

El papel del neumólogo en la infección pulmonar

J. Dorca

Servicio de Neumología. Hospital de Bellvitge. Universitat de Barcelona. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

La neumología, como especialidad médica moderna, se desarrolló fundamentalmente a partir de la fisiología, especialidad monográfica dedicada al estudio de una infección pulmonar: la tuberculosis. Algunas de las sociedades neumológicas más prestigiosas como la American Thoracic Society (ATS) o la British Thoracic Society (BTS) fueron creadas y alcanzaron un considerable grado de desarrollo en el ámbito de la fisiología. El propio anagrama de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) aún hoy da constancia de tal origen. La patología infecciosa representa un elevado porcentaje del total de entidades que afectan al pulmón y, en sus diversas variedades, es posiblemente la patología aguda más frecuente. Además, hoy día se especula seriamente con la posibilidad de que determinados agentes infecciosos puedan tener un papel decisivo en la génesis de algunas patologías respiratorias crónicas de causa desconocida. Es probable que la neumología sea una de las especialidades médicas en las que patología infecciosa esté más implicada.

A lo largo de las últimas décadas los neumólogos y las sociedades neumológicas han realizado un notable esfuerzo investigador en el campo de la infección respiratoria y a menudo sus trabajos son referente obligado sobre el tema. Buen ejemplo de ello son los estudios sobre neumonía comunitaria realizados por la BTS^{1,2}, las múltiples series publicadas sobre la neumonía del paciente ventilado mecánicamente^{3,4}, los diversos estudios sobre las infecciones respiratorias oportunistas del sida^{5,6}, o el interés que la neumología siempre ha dedicado al estudio de la tuberculosis.

En contraste con sus orígenes y una notable trayectoria investigadora, en la práctica, el papel del neumólogo en el manejo de la infección respiratoria no tiene la importancia que cabría esperar. El hecho de que un gran porcentaje de las infecciones respiratorias tengan un carácter leve explica en parte el que muchos casos sean diagnosticados y tratados por médicos de atención primaria. En los casos más graves, habitualmente ingresados en el hospital, la implicación del neumólogo es variable. En países como los EE.UU. o Canadá las in-

fecciones respiratorias graves suelen ser competencia casi exclusiva de los neumólogos, quienes habitualmente están al cargo de las unidades de cuidados intensivos. En los hospitales europeos, por contra, no es habitual que los neumólogos asuman al paciente crítico, de modo que la infección respiratoria grave queda habitualmente en manos de intensivistas-reanimadores. Otro factor que ha contribuido a la pérdida de interés por parte de la neumología europea en el campo de la infección pulmonar ha sido la casi erradicación de la tuberculosis en los países más punteros.

En nuestro país, la neumología tiene un papel menor del esperado en el manejo diario de la infección respiratoria, probablemente debido a su escasa proyección fuera del hospital y a las peculiaridades del modelo hospitalario. En los centros pequeños-medianos el servicio de medicina interna suele absorber a la gran mayoría de los pacientes hospitalizados, mientras que el neumólogo, en caso de haberlo, suele quedar relegado al papel de consultor. En los hospitales terciarios, la asistencia de las infecciones respiratorias no sólo puede estar a cargo de neumólogos o internistas, sino también de otros especialistas como infectólogos o intensivistas de modo que, a menudo, sólo un porcentaje minoritario de las infecciones respiratorias que ingresan lo hacen en un servicio de neumología. En algunos centros incluso la tuberculosis ha acabado siendo objeto de atención exclusiva por parte de otros especialistas. ¿Por qué esto es así? No sería aventurado afirmar que la situación actual obedece en mayor medida al "olvido" de los propios neumólogos, mucho más interesados durante años en atender e investigar sobre otras patologías (asma, EPOC, SAOS) que a las "ansias expansivas" de otras especialidades.

Al margen de cualquier valoración con connotaciones corporativistas, la intervención del neumólogo en una infección pulmonar grave puede ser objetivamente de utilidad. El manejo de una neumonía no se reduce a la erradicación de los microorganismos infectantes. A menudo, la naturaleza infecciosa del proceso no puede ser fácilmente establecida de entrada, siendo necesario un adecuado diagnóstico diferencial con procesos no sépticos. En otros casos puede ser necesaria la demostración fiable de la etiología mediante técnicas instrumentales especializadas. Por otro lado, el tratamiento no sólo consiste en la adecuada selección de un antibiótico, sino que incluye el mantenimiento de la función respiratoria durante la fase aguda, la corrección de las

Correspondencia: Dr. J. Dorca.
Servei de Pneumologia. Hospital de Bellvitge.
Feixa Llarga, s/n. 08907 L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Recibido: 18-11-96; aceptado para su publicación: 21-1-97.

