

CARTAS AL EDITOR

Se invita a los lectores a enviar cartas al Editor, con comentarios, preguntas o críticas sobre artículos que hayan sido publicados en la Revista y a las que los autores aludidos puedan responder. También serán bienvenidos los comentarios sobre problemas de actualidad biomédica, clínica, de salud pública, de ética y de educación médica. Podrá aceptarse la comunicación preliminar de datos parciales de una investigación en marcha, que no haya sido publicada ni sometida a publicación en otra revista. La extensión máxima aceptable es de 1.000 palabras, con un máximo de 6 referencias bibliográficas (incluyendo el artículo que la motivó) y 1 Tabla o Figura. Se recomienda adjuntar una copia idéntica para PC, en diskette de 3,5", un espaciado a 1,5 líneas, tamaño de letra 12 pt y justificada a la izquierda. Las cartas que se acepten podrán ser acortadas y modificadas formalmente, por los Editores.

Neumonía neumocócica bacteriémica y antibióticos

Bacteremic pneumococcal pneumonia and antibiotics

Sñor Editor: En el contexto actual de globalización y ante la evidente influencia de la cultura anglosajona, resulta interesante reflexionar sobre sus beneficios en el área biomédica, pero con algunas consideraciones acerca de nuestro idioma y realidad.

En la *Revista Médica de Chile* se publicó un interesante estudio retrospectivo sobre «Neumonía neumocócica bacterémica»¹. En dicho artículo se pueden evidenciar la influencia del idioma inglés y también de las recomendaciones de sociedades científicas norteamericanas.

Es importante recordar que en castellano (lengua española, especialmente cuando se quiere introducir una distinción respecto a otras lenguas habladas en España)² no existen las palabras «bacteremia» ni «bacterémicas», ambas usadas en forma análoga al término inglés «bacteremia». Lo correcto en castellano es bacteriemia y bacteriémicas². Otra situación similar ocurre con el término «necrotizar», análogo al inglés «necrotizing», el cual

tampoco existe en castellano, aquí lo correcto es hablar de infecciones necrosantes³.

En segundo lugar, en la discusión de dicho artículo, los autores reconocen que en aproximadamente la mitad de los casos se utilizó ceftriaxona como terapia, considerando que había sólo un aislamiento de *Streptococcus pneumoniae* con una CMI=2 µg/ml para penicilina, enfatizando la necesidad de utilizar antimicrobianos adecuados a la realidad microbiológica de regiones. El uso de cefalosporinas de tercera generación deriva de las recomendaciones de las dos sociedades norteamericanas relacionadas al tema, ATS e IDSA^{4,5}.

Lo anterior queda también reflejado en nuestra experiencia (XX Congreso Chileno de Infectología, La Serena, 2003), donde se analizaron 50 episodios de bacteriemia neumocócica atendidos en el Hospital Clínico Regional de Concepción.

Destacamos la resistencia a penicilina *in vitro* en sólo dos cepas; es decir, hubo 48 cepas susceptibles a penicilina. Sin embargo, el estudio

de susceptibilidad no influyó en la decisión del médico tratante para modificar el esquema antibiótico, pues sólo en un paciente, evaluado por un infectólogo, se cambió el tratamiento de ceftriaxona a penicilina. En este contexto, iniciamos un estudio prospectivo sobre bacteriemias neumocócicas, desde octubre de 2003, cuyo objetivo principal ha sido modificar la terapia antibiótica una vez conocido el estudio de susceptibilidad. Al momento de enviar esta carta hemos estudiado 19 casos, siendo todos los aislamientos susceptibles a penicilina; en 15 pacientes se ha cambiado la ceftriaxona por penicilina intravenosa, o amoxicilina como terapia oral secuencial. No hemos indicado este cambio en una paciente que presentaba insuficiencia renal crónica, para evitar neurotoxicidad; en otra paciente por presentar meningitis neumocócica bacteriémica complicada con otomastoiditis y absceso cerebral; en un tercer paciente por presentar en forma concomitante un empiema por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina, y en un adulto mayor con neumonía grave, categoría V del índice de Fine⁶ y shock séptico en el cual se decidió no suspender la ceftriaxona por lo crítico de su condición. Entre los casos en que se indicó penicilina, falleció una paciente (1/5) por enfermedad neoplásica metastásica, el resto de los pacientes evolucionó en forma favorable y se les indicó vacunación anti neumocócica. Entre los

casos tratados con cefalosporinas falleció un paciente (1/4) debido a falla orgánica múltiple en el marco de una neumonía grave, shock séptico y necesidad de ventilación mecánica.

