

**MÉTODOS DIAGNÓSTICOS:** Se puede aislar *Streptobacillus moniliformis* de muestras de sangre, líquido sinovial, material de aspiración de abscesos o de la mordida, y después de inocular los medios bacteriológicos enriquecidos por sangre, suero o líquido de ascitis. Hay que avisar al personal de laboratorio de que se sospecha la presencia de *S. moniliformis* porque es un microorganismo trofoespecífico. No se ha podido aislar en medios artificiales *Spirillum minus*, pero se puede identificar en el microscopio de campo oscuro en preparados húmedos de sangre, exudado de una lesión y material de ganglios linfáticos. Las muestras de sangre también se pueden estudiar después de tinción con método de Giemsa o Wright. *Spirillum minus* se puede identificar en sangre, ganglios linfáticos o lesiones locales después de inoculación intraperitoneal de ratones o cobayos.

**TRATAMIENTO:** Es necesario aplicar por vía intramuscular penicilina G procaínica durante siete a 10 días en el caso de la fiebre causada por cualquiera de los dos agentes. Se han obtenido buenos resultados con el uso inicial de penicilina G intravenosa durante cinco días seguida de la inyección de penicilina V. Otros fármacos a los que cabe recurrir son ampicilina, cefuroxima y cefotaxima sódica. Si la persona es alérgica a penicilina, puede sustituirse por doxiciclina, cloranfenicol o sulfato de estreptomycin. La doxiciclina no debe administrarse a niños menores de ocho años, salvo que los beneficios con ella sean mayores que el peligro de dejar manchas en los dientes (véase “Antimicrobianos y fármacos similares”, sección 4). Los niños con endocarditis deben recibir dosis altas de penicilina G intravenosa, durante cuatro semanas como mínimo. La adición de estreptomycin inicialmente puede ser útil.

**AISLAMIENTO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO:** Se recomienda seguir las precauciones estándar.

**MEDIDAS PREVENTIVAS:** Se necesita observar a las personas expuestas, en busca de síntomas. La cifra de ataque de *S. moniliformis* después de una mordedura de rata es de 10% en promedio, razón por la cual algunos expertos recomiendan administración de penicilina después de la exposición. Para erradicar la enfermedad es importante seguir medidas de desratización.

## Respiratorio, virus sincicial

**MANIFESTACIONES CLÍNICAS:** El virus sincicial respiratorio (*respiratory syncytial virus*, RSV) origina un cuadro agudo en las vías respiratorias en personas de cualquier edad.

En los lactantes y en niños de corta edad, RSV pudiera ser la causa más importante de bronquiolitis y neumonía. En las primeras semanas de vida, en particular en los productos pretérmino, la infección por RSV puede ocasionar signos mínimos en las vías respiratorias, y las principales manifestaciones son letargia, irritabilidad, poco apetito, a veces acompañado de episodios apnéicos. Muchos de los pequeños infectados por RSV que habían estado sanos no necesitan hospitalización, y muchos de los que están hospitalizados mejoran con medidas de apoyo y pueden ser dados de alta antes de cinco días. Los cuadros que agravan el peligro de infección grave o letal por RSV incluyen cardiopatías congénitas cianóticas o complicadas, en particular aquellas que causan hipertensión pulmonar, neumopatías primarias, en particular displasia broncopulmonar; premadurez y enfermedades por inmunodeficiencia o tratamiento que origina inmunosupresión en cualquier edad. No se conoce en detalle el vínculo entre la bronquiolitis con RSV en los comienzos de la vida y la enfermedad reactiva de vías respiratorias que surge posteriormente. Después de la bronquiolitis por dicho virus, algunos niños terminarán por mostrar anomalías a largo plazo en la función pulmonar y presentar sibilancias repetitivas. El vínculo en cuestión quizá refleje una predisposición basal a un cuadro reactivo de vías respiratorias y no consecuencia directa de la infección por virus sincicial respiratorio.

Casi todos los niños han padecido la infección como mínimo una vez para cuando tienen dos años de edad, y es frecuente que haya brotes de reinfección durante toda la vida. Los niños de mayor edad y los adultos por lo común muestran enfermedad de vías respiratorias altas, pero también pueden presentar una infección más grave en la porción baja de dichas vías. Se observa a veces exacerbación del asma u otras neumopatías crónicas.

