

# Infección respiratoria de vías altas



Dra. Cristina Suárez Castañón  
Urgencias de Pediatría. Hospital de Cabueñes. Gijón.  
Oviedo, 8 de Abril de 2016

La mayoría pensareis...NOOOOOOOOOOOO!!!!

!!!Mocos y tos!!!

!!!!Si esto ya nos  
lo sabemos desde  
R1!!!!



# Objetivos de la ponencia.



- ✓ Repaso de los conceptos generales más importantes relacionados con las IVRA.
- ✓ Claves en el diagnóstico de las IVRA.
- ✓ Actualización en el manejo de las IVRA.

# Frecuencia de las infecciones respiratorias agudas.



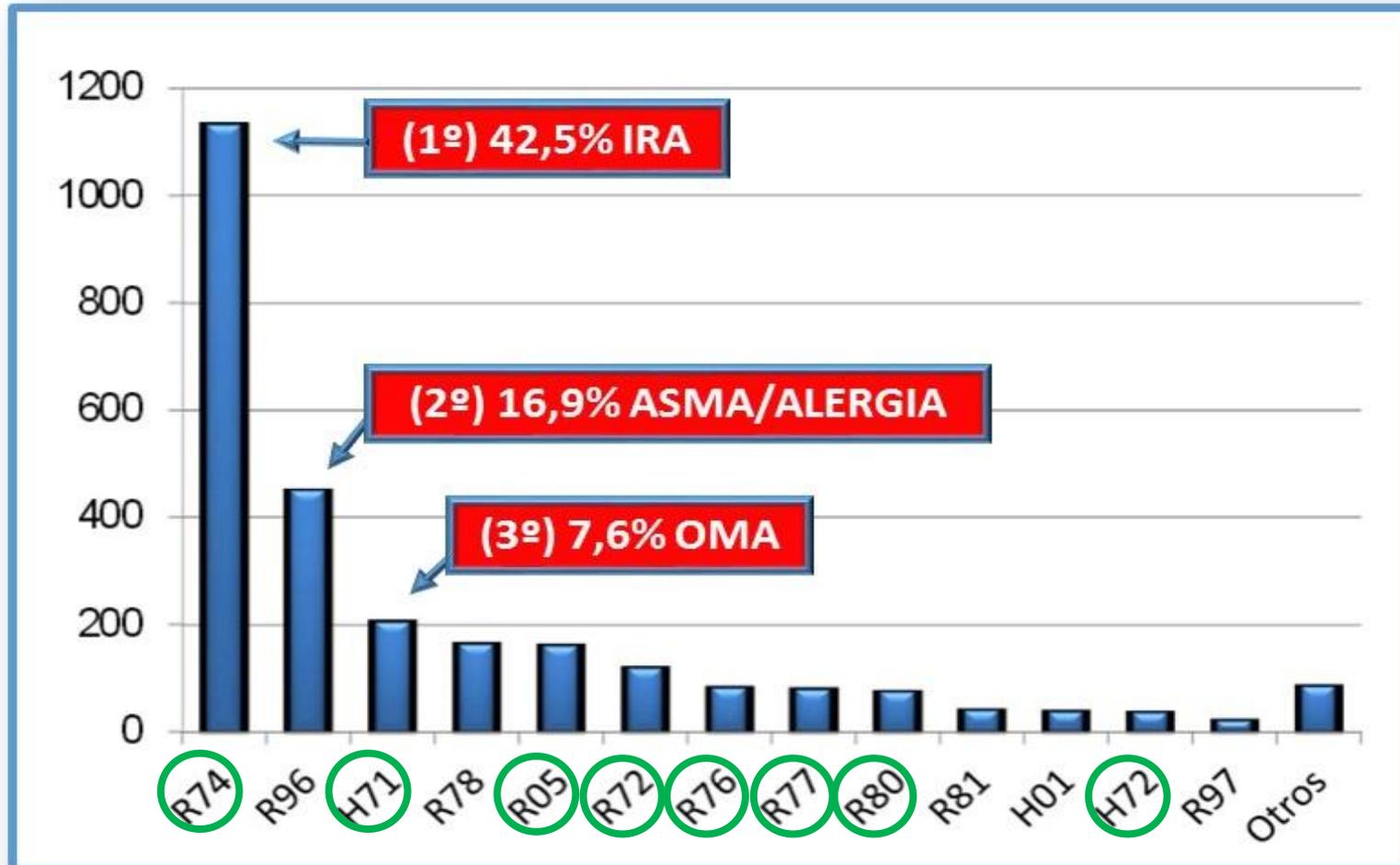
Esto tiene que ser más simple de lo que yo creo...

