

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS
EN EL NIÑO. TUBERCULOSIS PULMONAR.

— **Dr. José Luis González G.**

Médico Pediatra Neumonólogo.
Sanatorio Antituberculoso
de Maracaibo.

Para una buena orientación terapéutica, es necesario tener presente dos factores de mucha importancia como son la edad y el agente etiológico, los cuales desempeñan un papel decisivo en la evolución de las enfermedades.

Edad: El niño es un deficiente funcional; así, lo que ocurre en el lactante pequeño es siempre de mayor gravedad que las infecciones que tienen lugar en edades posteriores, después de los 2 años sobre todo, ya que en los primeros períodos de la vida hay una marcada tendencia a la generalización de las infecciones. No es infrecuente ver el toque simultáneo o sucesivo de todo el árbol respiratorio.

Etiología: En su mayor parte las infecciones de vías respiratorias están representadas por:

- a) Bacterianas
- b) Virales
- c) Por asociación

El Tratamiento de las Enfermedades Respiratorias Agudas, de origen viral, tiene poco valor, principalmente debido a la demora en obtener los resultados del Laboratorio. Por otra parte, habitualmente o frecuentemente se trata de afecciones combinadas, y es muy probable que la participación bacteriana sea la más importante en una infección bacterio-virósica; y por último, el consenso de la mayoría de los trabajos es que actualmente parece dudoso que alguna de las enfermedades virales sea susceptible de otro tratamiento que no sea el sintomático, con la excepción de las producidas por los virus del grupo Psitacosis - Ornitosis y las del grupo intermedio entre los virus y las bacterias, tales son las Rickettsias.

Los gérmenes que habitualmente hallamos en las afecciones respiratorias agudas son: el Neumococo, el Estafilococo, el Estreptococo β -hemolítico y el Hemophilus influenzae.

Como vemos la patología respiratoria bacteriana constituye un grupo bastante heterogéneo, no obstante ello, responden bastante bien a los diversos agentes terapéuticos actualmente conocidos. Así, la mayor parte de los estudios comparativos con diversos agentes terapéuticos en el tratamiento de las infecciones respiratorias, no revelan diferencias significativas. Sin embargo, resulta sin duda de importancia la escogencia

del antibiótico o quimioterápico a utilizar, ya que un fenómeno de amplia constatación universal es que el uso frecuente de antibióticos ha dado lugar a la aparición de poblaciones bacterianas resistentes. Así, drogas que resultaban muy eficaces en un comienzo han dejado de serlo por mutación del germen. El uso frecuente entre nosotros de la Penicilina, sola o asociada a la Estreptomicina, si bien ha disminuído la importancia del Neumococo en la patología respiratoria, ha acrecentado la intervención de una flora muy virulenta: el Estafilococo, con las desventajas de que éste no sólo es neumotropo sino también neurotropo. Igualmente se ha notado el incremento cada vez mayor de la intervención de otros agentes: hongos como las Monilias; parásitos como las Amibas, etc. y sobre todo, la Enfermedad a virus.

El origen de mutantes resistentes no sólo depende de los caracteres genéticos o constitución del germen, sino también del antibiótico en uso. Así, el Neumococo excepcionalmente da origen a mutantes resistentes; el Cloramfenicol y la Tetraciclina no son mutágenos, es decir no determinan la aparición de cepas bacterianas antibiótico-resistentes.

Terapéutica: Las infecciones respiratorias agudas podemos clasificarlas en 3 grandes grupos:

- I — Infecciones respiratorias superiores
- II — Laringitis
- III — Infecciones respiratorias inferiores

El primer grupo incluye las Rinitis, Faringitis, Amigdalitis, etc. Se aconseja en estos casos no usar antibióticos, sino hacer tratamiento sintomático. Sólo en casos de mayor gravedad, si se considera indispensable el antibiótico o quimioterápico, debe recurrirse a la Penicilina o al grupo de las Sulfas. La penicilina a las dosis de 60.000 U. a 100.000 U. kilo-día, vía oral o parenteral. De las sulfas son recomendables la Sulfadiazina, o el Sulfisoxazol (Gantrisin) a las dosis de 0,2 grs. kilo-día; o bien las del grupo de acción prolongada como la Sulfametoxipiridazina o Acetilsulfametoxipiridazina (Lederkin o Midikel). La dosis recomendada por la mayoría de los autores es de 40 a 50 mgrs. kilo-día, vía oral, durante las primeras 24 a 72 horas, reducidas luego hasta unos 25 a 30 mgrs. kilo-día.

En el segundo grupo, el problema es diferente pues aún en las formas más leves, provocan trastornos en la mecánica de la ventilación pulmonar, y que al prolongarse sobre todo en el niño pequeño puede resultar peligroso. De allí que se impone resolver el problema lo más antes posible. Se recomienda el uso de la Penicilina sola o asociada a las Sulfas, a las dosis habituales, más un antihistamínico o corticoide, según el cuadro clínico.