Arch Bronconeumol 1997; 33: 210-212

posibles complicaciones en esta fase, así como la restauración del funcionalismo respiratorio a largo plazo. Esta visión global es la que debe aportar el neumólogo y la que, al menos en los casos graves, potencialmente puede conllevar un mejor pronóstico.

¿Cuál debería ser en la práctica el papel del neumólogo en la infección pulmonar? No es sencillo dar una respuesta válida para todos los casos. Cada nivel hospitalario es distinto y en cada hospital existen unas condiciones objetivas y subjetivas peculiares. Probablemente todo debería empezar por que el *neumólogo se interesa realmente por esta patología*. Sólo en la medida en que sea capaz de realizar aportaciones comparativamente ventajosas, su protagonismo se verá reforzado.

El grado de potencial implicación de nuestra especialidad es variable según el tipo de infección respiratoria. En el caso de la *neumonía extrahospitalaria*, al menos en los casos en los que el paciente presenta insuficiencia respiratoria, ante determinadas complicaciones como derrame pleural importante, empiema o atelectasia, cuando no ha habido respuesta aparente al tratamiento empírico inicial, o ante aquellos casos en que de entrada no es clara la etiología infecciosa (p. ej., cavitaciones pulmonares), la intervención del neumólogo puede ser de mayor utilidad. Dado que la gran mayoría de servicios de neumología no disponen de una unidad de cuidados intensivos (o de cuidados intermedios) no suele ser posible asumir pacientes en fase crítica que requieran ventilación mecánica. De todos modos, cuando se posee un cierto nivel de instrumentalización: monitorización, oximetría, o determinadas técnicas de oxigenación y/o soporte ventilatorio (p. ej., CPAP por mascarilla nasobucal), nuestra especialidad es ventajosa con respecto a otras en la atención de la neumonía grave.

La neumonía comunitaria tiene unos patrones etiológicos variables en el tiempo y según las distintas áreas geográficas. Recientemente se han descrito nuevos patógenos con incidencia importante y, por otro lado, existe el problema creciente de las resistencias antibióticas. Esto hace aconsejable la existencia de un registro, continuo o periódico, de las etiologías más comunes en cada área concreta que permita el diseño de pautas empíricas específicas para la comunidad dependiente (ambulatorios, hospitales comarcales, etc.), y al mismo tiempo que puedan servir de alertas epidemiológicas en determinados casos (*Legionella*). En esta función el neumólogo, bien de modo individual o bien coordinado con otros especialistas, tiene una labor importante. Afortunadamente, en nuestro país han sido varios los grupos neumológicos que se han interesado sobre este tema⁷⁻¹⁴.

En España, y salvo contadas excepciones, el manejo de la *neumonía nosocomial* del paciente ventilado suele estar a cargo de especialistas en medicina intensiva. En este contexto, el papel del neumólogo suele circunscribirse a la práctica de alguna técnica broncoscópica (cepillado protegido, LBA)¹⁵⁻¹⁷ que permita establecer el diagnóstico etiológico. Sin embargo, alrededor de una tercera parte de las neumonías que se registran en un hospital general afectan a pacientes no ingresados en UCI. En estos casos, existen determinadas técnicas neu-

mológicas instrumentales como la punción aspirativa¹⁸, que pueden demostrar la etiología responsable y permitir un tratamiento más dirigido y eficaz.