**CAUSAS:** El agente patógeno es un paramixovirus de RNA con cubierta que no posee neuraminidasa ni glucoproteínas de superficie de tipo hemaglutinina. Se han identificado dos graves tipos (A y B), y a menudo circulan conjuntamente. No se ha precisado la importancia clínica y epidemiológica de las variaciones en las cepas, pero las pruebas sugieren que las diferencias antigénicas pueden modificar la susceptibilidad a la infección y que algunas cepas pueden ser más virulentas que otras.

**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS:** Los seres humanos son la única fuente de infección. La transmisión por lo regular se hace por contacto directo o cercano con secreciones contaminadas, que pueden incluir partículas u objetos inanimados. El virus persiste en superficies del entorno durante varias horas y 30 min o más en las manos. La infección en personal hospitalario y otros sujetos puede ocurrir por autoinoculación con secreciones contaminadas. Es importante poner en práctica rigurosamente las normas de erradicación de infecciones para disminuir el peligro de transmisión de RSV, de tipo nosocomial. La propagación nosocomial de RSV a personas que reciben un órgano en trasplante o pacientes con anormalidades cardiopulmonares o cuadros de inmunodeficiencia se ha vinculado con enfermedad grave y letal en niños y adultos.

El virus sincial respiratorio suele afectar en epidemias anuales durante el invierno y comienzos de la primavera en clima templado. Sin embargo, durante todo el año pueden surgir casos esporádicos de la infección. Es frecuente que se propague entre miembros del círculo familiar y contactos en la unidad de cuidado pediátrico, incluidos adultos. El periodo de dispersión o secreción del virus suele ser de tres a ocho días, pero puede durar más, especialmente en lactantes de corta edad en que dicho fenómeno puede continuar incluso tres a cuatro semanas.

El **periodo de incubación** va de dos a ocho días, y es más frecuente que abarque cuatro a seis días.

**MÉTODOS DIAGNÓSTICOS:** Se cuenta en el comercio con métodos diagnósticos rápidos que incluyen técnicas de inmunofluorescencia y inmunoanálisis enzimático para detectar el antígeno vírico en muestras de nasofaringe, y por lo común generan resultados fidedignos. La sensibilidad de tales técnicas en comparación con el cultivo varía entre 53 y 96%, y muchas están en límites de 80 a 90%. Aislar el virus de las secreciones nasofaríngeas en cultivos celulares requiere el transcurso de tres a cinco días, pero los resultados y la sensibilidad varían de un laboratorio a otro porque los métodos de aislamiento son difíciles y lentos y RSV es un virus relativamente lábil. Es necesario consultar a un laboratorio de virología experto en cuanto a métodos óptimos de reunión y transporte de las muestras. Cabe recurrir a estudios serológicos hechos en muestras de suero de fase aguda y de convalecencia para confirmar la presencia de la infección; sin embargo, es poca la sensibilidad del diagnóstico serológico de la infección en lactantes de corta edad. Se ha aplicado la reacción en cadena de polimerasa para detectar RSV en muestras clínicas, pero no se le practica comercialmente.

**TRATAMIENTO:** El tratamiento primario es de sostén y debe incluir hidratación, valoración clínica cuidadosa del estado respiratorio, que incluya medición de la saturación de oxígeno y empleo de dicho gas suplementario, y si es necesario, ventilación mecánica. La ribavirina posee actividad antivírica in vitro contra RSV, pero por lo común no se

recomienda su aplicación en aerosol en la infección por dicho virus. En estudios en que los testigos han recibido placebo, no se ha demostrado la disminución constante de la necesidad de ventilación mecánica, duración de la permanencia en la unidad de cuidado intensivo para niños ni en la duración de la hospitalización entre quienes recibieron ribavirina. Contribuyen a esta controversia factores como el costo alto del fármaco, la aplicación en aerosol (ineficaz), la preocupación por los posibles efectos tóxicos en profesionales y asistenciales expuestos y los resultados antagónicos de estudios de eficacia. Las decisiones en cuanto a la administración de dicho fármaco deben hacerse con base en las circunstancias clínicas particulares y en la experiencia del médico.

**Corticosteroides.** En niños hospitalizados que tienen bronquiolitis por RSV no son eficaces ni están indicados los corticosteroides.

**Antimicrobianos.** Los agentes de esta categoría rara vez están indicados porque son raras la infección pulmonar bacteriana y la bacteriemia en pequeños hospitalizados con bronquiolitis o neumonía por virus sincicial respiratorio.

