorizados

La decisión de priorizar la búsqueda de revisiones sistemáticas se tomó considerando que este tipo de estudios son el diseño más adecuado para determinar la efectividad de las intervenciones en salud, pues minimizan los sesgos y reducen los efectos encontrados por azar. Para determinar si el estudio correspondía a una revisión sistemática, se emplearon los criterios propuestos en el Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones (16).

### 2.2.2. Criterios de exclusión

#### 2.2.2.1. Tipo de estudios

- Revisiones sistemáticas con fecha de publicación mayor a 3 años (este rango de fecha de publicación se seleccionó, como el tiempo en el que probablemente la revisión no requiera una actualización).
- Estudios publicados en idiomas diferentes al inglés y español.

- Estudios publicados únicamente en formato de resumen (esta información no fue considerada porque los resultados de los estudios pueden cambiar significativamente entre la presentación inicial en la conferencia y la publicación final en una revista).

## 2.3. Metodología

### 2.3.1. Búsqueda de literatura

Se llevó a cabo una búsqueda sistemática y exhaustiva, con el objetivo de identificar evidencia científica relevante en relación con la pregunta de evaluación. Todo el proceso se acogió a los estándares de calidad internacional utilizados en revisiones sistemáticas de la literatura (16). Las búsquedas fueron llevadas a cabo por personal entrenado.

#### 2.3.1.1. Búsqueda en bases de datos electrónicas

De acuerdo con el tipo de estudios definido en los criterios de elegibilidad, se seleccionaron las siguientes fuentes electrónicas de consulta:

- MEDLINE (plataforma Ovid)
- MEDLINE In-Process & Other Non-Indexed Citations (plataforma Ovid)
- MEDLINE Daily Update (plataforma Ovid)
- EMBASE.com
- The Cochrane Library (plataforma Wiley)

Inicialmente se identificaron los términos clave de búsqueda en lenguaje natural a partir de la pregunta en formato PICO.

Posteriormente se diseñó una estrategia de búsqueda genérica, compuesta por vocabulario controlado explotado (Medical Subject Headings - MeSH y Emtree) y lenguaje libre, considerando sinónimos, abreviaturas, acrónimos, variaciones ortográficas y plurales. Las estrategias se complementaron con identificadores de campo, truncadores, operadores de proximidad, operadores booleanos y filtros metodológicos de alta sensibilidad. Esta estrategia se validó mediante una consulta con expertos temáticos y se adaptó para las diferentes bases de datos.

Las búsquedas se realizaron sin restricción de idioma, limitándose a literatura publicada entre 2010-2013. La búsqueda de ensayos clínicos se realizó sin restricción de fecha de publicación.

Las estrategias de búsqueda y sus resultados se almacenaron en formato electrónico, estableciendo auto alertas para la actualización periódica de los resultados.

### 2.3.1.2. Otros métodos de búsqueda

Se contactó a los productores y comercializadores de las tecnologías evaluadas y de sus comparadores, indagando sobre la disponibilidad de estudios publicados y no publicados que se ajustaran a los criterios de elegibilidad definidos para la evaluación.

### 2.3.1.3. Gestión documental

Para cada búsqueda se generó una bitácora o reporte, garantizando su reproducibilidad y transparencia. Los resultados de las búsquedas electrónicas y de otros métodos de búsqueda fueron descargados al programa EndNote X6®. Las referencias duplicadas fueron removidas.

Los resultados se documentaron mediante el diagrama de flujo PRISMA (17).

### 2.3.2. Tamización de referencias y selección de estudios

Las referencias fueron tamizadas por dos revisores (MD/FL) de forma independiente, revisando los títulos y resúmenes con el programa Excel®.

En caso de duda sobre el cumplimiento de los criterios de elegibilidad, se revisó el texto completo para orientar la decisión. Los desacuerdos entre los pares revisores fueron resueltos por consenso y cuando fue necesario un tercer revisor fue consultado (IF).