# Frecuencia de las infecciones respiratorias agudas.

- ✓ **A. P.:** motivo de consulta más habitual (50%) → **elevada morbilidad y demanda asistencial.**
- ✓ **Hospital:** 25% ingresos pediátricos urgentes.
- ✓ **Datos recogidos en Asturias:**
  - 2003 (Asturias) → 44,8% diagnósticos aparato respiratorio → **IRA (R74): 23,1%.**
  - 2009 (ESI) → 59,3% motivos reducción o limitación actividad diaria problemas de garganta, tos, catarro y gripe.
  - 2011 (Área V) → 41,7% procesos respiratorios → **IRA (R74): 42,5%.**



# Frecuencia de las infecciones respiratorias agudas.



## CÓDIGOS CIAP

**R74:** IRA, catarro, faringitis

**H71:** Miringitis, OMA supurada

**R05:** Tos, expectoración, fiebre

**R72:** FA estreptocócica, escarlatina

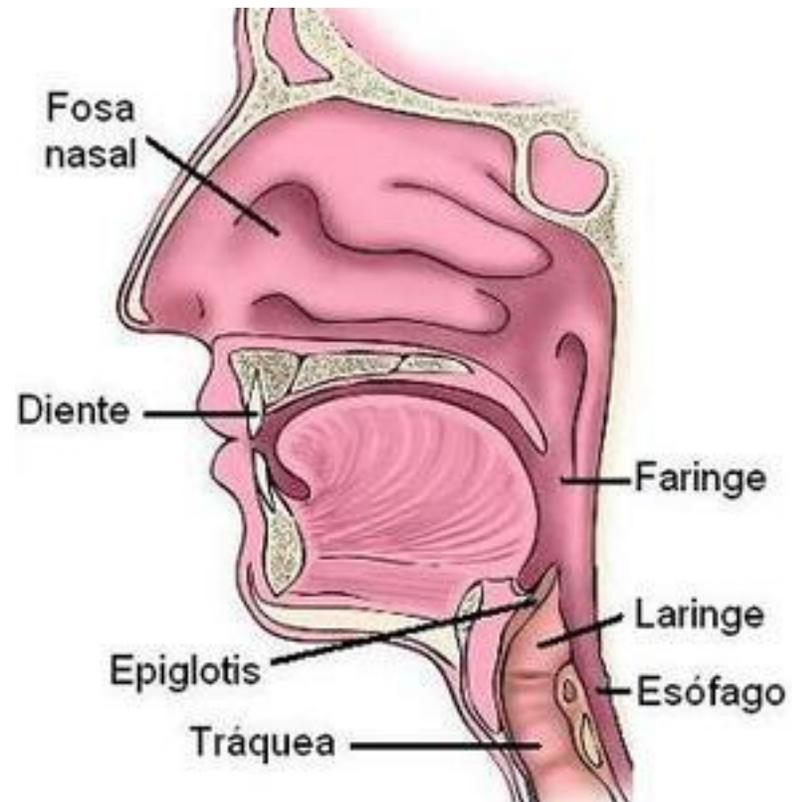
**R76:** Amigdalitis aguda, herpangina, absceso periamigdalino

