

Antibióticos: Sí, cuando son necesarios



Yolanda Martín Peinador
Pediatra cs Goya. Madrid.
Miembro del Grupo de Patología Infecciosa
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

Acuden sus padres a nuestra consulta de pediatría de atención primaria porque **el niño está peor.**

Diagnosticado hace 5 días de un cuadro de **Bronquiolitis.**

Sigue con fiebre, picos de **39°C**, come muy poco, sigue con **bastante dificultad respiratoria**, no descansa

Antecedentes personales:

RNT de PAEG. 38 SEG. PRN: 3,360gr

Desde los 5 meses: CVA, OMA (no AB), Laringitis

Vacunas al día, incluidas rotavirus (Rotateq) y meningococo B (Bexsero 2 dosis)

1ª visita
AP

Unos días atrás ...

Cuadro de **FIEBRE de hasta 39°C** de 2 días y medio de evolución.
Tos y mucosidad asociada. Algún vómito en relación a tos. Menor apetito.
Deposiciones algo blandas.

EF: BEG, **quejido, tiraje subcostal**. Sat 96%. AP: ventila bien, **crepitantes** en hemitorax derecho. ORL: hiperemia con mucosidad de cavum, hiperemia conjuntival con leve secreción.



Se deriva a Sº Urg Hº
descartar Neumonía



2ª visita
URG Hº

16:30h
P.M.

Constantes: Tª: 38,1°C, FR: 31rpm **Sat 02 94%**

EF: BEG, **Quejido** respiratorio, AP buena ventilación con **subcrepitantes en ambas bases**; reactivo, ORL faringe hiperémica, mucosidad, timpanos hiperémicos.

Pruebas complementarias:

Test rápidos aspirado nasofaríngeo:

VRS: POSITIVO

ADENOVIRUS: Negativo

Rx torax: engrosamientos peribronquiales hiliares bilaterales con aumento de la insuflación pulmonar. No se aprecian imágenes de consolidación ni de derrame pleural. Observación sala espera: una dosis de ibuprofeno, leve mejoría

Diagnóstico: BRONQUIOLITIS AGUDA VRS POSITIVA

Tratamiento:

- Antitérmicos
- Medidas de Higiene Respiratoria
- Alta con **control en 48h por su PAP**



3ª visita
URG Hº

01:49h
A.M.

9 horas después

Acuden por DIFICULTAD RESPIRATORIA

Constantes: FC: 160, FR: 32rpm Sat 02 93%

EF: BEG, **Quejido** respiratorio, tiraje subcostal, AP buena ventilación con **subcrepitantes en ambas bases**; reactivo, ORL faringe hiperémica, mucosidad, tímpanos hiperémicos.

Diagnóstico: **BRONQUIOLITIS leve**

Tratamiento:

- Antitérmicos
- Medidas de Higiene Respiratoria
- Alta con **control en 48h por su PAP**



4ª visita
AP

16:00h
P.M.



16 horas después

Acuden PORQUE EL NIÑO ESTÁ PEOR

Sigue con fiebre, picos de 39°C, come muy poco, sigue con bastante dificultad respiratoria, no descansa

Ef. Sat 02: 93%. AEG, **quejido, tiraje subcostal**, AP. Hipoventilación generalizada, tos espástica. ORL: hiperemia y congestión, no otros hallazgos.

Antecedentes: No refieren episodio de bronquiolitis en el pasado. Padre es asmático.

JC. Bronquiolitis con mala evolución. Sobreinfección? Primer episodio de asma?

Actitud:

- Indicamos tratamiento con Amoxicilina a 80mg/kg/d
- Salbutamol inhalado: 3-4 inh /4h
- Medidas de apoyo: hidratación oral, de higiene respiratoria, no forzar tomas
- Y control a primera hora de la mañana siguiente

5ª visita
URG Hº

20.30h
PM.

Acuden de nuevo a urgencias. 6 días de evolución.

Constantes: Tª: 36,7 FC: 164 FR: 53rpm TA: 100/61 SAT O2: 92%

EF: TEP alterado. Tiraje subcostal y supraesternal, quejido intermitente, taquipnea.

AP: Hipoventilación bilateral con roncus diseminados en ambos campos pulmonares.

ORL:N.

