Rev Cubana Pediatr 59 (4): 687-692, julio-agosto, 1987

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS: QUE HACER Y QUE NO HACER

HOSPITAL PEDIATRICO DOCENTE "WILLIAM SOLER"

Dr. Roberto Razón Behar, Dr. Manuel Rojo Concepción** y Dr. Manuel Carriles Díaz****

INTRODUCCION

Las enfermedades respiratorias agudas (ERA) se clasifican en altas y bajas, las primeras son las más frecuentes y afectan fundamentalmente las estructuras por encima de la epiglotis; las segundas afectan a la epiglotis y a las estructuras por debajo de este nivel.

Con respecto a las ERA altas son producidas fundamentalmente por agentes no bacterianos, principalmente virus, causantes de alrededor del 90 % de estas afecciones. Entre las bacterias, el agente más frecuente es el estreptococo betahemolítico del grupo A, con una frecuencia algo menor del 10 % de todas las ERA altas; sin que existan evidencias manifiestas de que el *Haemophylus influenzae* tipo B y el neumococo sean causantes de estas infecciones altas. Aunque poco frecuente, el meningococo puede ser causa primaria de una ERA alta.

Con respecto al estafilococo y a las enterobacterias gramnegativas no son causantes primarias de estas infecciones.

ERA ALTAS: QUE HACER

ANTIBIOTICOS

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, el uso de antibacterianos estará limitado cuando se sospeche una infección por estreptococo betahemolítico del grupo A o con menor frecuencia el meningococo. El antibiótico de elección para ambas bacterias es la penicilina a las dosis y duración establecidas en Pediatría. Es casos alérgicos a la penicilina, en que se sospeche infección estreptocócica se utilizará eritromicina u oleandomicina a las dosis previstas y duración establecida.

* Candidato a Doctor en Ciencias. Especialista de II Grado en Pediatría. Auxiliar del ISCMH.
** Doctor en Ciencias. Especialista de II Grado en Pediatría. Profesor Titular del ISCMH. Hospital Pediátrico Docente "William Soler".
*** Especialista de II Grado en Pediatría. Auxiliar del ISCMH. Hospital Pediátrico Docente "Pedro Borrás".

ANTITERMICOS

Si hay fiebre: medidas antitérmicas físicas y medicamentosas insistiendo en que si se presentan vómitos no utilizar antitérmicos por vía oral.

GOTAS NASALES

Si hay congestión u obstrucción nasal: se utilizarán gotas nasales clorobicarbonatadas; un cuarto de gotero en cada ventana nasal cada 4 horas por no más de 4 ó 5 días. No se debe utilizar otro tipo de gotas excepto en casos excepcionales (gran obstrucción en niños mayores de 5 años) en los que se pueden indicar gotas nasales de efedrina al 1 % no más de 4 gotas cada 6 horas y por un tiempo máximo de 5 días. Contraindicado el uso de neoprednisol en gotas nasales, argirol, argirol con efedrina y rojo aseptil.

HUMECTACION AMBIENTAL

Se puede utilizar atmósfera húmeda (agua hirviendo junto a la cuna) en niños pequeños durante las horas de sueño.

HIDRATACION

Aumentar el aporte de líquidos, no obligar al niño a la ingestión forzada de alimentos.

ANTITUSIGENOS

No utilizar antitusígenos, excepto en los niños mayores de 5 años cuando la tos sea seca e irritativa, en los que podrá utilizarse codeína o dionina a una dosis de 1 $mg \times kg$ de peso por 24 h, dividida en 4 subdosis por vía oral y por no más de 5 días. Nunca se utilizarán antitusígenos en presencia de tos húmeda.

QUE NO HACER

No usar por inefectivos y hasta perjudiciales:

- Gammaglobulina de ningún tipo.
- Supositorios que contengan antibióticos, bismuto o ambos.
- Jarabe yodotánico.
- Jarabe calcioral.
- Jarabe de aceite de hígado de bacalao.
- Antihistamínicos, excepto en niños con base alérgica.
- Preparados o fórmulas que contengan varios medicamentos (broncodilatadores con antihistamínicos, expectorantes y antitusígenos, u otras combinaciones).
- Vitamina C (no está demostrado que tenga alguna efectividad en el tratamiento de las ERA).
- Embrocaciones de rojo aseptil, azul de metileno o cualquier otro tipo de *toques*.
- Aerosoles con cualquier medicamento.
- Penicilina benzatínica en dosis repetidas cada 2 a 4 semanas (solamente indicada en la profilaxis de las recidivas de la enfermedad reumatismal).

