

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

Utilidad de la historia clínica y del examen físico en el diagnóstico de neumonía

DR. EDGARDO CRUZ MENA

Departamento de Enfermedades Respiratorias, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

La historia y el examen físico son el comienzo usual e imprescindible del estudio del paciente que busca ayuda médica. A pesar de los avances tecnológicos, la anamnesis sigue siendo el instrumento globalmente más poderoso para la toma de decisiones diagnósticas, terapéuticas y pronósticas, siendo el examen físico un útil complemento. En un estudio sobre 630 casos de un servicio de Medicina Interna, se comprobó que la hipótesis diagnóstica formulada al final de la anamnesis fue la correcta en un 56% de los casos y que, completado el examen físico, esta cifra subió a 73%. Estos porcentajes varían, obviamente, para diferentes tipos de enfermedades, pero la observación anotada tiene validez en la mayoría, sin perjuicio que las hipótesis planteadas puedan ser corroboradas, objetivadas o cuantificadas con exámenes auxiliares.

Aparte de ser eficaces, la historia y el examen físico tienen otras ventajas: no añaden costo al gasto básico de la atención médica, no significan mayor riesgo para el paciente y entregan su información de inmediato. Esta última característica es de suma importancia en las neumonías, ya que el resultado del tratamiento antibiótico depende fuertemente de la precocidad con que se inicie. Finalmente, la anamnesis y el examen físico tienen la enorme ventaja de estar siempre disponibles, ya que sólo necesitan del médico y el enfermo, con total independencia del entorno técnico.

Estos procedimientos tienen, sin embargo, limitaciones que es fundamental tener presentes en su real magnitud, ya que si se sobrevalora su eficacia, existe el peligro de diagnósticos falsos-negativos, mientras que si se les estima como menos eficaces que lo que realmente son, es probable que se realicen estudios auxiliares innecesarios.

La utilidad de la historia y del examen físico en las neumonías puede valorarse en relación a tres aspectos que habitualmente se consideran simultáneamente, pero que es conveniente separar para nuestro análisis y para el enfrentamiento de casos difíciles:

– Capacidad para detectar el estado infeccioso

– Capacidad para demostrar el compromiso inflamatorio pulmonar
– Capacidad para identificar el agente causal.
La evaluación de estos aspectos tropieza con dos dificultades básicas:

1. La fisonomía clínica y la etiología de las neumonías han cambiado en las últimas décadas, de manera que mucha información clásica ha perdido vigencia por múltiples razones,
– el uso precoz de antibióticos modifica la evolución espontánea de las neumonías,
– la población de mayor edad, de reactividad alterada, ha aumentado considerablemente,
– la supervivencia de enfermos crónicos e inmunodeprimidos ha permitido que gérmenes inocuos para el individuo sano, entren a producir neumonías antes desconocidas.

Además, la información de estudios extranjeros no es directamente extrapolable, ya que algunos agentes etiológicos varían considerablemente según las localidades y poblaciones estudiadas.

2. Son escasos los estudios recientes en neumonías en que se valore objetivamente la eficacia de la anamnesis y examen físico.

A pesar de estas limitaciones, es posible anotar algunas observaciones útiles sobre estos aspectos.

DIAGNOSTICO DE ESTADO INFECCIOSO

La presencia de estado infeccioso es usualmente obvia por la existencia de un síndrome febril con alza térmica o manifestaciones asociadas, como son calofríos, diaforesis, malestar, compromiso neurológico, herpes labial, etcétera. Sin embargo, existen diversas circunstancias en que la infección no se traduce en esta forma, aunque sea grave.

En cerca de un tercio de los ancianos, la temperatura no sube de los 37,7°C y en 1 de cada 10 se produce incluso, hipotermia. Ocasionalmente, la única expresión del estado infeccioso en estos pacientes puede ser un estado de confusión, un shock sin causa aparente o la agravación de una insuficiencia cardíaca o renal preexistentes. El cuadro infeccioso puede también estar ausente o presentarse atenuado en enfermos bajo tratamiento corticoidal o con antiinflamatorios y, por causas no precisadas, alrededor de un 9% de los sujetos bajo 50 años cursan con temperatura normal y alrededor de un 1% presenta hipotermia.

De lo expuesto se deduce que la falta de un síndrome febril no debe excluir la hipótesis de neumonía si existen otros elementos epidemiológicos o clínicos que la sugieran. Es también conveniente recordar que la fiebre no es 100% específica de infección, ya que puede haber compromiso alveolar febril por drogas (nitrofurantoina, amiodarona), neoplasias (linfomas), enfermedades inmunológicas (neumonitis por hipersensibilidad), etcétera.

DIAGNOSTICO DE INFLAMACION ALVEOLAR

Sospechada o confirmada la existencia de infección, su origen respiratorio suele ser sugerido por la existencia de tos, expectoración y/o dolor pleural. Sin embargo, nuevamente la sensibilidad no es absoluta y varía importantemente según la edad del sujeto: bajo los 50 años estas manifestaciones pueden faltar hasta en un 12% de los sujetos, mientras que sobre los 65 años los cuadros inespecíficos llegan en algunas series a un 44%. El dolor pleural es el menos sensible de los síntomas respiratorios (aproximadamente 30%), seguido por la expectoración y la tos (aproximadamente 70% y 90%, respectivamente).