A partir del grupo de referencias preseleccionadas se realizó la selección de estudios, para esto, un evaluador (MD) verificó nuevamente los criterios de elegibilidad mediante la revisión de cada referencia en texto completo.

## 2.4. Resultados

### 2.4.1. Búsqueda de literatura

Los resultados de las búsquedas se detallan en el Anexo 2.

### 2.4.2. Tamización de referencias y selección de estudios

Los resultados de la tamización de referencias y selección de estudios se presentan en el Anexo 3.

No se identificaron estudios que cumplieran los criterios de elegibilidad.

### 2.4.3. Efectividad

No se identificó evidencia sobre la efectividad de la tecnología de interés y su comparador.

### 2.4.4. Seguridad

No se identificó evidencia sobre la seguridad de la tecnología de interés y su comparador.

## 3. Conclusiones

No se identificó evidencia sobre la efectividad y seguridad de la tecnología de interés y su comparador.

## Referencias bibliográficas

1. Mandell LA WR, Anzueto A, Bartlett JG, Campbell GD, Dean NC, Dowell SF, File TM Jr, Musher Dm, Niederman MS, Torres A, Whitney CG. Infectious Diseases Society of America/ American Thoracic Society consensus guidelines of management community acquired pneumonia in adults Clin Infect Dis. 2007 marzo 2007;44:27 - 72.
2. Menéndez R TA, Aspa J, Capelastegui A, Prat C, Rodríguez de Castro F, Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Neumonía Adquirida en la Comunidad. Nueva normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía del Tórax (SEPAR. Arch Bronconeumol. 2010 Octubre 2010;46:543-58.
3. AF. A. Neumonía adquirida en la Comunidad Diagnóstico y tratamiento ambulatorio. 1998.
4. Lim WS BS, George RC, Hill AT, Jamieson C, Le Jeune I, et al. Pneumonia Guidelines Committee of the BTS Standards of Care Committee. BTS guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults Pneumonia Guidelines Committee of the BTS Standards of Care Committee. 2009 Octubre 2009;64:1-55. English.
5. Niederman MS ML, Anzueto A, Bass JB, Broughton WA, Campbell GD, et al; . American Thoracic Society. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia. Diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy, and prevention. Am J Respir Crit Care Med 2001 Junio 2001;163:1730-54.
6. Committee BTSSoC. BTS guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults. . Thorax. 2001 diciembre 2001;56:1-64.
7. Isturiz R LC, Ramírez J. Clinical and economic burden of pneumonia among adults in Latin America. Int J Infect Dis. 2010 14 octubre 2010:852-6.
8. (ALAT). GdtldALdT. Actualización de las recomendaciones ALAT sobre la Neumonía Adquirida en Comunidad. Arch Bronconeumol. 2004;40:364-74.
9. Ministerio de la Protección social UdA, Facultad Nacional de Salud Pública. Análisis de la situación Nacional de Salud en Colombia 2002-2007 ASIS morbilidad y mortalidad de la población colombiana 2010;III:1-306.
10. Fàbregas N ES, Torres A, El-Ebiary M, Ramírez J, De La Bellacasa JP, et al. . Clinical diagnosis of ventilator associated pneumonia revisited: comparative validation using immediate post-mortem lung biopsies. Thorax. 1999 Octubre 1999;54:867-73.
11. Syrjälä H BM, Suramo I, Ojala A, Lähde S. . High-resolution computed tomography for the diagnosis of communityacquired pneumonia. Clin Infect Dis. 1998 Agosto 1998;27:358-63.
12. Houck PM BD, Nsa W, Ma A, Bartlett JG. . Timing of antibiotic administration and outcomes for Medicare patients hospitalized with community-acquired pneumonia. . arch Intern Med. 2004 Marzo 2004;164:637-44.
13. Dellit TH OR, McGowan JE Jr, Gerding DN, Weinstein RA, Burke JP, et al. Infectious Diseases Society of America; Society for Healthcare Epidemiology of America. Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America guidelines for developing

an institutional program to enhance antimicrobial stewardship. Clin Infect Dis. 2007 Enero 2007;44:159-77.

