

RESUMENES DE DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICA

**MANEJO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN LOS NIÑOS**

ANGEL GARIBIDA-CHAVARRÍA \*

Las infecciones en el aparato respiratorio y sus complicaciones constituyen una de las dos principales causas de morbilidad y mortalidad en nuestro país. No obstante su importancia, no siempre los criterios para su manejo son uniformes.

Así, por ejemplo, la automedicación ha originado descrédito de antibióticos antiguamente eficaces, como la penicilina; por otro lado, se abusa de los de espectro amplio, a veces menos eficaces, que favorecen las superinfecciones. Ocurre a menudo que en la práctica diaria, sobre la base de un interrogatorio indirecto y de un examen físico superficial, se prescriban antibióticos sin criterio estricto, en ocasiones por presión de los padres y con frecuencia para "prevenir" una complicación supuesta.

**Principios generales para el uso de antibióticos**

a) Antes de prescribir un antibiótico, es menester recordar que la mayoría de las infecciones del aparato respiratorio son de origen viral. Por lo común se encuentra el antecedente de contagio intrafamiliar; el ataque al estado general suele no ser grave y habitual-

mente no ocurren fenómenos exudativos intensos. Los antibióticos no tienen aquí indicación; las medidas inespecíficas de sostén permiten controlar los síntomas.

b) En cambio, en niños infectados por bacterias patógenas, casi siempre grampositivas, es común observar fiebre elevada y ataque al estado general, acorde con la virulencia del germen y las condiciones de defensa del huésped. En la mayoría de casos, el proceso inflamatorio del aparato respiratorio se acompaña de reacción exudativa abundante, que puede dar lugar a insuficiencia respiratoria.

c) Ante un enfermo con infección probablemente bacteriana e importante ataque al estado general, es necesario practicar, a la brevedad posible, los exámenes de laboratorio y gabinete pertinentes, en especial estudios bacteriológicos en sangre, exudado bronquial y productos de punción-aspiración pleuropulmonar, previa radiografía de tórax antes de aplicar antibiótico.

d) La prescripción de un antibiótico siempre debe ser motivo de previa reflexión. Son preferibles los de espectro limitado. Deben evitarse las asociaciones de dos o más antibióticos. Dosis y periodos de administración han de ser suficientes y la vía de absorción la óptima. Se sustituirá el antibiótico en caso de obtener un cultivo bacteriológico convincente o cuando no se observe la mejoría esperada en un lapso empíricamente establecido como de 72 horas.

\* Hospital de Pediatría. Centro Médico Nacional. Instituto Mexicano del Seguro Social.

## Antibióticos de elección en las infecciones bacterianas agudas más frecuentes

*Adenoamigdalitis, sinusitis y otitis.* Las bacterias más comunes son neumococo, estreptococo y estafilococo, por lo que está indicada la penicilina procaínica, a razón de 400 000 a 800 000 unidades por dosis intramuscular, cada 12 ó 24 horas, durante cinco días; posteriormente, penicilina benzatínica a dosis de 600 000 a 1 200 000 unidades, cada cuatro días, dos o tres aplicaciones intramusculares, según el caso.

*Laringotraqueobronquitis y epiglotitis.* En niños con signos de obstrucción rápidamente progresiva, fiebre y ataque al estado general, muchas veces causados por infección con *Haemophilus influenzae*, está indicada la ampicilina a razón de 200 a 400 mg/Kg/día, divididos en cuatro dosis al día, por vía parenteral, durante cinco días. La terapéutica inhalatoria, nebulizando epinefrina racémica disuelta en agua destilada, con presión positiva intermitente, ha contribuido a disminuir la necesidad de practicar traqueostomía en estos casos.

*Neumonía lobar.* El neumococo es el agente más frecuente. No se acompaña de grave ataque al estado general ni de insuficiencia respiratoria cuando las lesiones están localizadas. La penicilina G es de elección, a razón de 200 a 50 unidades/Kg/día, dividida en cuatro a seis dosis al día, aplicándola por vía parenteral. Después de 72 horas, si se aprecia mejoría, se continuará con penicilina procaínica hasta completar siete a diez días de tratamiento.

*Bronconeumonía estreptocócica.* Se presenta por lo común en niños de edad escolar con infecciones crónicas de las vías aéreas superiores: adenoamigdalitis, sinusitis o caries dentarias penetrantes. La penicilina G es el antibiótico de elección, aplicada en la forma ya descrita; en los casos excepcionales de alergia a la penicilina, ésta se sustituirá por eritromicina. Se pueden observar recurrencias, si no se tratan adecuadamente los focos infecciosos crónicos.

*Neumonía estafilocócica.* Habitualmente es de focos múltiples, con grave ataque al estado general e insuficiencia respiratoria. La mayoría de los casos se observa en niños menores de dos años. Aproximadamente en un tercio de los mismos existe el antecedente de infección viral aguda, como sarampión o influenza. Radiológicamente, tres de cada cuatro pacientes sufren participación pleural, generalmente empiema, que se resuelve mediante drenaje bajo sello de agua durante cinco a diez días. Durante su evolución, la mitad de los casos presenta neumatoceles o bulas subpleurales. La penicilina G a dosis elevadas de 1 a 3 millones de unidades/Kg/día, por vía endovenosa, puede ser efi-

caz. Pero cuando se sospeche estafilococo resistente, las penicilinas sintéticas son de elección, en dosis de 200 a 400 unidades/Kg/día, cuatro veces al día, administradas por vía endovenosa en un pequeño volumen de solución durante diez a quince días. El control de la hipoxemia y las medidas generales de sostén son indispensables para lograr éxito terapéutico.

*Neumonía por gérmenes gramnegativos.* Se presenta en casos que evolucionan con gastroenteritis, fiebre elevada y ataque al estado general. Las bacterias más comunes son *E. coli* y salmonelas. En niños desnutridos o que hayan recibido antibióticos de amplio espectro, se suelen observar superinfecciones por *Pseudomonas*, *Klebsiella* o *Proteus*. En algunos casos, la imagen radiológica de opacidad pulmonar sorprende al clínico; el derrame serohemático "mínimo" es más frecuente que el empiema. Durante la evolución pueden aparecer escasos neumatoceles. Para el tratamiento inicial, cuando se desconoce el germen, se recomienda la asociación de penicilina G y kanamicina, la primera por vía endovenosa a las dosis anotadas, la segunda a la de 15 mg/Kg/día, en dos o tres dosis por vía intramuscular, durante diez días. En pacientes referidos al hospital con grave ataque al estado general, signos de toxoinfección e insuficiencia respiratoria, que han recibido antibióticos, es recomendable la aplicación de oxacilina y gentamicina, para atacar eficazmente al estafilococo y a las bacterias gramnegativas.

## Consideraciones en fracasos terapéuticos aparentes

1. La infección del parénquima ha evolucionado a absceso empiema tabicado, no sospechado antes. Los estudios radiográficos de control están indicados, pero no se debe abusar de ellos.

2. Existe otro padecimiento a fondo, como tuberculosis o micosis.

3. El agente infeccioso no es sensible a los antibióticos empleados.

4. El enfermo presenta dos padecimientos agregados, como un tumor intratorácico infectado o infección subdiafragmática concomitante.

5. Situaciones agravantes como son:

a) ayuno prolongado o deshidratación

b) fiebre elevada, que aumenta el consumo de oxígeno.

6. Deficiencia en los cuidados generales, como son:

a) mantenimiento de la permeabilidad en las vías respiratorias

b) oxigenoterapia oportuna y con humedad apropiada

c) aporte de soluciones endovenosas apropiadas.