El diagnóstico de neumonía puede afirmarse si se comprueba que la infección respiratoria está asociada a una condensación pulmonar y/o compromiso intersticial. La primera tentativa para demostrarla se realiza a través del examen físico, pero éste es de baja sensibilidad y precisión. En un estudio sobre 200 casos de neumonías radiográficamente comprobadas, en 1 de cada 4 el examen físico fue negativo y en casi la mitad no hubo crepitaciones. En los 102 pacientes que las tenían, sólo en la mitad coincidían con la localización radiográfica.

Lo anterior no debe considerarse como un argumento en contra de la ejecución de un examen físico cuidadoso, ya que su positividad puede ser base suficiente como para iniciar un tratamiento y decidir los exámenes que se deben realizar. Como contraparte, es imprescindible tener presente que la negatividad del examen físico no permite descartar una neumonía. Conviene recordar al respecto que la sensibilidad de la radiografía, aunque muy alta, tampoco es absoluta: el aumento del tamaño de los espacios aéreos en los pacientes con enfisema, dificulta su relleno por exudado, mientras que en las granulocitopenias puede no formarse exudado, de manera que es posible que no haya contraste radiográfico o éste sea atípico.

Un signo físico de gran valor, que es usualmente subutilizado, es la frecuencia respiratoria. Diversos estudios han demostrado que una frecuencia respiratoria sobre 25 por minuto es fuertemente sugerente de compromiso pulmonar. No depende sólo de la existencia de fiebre (ver artículo del Dr. Patricio Zapata en este número) y no se observa en infecciones de otros sistemas. De los datos de un estudio sobre este tema hemos calculado una sensibilidad de 90,4% y una especificidad de 96%.

La anamnesis puede también aportar información valiosa sobre la existencia previa de factores locales que pudieran haber facilitado la infección pulmonar, como un cáncer bronquial, bronquiectasias, fibrosis quística, etcétera.

DIAGNOSTICO ETIOLOGICO

En estudios prospectivos con exámenes microbiológicos y serológicos sistemáticos, e incluso con exámenes invasivos, en por lo menos un tercio de las neumonías el agente causal termina por rotularse como

desconocido. No debe extrañar, por lo tanto, que la identificación precisa de un agente por solamente la historia y el examen físico sea infrecuente. Para evaluar esta limitación es necesario recordar, sin embargo, que la precisión no es la única cualidad que debemos exigir a un método diagnóstico, sino que es también de crucial valor la oportunidad con que entrega su información: un examen absolutamente preciso pero cuyo resultado llega después de la curación o muerte del paciente es de escaso valor clínico. La historia y el examen físico suministran datos para la toma de decisiones terapéuticas en un momento tan oportuno, que se compensa con creces el que sólo sean aproximados. En la neumonía, unas pocas horas de demora en iniciar el tratamiento antibiótico pueden significar un daño fisiológico irrecuperable, aunque posteriormente se elimine exitosamente el germen.

La historia permite, en primer término, fijar el ambiente epidemiológico en que se contrajo la neumonía y, muy importantemente, las condiciones en que se encontraba el paciente al infectarse. Este conocimiento reduce en la mayoría de los casos el espectro de probables agentes causales, haciendo posible una cobertura antibiótica empírica que no necesita ser desmedidamente amplia. Esta misma información, como se verá en otros artículos de esta monografía, es fundamental para la calificación pronóstica, sobre cuya base debe decidirse la conducta terapéutica.

Una práctica que desde hace años ha tenido amplia aplicación, ha sido la de diferenciar entre neumonías bacterianas y no bacterianas, especialmente sobre la base de datos anamnésicos y de examen físico (Tabla 1). Esta conducta ha significado el manejo exitoso de una importante parte de las neumonías y ello, probablemente, por implicar un factor pronóstico y haber estimulado el uso de eritromicina y, recientemente, claritromicina en los casos calificados como "no bacterianos". Estos antibióticos, además de cubrir adecuadamente a los

TABLA 1
DIFERENCIA ENTRE NEUMONIAS BACTERIANAS Y NO BACTERIANAS

	BACTERIANA	NO BACTERIANA
EDAD	Toda edad	Jóvenes
COMIENZO	Brusco	Gradual
SINTOMAS DE VIA AEREA SUPERIOR	Pueden anteceder a la neumonía	Concomitantes con neumonía
DOLOR PLEURAL	Frecuente	Raro
EXPECTORACION	Purulenta	Mucosa
FIEBRE	Elevada	Escasa
COMPROMISO GENERAL	Importante	Escaso
SIGNOS DE CONDENSACION	Frecuentes	Raros
SIGNOS DE DERRAME	15% - 50%	Raros
LEUCOCITOSIS > 15.000 O LEUCOPENIA 4.000	Frecuente	Rara
RADIOGRAFIA DE TORAX		
- Condensación homogénea	++	+
- Condensación multifocal	+	++
- Compromiso intersticial	++	++
- Derrame pleural	++	+
- Excavación	+	-

