

El difícil diagnóstico de la simple neumonía

The difficult diagnosis of a simple pneumonia

Establecer un diagnóstico es una actividad básica de los médicos, pero con frecuencia puede plantear dificultades, algunas relacionadas con la naturaleza de la enfermedad y otras con la nomenclatura que se utiliza. Es muy frecuente que los médicos utilicen diferentes términos para definir la misma entidad nosológica, de la misma manera que utilizan el mismo término para identificar cosas distintas. Este punto es particularmente importante cuando a partir de ese término se adopta una conducta terapéutica específica, que sólo será adecuada para una de las dos situaciones identificada por el mismo término. Como dijo Sempere: "El uso apropiado y preciso de un vocabulario específico sobre un área de conocimiento es crucial para la comunicación entre los especialistas en ese campo, y la medicina no es una excepción".¹

En pocas oportunidades esto es tan cierto como en las infecciones respiratorias agudas del niño. Términos como neumonía, neumonitis, neumonía atípica, neumopatía, bronquitis, bronquiolitis e incluso infección respiratoria baja aguda (IRAB) son utilizados a diario, y no en pocas oportunidades se suele confundir el alcance de su significado.

Dentro de lo mencionado, un término que merece especial atención es el de neumonía. Tengamos en cuenta que si a un médico se le pide una definición de neumonía, es muy posible que inicialmente recurra a aquella aprendida durante sus estudios de grado en el libro de anatomía patológica de Robbins: "...solidificación exudativa (consolidación) del tejido pulmonar...". Claro que defender el empleo de esta definición en la práctica diaria obligaría a efectuar estudio anatomopatológico de todos los pacientes en que se estableciera tal diagnóstico. Ante esta insalvable dificultad se recurre a definiciones basadas en la clínica: "...cuadro que comprende una constelación de síntomas y signos (fiebre, escafofríos, tos, dolor pleurítico, producción de esputo, matidez a la percusión, respiración bronquial, egofonía, estertores crepitantes, roce pleural) en combinación con, por lo menos, opacidades en los campos pulmonares en la radiografía de tórax." (Harrison. Principios de Medicina Interna). Además, es muy posible que el mismo profesional al que entrevistamos aclare que el término neumonía, para él, implica etiología bacteriana.

El panorama es aún más complicado en pediatría dado que la semiología clásica de condensación es muy poco frecuente en el niño pequeño. Teniendo en cuenta esto, y ante la posibilidad de no contar con diagnóstico por imágenes en escenarios de muy bajos recursos y limitado acceso a salud, se han desarrollado definiciones muy simples. Tal es el caso de la sustentada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde la presencia de taquipnea y fiebre bastan para diagnosticar neumonía.²

Esta definición tiene una elevada sensibilidad (alrededor de 80%), pero una limitada especificidad (cerca de 40%).³ En otras palabras, la mayoría de los niños con neumonía tienen taquipnea y fiebre, sin embargo muchos niños con taquipnea y fiebre no tienen neumonía. Por otra parte, esta definición no hace diferencia en cuanto a la etiología, asumiendo que todas las neumonías son bacterianas, y por lo tanto las guías de práctica clínica que de ella se desprenden indican antibióticos ante esta situación.³ Finalmente, la ecuación resulta en taquipnea + fiebre = antibióticos.

Si bien es cierto que el empleo de definiciones tan amplias ha tenido un impacto satisfactorio en ciertos escenarios (elevadísimas tasas de mortalidad infantil, difícil acceso a servicios de salud, falta de personal capacitado y limitados recursos diagnósticos), reduciendo hasta en un 40% la mortalidad específica por neumonía,⁴ su empleo puede llevar a un considerable uso innecesario de antibióticos. Hazir y colaboradores encontraron que el 82% de los pacientes diagnosticados como "neumonía no-grave" de acuerdo a los criterios de la OMS tenían radiografías de tórax normales.⁵

Para tratar de limitar este inconveniente podemos introducir otros términos en la ecuación (presencia o no de sibilancias, edad del paciente, patrón radiológico) con lo que seguramente ganaremos en especificidad, aunque es posible que ello conspira contra su simplicidad.⁶

Independientemente de las modificaciones que podamos sugerir a la definición de neumonía, lo importante es ser conscientes que no todo lo que tiene fiebre y taquipnea es neumonía y, lo que es mucho más importante, no todas las neumonías son bacterianas. De hecho, en el lactante son más frecuentes las neumonías virales que las bacterianas.^{7,8}

