

Problemas del manejo de las infecciones respiratorias agudas

*Dr. Hobart Reimans (**)*

Inició su presentación informando que las enfermedades más frecuentes en los Estados Unidos del Norte son las que se consignan en el siguiente cuadro:

Infecciones menores del tracto respiratorio	251
Accidentes	47
Enteritis	38
Rubéola	15
Alergia	12
Artritis	10
Cefalea	9
Apendicitis	8
Varicela	8

En razón de ello es que escogió como tema de presentación a las enfermedades que encabezan esa lista. Antes de venir a Honduras fue preguntado por qué iba a hablar sobre el catarro común en este Congreso ya que los países centroamericanos son semitropicales y, por tanto, no padecían estas infecciones; él les contestó que en estos países la afección era tan frecuente como en las zonas templadas, dato que le ha sido confirmado en su corta permanencia en Honduras.

Manifestó que era un hecho que nadie sabe lo suficiente del catarro común, ni como prevenirlo ni como tratarlo. A esta infección no se le presta la adecuada atención que no es peligrosa por sí misma, a menos que el paciente tenga otra enfermedad crónica intercurrente que precipita o se complica con neumonía bacteriana.

Si se analiza la etiología de los catarros comunes se constatará que un 85% del grupo es producido por virus filtrables que, unido a un 4% de faringitis virales, casi constituye un 90% la causa viral; esta gran mayoría de enfermedades infecciosas respiratorias agudas no debe ser tratada con antibióticos. Sólo un 1% de las faringitis son causadas por el estreptococo hemolítico, que sí es tributario del tratamiento con penicilina. La neumonía viral es 5 veces más frecuente que la neumonía bacteriana (neumocócica); de ahí surge otra razón por la que no todas las infecciones respiratorias agudas deban ser tratadas con antibióticos.

Consideró necesario conocer cuanto se sabe desde 1956 sobre la etiología de las infecciones agudas del tracto respiratorio y para ello proyectó una transparencia en que se condensaban las causas reconocidas de resfriados comunes y de neumonías virales:

Conferencia dictada en el XV Congreso Médico Nacional, Tegucigalpa, D. C. grabada y traducida por el Dr. Silvio R. Zúñiga. Infectólogo de la Universidad de Pensilvania, Filadelfia.

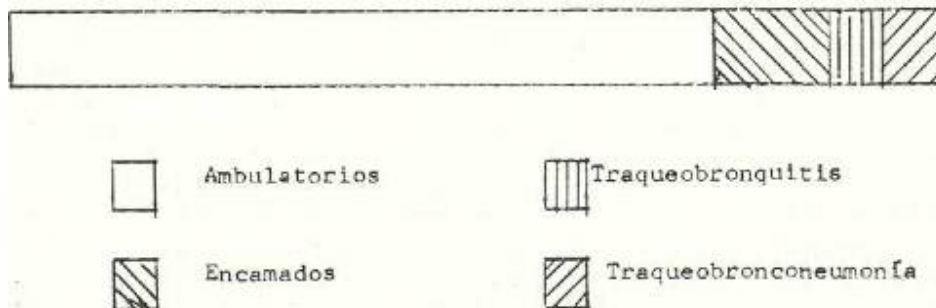
Mixovirus	Sarampión, varicela
Influenza A, B, C	Coxsackie A B
Parainfluenza 1, 2, 3, 4	Echo + 28 tipos
Sincitios respiratorios	
Adenovirus + 28 tipos	Virus citomegálicos
Rinovirus + 100 tipos	Mycoplasma pneumoniae
Reovirus, 1, 2, 3	Besonia (Psitacosis)
Coronavirus	Fiebre Q

Los rinovirus son los agentes causales del catarro común y sospeché que probablemente todos los congresistas han tenido una infección de esa naturaleza. Los dos últimos de la lista de la derecha son agentes causales de reciente descubrimiento. Manifestó que la neumonía viral no era más que la forma más severa de cualquiera de estas infecciones y que, por lo tanto, no debían considerarse como una infección diferente que complica a la otra. Los catarros y neumonías que acompañan al sarampión y a la varicela son causados por los virus que se detallan en la lista de la izquierda. Informó que los 3 últimos de la lista de la izquierda no eran virus sino una diferente clase de microbios que sí son susceptibles de ser tratados con antibióticos, especialmente tetraciclinas.