**R77:** Laringitis/crup

**R80:** Gripe

**H72:** OM no supurada, OMS

# Características de las IRVA.



# Características de las IRVA.

- ✓ **Catarro de vías altas o resfriado común**
- ✓ **Faringitis aguda**
- ✓ **Gripe**
- ✓ **Laringitis aguda o crup**
- ✓ **Otitis**
- ✓ **Sinusitis**



# Catarro de vías altas o resfriado común

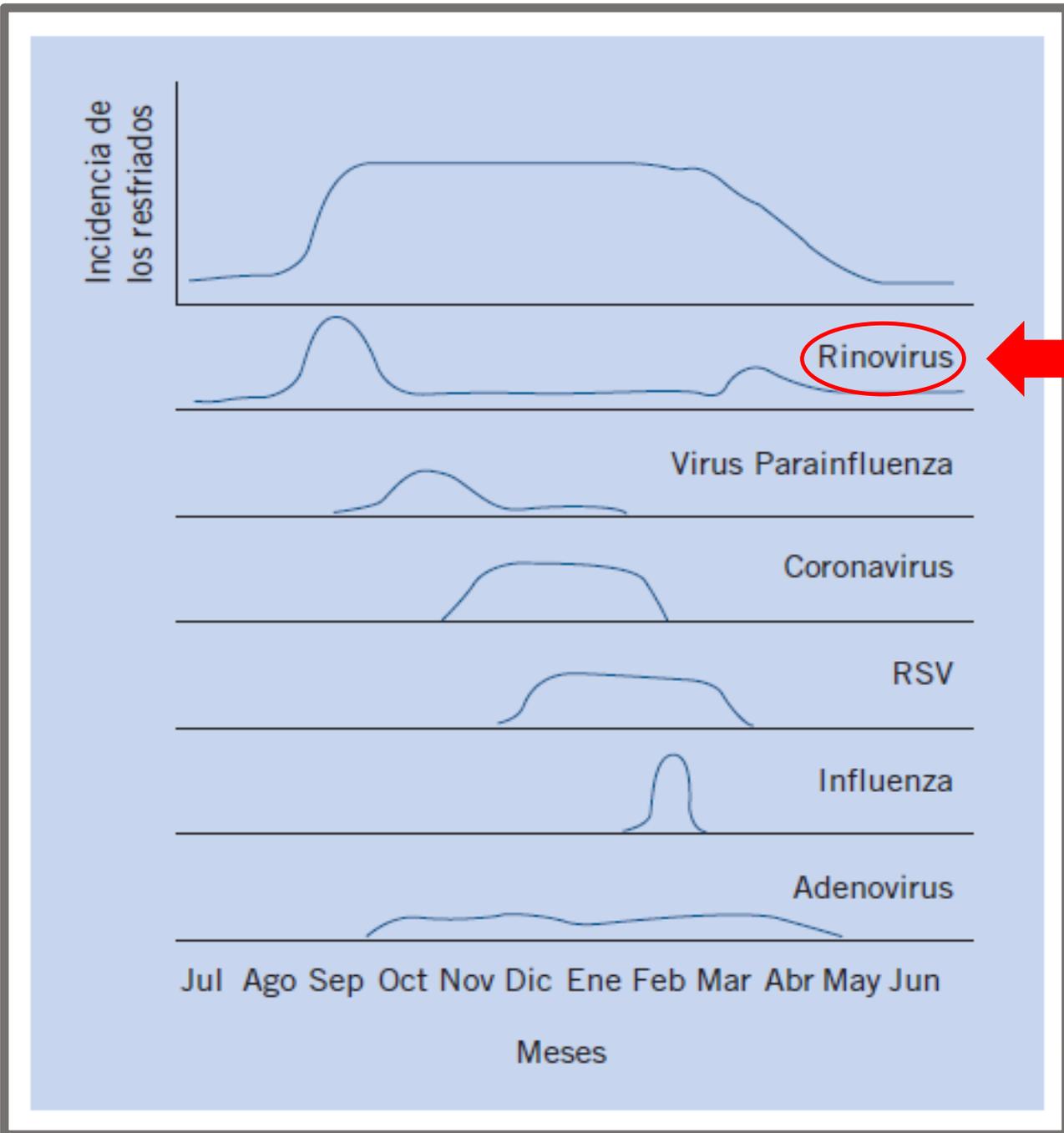


# Catarro de vías altas o resfriado común.

- ✓ Enfermedad infecciosa **más frecuente** en la edad pediátrica.
- ✓ Principal motivo de consulta en A.P. → **elevada carga asistencial**.
- ✓ Presente todo el año → + frec **otoño-invierno**.
- ✓ **Etiología**: vírica → rinovirus (50%).
- ✓ **Período de incubación**: 2-5 días.
- ✓ **Nº episodios**:

- No asistencia a guardería: 3-10 episodios/año.
- Asistencia a guardería: 1 episodio/mes en período escolar.
- Disminuye frecuencia con la edad.