El paciente *inmunodeprimido que presenta infección pulmonar* afectado de enfermedad hematológica, neoplasia en tratamiento o trasplante, raramente ingresa en un servicio de neumología. En estos casos la intervención del neumólogo suele ser requerida para la práctica de alguna técnica instrumental a fin de aclarar la etiología implicada y/o, eventualmente, como consultor para llevar a cabo un diagnóstico diferencial con otras entidades. El caso del *sida* presenta algunas peculiaridades. A menudo la enfermedad es diagnosticada por el neumólogo al ser relativamente habitual que tenga su inicio a través de una infección respiratoria con carácter más o menos oportunista: tuberculosis pulmonar, neumonías de repetición, o una presunta neumonía atípica que finalmente acaba siendo una infección por *P. carinii*. De hecho los neumólogos tuvieron un papel relevante en el descubrimiento de la enfermedad en las fases iniciales de la epidemia. Hoy día, sin embargo, dada la necesidad de contemplar el desarrollo de múltiples complicaciones sistémicas, y a medida que el tratamiento antirretroviral va siendo cada vez más complejo, se hace más evidente que estos pacientes deben ser controlados por médicos totalmente dedicados a esta enfermedad. En cualquier caso, el neumólogo ha de tener un buen conocimiento de la patología respiratoria asociada a este síndrome, particularmente de aquella que es habitual en fases iniciales que pueda permitir un rápido diagnóstico de la entidad¹⁹.

El diagnóstico y tratamiento de la *tuberculosis* han sido siempre una tarea básica de nuestra especialidad. Aunque en muchos hospitales esto sigue siendo así, en algunos casos los neumólogos han ido dejando esta patología en manos de internistas o infectólogos. La asociación epidemiológica entre tuberculosis y sida sin duda ha reforzado esta tendencia. Por otro lado, en los últimos años la política sanitaria en nuestro país ha tendido a traspasar el tratamiento y control epidemiológico de la tuberculosis a la medicina primaria, una tendencia que, como mínimo, va en sentido inverso a la política que se aconseja en los países desarrollados preocupados por el resurgir de la infección²⁰. La dispersión en el esfuerzo contra la tuberculosis no favorece en absoluto el éxito. Los neumólogos, bien sea de modo exclusivo o colaborando con otros especialistas, debieran tener un papel central en el control epidemiológico de esta enfermedad. En cualquier caso, dado el carácter proteano de la tuberculosis, un neumólogo clínico siempre acabará atendiendo a pacientes con tuberculosis, aunque sólo sean aquellos casos cuya presentación inicial era poco indicativa y, consecuentemente, debe tener conocimientos sólidos de la enfermedad.

Las *infecciones de las vías respiratorias bajas* son mucho más frecuentes que las que acontecen en el parénquima pulmonar aunque, en general, revisten una menor gravedad, motivo por el cual suelen ser diagnosticadas y tratadas por médicos de atención primaria. Si bien sólo una parte de estos casos precisa tratamiento antibiótico, dada la evolución de la susceptibilidad anti-

biótica de los patógenos habituales se hace aconsejable un empleo racional de los antibióticos²¹. Sorprende a menudo la facilidad con que a veces incluso los neumólogos caen en la prescripción automática de "cualquier antibiótico" "por si acaso", o la ligereza con que en ocasiones la infección bronquial es tratada en los propios manuales y textos de la especialidad. La *sepsis bronquial crónica* (bronquiectasias), al implicar organismos resistentes y de muy difícil erradicación, debiera ser exclusivamente controlada por neumólogos con un buen conocimiento de las peculiaridades de esta patología y de los antimicrobianos útiles en el tratamiento de la misma.

En resumen, en nuestro país el nivel de implicación de los neumólogos en el manejo práctico de la patología infecciosa respiratoria es, en general, insuficiente. Esto ha obedecido en parte a un cierto desinterés por parte de los propios especialistas. Sean cuales fueren las razones que hayan conducido a esta situación, es evidente que hoy día el manejo de la infección respiratoria debe realizarse en un contexto multidisciplinario, variable según las características de cada centro, pero en el que el neumólogo tenga un peso decisivo fruto de una aportación cualitativa tangible y, al mismo tiempo, que le permita enriquecerse con las aportaciones de otros especialistas. A esta situación ideal se llega únicamente a través del interés continuado. Si bien pudiera parecer una estrategia poco rentable a corto plazo, sería un error desentenderse de esta patología ante la imposibilidad de monopolizarla.

