

Farmacodivulgación

Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología

MANEJO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen la primera causa de atención en los servicios de salud. La mayoría son de causa viral y solo necesitan medidas generales y de sostén; no obstante, muchos médicos prescriben sin necesidad antimicrobianos, expectorantes, antitusivos y broncodilatadores que pueden interferir en la evolución del cuadro clínico.

PATOGENIA

En el niño la IRA se presenta con mayor frecuencia en los primeros años de vida y pueden ocurrir entre 4 y 6 episodios al año. Esto se debe a factores de tipo anatómico, así como a los mecanismos de defensa inmaduros o defectuosos. Existen factores de riesgo que predisponen o favorecen las IRA, algunos modificables y otros no, como son: edad, bajo peso al nacer, desnutrición, déficit inmunológico, hacinamiento, contaminación ambiental, uso de keroseno, humo del cigarro o tabaco (ya sea de forma pasiva o activa), así como la presencia de alguna enfermedad de base. El 90 % de las IRA, tanto altas como bajas son virales. El más frecuente en el niño menor de un año es el sincitial respiratorio (se encuentran además la influenza A, B, C, parainfluenza, adenovirus, rinovirus, coronavirus, enterovirus). Otros agentes causales son: bacterias, micoplasma pneumoniae, clamidias, rickettsias y hongos.

TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

- Reposo en fase aguda si los síntomas son intensos.
- Ingreso domiciliario u hospitalario si lo requiere el paciente
- Ingestión de abundantes líquidos
- Antipiréticos: el uso del ácido acetil salicílico (AAS) en niños puede ser peligroso en infecciones respiratorias de causa viral (sobre todo por el virus de la influenza y el de la varicela) por su relación directa con la etiopatogenia del síndrome de Reyé, razón por la que no se debe emplear en esos casos. Debe utilizarse el paracetamol o la dipirona a las dosis recomendadas.
- Antitusivos: solo se recomienda cuando la tos es seca y persistente que impide el descanso del paciente.

- Gotas nasales: se debe evitar uso excesivo, solo se recomienda suero fisiológico o clorobicarbonatado.
- Vaporizaciones i inhalaciones: no se debe añadir ninguna sustancia irritante o sensibilizante
- Si se sospecha un proceso infeccioso bacteriano, se aconseja el uso de antimicrobianos en dependencia del posible agente causal, según aparece en tabla.

TABLA. Utilización de antimicrobianos según agente causal

Proceso infeccioso	Gérmenes probables	Antibióticos de: 1ra. elección	2da. elección	Duración del tto. (1)
Faringoamigdalitis aguda	Estreptococo β-hemolítico	Bencilpenicilina procaínica: 500 000-1000 000 UI/d, por vía im.	Eritromicina Niños: 25-50 mg / kg/d	10 d Dosis única
		Bencilpenicilina benzatínica: Niños < 10 a o con menos de 30 kg de peso: 600 000 UI	Adultos: 250 - 500 mg cada 6 h, vía oral	10 d
	Niños > 10 a o con más de 30 kg de peso: 1 000 000 UI, por vía i.m. Fenoximetilpenicilina: Niños < 1 a 62,5 mg cada 6 h, 1 - 5 a 125 mg cada 6 h y > 6 a a 125 mg cada 6 h. Adultos: 250 - 500 mg cada 6 h, vía oral			
	Asociación de anaerobios	Bencilpinicilina procaínica: 500 000-1 000 000 UI/d, por vía i.m. Fenoximetilpenicilina: Niños< 1 a 62,5 mg 1 - 5 a 125 mg cada 6 h y > 6 a 125 mg cada 6 h. Adultos: 250 - 500 mg cada 6 h, vía oral	Eritromicina: Niños: 25-50 mg/kg/d Adultos: 250-500 mg cada 6 h, vía oral	10 d
	Candida	Nistatina: Aplicación tópica.		
Otitis media aguda (2)	Neumococo	Bencilpenicilina procaína: 500 000-1 000 000 UI/d por vía i.m. Fenoximetilpenicilina. Niños < 1 a 62,5 mg cada 6 h, 1 - 5 a 125 mg cada 6 h y > de 6 a 125 mg Adultos: 250 a 500mg cada 6 h vía oral	Eritromicina: Niños: 25-50 mg kg/d Adultos: 250 - 500 mg, vía oral	10-14 d
	<i>Haemophilus</i>	Amoxicilina: Niños: 20-40 mg/kg/d adultos: 250-500 mg cada 8 h , vía oral	Trimetoprima 80 mg más sulfametoxazol 400 mg vía oral	10-14 d
Otitis media crónica	<i>Pseudomona</i> <i>S. proteus</i> Otros	Requiere cultivo y antibiograma	Tetraciclina(3) 250-500 mg cada 6 h, vía oral	2-4 semanas

