

Infección Viral o Bacteriana?

Diferencia Entre la Teoría y la Práctica

Otávio Piltcher

Joana de tres años tenía un diagnóstico de infecciones respiratorias del tracto superior hace dos días y hoy llega al consultorio con secreción nasal purulenta, obstrucción nasal, dolor de garganta y dolor de oído. La pregunta es: cuál es la posibilidad de que sea la patología sea viral?

El papel del médico en un Cuarto de Urgencias o en el consultorio al atender a niños como Joana es el de buscar evidencias significativas que lo convencen de que no es más que un cuadro viral. Sin embargo, el abordaje en ese tipo de situaciones no es fácil. Desde el punto de vista teórico las evidencias dan mucha información y son tranquilizadoras con relación a la prevalencia y la historia natural de esos procesos. Y en la práctica se observa una gran inseguridad del médico y los familiares que se traduce en el uso indiscriminado de los antibióticos con o sin un diagnóstico de seguridad para su uso. Es posible que preguntas básicas sobre la prevalencia y la historia natural de esos procesos de infecciones respiratorias del tracto superior deban ser más orientadas y discutidas con la población. Por ejemplo, cuantas veces (estimativa) un niño presentará síntomas de infecciones respiratorias del tracto superior, por año? Ese tipo de información es esencial para el comienzo de una relación clara y tranquilizadora con la familia y el médico. Así como Joana, muchos niños en ese grupo de edad podrían presentar cuadros de infecciones respiratorias del tracto superior de seis a 12 veces al año. Esa elevada prevalencia de infecciones virales también indica que un niño inadecuadamente diagnosticado y una familia equivocadamente orientada en un primer episodio, podrán entrar en un círculo vicioso de búsqueda de atención de urgencia y uso de antibióticos. Quien debe orientar a los padres? Sin duda, nosotros los médicos. Desde el punto de vista teórico existen dos tipos de virus (VSR - virus sincicial respiratorio), virus de Influenza, Adenovirus, Rhinovirus, virus del resfriado común, etc.) que actúan sobre el epitelio respiratorio por inoculación de partículas o por el contacto por las manos. Esos microorganismos tienen un efecto muchas veces devastador sobre el epitelio dando síntomas y signos como los citados anteriormente. El hecho de que la respuesta inmune este alterada, la destrucción de los mecanismos locales de defensa como los cilios, la disminución de la actividad mucociliar y del *clearance* con el acúmulo de efusiones, facilitan las infecciones bacterianas. Sin embargo esa asociación no ocurre siempre. Otro aspecto que facilita que ocurran los procesos bacterianos en

la evolución de infecciones virales es el aumento de la expresión de los receptores de determinadas bacterias en el epitelio respiratorio y en el moco secretado. El aumento de la adherencia de las bacterias como el *Streptococcus pneumoniae* y el *Haemophilus influenzae* no debe ser interpretado longitudinalmente como una infección bacteriana. Con excepción de los niños menores de dos meses, los niños con alguna deficiencia de la inmunidad o con síntomas y signos obvios de una infección bacteriana (recaídas, secreción purulenta por más de 10 días, exámenes de sangre alterados) casos como el citado inicialmente o todavía no tan claros, deben ser considerados inicialmente como virales. Las infecciones virales duran alrededor de siete días y entre el cuarto y séptimo día comienzan a aparecer signos de mejoría. Puede haber gran variabilidad en la virulencia de esos microorganismos y en la susceptibilidad del hospedero, con compromiso mayor en el epitelio del tracto respiratorio y de esa forma con un periodo de convalecencia mayor de 14 a 21 días. Esas informaciones también deben ser conocidas por los familiares asociada a la orientación para que el niño sea vigilado en cuanto a la evolución de su estado general por la familia y, por el médico, si necesario. Debe dejarse muy claro que más importante que la presencia de una secreción verde amarillenta por algunos días, son los signos y síntomas de una recaída. La verdad es que la fiebre alta y la coloración de las secreciones son interpretadas por los padres como señales de infección que requiere antibióticos. La secreción verde amarillenta se debe al deterioro del polimorfonucleares y de sus enzimas. Las infecciones bacterianas causan secreción purulenta constante mientras que en las infecciones virales esta característica ocurre generalmente en la mañana debido a la estancamiento de secreciones durante la noche. En relación a la fiebre, debe especificarse que no siempre representa una enfermedad severa. De hecho ella refleja la intensidad de la respuesta inmune del individuo en la presencia de procesos inflamatorio debido a infección por virus o por bacteria. Las personas deben tener en mente que los niños pequeños generalmente tienden a tener fiebre alta debido a infecciones virales o bacterianas. La fiebre debe controlarse cuando es muy alta, no solo por la molestia que causa, pero también por el riesgo de convulsión. Este tipo de información puede calmar a la familia en el curso del tratamiento del paciente.