14. INVIMA. INVIMA 2013 [Noviembre 10 de 2013]. Available from: [http://web.sivicos.gov.co:8080/consultas/consultas/consreg\\_encabcum.jsp](http://web.sivicos.gov.co:8080/consultas/consultas/consreg_encabcum.jsp).

15. WHO - Norwegian Institute of Public Health. ATC/DDD Index 2013 2012 [Noviembre 12 de 2013]. Available from: [http://www.whocc.no/atc\\_ddd\\_index/](http://www.whocc.no/atc_ddd_index/).

16. Higgins J, Green S. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions 5.1.0 [updated March 2011]2011.

17. Liberati A, Altman D, Tetzlaff J, Mulrow C, Gotzsche P, Ioannidis J, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. Journal of clinical epidemiology. 2009 Oct;62(10):e1-34. PubMed PMID: 19631507. Epub 2009/07/28. eng.

## Anexos

### Anexo 1. Registros sanitarios vigentes para la tecnología de interés.

Expediente	Principio activo	Nombre comercial	Registro sanitario	Titular del registro
19955418	CEFOTAXIME SODICA 1,085 MG EQUIVALENTE A DE CEFOTAXIME BASE	CEFOTAXIME 1.0 G	INVIMA 2006M- 0005269	FARMALOGICA S.A.

Anexo 2. Reportes de búsqueda en bases de datos electrónicas.

Reporte de búsqueda electrónica #1	
Tipo de búsqueda	Nueva
Bases de datos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ MEDLINE</li> <li>▪ MEDLINE In-Process &amp; Other Non-Indexed Citations</li> <li>▪ MEDLINE Daily Update</li> </ul>
Plataforma	Ovid
Fecha de búsqueda	06/09/2013
Fecha de actualización	-
Rango de fecha de búsqueda	2010-2013
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Revisiones (máxima sensibilidad)
Estrategia de búsqueda (resultados)	1 exp Pneumonia/ (75068) 2 pneumoni\$.tw. (130780) 3 (lung adj5 inflammat\$.tw. (13688) 4 (pulmon\$ adj5 inflammat\$.tw. (7737) 5 exp Pneumonia, Bacterial/ (17530) 6 (lower adj5 respirat\$ adj5 tract adj5 infection).tw. (2319) 7 or/1-6 (176076) 8 exp Amoxicillin/ (9582) 9 amox\$.tw. (14132) 10 amoc\$.tw. (112) 11 exp Amoxicillin-Potassium Clavulanate Combination/ (2096) 12 exp Azithromycin/ (3773) 13 az?thromycin.tw. (5377) 14 exp Cefaclor/ (811) 15 cefac\$.tw. (1607) 16 cephaclor.tw. (16) 17 exp Cefuroxime/ (1937) 18 cefuroxime.tw. (3587) 19 cephuroxime.tw. (11) 20 cefoxurime.tw. (0) 21 cefprozil\$.tw. (280) 22 exp Clarithromycin/ (5409) 23 clarithromycin.tw. (7195) 24 exp Doxycycline/ (7821) 25 doxycycline.tw. (9587) 26 exp Erythromycin/ (22119) 27 erythromycin.tw. (17737) 28 eritromicina.tw. (0) 29 levofloxacin\$.tw. (5207) 30 moxifloxacin.tw. (3274) 31 or/8-30 (67002) 32 7 and 31 (8633)

	33 limit 32 to (yr="2010 -Current" and "reviews (maximizes sensitivity)") (540)  Nota: la estrategia de búsqueda descrita fue diseñada para la actual pregunta de evaluación y otras preguntas relevantes sobre NAC.
# de referencias identificadas	540
# de referencias sin duplicados	475