TABLA. Continuación

Proceso infeccioso	Gérmenes probables	Antibióticos de:		Duración del tto. (1)
		1ra. elección	2da. elección	
Otitis externa localizada	Estafilococo dorado	Oxacilina: Niños:50-100 mg /kg/d Adultos: 500-1000 mg cada 6 h, vía oral	Eritromicina: Niños: 25-50 mg/kg/d Adultos: 250-500 mg cada 6 h, vía oral	7 d
Otitis externa difusa(4)	<i>Ps. aeruginosa</i>	Acido acético al 2 %	Requiere cultivo y antibiograma	7 d
Sinusitis aguda	Neumococo	Bencilpenicilina procaína: 500 000- 1 000 000 UI/d por vía i.m. Fenoximetilpenicilina: Niños <1 a 62,5 mg cada 6 h, 1 - 5 a 125 mg cada 6 h y Adultos: 250-500 mg cada 6 h, vía oral	Eritromicina: Niños: 25-50 mg/kg/d Adultos: 250 - 500 mg cada 6 h, vía oral	10-14 d
	<i>Haemophilus</i>	Amoxicilina: Niños: 20-40 mg/ kg/d Adultos:250-500 mg	Trimetoprima 80 mg más sulfametoxazol 400 mg cada 12 h, vía oral	10-14 d cada 8 h,vía oral
Bronquitis crónica reanudación(5)	<i>Haemophilus</i>	Amoxicilina: Niños: 20,40 mg/kg/d Adultos: 250-500 mg	Trimetoprima 80 mg más sulfametoxazol 400 mg cada 12 h, vía oral Tetraciclina(3) 250-500 mg cada 6 h, vía oral	7 d cada 8 h, vía oral
	Neumococo	Bencilpenicilina procaína: 500 000- 1 000 000 UI/d, por vía i.m. Fenoximetilpenicilina: Niños <1 a 62,5 mg cada 6h, 1- 5 a 125 mg cada 6 h y > 6 a 125 mg cada 6 h Adultos: 250 - 500 mg cada 6 h, vía oral	Eritromicina: Niños: 25-50 mg/kg/d Adultos:250-500 mg cada 6 h, vía oral	7 d
Neumonía	Neumococo y otros gérmenes sensibles a las penicilinas	Bencilpenicilina procaína: 500 000- 1 000 000 UI/d por vía i.m.	Eritromicina: Niños: 25-50 mg/kg/d Adultos:250 - 500 mg cada 6 h, vía oral	7-10 d
	<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	Eritromicina: Niños: 25-50 mg/kg/d Adultos: 250-500 mg cada 6 h, vía oral	Tetraciclina(3) 250-500 mg cada 6 h, vía oral	7-10 d

- (1) Se debe tener en cuenta la evolución clínica en cada paciente individualmente.
- (2) En el examen otoscópico evolutivo (después de los primeros 15 d de tratamiento) si persiste el exudado residual, se debe mantener el tratamiento por 2 semanas más, hasta completar 1 mes. Si no se produce recuperación completa a los 2 meses, se considera que presenta una otitis crónica y debe ser remitido al especialista de Otorrinolaringología (ORL).
- (3) La tetraciclina está contraindicada en niños < 12 a y durante la gestación.
- (4) El tratamiento etiológico básico consiste en la aplicación tópica de antibióticos (neomicina más polimixina B. En caso de poder ser útil el tratamiento sistémico. Administrar analgésicos con antihistamínicos para el dolor.
- (5) En el broncópata crónico, la utilización de antibióticos puede estar justificada: en resfriado común por posible sobreinfección bacteriana; pacientes con reanudaciones frecuentes durante los meses invernales. El uso indiscriminado de antibióticos favorece la resistencia bacteriana.