

Optimización del Tratamiento de las Infecciones de las Vías Respiratorias Superiores

Tania Sih

Hasta hace cierto tiempo atrás los médicos valoraban la historia clínica para hacer el diagnóstico, con algunos datos epidemiológicos, y el examen clínico. Había una riqueza de datos clínicos objetivos y una pobreza de exámenes subsidiarios a su disposición. Hoy, vemos una oferta de exámenes de imagen y de laboratorio, inimaginable hace unas décadas, y sobretodo, razonablemente accesibles, dependiendo del local y de las condiciones del paciente. Este cambio llevó a muchos médicos a tratar conjuntos de exámenes subsidiarios, muchas veces pedidos en exceso, y dejaron de establecer los diagnósticos a través de los síntomas y signos del paciente. O sea: tratando exámenes y no a los pacientes. La facilidad y la rapidez para el solicitar exámenes ha llevado, a veces, a una anamnesis pobre, a pesar de que debería ser el ítem más importante.

En las inflamaciones agudas de las vías aéreas, los exámenes radiológicos, solicitados frecuentemente sin necesidad, no consiguen esclarecer la naturaleza de la infección, especialmente si es viral o bacteriana, y aún si el cuadro es alérgico. Esto se observa con mucha frecuencia en los niños que frecuentan las guarderías, donde las inflamaciones agudas de la vía aérea son repetitivas. La solicitud de exámenes tiende a resultar en la detección de alteraciones pequeñas e inespecíficas que inquietan a los familiares, y presionan al médico a realizar prescripciones de antibióticos, muchas veces innecesarias. Estas prescripciones son comunes para niños *con tos, obstrucción y/o secreción nasal de corta duración (resfriado), a veces porque el paciente tiene fiebre de un día o dos, inapetencia y dolor de garganta*. Los signos y síntomas de infecciones respiratorias virales, bacterianas y cuadros alérgicos se superponen innumerables veces, llevando al médico a prescribir fármaco(s) no siempre adecuados para el caso. La inducción al error medicamentoso ocurre del diagnóstico rebuscado. A veces, también ocurre lo contrario en los países en desarrollo. Médicos sin condiciones para realizar exámenes simples, como radiografías de tórax para confirmar una neumonía o un examen de orina para confirmar una infección urinaria, para tener un diagnóstico de certeza, tienden a utilizar antibióticos indebidamente. De modo general, en relación con las enfermedades respiratorias, tenemos un exceso de diagnósticos de infección bacteriana en tres situaciones: paciente que se queja de dolor de garganta, que recibe antibiótico para infecciones virales sencillas; hiperemia de

la membrana timpánica cuando el niño llora, llevando al diagnóstico de otitis y al uso de antibiótico; sinusitis diagnosticada a través de radiografía simple con aspecto inespecífico y, muchas veces transitorio durante la gripe (hasta velamiento es posible), llevando a la prescripción innecesaria de antibiótico. En estas tres condiciones clínicas de las vías aéreas superiores ocurre un aumento de medicaciones innecesarias: amigdalitis, sinusitis y otitis media aguda.

Amigdalitis

El dolor de garganta muchas veces se trata con anti-inflamatorios no esteroideos (AINES), cuando podría ser medicada con analgésico/antitérmico, con menos efectos colaterales y costo, como también, con menor posibilidad de enmascarar una infección bacteriana (sin reducir sus complicaciones), y colutorios.

La amigdalitis, en cerca del 75% de los casos en el grupo etario entre los dos y diez años, es de etiología viral. Solamente 25% de los casos son provocados por el *Streptococcus pyogenes* del grupo A, potencial causante de la enfermedad reumática y la nefritis¹. Solamente estos casos de amigdalitis deberían recibir antibiótico, pero generalmente, vemos exactamente lo contrario. Un trabajo de Bricks LF realizado con niños que frecuentaban guarderías en Sao Paulo, mostró que 75% de los niños recibían antibiótico cada vez que asistían al médico quejándose de dolor de garganta². Lo peor es que, aún así, cerca del 20% de las infecciones estreptocócicas (5% del total) erroneamente no fueran tratadas con antibiótico.

