

Racionalidad a diario: neumonía

The everyday rationality: pneumonia

La aparición de cada nueva vacuna abre la expectativa de poder al menos controlar un problema de salud. Sin embargo, los problemas de salud pueden ser más complejos y muchas veces la sociedad y aun los profesionales pueden colaborar inadvertidamente en su vigencia.

A pesar del impacto que la introducción de la vacunación masiva contra el neumococo en 2000 en Estados Unidos pueda haber tenido en la tasa de hospitalización por neumonía y en la incidencia de complicaciones en ese país,¹ parece que su impacto sobre el número de consultas por la misma enfermedad no ha sido de la misma magnitud. Un reciente artículo estima que la tasa de consultas ambulatorias pediátricas por neumonía adquirida en la comunidad no se modificó significativamente entre 1994 (19,2/1000) y 2007 (22,4/1000).²

Pero más interesante aún es la investigación que hacen los autores sobre el uso de antibióticos en estos pacientes, encontrando que en cerca del 80% de los que recibían antibióticos se trataba de un antibiótico de espectro inadecuado (macrólidos o cefalosporinas) o de amplio espectro (amoxicilina-clavulanato), en lugar de penicilina (o amoxicilina). Además, ellos encontraron que este fenómeno se asociaba al incremento en la edad de los pacientes y a la atención en consultorio en relación a los asistidos en hospitales. Entre las especulaciones que podrían explicar sus hallazgos, los autores incluyen la preocupación de los médicos por la presencia de microorganismos mal llamados "atípicos",³ a pesar de que no se ha demostrado en forma conclusiva la eficacia de macrólidos contra *Mycoplasma pneumoniae*.⁴ También podría influir la mayor exposición de los médicos en consultorios a la propaganda médica, más centrada en antibióticos de amplio espectro.

Este tema debe llamar la atención sobre una parte importante de nuestra práctica profesional, ya que las infecciones respiratorias agudas (y la neumonía dentro de ellas) son la primera causa de consulta en pediatría. Debido a ello, el uso inadecuado de antibióticos en esta condición alcanza una dimensión muy significativa.

A pesar que el vocablo neumonía despierta en todo el que lo oye, tanto público como profesionales, una sensación de "enfermedad que requiere antibióticos", debe tenerse siempre presente que cerca de la mitad de las neumonías son de etio-

logía viral.⁵ Como muestra contundente de esta realidad valga el estudio de Hazir y col., quienes compararon la eficacia de amoxicilina contra placebo en menores de 6 años con diagnóstico de neumonía.⁶ No debe sorprendernos que ellos encontraran que la respuesta al tratamiento no difería entre ambos grupos.

El uso de terminología inapropiada ("neumonitis", "neumonía atípica")⁷ y el empleo de algoritmos diagnósticos muy simples de los que se desprende que todo paciente con diagnóstico de neumonía debe recibir antibióticos pueden conspirar contra un uso más adecuado de antibióticos.⁸

Todos los días debemos apelar al mejor criterio de nuestros pediatras para conseguir un uso más adecuado de los antibióticos, recordando que ello no sólo implica usarlos cuando se sospeche patología bacteriana sino, cuando corresponda, recurrir a antimicrobianos con un espectro enfocado hacia el microorganismo cuya presencia se sospeche. Debemos recordar que su uso inapropiado expone innecesariamente a efectos adversos, incrementa los costos de la salud y favorece el desarrollo de resistencia bacteriana a estas drogas.

Es fundamental la contribución que cada uno de nosotros puede hacer a un uso adecuado de antibióticos. ■

Dr. Fernando Ferrero

Docencia e Investigación

Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Buenos Aires

1. Grijalva CG, Nuorti JP, Arbogast PG, Martin SW, et al. Decline in pneumonia admissions after routine childhood immunisation with pneumococcal conjugate vaccine in the USA: a time-series analysis. *Lancet* 2007; 369(9568):1179-86.
2. Kronman MP, Hersh AL, Feng R, Huang YS, Lee GE, Shah SS. Ambulatory visit rates and antibiotic prescribing for children with pneumonia, 1994-2007. *Pediatrics* 2011; 127(3):411-8.
3. Murdoch D, Chambers S. Atypical pneumonia-time to breathe new life into a useful term? *Lancet Infect Dis* 2009; 9: 512-19.
4. Gavranich JB, Chang AB. Antibiotics for community acquired lower respiratory tract infections (LRTI) secondary to *Mycoplasma pneumoniae* in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(7):CD004875.
5. Ruuskanen O, Lahti E, Jennings LC, Murdoch DR. Viral pneumonia. *Lancet* 2011; 377(9773):1264-75.

6. Hazir T, Nisar YB, Abbasi S, Ashraf YP, et al. Comparison of oral amoxicillin with placebo for the treatment of world health organization-defined nonsevere pneumonia in children aged 2-59 months: a multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled trial in Pakistan. *Clin Infect Dis* 2011; 52(3):293-300.
 7. González Pena H, Ferrero F. El difícil diagnóstico de la simple neumonía. *Arch Argent Pediatr* 2009;107(6):483-4.
 8. Shah S, Bachur R, Kim D, Neuman M. Lack of predictive value of tachypnea in the diagnosis of pneumonia in children. *Pediatr Infect Dis J* 2010; 29(5): 406-409.
-