Infecciones respiratorias inferiores: incluyen las Bronquitis y las Neumopatías; éstas, bien con lesión predominantemente parenquimatosas, unifocal o multifocal (neumonía o bronconeumonía) o bien con lesión de predominio mesenquimatosa o estroma pulmonar (neumonía atípica primaria o neumonitis).

Infecciones neumocócicas: El medicamento de elección es la Penicilina oral o parenteral según el cuadro clínico. Cuando el paciente

tiene hipersensibilidad a la Penicilina, se pueden emplear otros antibióticos o quimioterápicos: las del grupo Sulfas a las dosis habituales, o las del grupo de las Tetraciclinas (oxitetraciclina: Terramicina; Clorotetraciclina: Aureomicina; y la tetraciclina: Acromicina), son generalmente tan eficaces como la Penicilina. En la neumonía neumocócica no son necesarias las combinaciones de antibióticos. La dosificación de las Tetraciclinas recomendadas por la mayoría de los autores es de 30 a 50 mgrs. kilo-día, distribuidos en 4 tomas, una cada 6 horas, por la boca, o en cantidad equivalente por vía parenteral.

Infecciones estafilocócicas: Como la mayoría de las cepas de micrococos pueden dar origen a mutantes resistentes a casi todos los antibióticos actualmente en uso, para que el tratamiento tenga éxito es esencial aislar el germen y determinar su sensibilidad. Se aconseja tratar al paciente con no menos de 2 de los antibióticos a los que sea sensible el germen. Los diversos trabajos similares coinciden en que el Estafilococo aureus, coagulosa positiva es sensible a la Eritromicina, Novobiocina y al Cloramfenicol. En los antibiogramas realizados por nosotros (Sanatorio Antituberculoso de Maracaibo) encontramos casi siempre cepas susceptibles al Cloramfenicol. La sensibilidad a otros antibióticos quimioterápicos es variado e inconstante. La dosis de cada uno de estos bacteriostáticos es de 30 a 50 mgrs. kilo-día. En las infecciones severas es posible aumentar, durante uno a dos días, la dosificación hasta 100 mgrs. kilo-día, disminuyendo luego hasta la dosis habitual. El uso del Cloramfenicol en recién nacidos, y sobre todo en prematuros, ha sido limitado por su acción tóxica medular. Cuando el micrococo resulta sensible a los antibióticos bactericidas: Penicilina, Bacitracina, Kanamicina y Estreptomina, éstos son los agentes de elección. La Penicilina es mejor emplearla en grandes dosis. Con la Bacitracina y Kanamicina (Kantrex) en afecciones respiratorias agudas no tenemos experiencia. La Bacitracina se puede administrar intramuscularmente en dosis divididas de 1.500 a 2.000 U. por kilo-día.

Infecciones a Estreptococo β -hemolítico: se tratan como las neumococcias no complicadas.

Infecciones por el bacilo de la gripe o Hemophilus influenzae. Es un germen patógeno en los lactantes y niños pequeños, pero raro después de los 6 años de edad. El Hemophilus influenzae es sensible a varios antibióticos: Estreptomina, Cloramfenicol y grupo de Tetraciclinas y resistente a la Penicilina y grupos de Sulfas.

— TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS EN EL NIÑO —

Podemos clasificar la TBC., desde el punto de vista terapéutico en 2 grandes grupos:

- I — TBC. activa sin localización evidente
- II — TBC. progresiva

El primer grupo incluye: 1). niños (cualquiera que sea su edad) con viraje reciente a PPD. positivo. 2). Niños menores de 5 años con PPD positivo, no atribuible a BCG. En estos casos la mayoría de

los autores recomiendan el tratamiento con hidrazida del ácido isonicótico (Nicetal) a la dosis de 10 mgrs. kilo-día.

En el segundo grupo, está formalmente indicada la cura con no menos de 2 tuberculostáticos. Siempre debe iniciarse el tratamiento con las drogas llamadas de primera línea: 1. Estreptomina. 2. PAS. 3. Nicetal. No existe acuerdo acerca de cuál sea la combinación más eficaz. La isoniazida deberá ser el medicamento de base en todo esquema terapéutico que formulemos.

Estreptomina: Dosis mínima útil o habitual, 25 a 30 mgrs. kilo-día vía intramuscular.

Dosis máxima o intensiva, 50 a 60 mgrs. kilo-día. No pasar de 1 gr., calculada la dosis.

Acido paraaminosalicílico (PAS): Dosis mínima, 0,20 grs. kilo-día, vía oral. Dosis máxima, 0,30 grs. kilo-día. No pasar de 10 grs. calculada la dosis.

Isoniazida: Dosis mínimo, 10 mgrs. kilo-día, vía oral. Dosis máxima 20 a 30 mgrs. kilo-día. No pasar de 600 mgrs. calculada la dosis.