- Adulto: 3-4 episodios/año.





# Catarro de vías altas o resfriado común.

## ✓ Clínica:

- Dolor de garganta
- Rinorrea (va modificándose con el tiempo), obstrucción nasal
- Tos (inicialmente no productiva, luego expectoración), estornudos
- Lagrimeo y congestión ocular
- Fiebre (+frec 3 meses-3 años)
- Otros síntomas: anorexia, decaimiento y sintomatología digestiva

## ✓ Duración:

- +frec 7-10 días.
- Thompson (BMJ 2013): 90% niños → catarro 15 días y tos 25 días.



# Faringitis aguda



# Faringitis aguda.

## ✓ Concepto faringitis:

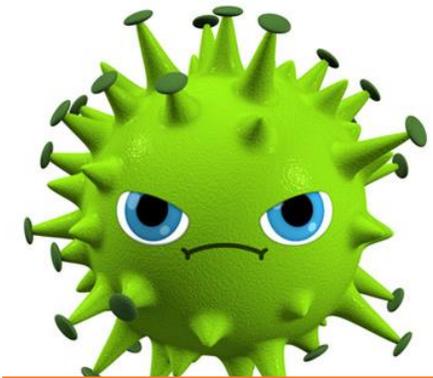
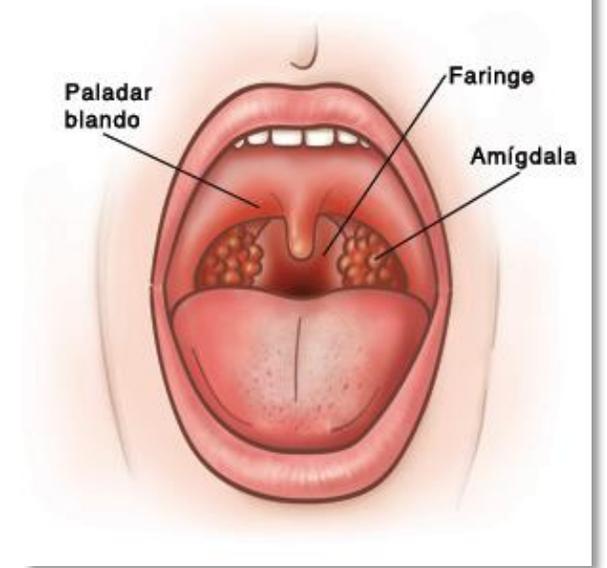
- Inflamación de las membranas mucosas de la garganta.
- Puede ser parte de una IRA o incluso de un proceso de vías respiratorias bajas.

## ✓ Etiología:

- Vírica (65-80%) → + frec.
- Bacteriana: Estreptococo del grupo A (+ frec), C y G (15%).

