

INFECCIONES DE VIAS RESPIRATORIAS MAS FRECUENTES

CONTROVERSIAS CLINICAS EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO
DE INFECCIONES DE VIAS AEREAS SUPERIORES

DR. DIEGO BATTAGLIA VELAZQUEZ
CONGRESO MEDIG LEON 2011

RESFRIADO COMÚN

Generalidades

- Usualmente es una enfermedad auto limitada.
- Provoca ausentismo escolar y complicaciones como sobre infecciones bacterianas.
- Juegan un papel importante en exacerbaciones del asma y resultan en morbilidad importante en los niños.

West JV. British Medical Bulletin
2002;61: 215-230

Generalidades

- Dos billones de dólares al año en preparados comerciales.
- De tres a ocho episodios por año (aunque 10-15% experimentan 12 episodios al año, principalmente atendidos en guarderías)

West JV. British Medical Bulletin
2002;61: 215-230

Etiología

Virus	% de casos anuales
Rinovirus	40
Coronavirus	10
VSR	10-15
Parainfluenza	10-15
Influenza	10-15
Otros	5
No especificado	20-30

Treanor JJ et al. *Textbook of Respiratory Medicine*, 3rd edn. Philadelphia, PA: WB Saunders, 2000

Cuadro Clínico.



- Rinorrea, odinofagia, tos, fiebre, mialgia: 7 días.
- Descarga mucopurulenta: hasta 2 semanas.
- Niños: inicio asociado más a fiebre alta, irritabilidad y obstrucción nasal que afecta la alimentación y el sueño.

West JV. British Medical Bulletin
2002;61: 215-230



Controversias del manejo

- Pocas condiciones en medicina tienen tantas opciones de manejo ineficientes!
- Los estudios que han evaluado opciones de tratamiento incluyen: manejo sintomático, agentes farmacológicos y antivirales.
- La mayoría en adultos y se basan en mediciones subjetivas y algunas objetivas que requieren mucha cooperación.

West JV. British Medical Bulletin 2002;61: 215-230



Antihistamínicos y vasoconstrictores

- 40% de los catarros comunes en niños se tratan con medicamentos de uso comercial que en su mayoría incluyen antihistamínicos y vasoconstrictores (Kogan, 1994).
- La mayoría de estas presentaciones no han demostrado efectos en pre- escolares aunque si tienen efectos secundarios (Clemens, 1997).



Antihistamínicos y vasoconstrictores

- Los antihistamínicos de primera generación han mostrado efectos a favor en adultos mas no así en niños.
- Los vasoconstrictores tienen buena respuesta en adultos y en niños, aunque en estos últimos con algunos efectos secundarios (Taverner, 2000).

Antibióticos.

- No modifican la evolución ni el pronóstico, además no protegen de IVRB (Arrol, 2000).
- Predisponen a colonización de naso faringe con gérmenes resistentes como neumococo (Dowell, 1998).

Otras Terapias

- Vitamina C.
 - No previene casos nuevos. En 8-9% de los casos acorta la duración del episodio (Douglas, 2000).
- Zinc.
 - Un estudio en escolares no demostró mejoría de síntomas ni acortamiento de la duración (Janosky, 1998).
- *Echinacea*.
 - Los estudios no son concluyentes debido a la heterogeneidad de las preparaciones y diseños metodológicos.

Tos

- No existen evidencias de que los medicamentos de libre venta empleados para tratar la tos en IRAs sea benéfico.
- Los antibióticos no son mas eficaces que el placebo en el tratamiento de la tos aguda
- La tos, en ausencia de sibilancias es mas probablemente debida a sensibilidad incrementada del reflejo tusígeno durante una infección respiratoria que a asma.

Revisión Sistemática.

Autor y año	Estudio	Resultados	Comentario
Arrol, 2002.	MA 9 EC. Niños y adultos. AB vs placebo.	Sin utilidad, efectos secundarios.	No se justifica usar AB.
Fahey, 1998.	RS 10 EC. Niños. AB vs placebo.	Sin diferencia (eficacia, complicaciones y efectos adversos).	No se justifica usar AB.
Cohen, 2000.	EC. Niños. Programa educativo.	No cambios clínicos, menores costo (menos uso de AB).	Aun menos costo considerando menor resistencia.

