

¿De qué se enferman los niños y a qué darle importancia?



# Llegaron los primeros FRÍOS



“Las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen la causa más frecuente de consulta en la edad pediátrica. Se presentan a lo largo de todo el año pero aumentan durante los meses de invierno. Son la principal causa de ausentismo escolar y de hospitalización”.



**Dra: Adriana Martínez**  
Jefa de Pediatría de 1727

**S**e define IRA alta toda aquella patología que afecta al aparato respiratorio desde la nariz hasta la laringe: otitis, sinusitis, resfrío común, faringo amigdalitis, faringitis, adenoiditis, laringitis y epiglotitis.

Se define IRA baja a la afección de los pulmones, o sea bronquitis, bronquiolitis y neumonía.

Las IRA altas y bajas frecuentemente son ocasionadas por virus.

El contagio se realiza por vía aérea, a través de gotas de saliva que se expulsan al toser o estornudar o directamente a través de objetos contaminados con secreciones. La infección se propaga por vecindad en la vía respiratoria, sin necesidad de pasar a través de la sangre.

Existen factores de riesgo que hacen que los niños sean más propensos a padecer infecciones respiratorias como son:

- Bajo peso al nacer (menos 2500 g)
- No ser amamantados
- Hacinamiento
- Padres fumadores, exposición a humo
- Desnutrición
- Esquema de vacunación incompleto

Los niños presentan en promedio 5 a 8 infecciones respiratorias al año, con una incidencia máxima en el menor de dos años.

## RESFRÍO COMÚN

**El resfrío común, también conocido como rinofaringitis aguda, es la infección más frecuente en los niños y se caracteriza principalmente por rinorrea (mocos) obstrucción nasal y estornudos. La etiología es viral, encontrándose ocasionalmente agentes bacterianos, en forma secundaria, en casos de complicación.**

Los agentes más importantes son rinovirus, con más de 100 serotipos distintos, coronavirus y Virus Respiratorio Sincicial (por si alguno de los lectores quiere profundizar en cada agente).

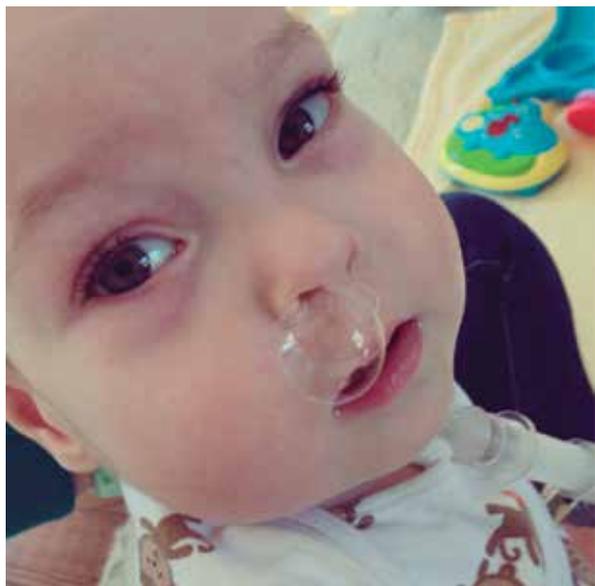
El período de incubación es corto, pudiendo ser incluso de pocas horas, y el cuadro dura generalmente de 3 a 7 días. La transmisión viral se produce por vía aérea desde un enfermo o portador a un individuo susceptible.

En los niños menores de 1 año el cuadro comienza habitualmente con fiebre, irritabilidad, decaimiento, estornudos y ruidos nasales. Pronto aparece rinorrea, inicialmente serosa, que se va transformando en mucosa al pasar los días, hasta adquirir aspecto muco purulento y desaparecer dentro de la primera semana.

**Mientras más pequeño el niño, más depende de su respiración nasal, por lo que esta obstrucción puede incluso producir síntomas de dificultad respiratoria.**

Cuando se asocia fiebre, habitualmente se presenta al inicio del cuadro extendiéndose no más allá de 72 horas. Los síntomas comienzan a disminuir hacia el cuarto día, pudiendo aparecer otros signos respiratorios por extensión o por contigüidad, como disfonía o tos productiva.

**Los niños mayores de 1 año habitualmente presentan menos fiebre y menor compromiso del estado general.** A mayor edad, el cuadro comienza con sensación de sequedad e irritación nasal, seguido de estornudos y rinitis



serosa. Otros síntomas como mialgias (dolores musculares), cefalea, fiebre baja y tos pueden estar presentes. Esta fase aguda también dura, por lo general, 2 a 4 días.

### Complicaciones

Las complicaciones se producen por sobreinfección bacteriana.

Una de las sobreinfecciones más frecuente es la otitis media aguda favorecida por una trompa de Eustaquio más corta y más ancha en el lactante lo que facilita la contaminación del oído medio.

Otra, es la adenoiditis (inflamación de las vegetaciones) en el lactante, favorecida por un tejido adenoideo aumentado de tamaño.

**En el escolar, la complicación más frecuente es la sinusitis (inflamación de los senos faciales).**

El mal uso de los antibióticos suprime la flora bacteriana normal lo que permite la sobreinfección con agentes patógenos.