En un estudio comparativo efectuado el año pasado, se comprobó que en los adultos la infección por *Mycoplasma* (antiguo Agente Eaton) tomaba un alto porcentaje de los casos y en esas infecciones los síntomas eran lo suficientemente acentuados para obligar a hospitalizarse a los pacientes. En contraste, los infantes y niños no adquieren esta infección por *Mycoplasma*. Otra conclusión extraída del estudio fue que los adultos adquieren frecuentemente catarros comunes y que los niños lo hacen también, pero en menor cuantía. Aseveró que la etiología de las epidemias varía de año con año.

Las consideraciones anteriores son académicas y enfatizó que no mucho práctico podía obtener de ellas, aclarando que hizo mención del asunto porque consideraba interesante conocer los conocimientos modernos sobre la materia.

Continuó su charla dando a conocer el espectro de severidad de cualquiera de estas enfermedades. Para ilustrar esta parte mostró el siguiente cuadro:



En medio de una epidemia de infecciones respiratorias ocurridas el año pasado analizaron 400 casos ocurridos en su Escuela de Medicina. Trescientos de ellos (75%) fueron ambulatorios, 100 (25%) estuvieron lo suficientemente enfermos para encamarse espontáneamente; de estos últimos, aproximadamente

el 6% tuvo neumonía; antes se creía que esta afección últimamente mencionada era causada por infecciones bacterianas secundarias y no es así la concepción actual.

Utilizó algún tiempo para determinar como se propagan estas infecciones. Aseguró que si se efectuara en él el fenómeno de Tyndall mientras hablaba se comprobaría la salida de su boca de pequeñas gotitas de saliva que eran proyectadas hacia el exterior; asimismo, una persona resfriada dispersa gotitas de saliva y de mucosidades nasales cargadas de virus al toser o estornudar; estas gotitas se desecan en el aire y los virus flotan como humo de tabaco; no es necesaria la proximidad entre el infectado y el sano para que haya contaminación; en un cuarto amplio una persona que está en el extremo opuesto tiene iguales oportunidades de ser infectado que el que está inmediato al infectarte.

Manifestó que el primer caso de neumonía viral publicado fue una observación personal suya. El paciente le fue enviado como un caso de fiebre tifoidea porque tenía fiebre alta de 5 días de duración, bradicardia y un conteo leucocitario normal; al examen físico se comprobaron estertores pulmonares, por lo que se tomó una radiografía de tórax. Afirmó que la característica de las neumonías virales es que los Radiólogos son mejores que los clínicos ya que los estertores se logran escuchar hasta 4 o 5 días después que el paciente inicia su enfermedad; nueva radiografía tomada en el 16° día de hospitalización mostró que el proceso de infiltración se había extendido a todo un lóbulo pulmonar. Hizo la salvedad que ocasionalmente uno puede ser engañado y para ilustrar tal posibilidad presentó una radiografía pulmonar de un colega suyo cuya familia y él mismo tenían resfriado común, encontrándosele al efectuar el examen físico que habían evidencias signológicas de neumonía viral; el paciente empeoró pero se recordó que hacía 20 años había padecido de tuberculosis pulmonar y ello motivó se le ordenara examen de esputo en busca de bacilo tuberculoso, el que fue detectado con lo que se corrigió el diagnóstico ya que el paciente adolecía de una neumonía tuberculosa, probablemente precipitada por su resfriado.

Se excusó de dar detalles de los síntomas del catarro común. Recordó que la afección está caracterizada por coriza, instalación gradual de las manifestaciones, el paciente se siente enfermo, suda, no tiene apetito, adolece de cefalea y dolores óseos; es más una enfermedad sistémica que respiratoria y por ello puede presentar simultáneamente una miocarditis y una encefalitis producida por el mismo virus; los síntomas de miocarditis son opacados por los del resfriado y sólo se logrará descubrir la participación miocárdica por medio de un electrocardiograma; sin embargo, esta ubicación no es muy importante porque muy poca gente la presenta, pero su existencia es real. Desde el punto de vista clínico es imposible hacer el diagnóstico específico del virus causal ya que la sintomatología es similar en todos ellos; para determinar el agente es necesario coleccionar suero del paciente durante la fase aguda y durante la convalecencia y enviar estas muestras al laboratorio. Las complicadas pruebas que se hacen en estos sueros (prueba de la fijación del complemento, prueba de la neutralización y otras) toman de 10 días a 2 semanas en ser elaboradas, lo que hacen que no sean de valor para el clínico que tiene que decidir si tratar a estos pacientes con antibiótico's en caso que no sean infecciones virales y, en caso que lo sean, no lo pueden saber en la fase aguda sino en la fase tardía, por lo que son más bien diagnósticos retrospectivos. Si un Médico tiene un paciente muy enfermo con neumonía probablemente viral pero en el que no puede hacer el diagnóstico etiológico, debería tratarlo con eritromicina porque la enfermedad puede ser causada por *Mycoplasma* o por otro agente anotado en el cuadro que es sensible a ella o a las tetraciclinas. Este es un asunto de juicio clínico pero, en general,