Faringoamigdalitis

Generalidades.

- La mayoría de las veces se auto limita.
- Alta morbilidad, ausentismo escolar y pérdida económica.
- Causa muy frecuente de consulta general.

West JV. British Medical
Bulletin 2002;61: 215-230

Diagnóstico.

- La correlación Clínica- Etiología no siempre es buena.
- Cultivo
 - Poco sensible y específico.
 - No correlaciona bien con síntomas.
- Prueba rápida seguida de Cultivo.
 - Sensibilidad de 90-100%.



West JV. British Medical
Bulletin 2002;61: 215-230

Manejo.

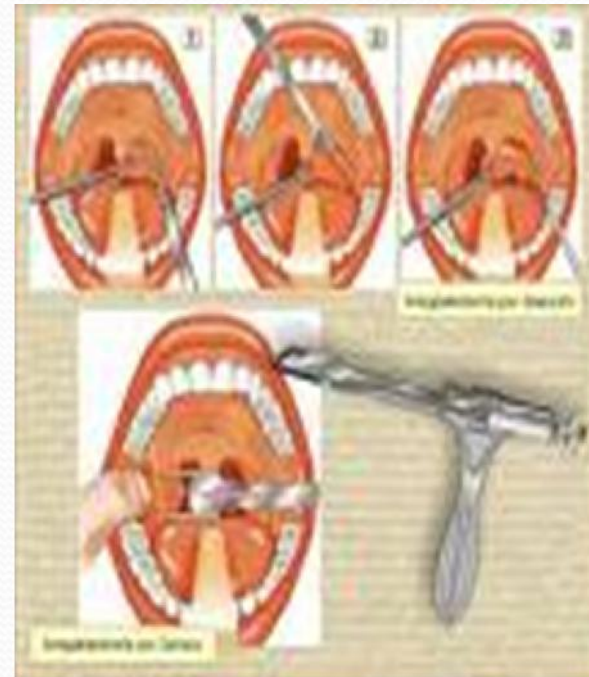
- La mayoría solamente requerirán analgésicos.
- Dado que a mayoría son virales, sobre todo en menores de 3 años, no se emplean los antibióticos de manera rutinaria.
- No hay datos que demuestren que el empleo temprano de antimicrobianos en cuadros agudo previene la FR o complicaciones supurativas (Schwartz, 1998).

Manejo de cuadros recurrentes

- No Asociado a EBHGA.
 - No hay datos que apoyen el uso de antibióticos.
- Asociado a EBHGA.
 - Los antibióticos pueden reducir la frecuencia y el número de episodios, en esquemas de 10 días.
 - Usar macrólidos, cefalosporinas o clindamicina podría permitir esquemas mas cortos con intervalos de dosis más amplios (Schwartz, 1998).

Cirugía.

- Complicaciones en 1-2 %.
- Mejora:
 - Número de episodios.
 - Estado general.
 - Crecimiento.
- Considerarla cuando
 - 6-7 episodios en 1-2 años.
 - Sin respuesta a antibióticos.
 - Previo a realizarla considerar esquemas de erradicación.



Revisión Sistemática.

Autor y año	Estudio	Resultados	Comentarios
Del Mar, 2004.	MA 26 EC. Adultos. AB-placebo.	Modesta mejoría en síntomas. Alto NNT par evitar complicaciones supurativas.	Muestras heterogéneas. Estudios muy antiguos.
Lan, 2000.	MA 6 EC. Niños. Amoxicilina o penicilina distintos intervalos.	Esquemas 2 al día igual de eficientes, no así 1 al día.	Mala calidad algunos estudios, pero si es razonable uso 2 al día
Tsevat, 1999.	Estudios coste efectividad. Niños	Mayor costo beneficio=cultivo. Para padres=tx empírico	No generalizable.

Otitis

Generalidades.

- Inglaterra: 31 de cada 1000 niños menores a 5 años acuden a consulta general por esta condición.
- Causa principal de visita al médico (18%) en los EUA.
- Los dos principales picos de incidencia son a los dos y a los cinco años.

Etiología.

- Guardería y contacto con otros niños: factores asociados con OMA, OMR, OME (Daley, 2000; Uharı, 1996).
- Lactancia materna exclusiva durante 3-6, factor de protección (Uharı, 1996).
- Tabaquismo:
 - OR :1.48 OMR, 1.38 OME, 1 OMA (Strachan, 1998).
 - Asociación entre consumo prenatal, OMA y cirugía temprana (Stathis, 1999).