**Prevención de las infecciones por RSV.** Se cuenta con dos productos para evitar la infección por RSV: el concentrado inmunoglobulínico intravenoso contra el virus sincicial respiratorio (*respiratory syncytial virus immune globulin intravenous*, RSV-IGIV)\*, preparado de donantes escogidos por tener títulos séricos muy altos de anticuerpos neutralizantes contra RSV, y el palivizumab, anticuerpo monoclonal murino humanizado que se administra por vía intramuscular. En Estados Unidos se ha aprobado el uso de ambos productos para evitar la enfermedad por RSV en niños escogidos menores de 24 meses de vida con neumopatía crónica (*chronic lung disease*, CLD) [antes llamada displasia broncopulmonar]), o con el antecedente de tener menos de 35 semanas de gestación, es decir, un producto pretérmino. Los dos fármacos en cuestión se administran aproximadamente una vez al mes (es decir, cada 30 días) y el uso comienza poco antes de comenzar la estación en que ataca el virus, que en el hemisferio septentrional típicamente se centra en noviembre. En términos generales, bastan cuatro dosis mensuales subsecuentes (total de cinco dosis) para proteger durante toda la estación de ataque del virus. La dosis de RSV-IGIV es de 15 ml/kg (750 mg/kg) por vía intravenosa, y la dosis de palivizumab es de 15 mg/kg, por vía intramuscular. Ninguno de los fármacos en cuestión es eficaz para tratar la enfermedad por RSV, por lo que ninguno ha sido aprobado para tal indicación.

Las recomendaciones que hace la *American Academy of Pediatrics* para utilizar palivizumab y RSV-IGIV son:

- Habrá que pensar en la profilaxia con uno u otro de los productos mencionados en lactantes y niños menores de dos años de vida con neumopatía crónica que han necesitado medidas médicas (oxígeno suplementario, broncodilatadores, diuréticos o corticosteroides) contra su neumopatía en término de seis meses anteriores al inicio previsto de la estación de ataque de RSV. Se prefiere al palivizumab en casi todos los niños de alto riesgo porque es fácil su administración, es un fármaco inocuo y es eficaz. Los niños con CLD más grave pueden beneficiarse con la profilaxia durante una segunda estación de ataque del virus si siguen necesitando terapia médica por disfunción respiratoria o cardíaca. Los pacientes individuales pueden beneficiarse de las decisiones hechas en consulta con los neonatólogos, los intensivistas pediátricos, los neumólogos o los infectólogos. Son escasos los datos en cuanto a la eficacia del palivizumab durante el segundo año de vida, aunque los niños con CLD que necesitan terapia médica constante pueden presentar infecciones graves por virus sincicial respiratorio.

\* RespiGam, Medimmune Inc., Gaithersburg, MD.