Score Bronquiolitis: 4 (Moderada)

Pruebas complementarias:

TABLA 1. Escala de 'Tal modificada' (leve < 5 puntos; moderada 6-8 puntos; grave > 8 puntos)

	0	1	2	3
FR:				
Edad < 6 m	≤ 40 rpm	41-55 rpm	56-70 rpm	≥ 70 rpm
Edad ≥ 6 m	≤ 30 rpm	31-45 rpm	46-60 rpm	≥ 60 rpm
Sibilancias/ crepitantes	No	Sibilancias solo en la espiración	Sibilancias insp/esp, audibles con estetoscopio	Sibilancias insp/esp, audibles sin estetoscopio
Retracciones	No	Leves: subcostal, intercostal	Moderadas: intercostales	Intensas: intercostales y supraesternal; cabeceo
Sat O ₂	≥ 95%	92-94%	90-91%	≤ 89%

Analítica: PCR: 9,16 mg/dl, 7500 leucos/L, 2600 neutrófilos/L, 3100 linfocitos/L, monocitos: 1,800/L

BQ: normal

Gasometría: pH: 7,47, pCO₂: 24, P0₂: 99, HCO₃: 17,5 mmol/L (alcalosis respiratoria)

Se inicia Oxigenoterapia con GN (0,5 lpm) por saturaciones mantenidas entre 80-90%.

Ante persistencia taquipnea, tiraje y necesidad de O₂, con posible necesidad de AB iv se decide ingreso hospitalario.

Se deriva a otro centro por falta de camas.



2.19h
AM



Constantes: Fr: 45-50 rpm FC: 130 lpm

POLIPNEA Y TIRAJE a tres niveles.

ACP: aceptable ventilación con subcrepitantes basales sin claras sibilancias

**SE INICIA OXIGENOTERAPIA A ALTO FLUJO 2L/KG , FiO2 0,37
Y SALBUTAMOL inhalado.**

SAT 02: 97-98% con OAF



Gasometría venosa:

pH 7,36; pCO₂:38,7; Hb: 11gr/dl, Hto: 33,7; bicarbonato 22 mmol/L; exceso de bases -3,4 mmol/L; Na: 149 mmol/L; K: 4,1 mmol/L; Cl: 11 mmol/L, Ca ionizado 1,29 mmol/L, anion gap 20,1 mmol/L; glucosa 94mg/dl.

I
N
G
R
E
S
O



Rx torax:

SNG con extremo en fundus gástrico.
Infiltrados peribronquiales perihiliares.
Consolidación media en el LII

Tratamiento

- **OXIGENOTERAPIA ALTO FLUJO** (flujo máximo 20lpm, FiO₂ 37%)
- **SALBUTAMOL NEBULIZADO**
- Debido al trabajo respiratorio: **Dieta absoluta - Fluidoterapia iv inicial**. Posteriormente alimentación por **SNG**.
- **ANTIBIOTERAPIA:**
 - AMPICILINA IV
 - Ante persistencia fiebre cambio a AMOXICILINA CLAVULÁNICO



INGRESO DURANTE 6 DÍAS

- Evolución lentamente favorable
- Desaparición de la fiebre
- Mejoría de la dificultad respiratoria
- Tolerancia oral progresiva y retirada SNG
- Retira oxigenoterapia

DIAGNOSTICOS

- **Bronquiolitis VRS positiva**
- **Insuficiencia respiratoria aguda**
- **Neumonía en LII**

TRATAMIENTO:

- **Amoxicilina clavulánico (vo) 100/12,5: 2,5 ml cada 8 horas hasta completar 8d**
- **Salbutamol inhalado** en cámara cada 6-8h hasta evaluación en AP
- **Control por PAP en 72-96 horas**



VISITA CONTROL EN CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Los padres ven muy bien al niño. Afebril.
Terminado tratamiento antibiótico.

EF: BEG, no dificultad respiratoria, con buena ventilación pulmonar bilateral, sin ruidos patológicos.

Actitud:

- Finalizar salbutamol inhalado
- Alta del proceso actual.

Recordemos que...

“La bronquiolitis aguda (BA) es la infección del tracto respiratorio inferior más frecuente en el primer año de vida y la primera causa de ingreso hospitalario en este grupo de edad .

Es una enfermedad aguda que se caracteriza por inflamación, edema, aumento de moco y necrosis de las células epiteliales de los bronquiolos que da como resultado la obstrucción de la pequeña vía aérea.

Por lo general, cursa con tos y dificultad respiratoria acompañadas habitualmente de sibilancias y/o crepitantes, con o sin aumento del trabajo respiratorio, dentro de un proceso catarral de las vías aéreas superiores en un niño menor de 2 años.