Etiología.

- Neumococo.
- *H. influenzae* no tipificable.
- *Moraxella catarrhalis*.
- Cada vez se reconoce más el papel de los virus.

West JV. British Medical
Bulletin 2002;61: 215-230

Etiología.

Prevalencia de virus respiratorios en líquido de oído medio en 456 sujetos con OMA

Virus	Número
VSR	65
Parainfluenza	29
Influenza	24
Enterovirus	27
Adenovirus	23

Heikkinen T. N Engl J Med 1999; 340: 260–4

Antibióticos en Otitis Media.

- Aunque su uso varía desde 31% en Holanda hasta 86-98% en países como EUA e Inglaterra, las tasas de complicaciones son muy similares (Bitnun, 1998).
- Papel muy modesto en la resolución de síntomas, aunque favorece resistencias.
- El uso sistemático de antibióticos tampoco parece disminuir las complicaciones a largo plazo

West JV. British Medical Bulletin
2002;61: 215-230



Antibióticos en Otitis Media.

- La mayoría de los casos de OMA resuelven espontáneamente, sin embargo si se espera un riesgo elevado de complicaciones, la amoxicilina es la droga de elección.
- Si no está complicada: cursos cortos de 5-7 días, excepto en menores de 2 años.



Antibióticos en Otitis Media.

- Sin embargo:
 - Un estudio reciente de Damoiseaux (2000) demostró que, después de 4 días de tratamiento, los antibióticos se asociaron a disminución de síntomas; sin embargo, no hubo diferencias entre tratamiento y placebo a los 11 días y la presencia de exudado a las 6 semanas.

Manejo de las Recurrencias.

- Por lo menos 3 episodios en un año, sin evidencia de exudado entre ellos.
- El efecto de los antibióticos es controvertido (si acaso en menores de 2 años).
- Una alternativa son los tubos de ventilación, sobre todo en casos con disminución de la audición o problemas de lenguaje.

Timpanostomía.

- Indicaciones actuales:
 - OME.
 - OM recurrente
 - Disfunción de trompas de Eustaquio
- En un estudio reciente (Rovers, 2001) los tubos de ventilación no mejoraron la calidad de vida en niño con OME persistente



Vacuna de Neumococo.

- Las nuevas vacunas conjugadas de neumococo parecen reducir la OM neumocócica, sin embargo, tienen un efecto modesto en la incidencia de OMA diagnosticada clínicamente.

Revisión Sistemática

Autor y año	Estudio	Resultados
Glasziou, 2003.	MA 10 EC. Niños. AB vs placebo.	NNT 15, recuperación espontánea 80%.
Kozyrskyj, 2002.	MA 32 EC. Niños. AB Ciclos cortos vs largos.	A los 8-19 días a favor de ciclos largos 7,8 % Similar efectividad a los 20-30 días.
Marcy, 2001.	MA 9 EC. Niños. Amoxicilina vs placebo y vs otros AB.	Mejor que placebo, pero no mejor que otros AB.
Rosenfield, 1994.	MA 33 EC. Niños. Distintos AB entre si y vs placebo.	NNT 7, sin diferencia entre AB.
Takata, 2001.	RS (74 EC y 6 cohortes). Niños. Distintos AB entre si y vs placebo	Mejoría sin antibióticos 19%, con antibióticos del 12%. No hay diferencias entre antibióticos.

Revisión Sistemática

Autor y año	Estudio	Resultados
Damoiseaux, 1998.	RS 6 EC. antibiótico (\pm miringotomía) vs placebo (\pm miringotomía) vs sintomático	Sin diferencias con AB.
Kozyrskyj; 1998.	MA 30 EC. Ciclo corto vs largo.	Sin diferencias.
Kawalski, 2001.	Ensayo Clínico. Azitromicina vs claritromicina, amoxicilina clavulanato	Mejor con azitromicina.
Oh, 1996.	Estudio Costo Beneficio.	Cefaclor el mayor costo efectividad

Conclusiones.
Bibliografía.

Conclusiones.