## ✓ Duración (Thompson): 90% niños dolor de garganta 2-7 días.

## ✓ Fernández et al: alta prescripción ABO (75%). 50% inapropiado.



**VIRUS + FRECUENTES**

# Faringitis aguda.

## ✓ Faringitis víricas:

- Etiología + frecuente.
- No precisarán tratamiento antibiótico.
- Presentación:
  - Inespecíficas.
  - Cuadro concreto.



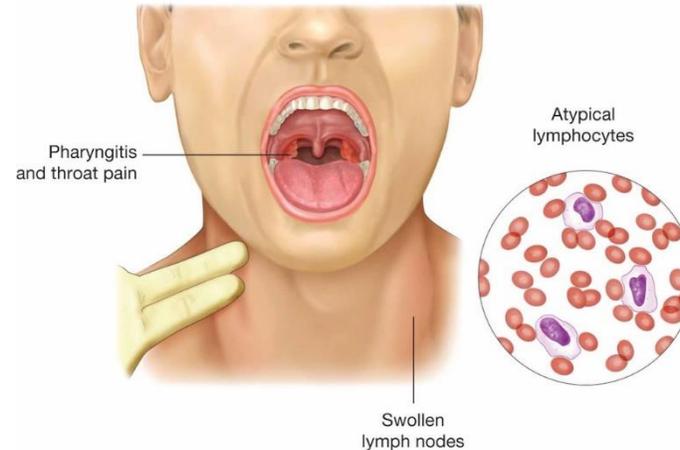
**HERPANGINA**



Llagas parecidas a ampolla



**MANO-PIE-BOCA**



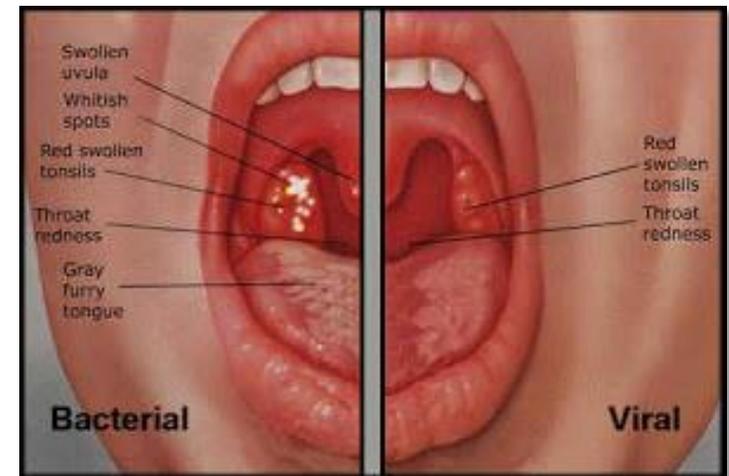
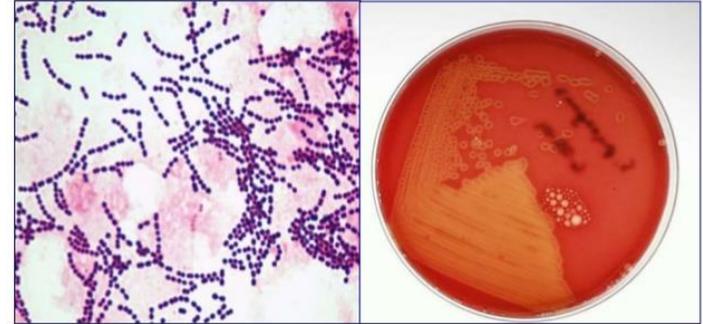
**MONONUCLEOSIS**

# Faringitis aguda.

## ✓ Faringitis bacterianas:

- Etiología: +frec EBHGA
- Período de incubación: 2-5 días.
- Clínica:
  - Inicio brusco de fiebre alta y dolor de garganta
  - Adenopatías
  - Cefalea
  - Vómitos
  - Dolor abdominal
  - Meningismo

*Streptococcus pyogenes* o  
estreptococo  $\beta$ -hemolítico Grupo A



# Faringitis aguda.

## ✓ Diagnóstico:

### ■ Objetivos:

- Averiguar si está causada por este germen → **USO O NO DE ABO**
- Sin el empleo de los estudios microbiológicos → sobrediagnóstico

### ■ Escalas: facilitar el diagnóstico (manifestaciones clínicas y datos epidemiológicos).

### ■ Pruebas complementarias:

- Test de diagnóstico rápido: dirigir el tratamiento.
- Cultivo de exudado faríngeo: prueba de referencia.



