



# **MANEJO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS ALTAS**

**Dra. Concepción Sánchez Infante**

**1ra parte**



# Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)

- Grupo de enfermedades que afectan cualquier parte de las vías respiratorias.
- Según afecten estructuras por encima de la laringe o por debajo de esta se clasifican en **altas y bajas**.
- Las IRA altas y bajas a su vez se dividen en no **complicadas y complicadas**.



# Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)

- Pueden ser causadas por distintos gérmenes aunque más del **80 %** son de etiología **viral**.
- Principal causa de consulta pediátrica ambulatoria. (**40-60 % de las consultas pediátricas**).
- De las **hospitalizaciones** , **20-40 %** se deben a IRA.
- Es común que los **niños menores de 5 años** tengan **entre 4 y 8 episodios de IRA al año**.



# Infecciones Respiratorias altas

## NO COMPLICADAS

- Rinofaringitis aguda
- Faringoamigdalitis con exudados o membranas
- Faringoamigdalitis con vesículas y ulceraciones

## COMPLICADAS

- Otitis Media Aguda
- Sinusitis
- Adenoiditis
- Absceso periamigdalino y retrofaringeo.
- Adenitis.
- IRAs Bajas



## **LAS IRA ALTAS SON LAS MÁS FRECUENTES Y DENTRO DE ESTAS, LAS NO COMPLICADAS.**

- 2003, Robaina Suarez G estudio 540 casos menores de 5 años con IRA:  
88.3% IRA alta, 86,1% IRA alta no complicada', 66,1% rinofaringitis aguda catarral, faringoamigdalitis 27,5%, OMA 4,6%
- 2007, Pulido Morales N, estudió 115 casos menores de 1 año con IRA:  
87,2% IRA alta, 52,4% rinofaringitis aguda catarral, 15,8% faringoamigdalitis, 21,7% OMA
- 2009, Torres Suárez I, estudió 720 niños menores de 5 años con IRA:  
83.8% IRA alta, 41,8% rinofaringitis aguda, faringoamigdalitis,37%, OMA 5%.



# RINOFARINGITIS CATARRAL AGUDA O CATARRO COMÚN.

Es frecuente en los primeros 3 años de vida y en niños que acuden a círculos infantiles.

## **Etiología:**

- **Virus: más frecuente.** Rinovirus. Parainfluenza. Metaneumovirus humano. Influenza. Sincitial respiratorio. Coronavirus.
- **Bacterias: menos frecuentes.** Estreptococos beta hemolítico grupo A. Mycoplasmas pneumoniae. Chlamydia pneumoniae.



# RINOFARINGITIS CATARRAL AGUDA

## Cuadro clínico

### Menores de 6 meses

- Por lo general no hay fiebre
- Estornudo.
- Obstrucción y secreción nasal que puede dificultar el sueño y la alimentación.

### E/ 6 meses y 3 años

- Fiebre que puede llegar hasta 40°C.
- Irritabilidad.
- Secreción nasal acusa, mucosa o mucopurulenta
- Anorexia.
- La orofaringe enrojecida.
- En las primeras 24-48 horas membranas timpánicas ligeramente congestivas.
- Puede acompañarse de diarreas y vómitos.

### Más de 4 años

- No hay fiebre o es muy ligera.
- Sequedad o irritación de las fosas nasales y/o de la orofaringe.
- Escalofríos.
- Cefalea.
- Anorexia.
- Malestar .

# RECORDAR:

En el curso de la rinofaringitis aguda catarral, la secreción nasal pasa de transparente a mucopurulenta, (Moco verde) y **NO INDICA SOBREENFECCIÓN BACTERIANA :**

- Presencia de células epiteliales ciliadas descamadas.
- Presencia de leucocitos polimorfonucleares que han acudido en respuesta a la infección.

**Pensar en infección bacteriana sobreañadida si:**

- Secreción nasal purulenta + reaparición, persistencia y /o intensificación de la fiebre.
- Secreción purulenta que persiste por más de 10 días.



## RINOFARINGITIS CATARRAL AGUDA

### RECORDAR:

- Es un proceso benigno.
- Con un curso autolimitado, de 2 – 7 a 10 días en general, la tos puede persistir por más de 2 semanas.
- Baja incidencia de complicaciones.
- El diagnóstico es exclusivamente clínico.
- No requiere ingreso.
- **El tratamiento es sintomático:** Control de la fiebre elevada, ingestión de líquidos, lavados nasales con suero salino fisiológico y elevación de la cabecera de la cuna o cama para disminuir la tos nocturna por goteo postnasal son las medidas que, por su inocuidad y sensatez, deben utilizarse.

# FARINGOAMIGDALITIS.

El 75-80% de la faringoamigdalitis aguda tienen etiología viral.

## Faringoamigdalitis con vesículas, nódulos o ulceraciones



Etiología:

- **Virus Herpes simple I** (gingivoestomatitis herpética)
- **Coxsackie A:**
  - Herpangina,
  - Faringitis linfonodular,
  - Síndrome boca-mano-pie

## Faringoamigdalitis con exudados o membranas



Etiología:

Virus:- **Adenovirus.**

-Virus de Ebstein Barr

Bacterias: - **Estreptococo B hemolítico Grupo A (niño mayor de 3 años)**

- *Mycoplasma pneumoniae* (niños mayores de 8 años)

- Microorganismos anaerobios.