En la Primoinfección TBC. común: se aconseja cura doble asociada; la más usada es la combinación PAS más Hidrazidas (HAIN) a las dosis habituales.

En la TBC hematógena: Meningoencefalitis, miliar pulmonar, etc. Se recomienda cura triple asociada intensiva.

En la forma progresiva complicada: Tisis primaria, Fístula gangliobronquial, etc., se indicará cura triple a las dosis habituales o intensiva, según el cuadro clínico. Actualmente disponemos de muchos otros medicamentos tuberculostáticos, pero de importancia secundaria: 1. Oxamincina (cicloserina), 2. Viomicina, 3. Tiosemicarbarzona (TBI). Piracinamida, etc. El uso de estas drogas está justificado sólo en los casos de resistencia clínica a los medicamentos principales. Hay poca experiencia de ellas en TBC infantil. La que más hemos usado es la cicloserina a la dosis de 15 mgrs. kilo-día, vía oral. El TBI es de buenos efectos en la TBC del árbol bronquial y Tractus gastrointestinal.

PREGUNTA:

¿Cuándo indicaría la vía intratecal para la administración de Isoniazida o Estreptomina en la Meningitis tuberculosa?

RESPUESTA:

La indicación de la vía intratecal está cada día más en desuso, sobre todo desde la aplicación de los corticoides en TBC.

PREGUNTA:

¿Si la Estreptomina debe usarse cada 6 horas, en qué se basa la aplicación de la Estreptomina cada 3 días en el tratamiento antituberculoso?

RESPUESTA:

Usamos la Estreptomicina en dosis única cada 24 ó 72 horas, en razón de la capacidad de multiplicación o ciclo vital del Bacilo de Koch que dura 72 horas.

Sólo se aconseja distribuir la estreptomicina en 2 dosis cuando calculada ésta, alcanza la cantidad tope recomendada, o sea 1 gr.

PREGUNTA:

¿Convendría precisar el ritmo de administración de la Estreptomicina en la Primoinfección Tuberculosa tanto en las infecciones Progresivas, como en las simples infecciones sin localizaciones evidentes, si es que en este último caso existe indicación para su uso?

RESPUESTA:

La estreptomicina está formalmente indicada en las formas graves, o complicadas de la Primoinfección Tbc.: Meningoencefalitis, Miliar pulmonar, etc. En cuanto al ritmo, se usa inicialmente diaria por un período usualmente de 3 semanas. Nosotros la hemos usado supeditada a la evolución clínica por un período hasta de 6 meses o más, y posteriormente, cada 72 horas.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

1. — Díaz de Rekarte J. M. Urdaneta Eddo, etc.- Estafilococcias pleuro pulmonares. Arch. Ven. Puer. Ped. Enero - Junio 60.
 2. — Austrian R.- Estado actual del tratamiento de las neumonías. Progr. Terap. clínica. Vol. XI 58.
 3. — Latuff H.- Nuevos agentes antimicrobianos. Bol. Soc. Med. De los Ríos J. M. Abril - Junio 61.
 4. — Taylor W. C. y Read.- Estudio de la enfermedad respiratoria aguda en la niñez.- The Jour. of Ped. Vol 50, N° 6, págs. 679, 1957.
 5. — Cooper Merlin L. y Keller.- Infecciones estafilocócicas graves en niños pequeños. Ped. Panam. Julio - Agosto 58.
 6. — García Medina N.- Neumopatías agudas del lactante. Rev. Soc. Colom. Ped. Puer. Mayo 62.
 7. — Avistía A.- Las bronconeumonías graves del lactante y sus complicaciones. Rev. Soc. Colom. Ped. Puer. Enero - Julio 61.
 8. — Urdaneta Eddo.- Tratamiento de la tuberculosis en el niño. Arch. Ven. Puer. Ped. Julio - Septiembre 56.
 9. — Sheehy Th. F.- Estado actual del tratamiento farmacológico de la tuberculosis pulmonar. Amer. Practit. and Digest Trat. 1957.
 10. — Vizcarrondo E., etc.- La Meningitis tuberculosa en el Hospital. De los J. M. Arch. Ven. Puer. Ped. Abril - Junio 55.
 11. — Alonso Aurelia.- Diagnóstico, clínica y tratamiento de la Primoinfección Tuberculosa. Anales Nestle: N° 70, pág. 3.
-

Ricardo Bright

1789-1858

Uno de los clínicos más relevantes del siglo XIX en el mundo entero. Su principal mérito reside en el hecho de haber diagnosticado los trastornos renales que dan origen a los edemas y cuya fisiopatología trató de poner en claro.

En su homenaje, las enfermedades edematosas de origen renal se llaman "brighticas". Fue muchas veces laureado por sus trabajos clínicos.