# Faringitis aguda.

Tabla 4 Criterios de McIsaac y actitud según resultado

Criterios	Puntos
1. Fiebre (> 38 °C)	1
2. Hipertrofia o exudado amigdalár	1
3. Adenopatía laterocervical anterior dolorosa	1
4. Ausencia de tos	1
5. Edad	
• 3-14 años	1
• > 15 años	0

0-1 puntos: no estudio microbiológico (riesgo de infección por EbhGA: 2-6%).

2-3 puntos: estudio microbiológico y tratar sólo si es positivo (riesgo: 10-28%).

4-5 puntos: estudio microbiológico e iniciar tratamiento anti-biótico, si se realiza cultivo, a la espera del resultado (riesgo: 38-63%).

EbhGA: estreptococo beta hemolítico del grupo A.

# Gripe



# Gripe.

✓ **Etiología:** virus Influenza → leve y autolimitada (3-7 días)

✓ **Clínica:**

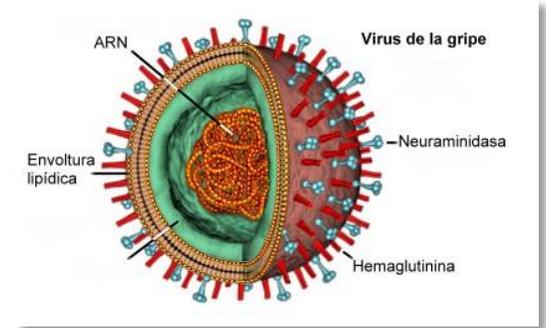
- Fiebre
- Mialgias
- Síntomas de vías respiratorias
- Cefalea
- Malestar general
- Síntomas gastrointestinales

✓ **Diagnóstico:** clínico.

✓ **Tratamiento:** sintomático.

✓ **Complicaciones:**

- Bacterianas: otitis, neumonía, meningitis, etc.
- Víricas: bronquitis, encefalitis, miositis, etc.



# Gripe.

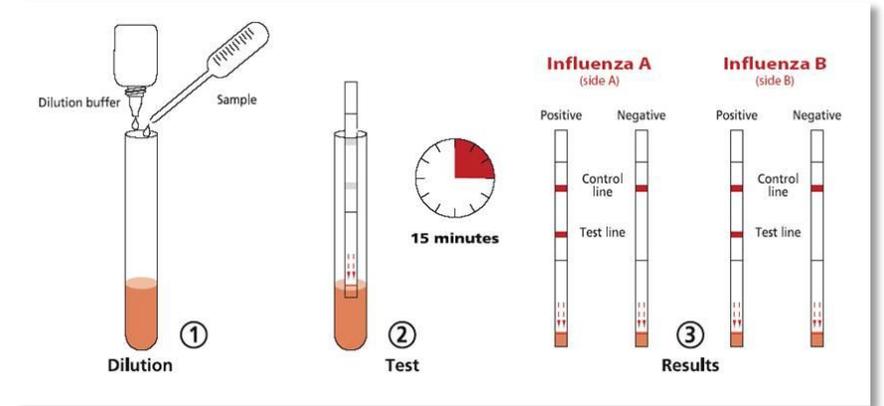
## ✓ Pruebas de detección rápida de antígenos virales:

### ■ Ventajas:

- Diagnóstico en tiempo real.
- Poder instaurar tratamiento antiviral.
- Establecer medidas de higiene preventiva en su entorno.

