

Tratamiento de la neumonía: problema global, respuesta local

JORDI RELLO*

ALEJANDRO RODRÍGUEZ*

* Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitari Joan XXIII. Universitat Rovira i Virgili/Institut Pere Virgili. Tarragona, España. Recibido: 21-XII-2005; aceptado: 09-II-2006

"Hay que confiar en la propia inteligencia y razón, prescindiendo de los dictados de las autoridades".

Ambroise Paré. París, siglo XVI.

62

La implementación de guías clínicas para la neumonía ha dado como resultado una reducción significativa en la mortalidad, estancia hospitalaria y en una mejoría en el cuidado de estos pacientes¹⁻³. A pesar de estas evidencias, tanto en la prevención como en el tratamiento, ya sea en la neumonía comunitaria o nosocomial, un porcentaje importante de los profesionales actúan al margen de las recomendaciones^{1,4,5}. Esto se ha favorecido, en parte, por las discrepancias en las guías producidas por diferentes especialidades. Para paliar este desacuerdo, las sociedades de infecciones la Infections Disease Society of America (IDSA) y las respiratorias la American Thoracic Society (ATS) se han puesto de acuerdo en Estados Unidos para consensuar unas recomendaciones únicas.

Poco después de las primeras guías canadienses aparecieron las de Estados Unidos. A lo largo de los noventa, han aparecido versiones modificadas en múltiples países. Para sorpresa de los lectores, algunos de los autores firman versiones diferentes, lo que afecta a la credibilidad de las mismas. La mayoría de estas guías son excelentes revisiones, pero sumamente complicadas para la aplicación clínica, ofreciendo múltiples opciones terapéuticas, algunas de las cuales distan mucho de ser equivalentes. Por ejemplo, no

cabe duda que el porcentaje de tratamiento empírico apropiado prescribiendo carbapenem o aztreonam para *Pseudomonas aeruginosa* resulta muy diferente. En realidad, estas guías fueron diseñadas con mayor interés para ofrecer una cobertura legal delante de una potencial demanda por malpraxis en Estados Unidos, que encaminadas a proporcionar el tratamiento óptimo en un paciente concreto.

La mayoría de estas guías dan dosificaciones rígidas, más preocupadas en no divergir de las recomendaciones aprobadas por la FDA (del inglés, Food and Drug Administration) que en las características del paciente. En cualquier caso, las recomendaciones terapéuticas raramente están basadas en ensayos clínicos randomizados, predominando las interpretaciones basadas exclusivamente en MIC (del inglés, Minimal Inhibitory Concentration) de los microorganismos (sin tener en cuenta la farmacocinética) y, fundamentalmente, en la opinión de determinados expertos. Además, resulta interesante que con la notable controversia que existe en aspectos básicos entre expertos, la mayoría están aprobadas con un consenso total, circunstancia poco común en la práctica de la medicina.

La experiencia de la Conferencia Latinoamericana sobre Neumonía Asociada a la Ventilación Mecánica⁶, que tuve el honor de moderar, fue publicada en la revista *Chest* (2001), es muy interesante, al menos por dos motivos. Primero, porque el documento refleja las discrepancias entre los expertos latinoamericanos y segundo,

porque se describe el resultado de estas votaciones y las deliberaciones. Es interesante ver cómo las opciones prioritarias nunca fueron unánimes y cómo había considerable variación en función de la patología de base del paciente. Sorprendentemente, uno de los pocos puntos que se aprobaron por unanimidad es que ninguno de los expertos participantes seguía las guías de la ATS.

Las guías de la ATS responden a una forma de practicar medicina en un país donde la cultura local, la disciplina, y los recursos son muy diferentes al resto del mundo. En realidad, la interpretación de algunas de las referencias europeas como aquella por la que se recomendaba administrar vancomicina a los pacientes con trauma craneal y riesgo de *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina eran opuestas al mensaje de los propios autores. Por ello, no es sorprendente que autores franceses, cuestionaran la aplicación de las guías en la propia revista de la ATS. Así, Trouillet⁷ y colaboradores propusieron tomar las decisiones terapéuticas basadas en los días de ventilación mecánica y la exposición previa a antibióticos.

En el mismo año en que se ha publicado una actualización de las guías de la ATS, han aparecido unas guías para Latinoamérica. En esta situación, ¿hacían falta unas guías para México? En caso afirmativo, ¿habrá que hacer unas guías para otros países? ¿No contribuye esta multiplicidad a aumentar la confusión? En nuestra opinión, esto es saludable y refleja la necesidad de dar respuestas locales a problemas globales.