Para el diagnóstico etiológico definitivo de una amigdalitis causada por el GAS, el cultivo de la amígdala es el patrón oro, con aproximadamente 95% de seguridad en la identificación del GAS. Existen también las pruebas diagnósticas de detección rápida del grupo específico de carbohidratos de la bacteria, que incluyen el ensayo inmunoenzimático o prueba rápida (Quick Vue Strep A Test *). La orientación de la Academia Americana de Pediatría es la de emplear métodos microbiológicos, como estos dos últimos, para la detección del GAS³. El poner a disposición para el uso generalizado estas pruebas microbiológicas para el diagnóstico de faringitis constituye una eficaz estrategia diagnóstica eficaz, con buena relación costo-beneficio, y evita el uso excesivo de antimicrobianos⁴.

Sinusitis

El diagnóstico de sinusitis bacteriana aguda (SBA) se debe basar en criterios clínicos. La obstrucción y la secreción nasal acompañada de tos día y noche, que permanece por 10 días hace pensar en el diagnóstico, en especial cuando se precede de una infección de las vías respiratorias superiores⁵. La sinusitis bacteriana en la mayoría de los casos surge como complicación de un resfriado, pero a veces, el cuadro bacteriano es más precoz, pudiendo ser diagnosticado a partir del 4to día de IVAS con fiebre. El diagnóstico de SBA en el grupo etario pediátrico tiene mayor incidencia en niños con edad inferior a los seis años de edad, y es **clínico**, a través del conjunto de síntomas y signos. No hay necesidad

* Existe a disposición un Kit comercial - QuickVue+® Strep A de Quidel Corporation, San Diego, California, USA

de exámenes de imagen, como la radiografía simple de las cavidades nasales. La tomografía computarizada está indicada en los caso de complicaciones sinusales y recurrencia de los síntomas ⁶. Debe destacarse que el niño con cuadro de **resfriado puede presentar velamiento u opacificación de las cavidades paranasales en la radiografía simple**, desde los primeros días de la enfermedad determinado apenas por virus dentro de estas cavidades. La contaminación bacteriana de la cavidad sinusal aparece a posteriori. Entretanto, existe un número grande de casos en los cuales el médico trata con antibiótico esta radiografía y al paciente. El médico debe seguir la evolución del cuadro, y en la presencia de fiebre, tos diurna que empeora en la noche, obstrucción y secreción nasal verde/amarillenta persistente por 7-10 días, en cuando debe hacer el diagnóstico de sinusitis ya no viral, sino con un gran potencial de ser bacteriana y entonces tratarla con antibióticos, limpieza nasal y analgésico/antitérmico.

En el caso de obstrucción nasal persistente y recurrente, el diagnóstico también debe ser confirmado por la historia y examen físico cuidadosos, y eventualmente por exámenes subsidiarios específicos. Innumerables veces estos niños reciben fármacos como anti-inflamatorios, descongestionantes sistémicos, y corticoides orales, para el tratamiento de resfriados repetitivos con situaciones como asistencia a guarderías, casas frías, humo ambiental, natación en piscinas contaminadas, etc. Estos casos deben tener preferentemente una solución causal. La relación costo-beneficio de estos medicamentos, muchas veces innecesarios, debe ser tomada en cuenta. Naturalmente, después del análisis de los factores causales, la rinitis y la rinosinusitis con base atópica merecen la administración de fármacos específicos, como anti-histaminico, descongestionante sistémico y corticoide nasal.

Otitis media aguda

La otitis media aguda (OMA) es una de las infecciones más comunes en niños. Prácticamente todos los niños han tenido por lo menos un episodio al llegar a los tres años y el 20% de estos niños han tenido múltiples episodios a esta edad. Los lactantes con síntomas y signos de OMA presentan infección bacteriana en el 80% de los casos, y de esta manera deben recibir analgésico/antipirético y antibiótico que sea eficiente contra las tres bacterias (*S. pneumoniae*, *H. influenzae* y *M. catarrhalis*) que más comúnmente causan esta patología. Aunque hay varios antibióticos aprobados para la OMA, la amoxicilina es la droga de elección porque tiene una adecuada farmacocinética, espectro y costo reducido.

El problema es que la otoscopia, base del diagnóstico, no siempre se realiza adecuadamente, sea por el uso del otoscopio inadecuado, sin lámpara halógena, con espéculo de tamaño inadecuado, o por la presencia de cerumen en el conducto auditivo. Muchas veces el llanto del niño lleva a la hiperemia transitoria de la membrana timpánica.