## **Faringoamigdalitis con exudados o membranas**

### **Etiología bacteriana poco probable:**

- Edad inferior a 3 años.
- Presencia de rinorrea, tos, ronquera, diarrea conjuntivitis.

### **Sugestivo de faringoamigdalitis estreptocócica:**

- Edad mayor de 3 años.
- Inicio brusco, fiebre elevada.
- Adenopatías cervicales grandes, dolorosas.
- Exudados amigdalares.
- Petequias palatinas.
- Exántemas escarlatiniformes.
- Epidemiología positivo, cefalea, dolor abdominal.

## Microorganismos causales

Situación clínica	Frecuentes	Menos frecuentes
Fiebre elevada de inicio brusco, adenopatías cervicales, exudados amigdalares, petequias palatinas, cefalea, dolor abdominal, ausencia de síntomas catarrales	EBHGA <sup>6</sup>	Virus de Epstein Barr (VEB) Citomegalovirus (CMV) Adenovirus Estreptococos C y G
Síndrome mononucleósico <sup>7</sup>	VEB	CMV Toxoplasma
Exantema escarlatiniforme	SBHGA <sup>8</sup>	Enterovirus <sup>9</sup> <i>Arcanobacterium haemolyticum</i> <sup>10</sup>
Presencia de tos, rinorrea, conjuntivitis, estornudos, ronquera o edad menor de 3 años <sup>11</sup>	Virus <sup>12</sup>	EBHGA (improbable)
Vesículas faringoamigdalares	Virus coxackie A	Virus herpes simplex (VHS)



# TRATAMIENTO DE LAS IRA ALTA

- MEDIDAS PREVENTIVAS.
- MEDIDAS GENERALES.
- MEDIDAS LOCALES
- MEDIDAS ESPECIFICAS
- MEDIDAS INNECESARIAS Y HASTA PERJUDICIALES.

# TRATAMIENTO DE FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCÓCCICA

SITUACIÓN	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	ALTERNATIVAS
FAA por EBHGA (etiología probable o segura)	<p><b>Penicilina V, VO</b>, durante 10 días</p> <p><b>Penicilina novocaínica IM</b> (10 días) 1000000U /M<sup>2</sup>/día</p>	<p><b>Amoxicilina 80-90mg/Kg/día</b> VO 10días, en 3 Dosis 10 días</p>
Alergia a penicilina	<p><b>Azitromicina, VO</b>,10 mg/kg/día, 1 dosis diaria 5d</p> <p><b>Cefalosporina de 1era</b> generación: Cefalexina 100mg/Kg/día 4 dosis 10 días Cefadroxilo 30mg/Kg/día 2dosis 10 días</p>	<p><b>Eritromicina, VO</b>, 40 mg/kg/día, en 3-4 dosis, 10 días</p> <p><b>Clindamicina, VO</b>, 15-25 mg/kg/día, en 3 dosis, 10 días</p> <p><b>Claritromicina, VO</b>, 15 mg/kg/día, en 2 dosis, 10 días</p>
Intolerancia digestiva o problemas para cumplir tratamiento	<p><b>Penicilina benzatina, IM</b> en dosis única:</p> <p>- &gt; 27 Kg 1.200 .000 U</p> <p>- &lt; 27 Kg 600 .000 U</p>	

# TRATAMIENTO DE FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCÓCCICA

SITUACIÓN	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	ALTERNATIVAS
<p>Faringitis de repetición por EBHGA. Recaída (reaparición de los síntomas en los 2-7 días posteriores a la finalización del tratamiento)</p>	<p>Si se sospecha recaída o reinfección volver a tratar con un nuevo ciclo del mismo u otro antibiótico apropiado  <b>Amoxicilina/sulbactan</b> VO 50 mg/Kg/día 3 dosis 10d  <b>Amoxicilina/clavulánico</b>, VO, 40 mg/kg/día, 3 dosis, 10 días                      Clindamicina VO, 15-25 mg/kg/día, en 3 dosis, 10 días  <b>Penicilina Benzatinica</b> + <b>Rifampicina</b> 10mg/Kg/día 2 dosis 4 días</p>	<p>En caso de que varios miembros de la familia presenten faringitis por EBHGA al mismo tiempo, valorar la realización de cultivo faríngeo a todos los miembros de la familia y tratar a los que sean positivos</p>
<p>Fallo del tratamiento (persistencia de síntomas a las 72 horas de iniciado el tratamiento antibiótico)</p>	<p>Dada la excelente sensibilidad del EBHGA valorar posibilidades distintas a resistencia bacteriana: virosis, mal cumplimiento del tratamiento o complicaciones supurativas locales</p>	<p>En casos con cultivo positivo en los que se han descartado las opciones anteriores:  <b>Amoxicilina/sulbactan</b>  <b>Amoxicilina/clavulánico</b>,</p>