Un año después de publicarse el artículo de Trouillet⁷ y colaboradores, comparamos las etiologías de la neumonía en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de Barcelona, Sevilla y Montevideo. Cada centro tenía una distribución diferente, particularmente para MRSA (del inglés, Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*, *S. Aureus* resistente a meticilina) y *Acinetobacter baumannii*⁸. Por ejemplo, mientras en Sevilla no existía *A. baumannii*, en Montevideo era un problema mayor. Más recientemente, nuestra experiencia en Tarragona⁹ ha confirmado esta variabilidad local. Sin duda, cada institución tendrá un patrón diferenciado.

Además de la variabilidad local en etiologías y resistencias antibióticas, las decisiones a la cabecera

del enfermo deberán tener en cuenta las características PK/PD del fármaco, los recursos económicos de la institución y las características hemodinámicas del paciente, modificadas por condiciones como la obesidad, hemofiltración de alto flujo o estado hiperdinámico de la sepsis grave.

CONCLUSIÓN

Que nadie espere café para todos como la receta óptima para solucionar sus problemas. La comunicación estrecha entre profesionales del laboratorio y diferentes especialistas para conocer la epidemiología local es insustituible. La duración del tratamiento es otra decisión a tomar en función de la respuesta clínica individual. El ajuste de la dosis a cada episodio, por ejemplo, es otro tema fundamental que ninguna guía global podrá resolver. Para ello hay que pensar y evaluar las características locales y del paciente. La guía mexicana, por tanto, parece oportuna y necesaria, debiendo inspirar las estrategias locales en México. Pero no debe aplicarse como un dogma, sino como un punto de partida. Tal como sugiere el desarrollo de las estrategias de Tarragona (Europa), o de Morelia (Estado de Michoacán)¹⁰ o del Consenso Interamericano¹¹, para reducir el porcentaje de tratamiento empírico inadecuado y dar el enfoque óptimo a la cabecera del enfermo, resultará imprescindible recurrir a un enfoque basado en el paciente.

REFERENCIAS

1. Bodi M, Rodriguez A, Sole-Violan J, et al. *Antibiotic prescription for community-acquired pneumonia in the intensive care unit: impact of adherence to Infectious Diseases Society of America guidelines on survival*. Clin Infect Dis 2005;41:1709-1716.
2. Weingarten SR, Riedinger MS, Hobson P, et al. *Evaluation of a pneumonia practice guideline in an interventional trial*. Am J Respir Crit Care Med 1996;153:1110-1115.
3. Houck PM, MacLehose RF, Niederman MS, Lowery JK. *Empiric antibiotic therapy and mortality among medicare pneumonia in patients in 10 western states: 1993, 1995, and 1997*. Chest 2001;119:1420-1426.
4. Ricart M, Lorente C, Diaz E, Kollef MH, Rello J. *Nursing adherence with evidence-based guidelines for preventing ventilator-associated pneumonia*. Crit Care Med 2003;31:2693-2696.

5. **Rello J, Lorente C, Bodi M, Diaz E, Ricart M, Kollf M.** *Why do physicians not follow evidence-based guidelines for preventing ventilator-associated pneumonia?: a survey based on the opinions of an International Panel of Intensivists.* Chest 2002; 122:656-661.
6. **Rello J, Paiva JA, Baraibar J, et al.** *International Conference for the Development of Consensus on the Diagnosis and Treatment of Ventilator-associated Pneumonia.* Chest 2001;120:955-970.
7. **Trouillet JL, Chastre J, Vuagnat A, et al.** *Ventilator-associated pneumonia caused by potentially drug-resistant bacteria.* Am J Respir Crit Care Med 1998; 157:531-539.
8. **Rello J, Sa-Borges M, Correa H, Leal SR, Baraibar J.** *Variation in etiology of ventilator-associated pneumonia across four treatment sites: implications for antimicrobial prescribing practices.* Am J Respir Crit Care Med 1999;160: 608-613.
9. **Vidaur L, Sirgo G, Rodriguez AH, Rello J.** *Clinical approach to the patient with suspected ventilator-associated pneumonia.* Respir Care 2005;50:965-974.
10. **Maldonado A, Niederman MS, Trouillet JL, et al.** *Recomendaciones del tratamiento empírico inicial en la neumonía nosocomial.* Guía Terapéutica GOMMI-CHIR. Grupo Multicéntrico Michoacano de Trabajo para el Control de las Infecciones Respiratorias. 2a ed. Morelia, Michoacán, México. 2003-2005.
11. **Maldonado-Ortiz A, Niederman MS, Arancibia-Hernández F, et al.** *Informe de la Conferencia de Consenso Interamericana sobre Neumonía Nosocomial y Asociada a la Ventilación Mecánica.* Rev Inst Nal Enf Resp Mex 2005; 18:298-307.

Correspondencia:
Jordi Rello y Alejandro Rodríguez.
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital
Universitari Joan XXIII. Universitat
Rovira i Virgili/Institut Pere Virgili.
Tarragona, España.
Correo electrónico: jordi.rello@urv.net