- El producto que nace a las 32 semanas de gestación o antes puede beneficiarse con la profilaxia contra RSV, incluso si no tiene neumopatía crónica. En los lactantes en cuestión, entre los principales factores que deben considerarse están su edad gestacional y edad cronológica al comenzar la estación de ataque de RSV. Los productos que nacen con 28 semanas de gestación o antes pueden beneficiarse de la profilaxia durante la primera estación de ataque de RSV, si surge en los primeros 12 meses de vida. Los productos que tienen 29 a 32 semanas de gestación al nacer pueden beneficiarse al máximo de la profilaxia, incluso hasta los seis meses de vida. En lo que respecta a dicha recomendación, el límite de 32 semanas de gestación se refiere al producto nacido en la semana trigésima segunda o antes de ella (es decir, 32 semanas, cero días). Una vez que el niño cumple con los requisitos para comenzar la profilaxia, en el inicio de la estación de ataque de RSV, la administración debe continuar durante toda la estación y no interrumpirse en la fecha en que el pequeño cumple seis meses o 12 meses de vida.
- Se ha demostrado que el palivizumab y RSV-IGIV disminuyen la posibilidad de hospitalización en productos nacidos entre las 32 y las 35 semanas de gestación (p. ej., entre las 32 semanas un día y las 35 semanas, cero días), pero hay que considerar con gran detenimiento el costo de practicar la profilaxia en este gran grupo de pequeños. Por todo lo comentado, muchos expertos recomiendan reservar la profilaxia para lactantes de este grupo expuestos al máximo riesgo de infección grave y que tienen menos de seis meses de vida al comenzar la estación de ataque de RSV. Los datos epidemiológicos sugieren que hay mayor posibilidad de que la infección por RSV culmine en hospitalización de los lactantes en cuestión si surgen los siguientes factores de riesgo: asistencia del niño a un centro de atención pediátrica; hermanos en edad escolar; exposición a los contaminantes aéreos ambientales; anomalías congénitas de las vías respiratorias o enfermedad neuromuscular grave. Sin embargo, ningún factor de riesgo aislado y por sí solo origina incremento enorme de la cifra de hospitalización, y el riesgo es aditivo conforme aumenta el número de factores de riesgo de un lactante particular. Por todo lo expuesto habrá que pensar en la profilaxia en lactantes de 32 a 35 semanas de gestación sólo si están presentes dos o más de los factores mencionados de riesgo. La exposición al humo del tabaco es un factor de riesgo que puede ser anulado o controlado por los parientes de un lactante expuesto a un mayor peligro de mostrar enfermedad por RSV, y las medidas preventivas indudablemente serán menos caras que la profilaxia con palivizumab. Nunca se expondrá a los lactantes de alto riesgo al humo del tabaco. Los pequeños de alto riesgo deben alejarse de multitudes y de situaciones en que es imposible controlar la exposición a personas infectadas. La participación en los cuidados de niños debe restringirse durante la estación de ataque de RSV en el caso de los pequeños de alto riesgo, en la medida de lo posible. Hay que orientar e insistir a los padres respecto de la importancia de la higiene meticulosa de las manos. Además, hay que vacunar contra la influenza a todo pequeño de alto riesgo y a sus contactos, desde los seis meses de vida.
- La profilaxia contra RSV debe iniciarse poco antes de que comience la estación de ataque del virus y terminar al finalizar tal temporada. En casi todas las estaciones y la mayor parte de las regiones del hemisferio septentrional, la primera dosis de palivizumab debe administrarse en los comienzos del mes de noviembre, y la última [a comienzos de marzo, y así se obtendrá protección que persistirá en el mes de abril. Los médicos, para conocer los aspectos epidemiológicos de RSV en el área en que laboran, deben consultar a los departamentos de sanidad local o laboratorios de virología diagnóstica, o en Estados Unidos a los *Centers for Disease Control and*

*Prevention* si en la localidad no se cuenta con tal información. Las decisiones respecto a la duración específica de la profilaxia debe individualizarse con base en la duración de la estación de ataque de RSV. Los pediatras quizá deseen utilizar datos de nuevas hospitalizaciones por RSV obtenidos en su propia región y así facilitar la decisión.

- Los niños de 24 meses de edad o menores que tienen cardiopatías congénitas cianóticas y acianóticas de importancia hemodinámica, se beneficiarán de cinco inyecciones intramusculares mensuales de palivizumab (15 mg/kg). Las decisiones en cuanto a la profilaxia con dicho fármaco en niños con cardiopatías congénitas deben tomarse con base en el grado de anormalidad funcional del aparato cardiovascular. Los niños menores de 12 meses con alguna cardiopatía congénita y que tienen mayor posibilidad de beneficiarse de la inmunoprofilaxia incluyen:
  - ♦ Lactantes que reciben medicamentos para controlar su insuficiencia congestiva cardíaca
  - ♦ Lactantes con hipertensión pulmonar moderada o grave
  - ♦ Lactantes con cardiopatía cianótica

Se observó una disminución media de la concentración sérica de palivizumab de 58% después de métodos quirúrgicos que utilizaron circulación extracorporeal en niños que aún necesitan profilaxia; por tal razón, habrá que pensar en la administración de una dosis de palivizumab después de la operación (15 mg/kg) tan pronto el niño muestra estabilidad clínica.

Los grupos siguientes de lactantes **no** muestran un mayor riesgo de contraer RSV y, en términos generales, no deben recibir inmunoprofilaxia:

- ♦ Lactantes y niños con cardiopatía que no tiene trascendencia hemodinámica (como sería defecto del tabique interauricular de tipo secundum; defecto pequeño en el tabique interventricular; estenosis de la pulmonar, estenosis aórtica no complicada, coartación mínima de la aorta y persistencia del conducto arterioso)
- ♦ Lactantes con lesiones corregidas adecuadamente por métodos quirúrgicos, salvo que sigan necesitando fármacos contra su insuficiencia congestiva cardíaca
- ♦ Lactantes con miocardiopatía leve que no reciben tratamiento médico

Las fechas para comenzar y terminar la profilaxia deben basarse en las mismas consideraciones que se siguen con los productos pretérmino de alto riesgo. En abril de 2003 todavía la *Food and Drug Administration* no había aprobado el uso de palivizumab en niños con cardiopatía congénita, de tal forma que quizá cambien sus recomendaciones (véase [www.aap.org](http://www.aap.org)). A diferencia de palivizumab, RSV-IGIV está contraindicado en niños con cardiopatía congénita cianótica.