En parte, el exceso de diagnósticos de otitis ha sido responsable por la confusión con relación a los beneficios del uso de antibiótico en la OMA. A esto se debe al actual entusiasmo por el tratamiento de la OMA basado apenas en el uso de sintomáticos; de otro modo, esta conducta también ocurre como tentativa de detener el aumento de la resistencia de las bacterias a los antibióticos. La tendencia actualmente es la de siempre tratar con antibióticos a los niños menores de 6 meses con OMA, y

solo evaluar la evolución de aquellos entre los 6 meses a los 2 años y que se les pueda hacer un seguimiento seguro, para tomar una decisión posterior de usar o no antibiótico⁷. Si los casos de OMA fueran bien diagnosticados, los antibióticos serían claramente beneficiosos, especialmente en grupos de riesgo bien definidos. Por otro lado, cada vez que utilizamos los antibióticos sin necesidad, estamos lentamente matando a los medicamentos y caminando rumbo a un período en que estos serán menos eficientes.

Conclusión

El niño con inflamación aguda de la vía aérea debe tener el diagnóstico basado esencialmente en la historia, con atención especial a los datos epidemiológicos y al examen físico. Es necesario instituir la evaluación rutinaria del estreptococo para el diagnóstico de faringitis bacteriana, a partir de los dos/tres años de edad, antes de recetar antibióticos. El diagnóstico de OMA debe tener criterio en el examen físico, que podrá ser repetido cuando sea dudoso. Los otros exámenes subsidiarios son ocasionales para la adopción de una conducta terapéutica basada en la evidencia.

La reevaluación del cuadro de IVAS debería ser obligatoria, pues durante la evolución es posible reorientar el caso cuando hubiese una equivocación en el diagnóstico inicial, y complicaciones posteriores, locales o sistémicas. Estas reevaluaciones, de modo general, pueden ser solamente clínicas, dispensando por ejemplo, el uso de radiografías de senos paranasales. La garantía de la reevaluación evolutiva ofrece mayor seguridad para el paciente, la familia y al propio médico, que pude a veces postergar el uso de los antibióticos.

Creo que nuestros esfuerzos deben enfocarse al desarrollo de criterios uniformes para el diagnóstico y la evaluación clínica de las infecciones respiratorias superiores en niños, e implantar esos criterios en nuevos ensayos, evaluándose los efectos de las diferentes estrategias de tratamiento. Es preciso identificar grupos de niños que se beneficiarían de los antibióticos o hasta de cirugías. Para conseguir esto, es necesario vencer diferencias culturales con relación a las infecciones de las vías respiratorias aéreas superiores, antibióticos y cirugías y desarrollar directrices de tratamiento basadas en la evidencia

Referencias bibliográficas

1. Zuquim SL. Diagnóstico Clínico e Laboratorial das Faringotonsilites estreptocócicas na Infância [dissertação]. São Paulo; Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo;1997.
2. Bricks LF; Leone, C. Utilização de medicamentos por crianças atendidas em creches. Rev Saúde Pública, 30: 527-35, 1996.
3. American Academy of Pediatrics. Group A Streptococcal Infections. In: Pichering LK Ed. Red Book: 2003 Report of the Committee on Infectious Diseases. 26th ed. Elk Grove Village (IL): American Academy of Pediatrics; p. 573-584.2003.
4. Schwartz B. Tonsilite Viral ou Bacteriana. In: Sih T. Infectologia Pediátrica.

- Revinter Ed, Rio de Janeiro. 2001:47-51.
5. American Academy of Pediatrics. Subcommittee on the Management of Sinusitis and Committee on Quality Improvement. Clinical Practice Guideline: Management of Sinusitis. *Pediatrics* 108:798-808. 2001.
 6. Sih T, Clement PAR. Pediatric Nasal and Sinus Disorders. Taylor and Francis Publishing, Boca Raton, FL. 2005.
 7. Dagan R, Wald E, Schilder A. A Otite Média Aguda Deve ser Tratada com Antibióticos? In: Sih T, Chinski A, Eavey R, Godinho RN. IV Manual de Otorrinolaringologia Pediátrica da IAPO. Lis Ed, São Paulo. 200-213.2006