Estas consideraciones son contempladas en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), al establecer taxativamente códigos para neumonías bacterianas (J13 a J15), neumonías virales (J12), neumonías por *Mycoplasma pneumoniae* (J15.7) y clamidias (J16.0). Más aún, dicha clasificación reserva el nombre de "Neumonitis" para las enfermedades pulmonares debidas a sustancias extrañas (J60 a J70), como en el caso de la hipersensibilidad al polvo orgánico (J67), inhalación de gases, humos, vapores y sustancias químicas (J68.0) o debida a sólidos y líquidos (J69).⁹ Por lo contrario, esta clasificación no contempla los términos neumonía atípica ni neumopatía. Sería conveniente utilizar más frecuentemente la nomenclatura mencionada a fin de expresar los diferentes diagnósticos con un criterio más uniforme.

Teniendo en cuenta todo lo expresado, se debería emplear el término neumonía para identificar toda afección infecciosa respiratoria baja aguda acompañada de infiltrados radiológicos compatibles con la presencia de un proceso inflamatorio a nivel del espacio alveolar, intersticial o ambos. Posteriormente se deberá considerar si dicha entidad es "presumiblemente viral" o "presumiblemente bacteriana". A partir de este enfoque seguramente contribuiremos a un uso más adecuado de antibióticos.

Parafraseando a R. Stein, este mensaje no es sólo para aquellos profesionales que actúan en escenarios con limitados recursos, ya que el uso innecesario de antibióticos en neumonías virales y el empleo de antibióticos de segunda línea en neumonías bacterianas no complicadas, es frecuente en todos los niveles de atención.¹⁰ ■

Dra. Hebe González Pena

Servicio de Neumonología
Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"

Dr. Fernando Ferrero

Docencia e Investigación
Hospital General de Niños "Dr. Pedro de Elizalde"

REFERENCIAS

1. Sempere J. Problemas terminológicos en medicina: ¿alguna novedad? *Papeles Médicos* 2001;10(3):136-143.
2. World Health Organization, Programme for the control of acute respiratory infections. Technical basis for the WHO recommendations on the management of pneumonia in children at first level health facilities. Geneva: WHO; 1991.
3. March M de F, Sant' Anna CC. Signs and symptoms indicative of community-acquired pneumonia in infants under six months. *Braz J Infect Dis* 2005;9(2):150-5.
4. Sazawal S, Black RE. Effect of pneumonia case management on mortality in neonates, infants, and preschool children: a meta-analysis of community-based trials. *Lancet Infect Dis* 2003;3(9):547-56.
5. Hazir T, Nisar YB, Qazi SA, et al. Chest radiography in children aged 2-59 months diagnosed with non-severe pneumonia as defined by World Health Organization: descriptive multicentre study in Pakistan. *BMJ* 2006;333(7569):629.
6. Moreno L, Krishnan JA, Duran P, Ferrero F. Development and validation of a clinical prediction rule to distinguish bacterial from viral pneumonia in children. *Pediatr Pulmonol* 2006;41(4):331-7.
7. Weissenbacher M, Carballal G, Ávila M, et al. Etiologic and clinical evaluation of acute lower respiratory tract infections in young Argentinian children: an overview. *Rev Infect Dis* 1990;12 Suppl 8:S889-98.
8. Michelow IC, Olsen K, Lozano J, et al. Epidemiology and clinical characteristics of community-acquired pneumonia in hospitalized children. *Pediatrics* 2004;113(4):701-7.
9. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. Version for 2007. [Acceso: 19/5/2009 19]. Disponible en: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>
10. Stein RT, Marostica PJ. Community-acquired pneumonia: a review and recent advances. *Pediatr Pulmonol* 2007;42(12):1095-103.

La Clínica de la Palabra

The Clinic of the Word

Cierta vez, en una consulta, una mamá me dijo: "lo que pasa es que Ud. nos trata como personas", lo cual me llevó a preguntarme "¿y qué son, si no?"... ¡Personas! Tomé conciencia entonces de lo que me habían enseñado mis maestros de la facultad, cuando un examen se terminaba por no saber el nombre del paciente. Ser observadora de todo, hasta de la vestimenta. Y sobre todo, del saludo, la expresión, el habla, la forma de caminar, el aseo personal... todo nos podía indicar un

diagnóstico en una "persona".