### ■ Desventajas:

- ✓ S y E variables según método → << métodos convencionales (visualización directa y cultivos).
- ✓ Adecuación de las muestras → Tipo de muestra distinta según el test → Lavado-aspirado nasofaríngeo es más rentable.
- ✓ Período para recogida de muestra limitado → Mejor 12-48 hs del inicio sintomatología, siempre <4 1<sup>os</sup> días. <12 horas puede haber FN.



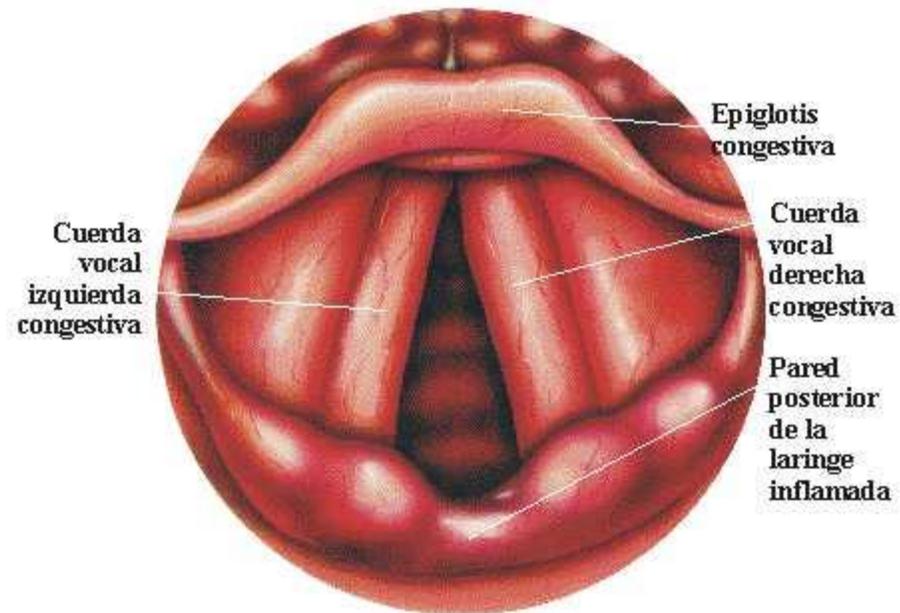
# Gripe.

## ✓ Utilidad en Atención Primaria:

- Limitaciones: Experiencia clínica + pruebas laboratorio + datos de vigilancia local sobre virus gripales circulantes.
- La utilización en todos los pacientes no parece plausible (cuestión práctica y económica).
- Valorar uso en algunas circunstancias:
  - Niños con enfermedades crónicas → tratamiento antiviral.
  - Lactantes, st <3 meses, síndrome febril de etiología no aclarada y período epidémico de gripe → disminución de PC y antibióticos.
  - Ingreso hospitalario: manejo y aislamiento del paciente.



# Laringitis aguda o crup



# Laringitis aguda o crup.

- ✓ **Etiología:** Enfermedad aguda viral (60-75%)
- ✓ **Presentación:** niños de corta edad (3 meses-3 años).
- ✓ **Clínica:**
  - Tos ronca
  - Afonía o disfonía
  - Estridor inspiratorio → excepcionalmente obstrucción grave.
  - Fiebre (+/-).
- ✓ **Diagnóstico:** clínico.
- ✓ **Tratamiento:** sintomático.



Empeoran por la noche



# Tratamiento de las IVRA.



# Tratamiento de las IVRA: esquema.



- ✓ Generalidades.
- ✓ Educación sanitaria.
- ✓ Tratamiento farmacológico:
  - Uso de analgésicos y antipiréticos.
  - Uso de anticatarrales.
  - Uso de antibióticos orales.
  - Uso de corticoides.
  - Uso de otros fármacos.
- ✓ Medidas no farmacológicas.