Es importante reconocer que esta conducta de cambio en la antibioticoterapia, de acuerdo a los tests de susceptibilidad *in vitro*, ha sido cuestionada por un grupo numeroso de colegas, porque no se estarían considerando las recomendaciones norteamericanas para el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad.

Creemos que la globalización tiene aspectos muy favorables, particularmente en el área biomédica; sin embargo, tenemos una cultura y realidad que difieren mucho de los países más desarrollados, la cual debemos considerar en nuestra práctica clínica.

Sergio Mella M^{1,2}, Rodrigo Blamey D¹, Oriana Paiva M³, Jorge Yañez V³, Henriette Chabouty GH⁴.

¹Unidad de Infectología, Hospital Clínico Regional de Concepción.

²Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

³Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Regional de Concepción.

⁴Laboratorio de Microbiología, Hospital Clínico Regional de Concepción. Concepción, Chile.

REFERENCIAS

1. RIOSECO ML, RIQUELME R. Neumonía neumocócica bacteriémica en 45 adultos inmunocompetentes hospitalizados. Cuadro clínico y factores pronósticos. *Rev Méd Chile* 2004; 132: 588-94.
2. *Diccionario de la Lengua Española*. Real Academia Española, 22a Edición, España 2001.
3. SÁNCHEZ U, PERALTA G. Infecciones necrosantes de partes blandas: nomenclatura y clasificación. *Enferm Infec Microbiol Clin* 2003; 21:196-9.
4. NIEDERMAN M, MANDELL L, ANZUETO A, BASS J, BROUGHTON W, CAMPBELL G ET AL. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia. Diagnosis, assessment of severity,

antimicrobial therapy and prevention. *Am J Resp Crit Care Med* 2001; 163: 1730-54.

5. MANDELL L, BARTLETT J, DOWELL S, FILE TM JR, MUSER DM, WHITNEY C. Update of practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in immunocompetent adults. *Clin Infect Dis* 2003; 37: 1405-33.
6. FINE M, AUBLE T, YEALY D, HANUSA BH, WEISSFELD LA, SINGER DE ET AL. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. *N Engl J Med* 1997; 336: 243-50.

Correspondencia a: Dr. Sergio Mella M. Departamento de Medicina Interna, Sección Infectología. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. E-mail: pignatio@vtr.net

RÉPLICA

S. *Editor.* En relación a la carta del Dr. Sergio Mella et al, motivada por nuestro trabajo «Neumonía neumocócica bacterémica en 45 adultos inmunocompetentes hospitalizados. Cuadro clínico y factores pronósticos», desearíamos hacer algunos alcances.

En primer lugar, compartimos la idea de que en el contexto de la globalización es conveniente tener en cuenta algunas consideraciones acerca de nuestra realidad y por eso nos extraña que en la bibliografía citada no estén las recomendaciones de la Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias (SER)¹ que recomienda la ceftriaxona en el paciente que se hospitaliza. El peso innegable de la literatura norteamericana en las normas de la SER, como en muchas otras áreas de la medicina, es sólo la expresión de la carencia de información nacional que permita adoptar criterios terapéuticos propios. La investigación en Chile no es fácil, pero hay grupos que trabajan consistentemente en el tema de las infecciones pulmonares con numerosas comunicaciones en congresos sobre etiología, factores de riesgo y pronóstico etc., y en un futuro cercano tendremos información nacional de buena calidad. Pero, llegado ese momento, creemos que aún seguiremos viendo como una ventaja la globalización del conocimiento en general y el científico en particular.

En un trabajo retrospectivo como el nuestro no cabe la palabra «reconocer» al momento de señalar la cantidad de pacientes que fueron tratados con ceftriaxona. Nosotros sólo constatamos un hecho y tenemos nuestra opinión al respecto.