- Esteroides locales o sistémicos.
- Difenilhidantoína sódica (solamente indicada en el síndrome coqueluchoide).
- Tetramizol o levamizol.

ERA BAJAS: QUE HACER

Teniendo en cuenta que la mayoría de los pacientes con ERA bajas, particularmente los menores de 1 año, requieren ingreso hospitalario, nos referiremos a los aspectos terapéuticos a ese nivel.

HIDRATACION

La hidratación será preferiblemente oral; si es necesario utilizar la vía parenteral, vigilar la sobrehidratación. En niño sobrepeso u obeso no administrar más de 1 500 $mL \times m^2$ de superficie corporal × 24 h.

La agravación del cuadro clínico, dada por aumento de la polipnea y el tiraje, y la aparición de estertores húmedos, particularmente en lactantes, puede ser debida a edema pulmonar, en cuyo caso se disminuirán los líquidos a 1 000 $mL \times m^2$ SC × 24 h o menos, y se valorará la posibilidad de administrar furosemida endovenosa a la dosis de 1 $mg \times kg$ de peso × dosis, que puede repetirse de acuerdo con la evolución, cada 6 horas. En estos casos puede ayudar el estudio radiográfico del tórax.

Siempre hay que tener presente el pasar a la vía oral lo más rápidamente posible.

OXIGENOTERAPIA Y ATMOSFERA HUMEDA

- La administración de oxígeno húmedo en la bronconeumonía moderada o grave del lactante y en la bronquiolitis en las primeras 24 a 48 h ha demostrado disminuir la mortalidad. Se recomienda una concentración de oxígeno del 35 al 40 % dentro de la cámara; lo que puede obtenerse con un flujo de 10 litros por minuto con la tienda cerrada y sin escape. En la cámara de Hood plástica se mantendrá una abertura para evitar concentraciones mayores del 40 % de oxígeno.
- La temperatura en el interior de la cámara se recomienda sea de 25 °C, para evitar las cámaras frías o calientes.
- En los casos de laringitis, laringotraqueobronquitis, aunque se administra atmósfera húmeda con cámara de oxígeno (MERA), la concentración de oxígeno dentro de la cámara no debe sobrepasar el 25 %, lo que se obtiene con un flujo de 5 ó 6 litros por minuto y con una pequeña abertura de la misma, la temperatura se mantiene a 25 °C.
- Cuando se utilicen nebulizadores ultrasónicos en lactantes vigilar atentamente la sobrehidratación.

ANTITERMICOS

La dosificación se utilizará de acuerdo con lo establecido, para evitar la sobredosificación.

USO DE ANTIBACTERIANOS

Se utilizarán a las dosis y por las vías recomendadas en Pediatría.

- En la laringitis espasmódica no se usará antibacterianos.
- En la laringitis aguda infecciosa no se usará antibacterianos.
- En la epiglotitis hasta que lleguen los estudios bacteriológicos, siempre se usará de comienzo y por vía endovenosa: cloranfenicol o ampicillina o ambos durante no menos de 72 horas, se pasa después a la vía oral.
- Bronquiolitis. De rutina no se usarán antibacterianos. En los casos de síndrome de atrapamiento agudo de aire, grave en el lactante y difícil de diferenciar entre bronquiolitis, "bronconeumonía del lactante" y traqueobronquitis mucopurulenta, se utilizará antibioticoterapia, como lo establecido en la bronconeumonía.
- En la bronconeumonía o neumonía lobar:
  - Recién nacido: se recomienda uno de estos esquemas:
    Penicilina cristalina más kanamicina.
    Penicilina cristalina o ampicillina más gentamicina.
    Ampicillina más kanamicina.
  - De 1 a 6 meses,
    Meticilina, aunque pudiera utilizarse otro esquema que incluye penicilina cristalina más gentamicina en casos graves.
  - De 6 meses o más edad.
    Penicilina cristalina inicialmente, y después, entre las 24 y 48 *h* pasar a la penicilina procaínica.
- En los niños mayores de 1 mes de edad que no evolucionen satisfactoriamente con los tratamientos anteriormente citados hay que pensar en microorganismos resistentes a los antibacterianos utilizados (estafilococos o gérmenes gramnegativos), se recomienda hasta que se tenga el diagnóstico bacteriológico, los siguientes esquemas:
  Cefaloridina más cloranfenicol e.v.
  Kanamicina i.m. más cloranfenicol e.v.
  Fosfocina 100-200 *mg* · *kg* · *d* e.v. (recordar el alto contenido de sodio 1 *g* igual a 14,5 *m*Eq.).
- Recordar que cuando se usan aminoglucósidos no deben asociarse con cefaloridina (insuficiencia renal) o con furosemida (aumenta la ototoxicidad y nefrotoxicidad del aminoglucósido).
- Hay que tener en cuenta que la mayor parte de las bronconeumonías son de causa no bacteriana, sobre todo virales, y en donde existan recursos microbiológicos adecuados, los esquemas anteriormente recomendados no tendrán vigencia, por lo que en muchos de estos pacientes no se utilizará antibacterianos.