Considerando la evolución normal del resfrío común, se debe poner atención a la persistencia o reaparición de fiebre más allá del cuarto día, prolongación más allá de 7 días de la etapa purulenta de la rinorrea y falta de tendencia a la mejoría a partir del quinto día de evolución, hechos que pueden indicar sobreinfección del cuadro.

El tratamiento es principalmente sintomático, con reposo relativo dependiendo de la edad, una adecuada hidratación y uso de antipiréticos en caso de fiebre. En los lactantes más pequeños es fundamental realizar un buen aseo nasal en forma frecuente con suero fisiológico, y que duerma en posición semisentado.

## FARINGOAMIGDALITIS

La faringoamigdalitis (FA) corresponde a una infección o inflamación de la faringe y las amígdalas.

Dentro de las causas infecciosas se distinguen las bac-



terianas y las virales. En los menores de tres años es mucho más frecuente la etiología viral, mientras que en los mayores aumenta significativamente la etiología bacteriana.

Dentro de las causas bacterianas se encuentran el estreptococo beta hemolítico grupo A (EBHA), estreptococo beta hemolítico grupo C, Mycoplasma y otros estreptococos.

La más importante corresponde al EBHA por su mayor frecuencia y potenciales complicaciones graves.

### Cuadro clínico

Dentro de las manifestaciones clínicas de la FA estreptocócica existen elementos que son muy constantes y que ayudan a sospechar el diagnóstico:

- Inicio agudo de los síntomas
- Ausencia de síntomas catarrales (resfrío)
- Odinofagia intensa, dolor abdominal, ocasionalmente cefalea
- Presencia de exudado blanco en las amígdalas
- Enantema con petequias en el paladar blando
- Adenopatías regionales
- Fiebre elevada

El diagnóstico se apoya en la anamnesis, examen físico y certificación etiológica. El único método certero de laboratorio continúa siendo el cultivo faríngeo. Sin embargo, hoy se dispone de métodos de aglutinación de látex (test-pack) que permiten una rápida aproximación diagnóstica, con una sensibilidad alrededor del 90% y especificidad sobre el 95%.

### Complicaciones

Las complicaciones de la FA por EBHA se pueden dividir en:

- Supuradas: linfadenitis cervical, absceso periamigdalino, absceso retrofaríngeo, otitis media aguda y sinusitis.
- No supuradas: fiebre reumática, glomerulonefritis aguda.

### Tratamiento

Debe estar orientado al alivio sintomático y erradicación del EBHA.

- Sintomático: hidratación, antipiréticos, analgésicos.
- Erradicación: existen distintas alternativas. Se debe recordar, sin embargo, que el tratamiento de elección continúa siendo la penicilina.

### OTITIS MEDIA AGUDA

La otitis media aguda (OMA) se presenta con mayor frecuencia en menores de 2 años, con una muy baja incidencia en el mayor de 7 años.

Esta distribución etaria se explicaría por las diferencias anatómicas de la trompa de Eustaquio (TE) a distintas edades, cuya función consiste en igualar las presiones entre la faringe y el oído medio. Frente a una IRA alta se produce congestión y edema de la mucosa respiratoria incluyendo la TE, lo que dificulta la ventilación y el drenaje adecuados. Se acumula líquido en el oído medio permitiendo la proliferación de agentes infecciosos y desencadenando la OMA. Los niños menores de 3 años poseen una TE más corta, más ancha y más horizontal lo que favorece este mecanismo de disfunción.

Con respecto a la etiología se estima que un tercio de las OMA son de origen viral y el resto, de origen bacteriano, diferenciables sólo por timpanocentesis. Dentro de la etiología bacteriana predominan el *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y, menos frecuentemente, la *Moraxella catarrhalis*.

Dentro de las manifestaciones clínicas se observa, en los lactantes: irritabilidad, rechazo alimentario, fiebre, llanto persistente y a veces vómitos.

Los niños mayores pueden comunicar otalgia.

Frecuentemente existe el antecedente de IRA alta, previa. La otoscopia revela un conducto auditivo externo normal o congestivo, con o sin descarga. El tímpano que, en condiciones normales se aprecia rosado y refractante, se observa abombado, eritematoso, opaco y poco translúcido. La otoscopia neumática confirma el diagnóstico al observar disminuida o ausente la movilidad normal de la membrana timpánica al insuflar aire a presión.

### Tratamiento

Existe controversia con respecto al tratamiento, debido a

que no se ha logrado determinar de manera fehaciente la real utilidad de los antibióticos.

#### RECOMENDACIONES GENERALES:

- Amamante a su hijo
- No fume
- Respetar el reposo que el niño pida.
- Administrar abundantes líquidos
- Descender la temperatura cada vez que tenga más de 38°
- Destaparle la nariz frecuentemente
- Enseñarle a taparse la boca cuando estornuda o tosa
- Lavarse las manos frecuentemente
- No concurrir a la escuela hasta que mejore

**CONSULTE A SU PEDIATRA DE CABECERA SI SE ALEJA DE LOS PLAZOS YA EXPLICADOS.**

**RECUERDE VACUNARLOS EN FORMA CORRECTA**



## Si sos socio de CAFUCA podés ser parte de "CASMU VITAL" con importantes beneficios

- Tendrás 50% de descuento en la matrícula y en caso de abonar el semestre completo se exonerará el pago de la misma.
- En la cuota de afiliación mensual por los servicios de "Casmu Vital" se realizará un descuento de 10% sobre los valores del plan que contrates.