Reporte de búsqueda electrónica #2	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	EMBASE
Plataforma	EMBASE.com
Fecha de búsqueda	06/09/2013
Fecha de actualización	-
Rango de fecha de búsqueda	2010-2013
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Revisiones sistemáticas, revisiones Cochrane, metanálisis y revisiones
Estrategia de búsqueda (resultados)	<p>#1 'pneumonia'/exp (186,860)            #2 pneumoni*:ab,ti (157,226)            #3 (lung NEAR/5 inflammat*):ab,ti (15,539)            #4 (pulmon* NEAR/5 inflammat*):ab,ti (8,861)            #5 'infectious pneumonia'/exp (52,550)            #6 'bacterial pneumonia'/exp (9,666)            #7 'community acquired pneumonia'/exp (7,333)            #8 'lower respiratory tract infection'/exp (181,540)            #9 (lower NEAR/5 respirat*):ab,ti AND (tract NEAR/5 infection):ab,ti (2,966)            #10 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 (384,952)            #11 'amoxicillin'/exp (45,239)            #12 amox*:ab,ti (18,547)            #13 amoc*:ab,ti (226)            #14 'amoxicillin plus clavulanic acid'/exp (24,985)            #15 'azithromycin'/exp (20,946)            #16 az?thromycin (21,458)            #17 'cefaclor'/exp (7,229)            #18 cefac*:ab,ti (2,271)            #19 cephaclor:ab,ti (24)            #20 'cefuroxime'/exp (17,660)            #21 cefuroxime:ab,ti (4,722)            #22 cephuroxime:ab,ti (16)            #23 cefoxurime:ab,ti (0)            #24 'cefprozil'/exp (1,518)            #25 cefprozil*:ab,ti (376)            #26 'clarithromycin'/exp (26,122)            #27 clarithromycin:ab,ti (8,747)            #28 'doxycycline'/exp (34,642)            #29 doxycycline:ab,ti (11,357)            #30 'erythromycin'/exp (61,876)            #31 erythromycin:ab,ti (20,421)            #32 eritromicina:ab,ti (331)            #33 'levofloxacin'/exp (19,752)</p>

	<p>#34 levofloxacin*:ab,ti (6,653)          #35 'moxifloxacin'/exp (10,331)          #36 moxifloxacin:ab,ti (3,637)          #37 #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR          #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR          #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR          #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 (189,847)          #38 #10 AND #37 (30,316)          #39 #10 AND #37 AND ([cochrane review]/lim OR [meta          analysis]/lim OR [systematic review]/lim OR [review]/lim)          AND [2010-2014]/py AND [embase]/lim (1,020)</p> <p>Nota: la estrategia de búsqueda descrita fue diseñada para la          actual pregunta de evaluación y otras preguntas relevantes          sobre NAC.</p>
# de referencias identificadas	1020
# de referencias sin duplicados	955

Reporte de búsqueda electrónica #3	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	The Cochrane Library <a href="http://onlinelibrary.wiley.com/cochranelibrary/search/quick">http://onlinelibrary.wiley.com/cochranelibrary/search/quick</a>
Plataforma	Wiley
Fecha de búsqueda	15/11/2013
Fecha de actualización	-
Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Revisiones Cochrane (revisiones y protocolos), otras revisiones y ensayos
Estrategia de búsqueda (resultados)	#1 MeSH descriptor: [Pneumonia] explode all trees (2460) #2 pneumonia:ti,ab (3629) #3 #1 or #2 (4408) #4 MeSH descriptor: [Cefotaxime] explode all trees (1584) #5 cefotaxime:ti,ab (589) #6 #4 or #5 (1827) #7 #3 and #6 in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols), Other Reviews and Trials (208)
# de referencias identificadas	208
# de referencias sin duplicados	208

Anexo 3. Diagrama de flujo para la tamización y selección de evidencia.