- No se recomiendan antibióticos rutinarios EN RFA, DA y OMA
- Tos en ausencia de sibilancias se debe más a incremento en sensibilidad del reflejo tusígeno que a asma.
- Los efectos de los tubos de ventilación en otitis media persistente secretoria son controvertidos; vigilar al menos 3 meses
- Vacuna neumocócica conjugada: no efecto en las OMA diagnosticadas clínicamente.

Referencias.

- Arroll B, Kenealy T. Antibiotics for the common cold (Cochrane Review). In: Oxford: The cochrane Library, Issue 2, 2000.
- Bitnun A, Allen UD. Medical therapy of otitis media: use, abuse, efficacy and morbidity. *J Otolaryngol* 1998; 27 : 26–36.
- Clemens CJ, Taylor JA, Almquist JR, Quinn HC, Metha A, Naylor GS. Is an antihistaminedecongestant combination effective in temporarily relieving symptoms of the common cold in pre-school children? *J Pediatr* 1997; 130: 463–466.
- Daley KA, Geibank GS. Clinical epidemiology of otitis media. *Pediatr Infect Dis* 2000; 19:31–36.
- Damoiseaux RA, van Balen FA, Hoes AW, Verheij TJ, de Melker RA. Primary care based randomised, double blind trial of amoxicillin versus placebo for acute otitis media in children under 2 years. *BMJ* 2000; 320: 350–354.
- Douglas RM, Chalker EB, Treacy B. Vitamin C for preventing and treating the common cold (Cochrane Review). In: Oxford: *The Cochrane Library, Issue 2, 2000*.
- Dowell SF, Marcy SM, Phillips WR, Gerber MA, Schwartz B. Principles of judicious use of antimicrobial agents for pediatric upper respiratory tract infections. *Pediatrics* 1998; 101: 163–165.
- González DJ, Ochoa SC, Álvarez CG. Manejo racional de la antibioterapia en las infecciones otorrinolaringológicas en la infancia: revisión crítica de las mejores pruebas científicas. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2006; 57: 66–81.
- Heikkinen T. Role of viruses in the pathogenesis of acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 2000; 19: 817–823.
- Janosky J, Wald E. Zinc lozenges for treating the common cold in children: a randomised controlled trial. *JAMA* 1998; 279: 1962–1967.

Referencias.

- Kogan MD, Pappas G, Yu SM, Kotelchuck M. Over-the-counter medication use among US preschool- age children. *JAMA* 1994; 272: 1025-1030
- Rovers MM, Krabbe PFM, Straatman H, Ingels K, van der Wilt G-J, Zeilhuis GA. Randomised controlled trial of the effect of ventilation tubes (grommets) on quality of life at age 1-2 years. *Arch Dis Child* 2001; 84: 45-49.
- Schwartz B, Marcy SM, Phillips WR, Gerber MA, Dowell SF. Pharyngitis – principles of judicious use of antibiotics. *Pediatrics* 1998; 101: 171-174.
- Stathis SL, O’Callaghan DM, Williams GM, Najman JM, Andersen MJ, Bor W. Maternal cigarette smoking during pregnancy is an independent predictor for symptoms of middle ear disease at five years post delivery. *Pediatrics* 1999; 104: 16.
- Strachan DP, Cook DG. Health effects of passive smoking. 4. Parental smoking, middle ear disease and adenotonsillectomy in children. *Thorax* 1998; 53: 50-56.
- Taverner D, Bickford L, Draper M. Nasal decongestants for the common cold (Cochrane Review). In: Oxford: The Cochrane Library, Issue 2, 2000
- Treanor JJ, Hayden FG. Viral infections. In: Murray JF, Nadel JA, Mason R, Boushey HA. (eds) *Textbook of Respiratory Medicine*, 3rd edn. Philadelphia, PA: WB Saunders, 2000.
- Uhari M, Mantysaari K, Neimela M. A meta-analytic review of the risk factors for acute otitis media. *Clin Infect Dis* 1996; 22: 1079-1083.
- West JV. Acute upper airway infections. *British Medical Bulletin*. 2002;61: 215-230.

XIX CONGRESO NACIONAL DE MÉDICOS GENERALES MEDIG LEÓN 2011



Para más información del Congreso:

- Colegio de Médicos Generales de Guanajuato, A.C.

www.medigleon.org

- TELYAN Event Management

www.telyan.com