no deben ser tratados con antibióticos porque la mortalidad de cualquiera de estas enfermedades es de 1 % y tal hecho ocurre en pacientes que adolecen de otra enfermedad, que son viejos, están embarazadas o existe otro factor que reduce su resistencia. Manifestó que personalmente suministraría aureomicina o tetraciclina si tuviera duda o si el paciente estuviera muy enfermo, para no correr el riesgo de omisión.

Se preguntó qué se podía hacer en el campo de la *prevención*. Se contestó que desgraciadamente no mucho. Afirmó que si viviéramos en un saco de celofán o en una isla solitaria estaríamos protegidos; en las regiones donde no existen resfriados, sin importar lo muy heladas que puedan ser, sólo se presentan los mismos cuando arriban barcos ya que los pasajeros o inmigrantes diseminan los virus.

La única vacuna confiable es la de la Influenza A y, probablemente, B. Personalmente ha rehusado vacunarse porque no tiene fe en ella pero si alguien le pregunta si se debe inyectar nunca le dice que no porque esa persona puede desarrollar la infección y, entonces, puede ser culpado de no haberlo aconsejado. Aclaró que las vacunas son muy específicas y que se asemejan a una llave Yale: si las ranuras de la llave no coinciden con las correspondientes del cerrojo el mecanismo no se abre. Por ello se han utilizado antígenos mixtos en una sola vacuna pero son menos activas que si se utilizan separadamente. Frente a una epidemia toma aproximadamente 2 meses para que se haga el diagnóstico etiológico, para que las casas farmacéuticas fabriquen la vacuna, para que sea probada y para que se desarrolle la inmunidad después de inyectada; toma, por tanto, mucho tiempo para que sea efectiva. En la actualidad se está trabajando intensamente en preparar una vacuna contra las infecciones por adenovirus pero se ha descubierto que algunos de éstos son oncogénicos para el ratón por lo que se ha detenido su estudio hasta que se esté seguro que no producirán cáncer al ser inyectados a los humanos. El porvenir de las vacunas no es bueno.

En los últimos años la Compañía Dupont ha fabricado un clorhidrato de amantidina que comercialmente ha llamado Symmetrel y que curiosamente previene exclusivamente la Influenza A2; se ha demostrado su efectividad en el hombre contra la variedad mencionada.

Para terminar con la prevención hizo énfasis en que no se -utilicen antibióticos para la prevención de neumonías bacterianas en los pacientes que tengan resfriados ya que sólo ocasionan dificultades.

En lo referente a *tratamiento* hizo mención que hace uno o dos años estuvo por 6 meses en Vietnam y comprobó que en ese lugar aún se están usando ventosas, sanguijuelas, baños de pies y acupunturas con agujas de oro para tratar resfriados, elementos que son ineficaces contra la afección.

Se preguntó ¿qué hacer para el catarro nasal? Aconsejó nunca usar gotas oleosas por el peligro de provocar una neumonía lipóidica. Manifestó que la propaganda televisada de su país indica al público qué usar contra los resfriados: cada casa productora asegura que sus preparaciones lo curan todo pero no es cierto. Aconsejó como bueno el uso de inhaladores de benzedrina que logra aliviar la obstrucción y permite que el paciente duerma; sin embargo, no debe usarse muy frecuentemente pues causa inflamación, puede producir insomnio y elevar la presión arterial.

Aseguró que era ridículo utilizar jarabes contra la tos ya que al ingerirse van al esófago y estómago y el mal está en la tráquea. Estando en 1971 deberían abolirse tales prácticas y si se quiere utilizar la acción de la codeína, dése sin

jarabe que lo único que hace es irritar al estómago. Aconsejó parar de fumar. En los climas fríos las casas están sobrecalentadas por radiadores, lo que hace que el aire sea completamente seco, recomendándose humedecer el aire; esta última indicación no tenía razón de ser usada en este país.