- No se ha evaluado el uso de palivizumab ni de RSV-IGIV como profilácticos en investigaciones con asignación aleatoria en niños inmunodeficientes. A pesar de que es imposible hacer recomendaciones específicas en este tipo de pacientes, los menores con inmunodeficiencias graves (como la inmunodeficiencia combinada grave o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida grave) pueden beneficiarse de la profilaxia. Si los niños en cuestión y los lactantes reciben cada mes el concentrado IGIV estándar, es posible que los médicos analicen la posibilidad de sustituir por RSV-IGIV durante la estación de ataque del virus.
- RSV-IGIV y palivizumab no son eficaces para tratar la enfermedad por RSV, razón por la cual ninguno de los dos ha recibido aprobación para usar en tal indicación.
- Algunos estudios sugieren que unos cuantos pacientes de fibrosis quística podrían estar expuestos a un mayor peligro de infección por RSV. Sin embargo, no hay datos suficientes para precisar la eficacia del uso de palivizumab en esta población de enfermos.

- Si un lactante o un niño que recibe inmunoprolifáticos presenta una infección por RSV a pesar de dicha terapia, la profilaxia debe continuar durante toda la estancia de ataque por RSV. Dicha recomendación se basa en la observación de que los lactantes de alto riesgo pueden ser hospitalizados más de una vez en la misma estancia con ataque de la zona baja de las vías respiratorias por RSV, y por el hecho de que dentro de la comunidad circulan conjuntamente varias de las cepas de virus sincital respiratorio.
- Los médicos deben hacer arreglos para administrar fármacos en término de 6 h después de abrir un frasco-ampolla porque el producto biológico no contiene conservador.
- Se sabe que el virus sincital respiratorio es transmitido en el medio hospitalario y que causa enfermedad grave en los productos de alto riesgo. En el caso de lactantes de alto riesgo hospitalizados, la forma principal para evitar la enfermedad por RSV es el cumplimiento estricto de las prácticas de erradicación de infecciones, incluido el uso de medios rápidos para identificar y aislar a los pequeños infectados por dicho virus. Si se corrobora que existe un brote de RSV en una unidad de alto riesgo (como la unidad de cuidados intensivos en niños), habrá que conceder énfasis básico a las prácticas adecuadas de erradicación de la infección, en particular la higiene de las manos. No se pueden hacer recomendaciones en cuanto al empleo de palivizumab como una forma de prevención de la enfermedad RSV nosocomial.
- El palivizumab no interfiere en la respuesta a las vacunas. En el caso de lactantes y niños en quienes se emprende profilaxia a base de RSV-IGIV, se diferirán las vacunaciones contra sarampión-parotiditis-rubéola y varicela nueve meses después de recibir la última dosis de RSV-IGIV. El empleo de dicho concentrado inmunoglobulínico no altera el plan de vacunación primaria en lo que toca a otras inmunizaciones recomendadas. Los datos disponibles no refuerzan la posibilidad de que se necesite dosis suplementaria de ninguna de estas vacunas que se administran sistemáticamente.

**AISLAMIENTO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO:** Además de las precauciones estándar se recomienda seguir precauciones para evitar la transmisión por contacto durante todo el tiempo en que dure la enfermedad por RSV en lactantes y niños de corta edad, incluidos pacientes tratados con ribavirina. La eficacia de tales medidas de precaución depende del cumplimiento de órdenes terapéuticas y exige el cumplimiento escrupuloso de las medidas apropiadas de higiene de las manos. Hay que cuidar a los niños con infección por RSV en estancias aisladas o se les colocará en una “cohorte”.