USO DE ESTEROIDES

No están indicados en las ERA de forma rutinaria.

En los casos severos de laringitis, laringotraqueítis y laringotraqueobronquitis en que se sospeche que además del factor infeccioso exista una hiperreactividad de las vías aéreas pudiera utilizarse en una o dos dosis ev. y vigilar la evolución.

- No se ha demostrado su utilidad en la bronquitis.
- No utilizar en las bronconeumonías o neumonías.

USO DE BRONCODILATADORES

- No se utilizará en las laringitis, laringotraqueítis y laringotraqueobronquitis infecciosa.
- En las bronquiolitis pudiera utilizarse cuando se sospeche que existe concomitantemente con la infección una hiperreactividad bronquial. Se prefiere la aminofilina por vía e.v. a la dosis de 4 *mg* × *kg* de peso × dosis cada 8 horas. Se puede utilizar disuelta en la venoclisis de 8 horas o bien esta misma dosis disuelta en 10 *mL* de dextrosa del 5 al 20 % y pasar lentamente en vena en no menos de 10 minutos.

Complicaciones

En las ERA se debe estar siempre atentos a las posibilidades de complicaciones, especialmente: derrames pleurales, abscesos pulmonares y miocarditis.

SINDROME COQUELUCHOIDE: QUE HACER

En el síndrome coqueluchoide (que es en realidad una afección respiratoria crónica, pero se incluye aquí por su frecuencia en nuestro país), el cual se debe a diversas causas, infecciosas o no infecciosas, hay que tener en cuenta varios aspectos:

- La gammaglobulina tipo *pool* o "corriente" y gammaglobulina hiperinmune antipertussis no son efectivas para la profilaxis o tratamiento de ningún cuadro coqueluchoide incluyendo el producido por la *Bordetella pertussis*.
- No existe un tratamiento específico, pero hay una serie de medidas a considerar:
  - Se ingresará a todo paciente menor de 1 año y en los mayores de esta edad se evaluará de acuerdo con la intensidad del cuadro, así como los factores sociales y ambientales.
  - La dieta total a ingerir se repartirá en pequeñas porciones administradas más frecuentes, para evitar grandes volúmenes de una vez. De presentarse vómitos por la tos después de la ingestión de alimentos, pueden ofrecerse los mismos al niño nuevamente.
  - Vigilar la posibilidad del desequilibrio hidroeléctrico y ácido-básico, sobre todo en el lactante.
  - En niños pequeños con crisis severa se valorará la utilización de oxígeno con atmósfera húmeda o no, de acuerdo con la necesidad y tolerancia. Evitar la temperatura fría, no menos de 25 °C dentro de la cámara.
  - Evitar las manipulaciones frecuentes del niño y el decúbito supino en el lactante.
  - Garantizar las aspiraciones sin abusar de las mismas.
  - Los antibacterianos no tienen efecto comprobado en el síndrome coqueluchoide en la fase espasmódica. Sólo tendrán indicación en los casos de infecciones bacterianas sobreañadidas.
  - No administrar antitusígenos por el peligro de atelectasia.

- En casos severos se puede utilizar el difenilhidantoinato de sodio a la dosis de 5 a 7 *mg* × *kg* de peso × día × vía oral o fenobarbital y por la misma vía. Recordar que sus efectos pueden no comenzar hasta alrededor de la semana, tener en cuenta las reacciones colaterales de estos medicamentos; el tratamiento se prolongará, de ser efectivo, durante 4 semanas.
- Se recomienda el control ambiental para suprimir los factores irritantes del árbol respiratorio.

Los pacientes ingresados por ERA de cualquier causa y que presenten obstrucción nasal o tos, serán tratados como se recomendó anteriormente. También se tendrá en cuenta no usar por inefectivos y hasta perjudiciales, los medicamentos señalados anteriormente.

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas
Dirección B M.N
CNICM INFOMED