

Neumonía en Lactante Menor

Dr. Yanier Villamil R.

Médico Familiar
CMF Santiago Centro ING

Dr. José Landaeta G.

Broncopulmonar Infantil
Clínica Hospital del Profesor

Dra. Alian Bouma

Médico Familiar
Subdirección Médica CMF ING

El 20/05/2005 consulta con resultados de los exámenes solicitados, la madre refiere que presentó tos en la noche de ayer. Hemograma: hemoglobina 10,10 gr/dl, hematocrito 31,10%, HCM 24,8; Leucocitos $30,87 \times 10^3/\text{ul}$, baciliformes 11,0% (3.396 mm^3), segmentados 64,0% (19.757 mm^3), linfocitos: 20,0% (6.174 mm^3), monocitos 5,0% (1.544 mm^3); VHS 84 mm/hr; PCR: 65; orina completa sin alteraciones; urocultivo pendiente. Al examen físico se observa decaída; respiratorio: murmullo pulmonar conservado, crépitos en base derecha y lóbulo medio.

Se solicita Radiografía de tórax urgente, cuyo resultado demostró: "imagen de condensación inflamatoria perihiliar derecha y basal paracardíaca del mismo lado, resto normal" (Figura 1). Se indica

amoxicilina + ac. clavulánico (400/57) 3,5 ml cada 12 horas por 7 días; salbutamol 2 puff cada 6 horas y control en 3 días.

En el control del 24/05/2005 los padres refieren que está mejor, sin fiebre, buen apetito, con poca tos. Resultado de urocultivo: normal.

Plan: control con radiografía de tórax en 12 días, completar tratamiento antibiótico indicado.

En el control del 06/06/2005, examen físico normal; peso 10.000 gr; radiografía de tórax: "mínimo aumento del intersticio peribronco vascular de predominio perihiliar no confluyente, no observo condensación franca" (Figura 2). Se indica: alta.

CASO CLÍNICO

C.P.Z, lactante de 7 meses de edad, consulta el 16/05/2005 por fiebre elevada (38°C) de 2 días de evolución que cede con paracetamol oral, sin otro síntoma acompañante. Examen físico normal. Se hace diagnóstico de resfrío común, indicándosele medidas generales y antipiréticas. El 18/05/2005 vuelve, porque mantiene cuadro febril y presentó un vómito. Examen físico: peso 9.300 gr; temperatura 36°C (una hora antes tomó paracetamol en gotas); se observa irritable y con llanto constante; faringe congestiva; otoscopia normal; respiratorio: murmullo pulmonar conservado, sin estertores u otros ruidos anormales. En esta ocasión se solicitan exámenes de laboratorio: hemograma, PCR, orina completa y urocultivo, manejando como diagnóstico: Infección del tracto urinario.



Figura 1. Primera radiografía de tórax. Diagnóstico radiológico: imagen de condensación perihiliar derecha y basal paracardíaca del mismo lado.



Figura 2. Radiografía de tórax de control. Diagnóstico radiológico: mínimo aumento del intersticio peribronco vascular de predominio perihiliar no confluyente.

CASO CLÍNICO**COMENTARIO DEL MÉDICO FAMILIAR TRATANTE ACERCA DE LA TOMA DE DECISIONES EN ESTE CASO**

1-*Prescripción de antibiótico*: A pesar de ser la amoxicilina el fármaco de primera elección, en este caso, por una razón exclusivamente económica, prescribí amoxicilina + ac. clavulánico por tener un tratamiento completo, en muestras médicas, para entregar a la paciente.

2-*Radiografía de tórax de control*: Es importante aclarar que en el curso evolutivo de una neumonía lo más importante es la clínica, por lo tanto la indicación de radiografía de control, en este caso: lactante de 7 meses, sana previamente, con padres muy aprensivos, fue solamente para disminuir la angustia de los padres.

COMENTARIO DEL MÉDICO BRONCOPULMONAR INFANTIL

Este es un caso ilustrativo de la posible evolución de las Infecciones Respiratorias del Lactante.

El manejo inicial de este paciente es el habitual y lo recomendado por las normas técnicas de IRA del Minsal. Lo que nosotros **siempre** debemos advertir a los padres es la posible evolución posterior del cuadro, incluyendo la neumopatía. De ahí la importancia de educar en el control de los signos y síntomas que puedan mostrar una complicación. Idealmente debiera mantenerse el contacto con los pacientes, ya sea telefónica o por control, en 48 horas en caso necesario.

En este caso, el lactante seguía febril y se indicaron correctamente los exámenes. Sin embargo, debieron ser controlados antes de 24 horas o, incluso, en pocas horas tal como se hace en Urgencia. No olvidemos que estamos frente a un

lactante, en quienes la invasión bacterémica es de regla y en algunos casos la localización pulmonar o meníngea es cuestión de horas.