BIBLIOGRAFÍA

1. British Thoracic Society and Public Health Laboratory Service. Community-acquired pneumonia in British hospitals in 1982-1983: a survey of aetiology, mortality, prognostic factors and outcome. *Q J Med* 1987; 239: 195-220.
2. MacFarlane JT, Ward MJ, Finch RG et al. Hospital study of adult community-acquired pneumonia. *Lancet* 1982; 2: 255-258.
3. Meduri GU, Johanson WG. International consensus conference on clinical investigation of ventilator-associated pneumonia. *Chest* 1992; (Supl 1): 102.
4. Campbell GD, Niederman MS, Broughton WA, Craven DE, Fein AM, Fink MP et al. Hospital-acquired pneumonia in adults. Diagnosis, assessment of severity, initial antimicrobial therapy and preventive strategies. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 153: 1.771-1.725.
5. Murray JF, Felton CP, Garay SM, Gootlieb MS, Hopewell PC, Stover DE. Pulmonary complications of the acquired immunodeficiency syndrome. NHLBI Workshop. *NEJM* 1984; 310: 1.686-1.688.
6. Broaddus C, Dake MD, Stulbarg MS, Blumenfeld W, Hadkey WK, Golden JA et al. Bronchoalveolar lavage and transbronchial biopsy for the diagnosis of pulmonary infections in the AIDS. *Ann Intern Med* 1985; 102: 747-752.
7. Telenti A et al. Estudio epidemiológico multicéntrico sobre neumonías en España. *Med Clin (Barc)* 1983; 80 (Supl): 11-26.
8. Capell S, Javaloyas M, Sánchez C, Casanovas A, Dorca J, Porta E et al. Etiología de la neumonía extrahospitalaria en un medio urbano. *Med Clin (Barc)* 1985; 84: 4-7.
9. Ansolá P, Sobradillo V, Baranda F, Gaztelurrutia L, Llorente JL, Antofiana JM. Neumonías adquiridas en la comunidad de Vizcaya. *Arch Bronconeumol* 1990; 26: 103-107.
10. Ausina V, Coll P, Sarnate M, Puig I, Condom MJ, Luquin M et al. Prospective study on the etiology of community-acquired pneumonia in children and adults in Spain. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1988; 7: 343-347.
11. Granados A, Podzamecz D, Gudiol F, Manresa F. Pneumonia due to legionella pneumophila and pneumococcal pneumonia: similarities and differences in presentation. *Eur Respir J* 1989; 2: 130-134.
12. Blanquer J, Blanquer R, Borrás R, Nauffal D, Morales P, Menéndez R et al. Aetiology of community acquired pneumonia in Valencia, Spain: a multicentre prospective study. *Thorax* 1991; 46: 508-511.
13. Pachón J, Prados MD, Capote F, Cuello JA, Garnacho J, Verano A. Severe community-acquired pneumonia: aetiology, prognosis and treatment. *Am Rev Respir Dis* 1990; 142: 369-373.
14. Almirall J, Morató I, Riera F, Verdaguer A, Priu R, Coll P. Incidence of community-acquired pneumonia and *Chlamydia pneumoniae* infection: a prospective multicentre study. *Eur Respir J* 1993; 6: 14-18.
15. Chastre J, Viau F, Brun P, Pierre J, Dauge MC, Bouchama A et al. Prospective evaluation of the protected specimen brush in the diagnosis of pulmonary infection in ventilated patients. *Am Rev Respir Dis* 1984; 130: 924-929.
16. Torres A, Puig JP, Xaubet A, González J, Rodríguez Roisin R, Jiménez de Anta MT et al. Diagnostic value of quantitative cultures of bronchoalveolar lavage and telescoping plugged catheter in mechanically ventilated patients. *Am Rev Respir Dis* 1989; 140: 306-310.
17. Meduri GU, Beals DH, Maijub AM, Baselski V. Protected bronchoalveolar lavage: a new bronchoscopic technique to retrieve uncontaminated distal airway secretions. *Am Rev Respir Dis* 1991; 143: 855-864.
18. Dorca J, Manresa F, Esteban LI, Barreiro B, Prats E, Ariza J et al. Efficacy, safety and therapeutic relevance of transthoracic aspiration with ultrathin needle in non-ventilated nosocomial pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 151: 1.491-1.496.
19. Dorca J. Complicaciones respiratorias del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. San Sebastián: Ponencia al XX Congreso de la SEPAR, 1987.
20. De March-Ayuela P. Situación actual de la tuberculosis en España. *Med Clin (Barc)* 1991; 97: 462-472.
21. Dorca J. Acute bronchial infection in chronic obstructive pulmonary disease. *Monaldi Arch Chest Dis* 1995; 5: 366-371.