Esto marcó el desarrollo de mi profesión. Me llevó a descubrir que tampoco me hacía más médica el dirigirme a los pacientes "en difícil". Por el contrario, era más difícil ser clara y sencilla... la sencillez de un niño... "Bajar la información". Ahí estaba mi "saber". La sencillez no amenguaba el grado de importancia. Contrariamente, lograba aún más la adhesión de los padres en el seguimiento y aprendizaje de pautas nuevas. La disponibilidad

cambiaba. Los miedos de ambos se atenuaban... Sí, el de los padres y también el mío. Nadie me quitaba los conocimientos ni era menos eficiente por dar información sobre los diagnósticos.

La tecnología y la ciencia podrán ayudarnos a controlar, mantener o mejorar en parte la salud de nuestros pacientes, pero hay otra cosa. El "sostén personal" es lo que la lleva más allá, lo que nos da aquellas "sorpresas" lindas e inexplicables, inesperadas o poco probables científicamente. Es lo que hizo ese "imposible" en Alejandro, un prematuro, quien abandonado por su mamá al nacer, se había autoabandonado él también en la incubadora a "estar" y no a "ser"... Ni siquiera lloraba con los procedimientos invasivos. Pero, las manos y las voces de las enfermeras y los médicos que a diario lo tocaban y le hablaban, le comunicaron lo más importante: que existía... entonces, abrió sus ojitos y nos miró.

Hemos perdido la empatía, es verdad, aunque me niego a darme por vencida. Quizás, debemos sentarnos un momento cuando vemos que algo no va bien, recapacitar y volver a tomar conciencia de que estamos atendiendo a personas. Y que el hacerlo también nos forma a nosotros como tales.

Tal cual se define, la Medicina es ciencia y es arte. Ambos componentes no van separados, pero cuando no funcionan juntos pueden hacer la gran diferencia entre asistencia y asistencialismo. Todos estudiamos la ciencia, pero no todos tenemos el arte. Todos nos recibimos de médicos, pero no todos lo somos... Somos humanos, tratemos de ser médicos.

Ciertamente, debemos hacerlo con la prudencia necesaria, sin transformarnos en padres de los padres ni de sus hijos. Pero sí debemos considerar a los pacientes nuestra responsabilidad, porque la ciencia que ellos buscan y necesitan, que supuestamente nosotros poseemos, no les sirve de nada si no encuentran a alguien con el "arte" para implementarla. Como médicos, nos competan sus vidas por completo, queramos o no. Cuando un niño se enferma, se transforma en una familia enferma, porque los padres no van a trabajar, los hermanos se desarticulan de los padres, la economía familiar sufre, comienzan o se agravan las culpas y las heridas conyugales...

Y, si bien en este mundo "moderno" de prepagas y obras sociales, muchas veces no nos dan tiempo para hacerlo, está en nosotros el ejercer no sólo la Clínica del diagnóstico y el tratamiento aprendida en los libros, sino la Clínica de la Palabra, así, con mayúscula. Es menester volver a descubrir lo que tanto escuchamos: no sólo hay enfermedades que estudiamos, sino enfermos que atendemos... sólo debemos recordarlo...

¿Nos damos cuenta de cuánto le ayuda a una madre una simple sonrisa acogedora ante la aflicción... o la esperanza de que se pueda empezar de nuevo o que no busquemos juzgarla sino comprenderla ante los errores y corregirlos con la firmeza que se merece, pero con caridad...?

La dignidad de la vida es un don gratuito; por tanto, un derecho que debemos siempre defender. Corresponde volver a nuestros comienzos, a nuestros orígenes, donde a pesar de cualquier experiencia negativa pasada, su base se funda en lo más bello que tenemos y que es el principio de la Vida misma.

La Clínica de la Palabra...

Ser médicos...

Ser humanos...

Ser personas...

Ser humanidad...

Construir y ayudar a construir así nuestro propio mundo en el que vivimos, desde el momento más básico, que es el nacimiento. Dignificar la vida desde nuestro trabajo diario.

Como decía la Beata Madre Teresa de Calcuta, premio Nobel de la Paz en 1979, "la vida es la Vida... ¡defiéndela!" No vamos a poder cambiar la realidad así nomás, pero sí la forma de vivirla, recuperando nuestros propios valores.

La Vida...

Es cuestión de encontrarla, comenzando por la nuestra.

El querer hacerlo, ya es el comienzo. Los padres, ciertamente, lo agradecerán. ■

Dra. Flor Tobar

Hospital Ana Goitia, Avellaneda,
Provincia de Buenos Aires.

Consultorio de Niño Sano y Programa de Seguimiento
del Neurodesarrollo
flortobar@intramed.net