Otra sinrazón es prescribir expectorantes cuando en realidad no existe ninguno: el yoduro de potasio, el cloruro de amonio, la ipecacuana y el hidrato de terpinina son eméticos y al causar náusea aumentan la salivación, que hace creer que facilita la expectoración sin lograrlo en realidad.

Tampoco aconsejó el uso de tabletas de APC. La fenacetina es un veneno renal y la cafeína mantiene despiertos a los pacientes que deberían estar durmiendo. La Comisión Federal de Comercio de los Estados Unidos de América está tratando de eliminar la venta de pastillas compuestas a base de propoxifeno, que no tienen ningún valor y el resto es fenacetina, aspirina y cafeína, costando cada tableta 10 veces más que una de APC.

Manifestó que el mejor sedativo consistía en utilizar 30 ce. o menos de *spiritus frumenti* (whisky).

Habiendo poco tiempo disponible dejó esas infecciones menores y quiso aprovechar lo que restaba para hablar un poco sobre las neumonías causadas por bacterias, de las cuales la principal es la causada por el neumococo que casi ya no existe por efecto del uso de la penicilina. Expuso una gráfica de la mortalidad de esta afección en los Estados Unidos de América, gráfica que partía de 1911, con demostración de un gran pico correspondiente a la pandemia de 1918, otro pico menor ocurrido en año posterior y, luego, descenso marcado en la introducción de las sulfas, mayor descenso al aparecer la penicilina y otros antibióticos, que han hecho declinar considerablemente la mortalidad de las neumonías neumocócicas. Sin embargo, aseguró que la mortalidad por neumonía ha aumentado en 1970 por infecciones Gram-negativas, siendo éstas las causantes de las neumonías serias de los hospitales.

Afirmó que la mortalidad es mayor en infantes y en ancianos, menor entre las edades de 10 y 40 años, antes del apareamiento de las sulfas. Al aparecer los antibióticos la mortalidad descendió a los alrededores de 4 o 5%, para 3 mayores tributarios a la misma continuaron siendo los individuos ubicados en los extremos de la vida.

Manifestó que lo importante era comprender que los antibióticos han alcanzado el límite de su utilidad, a menos que se descubran otros; que hay que hacer algo para salvar más vidas de niños y viejos, aumentando en los últimos años su resistencia o su inmunidad.

Antes de terminar quiso decir unas palabras sobre neumonías bacterianas, las cuales la más importante es la neumonía lobar neumocócica, la que es fácil diagnóstica. Recordó que la enfermedad es precedida por una infección viral respiratoria, el paciente está ligeramente enfermo y repentinamente presenta intenso escalofrío, dolor en el pecho, tos y esputo herrumbroso; cuando se ha logrado la consolidación lobar el diagnóstico es simplísimo. Antes de utilizar antibiótico debe obtenerse esputo para estudio microbiano ya que el antibiótico hará desaparecer las bacterias del esputo e imposibilitará el diagnóstico; junto con el examen de esputo, debe ordenarse un hemocultivo y solo después pensar en el antibiótico. El mejor de ellos es la penicilina, debiéndose, tomar el cuidado de preguntar al paciente si ha recibido con anterioridad este medicamento y,

en caso positivo, sí le ha producido alguna reacción; si es así utilícese otro antibiótico (eritromicina, lincomicina, ampíicilina). Es sabio practicar la prueba intradérmica con la penicilina pero no hay que depender enteramente de ella pues, a veces, da resultados falsos: es mejor confiar en la historia. Si se ha determinado dar penicilina no es necesario utilizar 5.000.000 U varias veces al día como aconsejan algunos libros; él nunca ha cambiado su plan de administrar 100-000 U por vía intramuscular por dos veces en las 24 horas y esa es la cantidad necesaria y efectiva; la penicilina puede administrarse por vía oral pero no es segura porque el paciente puede vomitar, puede tener diarrea (no absorción por rápido tránsito) y estar gravemente enfermo por lo que es preferible la vía parenteral (intramuscular o intravenosa en casos muy severos). El uso de corticosteroides en las neumonías no es mejor que el efecto que se obtiene con la aspirina.

Para terminar su charla aseguró que el nombre de antibiótico era incorrecto (*anti-contra* y *¿nos-vida*) al aplicarse a medicamentos antimicrobianos y que debía aplicarse el nombre de antibiótico con más propiedad a la bomba atómica.

Finalizó su charla asegurando que no debe ser considerado como UQ terapeuta nihilista sino, más bien, como un terapeuta realista que usa los medicamentos para lo que se supone que deben ser usados.