**MEDIDAS PREVENTIVAS.** La erradicación de la transmisión nosocomial de RSV se complica por la posibilidad incesante de introducción por parte de pacientes, personal y visitantes infectados. En el punto máximo de la estancia de ataque de RSV, muchos lactantes y niños hospitalizados con síntomas de aparato respiratorio terminarán por ser infectados por RSV y deben ser atendidos al seguir las precauciones para evitar la transmisión por contacto (véase “Aislamiento del paciente hospitalizado” en párrafos anteriores). La identificación temprana de los pacientes infectados por RSV (véase “Métodos diagnósticos”, páginas anteriores en este resumen) es importante para emprender inmediatamente las precauciones apropiadas. En grandes brotes se ha demostrado la eficacia de diversas medidas que incluyen: 1) estudio y selección de los pacientes en busca de infección por RSV, mediante estudios de laboratorio; 2) establecer cohortes de pacientes y personal infectados; 3) excluir a visitantes que muestren infecciones de vías respiratorias; 4) excluir a personal que tenga enfermedades de vías respiratorias o infección por RSV y procurar que no atienda a lactantes susceptibles, y 5) uso de batas, guantes, visores y quizá mascarillas.

Un aspecto importantísimo en la prevención de la infección por RSV en lactantes de alto riesgo es enseñar a sus progenitores y a otros cuidadores la importancia de disminuir la

exposición al RSV y también su contagio. Entre las medidas preventivas están evitar en lo posible la exposición a entornos contagiosos (como serían centros de atención pediátrica) e insistir en la higiene de las manos en todas las situaciones, incluido el hogar, en particular en periodos en que los contactos de niños de alto riesgo tienen infecciones de vías respiratorias. Además, los pequeños de alto riesgo nunca deben quedar expuestos al humo de tabaco.

## Rhinovirus, infecciones

**MANIFESTACIONES CLÍNICAS:** Los rinovirus son los que causan más a menudo el resfriado común o rinosinusitis. También se les ha vinculado con faringitis, otitis media, bronquiolitis y neumonía (con menor frecuencia), así como exacerbaciones de bronquitis y enfermedad reactiva de vías respiratorias. La secreción nasal suele ser acuosa y transparente en el comienzo, pero se torna mucopurulenta y viscosa después de unos días y puede persistir 10 a 14 días. Se observan también malestar general, cefalea, mialgias y febrícula.

**CAUSAS:** Las partículas en cuestión son virus de RNA clasificados como picornavirus. Se han identificado como mínimo 100 serotipos antigénicos con base en los anticuerpos neutralizantes que generan. La infección con un tipo confiere moderada inmunidad específica de tipo, pero es de grado variable, dura poco y brinda escasa protección contra otros serotipos.

**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS:** Los rinovirus humanos infectan sólo a seres humanos y chimpancés. La transmisión se hace más bien por contacto directo de una persona a otra, con autoinoculación por secreciones contaminadas en las manos. Con menor frecuencia la transmisión puede hacerse por aerosol. Las infecciones aparecen durante todo el año aunque la actividad máxima de la enfermedad se localiza durante otoño y primavera. Varios serotipos suelen circular simultáneamente, pero los que son prevalentes y que circulan en una población particular tienden a cambiar con el paso del tiempo. En la vida adulta las personas poseen ya anticuerpos contra muchos serotipos. Es frecuente la propagación dentro del núcleo familiar. La propagación de virus en las secreciones nasofaríngeas es más copiosa durante los primeros dos a tres días de la infección y suele cesar entre los siete y 10 días. Sin embargo, tal dispersión puede continuar incluso por tres semanas.

El **periodo de incubación** suele ser de dos a tres días, pero a veces es de siete días.

**MÉTODOS DIAGNÓSTICOS:** La inoculación de las secreciones nasales en cultivos celulares adecuados para aislar el virus constituye la mejor forma de confirmar el diagnóstico específico. El gran número de tipos antigénicos vuelve impráctico el diagnóstico serológico de la infección.

**TRATAMIENTO:** Los estudios en que los testigos reciben un placebo han indicado que los antigripales con antihistamínicos-descongestivos que se adquieren sin receta no son más eficaces que el placebo en niños menores de cinco años. Los antimicrobianos no evitan la infección bacteriana secundaria y complican el tratamiento ulterior al estimular la aparición de bacterias resistentes (véase “Uso apropiado de antimicrobianos”, sección 4).

**AISLAMIENTO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO:** Además de las precauciones estándar se recomienda las que se siguen para evitar la transmisión por contacto en lactantes y niños hospitalizados, durante el tiempo que dure la enfermedad.

**MEDIDAS PREVENTIVAS:** La higiene manual frecuente y las medidas sanitarias en escuelas, hogares y otros sitios en que es común la transmisión permite a veces disminuir la propagación de los rinovirus. No ha tenido beneficio probado el uso de desinfectantes en aerosol, en el entorno.