Una vez diagnosticada la complicación de la IRA alta inicial como Bronconeumonía, el tratamiento de elección es la Amoxicilina 75-100 mg/kg en 3 tomas, el cual es seguro y bien tolerado. En esa dosis para NAC (Neumonía Adquirida en la Comunidad) de etiología bacteriana es casi siempre eficaz. El uso de Amoxi/Clavulánico se reserva para la sospecha de gérmenes beta lactamasa(+), tales como *Haemophilus Influenza*, que prácticamente no circulan en la actualidad.

No siempre es fácil el diagnóstico clínico de una NAC en el lactante menor, casi siempre nos valemos de exámenes para certificar el cuadro, lo cual es importante para los padres y nosotros. Sin embargo, frente a un cuadro febril persistente en el curso de una IRA alta al 3er día de evolución con clínica de cuadro respiratorio bajo, estamos más que autorizados para iniciar terapia antibiótica a la espera de los resultados de exámenes si es que decidimos solicitarlos.

Dr. José Landaeta G.
Broncopulmonar Infantil
Clínica Hospital del Profesor

COMENTARIO DE UN MÉDICO DE FAMILIA

Algunas veces las decisiones de los médicos de familia, del punto de vista estrictamente técnico, podrían parecer "no totalmente correctos", pero eso, posiblemente, se debe a que el médico de familia considera muchas otras variables, no sólo las biomédicas, al momento de tomar decisiones. Según los principios de la Medicina Familiar: "el médico de familia es un gerente de los recursos de sus pacientes" y "se esfuer-

za por comprender el contexto de la enfermedad". Esto hace que las variables socioeconómicas y culturales de los pacientes pesen mucho al momento de decidir qué hacer frente a un problema de salud.

En el manejo de este caso podemos observar como estos dos principios de la Medicina Familiar influyeron en la toma de decisiones del médico de familia tratante.

Al igual que el médico broncopulmonar, creo que una parte muy importante del trabajo de cualquier médico es explicar al paciente o, en este caso, a los adultos que lo acompañan, el cuadro y los síntomas de alarma, además de qué hacer en caso de que el cuadro empeore (esto es parte fundamental del trabajo de un médico de familia y, casi, no debería mencionarse). Probablemente el médico tratante lo realizó.

Por otro lado, por la cercanía del tipo de trabajo, el médico de familia debería conocer bien a la familia y, por lo tanto, tener una idea clara hasta qué punto la familia puede evaluar al paciente en casa y la responsabilidad que se puede delegar a los padres. En este caso, creo que un contacto, por lo menos por teléfono, después del 18/05 (4-5 días de fiebre sin diagnóstico seguro) habría sido indicado. Los padres deberían tener información sobre qué hacer cuando no mejora el paciente en 24 horas y dónde ir, sobre todo si aparecen los síntomas de alarma que se les pide tengan en cuenta.

(Nota: Con Combur-Uristick en la consulta se puede saber en minutos si es un Infección Urinaria o cuando es menos probable, en un Sd. febril sin foco aparente. De este modo se pueden ahorrar horas o días sin diagnóstico y tratamiento adecuados).

En cuanto al uso de antibióticos, si bien, desde la perspectiva del médico broncopulmonar, atendiendo pacientes en un servicio de urgencias, la decisión más adecuada habría sido la elección de amoxicilina y el control del paciente con los exámenes en 24 horas, desde la perspectiva del médico de familia, atendiendo en un centro médico cerca del domicilio de la familia, la decisión más eficiente fue dar el antibiótico que tenía a manos (preguntó previamente a los padres si podían comprar el antibiótico). Ahora,

con GES/AUGE vigente, no deberíamos tener este problema, al menos en casos como este, pero en otras enfermedades sigue presente el conflicto entre lo científicamente correcto (pero con la seguridad que no lo pueden comprar) y lo menos correcto, pero más práctico.

Con relación a la radiografía para disminuir la angustia de los padres es entendible, pero con el conocimiento de la clínica, de los padres y la cercanía del médico, es mejor dar esa "seguri-

dad" a los padres con una buena explicación, lo que contribuirá a que en futuro episodios de tos y fiebre los padres sabrán qué hacer, cuándo consultar y qué esperar.

Lo que hace el trabajo del médico tan especial y tan difícil es que cada vez hay que preguntarse: Con este paciente, con estos padres, en este contexto, con los antecedentes que me entregan ¿qué es lo más adecuado que puedo hacer por ellos para solucionar el problema? Cada lector tendrá su respuesta.

*Dra. Alian Bouma
Médico Familiar
Subdirección Médica CMF ING*