principales agentes tratables de este grupo, micoplasma, clamidias y eventualmente legionellas, también actúa sobre el neumococo, principal agente de las bacterianas, y sobre muchos hemófilos. Esta explicación evidencia lo contradictorio de los términos de "bacteriana" y "no bacteriana" propuestos cuando el micoplasma se consideraba radicalmente diferente de las bacterias y no se conocían las clamidias como causa corriente de neumonías. A pesar de no ser correcta la denominación, la diferenciación de los dos grupos sigue siendo útil, siempre que se tenga claro que no es estrictamente etiológica, sino más bien una síntesis entre agente, reacción individual y pronóstico, y que implica una indicación terapéutica que cubre gran parte de las neumonías adquiridas en la comunidad. Si bien sería lógico cambiar las denominaciones de bacteriana y no bacteriana por otras que traduzcan la verdadera naturaleza de la diferenciación, no es conveniente que ello se haga en forma local y, por lo tanto, seguiremos usando los términos mencionados, pero teniendo *in mente* su real proyección. Es fundamental tener presente que todos los elementos considerados en la Tabla 1 son, con escasas excepciones, de baja sensibilidad y especificidad, de manera que no deben utilizarse aisladamente. Lo que pesa y debe buscarse es el conjunto general o patrón global.

Otra calificación que fluye de la anamnesis es la de neumonías extra e intrahospitalarias, que difieren en dos aspectos básicos: la flora microbiana ambiental y, muy importantemente, en las condiciones basales del paciente. Aun cuando hay sobreposiciones de etiologías que impiden una limitación tajante, esta diferenciación también permite una predicción racional del espectro de gérmenes que se deben cubrir con la indicación antibiótica (Tabla 2). En esta última tabla se anotan también algunos signos de baja sensibilidad, pero de alta especificidad, cuya presencia es una valiosa clave etiológica y cuya ausencia, naturalmente, carece de valor diagnóstico:

- la miringitis bulosa, que es poco frecuente, pero que se asocia fuertemente al micoplasma y se manifiesta en la otoscopia como ampollas sobre el tímpano.
- el ectima gangrenoso, propio de la sepsis por *Pseudomonas*, que se presenta como una zona de impétigo con úlceras necróticas poco profundas.
- el herpes labial, que acompaña con mucho mayor frecuencia a las neumonías bacterianas.
- la expectoración pútrida que, si bien sólo se presenta en cada 1 de cada 5 pacientes con neumonía anaeróbica, es por sí sola un índice etiológico concluyente.

CONCLUSION

De lo anteriormente expuesto puede concluirse que la anamnesis y el examen físico representan un importante aporte al diagnóstico de las neumonías, siempre que se tenga presente que:

- el síndrome febril no es la única manera de exteriorizarse de la infección
- el examen físico negativo no puede considerarse como un argumento en contra del diagnóstico de neumonía
- la anamnesis dirigida a factores epidemiológicos, y sobre todo a las condiciones previas del paciente, da una orientación que, si bien es de trazos gruesos, es muy valiosa para la decisión urgente de elegir el tratamiento antibiótico inicial del paciente.

TABLA 2
AGENTES ETIOLÓGICOS MAS FRECUENTES SEGUN
CONDICIONES DETECTADAS POR LA ANAMNESIS Y/O EXAMEN
FISICO

CONDICION	AGENTE
Adquiridas en ambiente extrahospitalario:	
Sujeto previamente sano - cualquier edad - joven	neumococo micoplasma y clamidias
Paciente con bronquitis crónica	neumococo hemófilo moraxela Gram negativos
Diabetes, alcoholismo, edad > 65 años	neumococo Gram negativos estafilococo
Post-influenza A	estafilococo neumococo
Condiciones facilitadoras de aspiración sepsis oral	anaerobios Gram negativos neumococo
Inmunosuprimidos	todos los anteriores oportunistas
Adquiridas en ambiente nosocomial:	
Compromiso previo del estado general leve	similar a extrahospitalaria
Compromiso previo del estado general grave	Gram negativos anaerobios estafilococo oportunistas
Ventilación mecánica	<i>Pseudomonas</i>
Miringitis bulosa	micoplasma
Ectima gangrenoso	<i>Pseudomonas</i>
Herpes labial	bacterianas
Expectoración pútrida	anaerobios

*

REFERENCIAS ESCOGIDAS

McFadden, J.P., Price, R.C., Eastwood, H.D. and Briggs, R.S. Raised respiratory rate in elderly patients: a valuable physical sign. *Brit Med J* 1982; 284:626.

Osmer, J.C., Cole, B.K. The stethoscope and roentgenogram in acute pneumonia. *South Med J* 1966; 59:75.

Sander, G. The importance of the history in the medical clinic and the cost of unnecessary tests. *Am Heart J* 1980; 100:928.