Su pico de incidencia se sitúa entre los 2 y los 6 meses . Sin embargo, no hay un consenso universal en su definición y los **pacientes diagnosticados de BA constituyen una muestra heterogénea con patrones etiopatogénicos y clínicos diferenciados”**.



Valorar la gravedad del cuadro en base a la anamnesis, la exploración física y la pulsioximetría

Tabla 1. Signos de bronquiolitis aguda grave⁷

- Apneas (observadas o referidas por los cuidadores)
- Signos de dificultad respiratoria grave (quejido, aleteo, tiraje intenso y taquipnea mayor de 70/min)
- Cianosis central
- Saturación de O₂ por debajo de 90% respirando aire ambiental
- Repercusión sobre el estado general: irritable o decaído, y signos

Tabla 2. Factores de riesgo para una evolución grave de la bronquiolitis aguda⁷

Médicos

- Prematuro menor de 32 semanas
- Menor de 3 meses de edad
- Enfermedad pulmonar crónica (displasia broncopulmonar, fibrosis quística, anomalías pulmonares congénitas)
- Cardiopatía congénita con afección hemodinámica significativa
- Inmunodeficiencia
- Enfermedad neuromuscular, malnutrición grave
- Tabaquismo materno en el embarazo o tabaquismo pasivo en el hogar
- Ausencia de lactancia materna
- Bajo peso al nacimiento (menor 2500 g)

Sociales

- Entorno familiar no adecuado (circunstancias socioeconómicas, dificultad de los cuidadores de valorar los signos de alarma)
- Dificultad de acceso a los servicios sanitarios

Tabla 4: Recomendaciones de algunas guías sobre el tratamiento de la BA

Fármaco	Guía AAP²⁴ (2014)	Guía NICE¹ (2021)	Uptodate¹⁹ (2021)
Salbutamol	No	No	No
Adrenalina nebulizada	No	No	No
Bromuro de Ipratropio	No	No	No
Corticoides orales/inhalados	No	No	No
Suero salino hipertónico	No en urgencias Sí en ingresados	No	No rutinaria en ingresados
Montelukast	No	No	No
Antibióticos	No	No	No
Antivirales	No	No	No

GUIA ABE. <https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-bronquiolitis>

Protocolos del GVR. Bronquiolitis. https://www.respirar.org/images/pdf/grupovias/bronquiolitis_p_gvr_4-2022.pdf

Reflexiones

-Revisando la historia completa tenemos la impresión de que este niño ha presentado peor estado clínico de lo que sus constantes, scores y pruebas determinaron en un primer momento.

-Los scores y pruebas complementarias ayudan, pero no debemos olvidar el contexto que rodea al niño, su bienestar, alimentación, sus cuidadores, siendo finalmente el clínico quien con todo esto tomará las decisiones.

-Cierto es que en la bronquiolitis podemos encontrarnos una auscultación diversa, con crepitantes incluidos, pero el hallazgo de crepitantes en una auscultación pulmonar tiene un alto valor predictivo positivo de neumonía si concurren otros datos como fiebre, taquipnea, trabajo respiratorio, tos (que también tenía nuestro paciente). La imagen radiológica puede tardar en manifestarse.

-Deberíamos hacer otra lectura ante repetidas visitas de los padres en un mismo cuadro: no comprensión de la patología y/o recomendaciones de manejo y tratamiento? Agobio en los cuidados? Empeoramiento real?

Reflexiones

-“Bronquiolitis No hacer” es la estrategia implantada en nuestra comunidad para recordarnos no emplear tratamientos en esta patología que han demostrado no aportar mejoría en la mayoría de las bronquiolitis: adrenalina, broncodilatadores, corticoides orales e inhalados y antibióticos.

-Las coinfecciones son frecuentes en la patología respiratoria (hasta un 30%) pudiendo ser virus-virus, virus-bacteria, lo que le atribuye en muchos casos mayor gravedad al cuadro.

-Ante un cuadro que no evoluciona favorablemente debemos identificar factores que puedan estar incidiendo: del propio paciente (prematuridad, patología subyacente); coinfección, sobreinfección bacteriana, donde entonces debemos redirigir nuestra actuación: en este caso uso de broncodilatadores y antibioterapia ante mala evolución clínica y hallazgos en las pruebas complementarias: analítica y segunda Rx.

¡Siempre con el paciente!

y...

Antibióticos Sí, cuando son necesarios