Hay dos preguntas importantes que deben responderse. Qué ocurriría si una infección respiratoria del tracto superior de etiología bacteriana (otitis media, rinosinusitis, amigdalitis etc.) no fuera diagnosticada por pocos días y cuál son las consecuencias de tratar una infección viral con antibióticos? Debemos pensar que cualquier niño con signos atípicos como son síntoma neurológico o de ventilación debe investigarse más a fondo para escoger el mejor tratamiento. En otra cuestión, entre las infecciones respiratorias, la complicación más común que generalmente lleva a un diagnóstico fallido son las otitis media aguda, rinosinusitis y faringoamigdalitis. Evidencias recientes muestran que inclusive en casos de rinosinusitis aguda bacteriana y otitis media hay un alto porcentaje de resolución espontánea (70-80 %). Inclusive en la faringoamigdalitis por el *Streptococcus pyogenes* del Grupo A (SGA) hay tiempo para prevenir las complicaciones no supurativas en caso de que demore el diagnóstico por lo menos 2-3 días. Otro

aspecto interesante es que no hay beneficios en el uso profiláctico de antibióticos en los casos de infección viral. El propósito principal de este artículo es el de estimular a los Proveedores de Salud a tratar los casos típicos de enfermedad viral como infecciones virales y guardar los antibióticos para las verdaderas infecciones bacterianas. El uso indiscriminado de los antibióticos es siempre dañino para el paciente debido a los efectos adversos y también son dañinos a la población en general por que las bacterias se hacen resistentes a las drogas. No hay fórmula mágica para saber cuando un niño con una infección viral desarrolla una infección bacteriana. Incluso algunos de los temas en ORL pediátrica más discutidos en nuestros días (si la otitis media aguda y la rinosinusitis deben o no ser tratadas con antibióticos) no parece ser un problema real. Si podemos diseminar por todo el mundo la idea de que solamente la otitis media bacteriana y rinosinusitis con gran índice de sospecha deben ser tratadas con antibióticos, estaríamos tomando un gran paso hacia el uso más racional de los antibióticos. Qué podemos hacer para disminuir la gran distancia entre la teoría y la práctica? Primero debemos tener en mente que la mejor manera de alcanzar las expectativas de los pacientes y su familia es mostrándole que estamos haciéndolo mejor que podemos bajo el conocimiento disponible. Además de eso debemos aprender a cómo manejar nuestras propias expectativas y nuestra habilidad para aceptar las fallas y los aciertos en nuestras decisiones. Desafortunadamente, aunque mucho menos común, todavía hay pacientes que deciden ir a ver a otro médico solo porque no recibieron una prescripción de antibiótico en una infección típicamente viral.

Lecturas recomendadas

1. Spurling GK, Del Mar CB, Dooley CB, Dooley L, Foxlee R. Delayed antibiotics for symptoms and complications of respiratory infections. *Cochrane Database Syst Rev.* 18;(4):CD004417, 2004.
2. Arrol B and Kenealy T. Antibiotics for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev.*;(3):CD000247, 2002.
3. Mohan S. et al. *Ann Clin Microbiol Antimicrob.* 14;3:11, 2004.
4. Schwartz B. Rinossinusite Viral ou Bacteriana: Secreção nasal aquosa e verde/amarela. Quando tratar? In: Sih T. *Infectologia em Otorrinopediatria.* Revinter, Rio de Janeiro 2001.
5. Piltcher O. Infecções Virais no trato respiratório superior e a Otite Média: qual a relação? In:Sih T. *Infectologia em Otorrinopediatria.* Revinter, Rio de Janeiro 2001.