Es conocido que el juicio clínico es más importante que el resultado de los test microbiológicos en el manejo de los antibióticos y que hay resistencia de los médicos a cambiar un tratamiento empírico exitoso por otro de espectro menor. Se ha generado en la literatura una polémica por el costo y rendimiento de los hemocultivos y su poca influencia en las decisiones médicas, con cuestionamientos a su verdadera importancia²⁻⁵.

El cambio a monoterapia con penicilina si hay hemocultivos (+) para *Streptococcus pneumoniae* sensible a penicilina podría parecer natural. Sin

embargo, esto no es tan fácil y vemos que en la serie del Dr. Mella et al, en un trabajo que tiene como principal objetivo modificar el antibiótico una vez conocido el estudio de susceptibilidad, no lo ha logrado en el 21% de los casos (4/19) y las razones de la mantención del esquema en estos 4 casos apuntan a varios hechos clínicos fundamentales. Primero, la modificación del tratamiento empírico no puede ser mecánica. Segundo, las neumonías pueden tener formas mixtas en el 10-40% de los casos⁶ (Puerto Montt: 10%), y muchas veces el segundo microorganismo puede no ser identificado y eventualmente no ser cubierto si se trata sólo con penicilina. Tercero, hay que considerar el contexto del paciente, donde las comorbilidades juegan un papel importantísimo en la determinación de la etiología (alcohólicos, ancianos, pacientes de hospedería, inmunosuprimidos, secuelas de TBC, etc.). Ignoramos más detalles y criterios usados en el trabajo que están desarrollando el Dr. Mella y colaboradores, pero si la paciente que falleció mientras se trataba una neumonía con penicilina tenía una enfermedad neoplásica metastásica, no podemos menos que pensar en una paciente con algún grado de desnutrición, inmunosuprimida, tal vez con hospitalizaciones recientes y por lo tanto con alta probabilidad de neumonía por microorganismos no habituales (Ej. Gram negativos) que no se pueden descartar sólo por tener un hemocultivo (+) a *S pneumoniae*. Tal vez podría haberse usado el mismo criterio del paciente que estaba en categoría V de Fine (que suponemos recibió más de un antibiótico).

Por último, respecto de la palabra «bacteriémica», tienen toda la razón. Quisiéramos tener alguna disculpa que atenúe el error, pero no la encontramos. Sólo atinamos a murmurar «*Desde el invisible horizonte/ y desde el centro de mi ser, una voz infinita/ dijo estas cosas (estas cosas, no estas palabras,/ que son mi pobre traducción temporal de una sola palabra)*»⁷.

María Luisa Rioseco Z,

Raúl Riquelme O.

Hospital de Puerto Montt, Chile.

REFERENCIAS

1. Normas de Neumonía de la Comunidad del adulto (sin inmuno deficiencia). Consenso Chileno. *Rev Chil Enf Respir* 1999; 15: 67-136.
2. CAMPBELL SG, MARRIE TJ, ANSTEY R, DICKINSON G, ACKROYD-STOLARZ S. The contribution of blood cultures to the clinical management of adult patients admitted to the hospital with community-acquired pneumonia. A prospective observational study. *Chest* 2003; 123: 1142-50.
3. CHALASANI N, VALDECANAS MA, GOPAL AK, MCGOWAN JE JR, JURADO RL. Clinical utility of blood cultures in adult patients with community-acquired pneumonia without defined underlying risks. *Chest* 1995; 108: 932-8.
4. WATERER GW, JENNIGS SG, WUNDERINK RG. The impact of blood cultures on antibiotic therapy in pneumococcal pneumonia. *Chest* 1999; 116: 1278-81.
5. DÍAZ A, CALVO M, O'BRIEN A, FARIAS G, MARDÓNEZ JM, SALDIAS F. Utilidad clínica de los hemocultivos, en pacientes hospitalizados por neumonía adquirida en la comunidad. *Rev Méd Chile* 2002; 130: 993-1000.
6. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia. American Thoracic Society. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163: 1730-54.
7. BORGES JL. *Obra poética*. Mateo, XXV, 30. Editorial Emecé p. 188.