# Generalidades



# Generalidades.

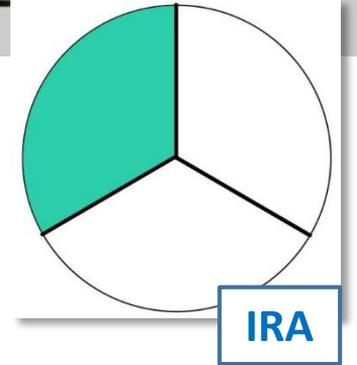
- ✓ **Procesos benignos y autolimitados** → medidas no farmacológicas y de soporte.
- ✓ **Medicamentos dudosa eficacia y riesgo de toxicidad** → sobre todo <6 años.
- ✓ Infecciones respiratorias origen de la mayor parte de las **prescripciones inadecuadas** en pediatría:
  - Automedicación
  - Insistencia familiar
  - Creencia de que es preciso un remedio



# Generalidades.

## ✓ Muestra Peditras Área V (2011):

- Prescripciones en 1/3 de IRA (R74).
- Grupos farmacológicos:
  - Tratamiento sintomático (analgésicos/antipiréticos) → ibuprofeno.
  - Uso no despreciable de fármacos no indicados en estos cuadros:
    - a) Antibióticos orales
    - b) Anticatarrales
    - c) Broncodilatadores de acción corta
    - d) Otros fármacos: mepifilina



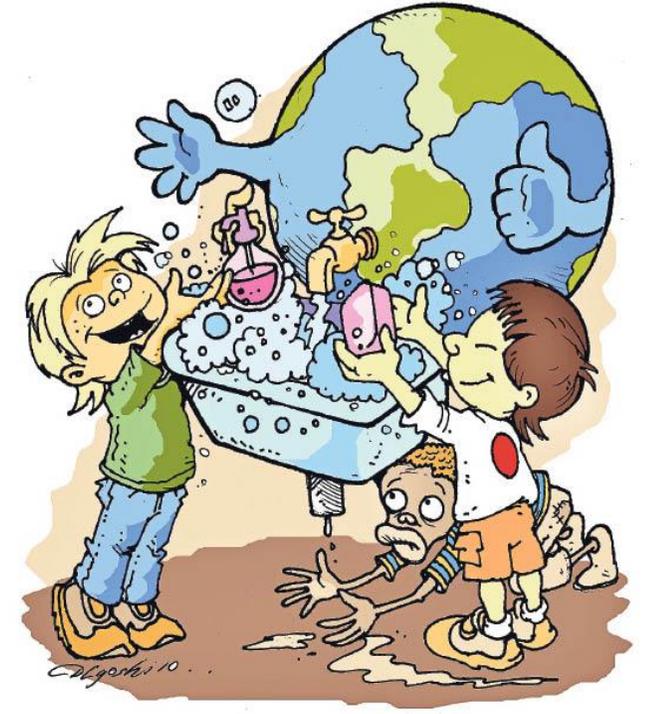
**Motivos:**  
Problemas de registro  
Uso inadecuado

# Educación sanitaria



# Educación sanitaria.

- ✓ **¿Cómo?** → información oral y por escrito.
- ✓ **¿Cuándo?:**
  - Atención primaria: visitas del niño sano y/o consultas a demanda.
  - Atención hospitalaria: visitas a urgencias y/o hospitalizaciones.
- ✓ **¿Qué tipo?:**
  - Frecuencia y evolución de estos cuadros.
  - Importancia prevención → lavado de manos (escuela y domicilio).
  - Automanejo:
    - Medidas generales
    - Evitar uso fármacos innecesarios y con potencial toxicidad
    - Signos de alarma que deben hacer acudir al pediatra



## HOJAS INFORMATIVAS PARA PADRES

- ▶ Accidentes Infantiles. Normas sobre cómo actuar
- ▶ Bronquiolitis
- ▶ Catarro de vías altas
- ▶ Cefalea
- ▶ Cólico del lactante
- ▶ Convulsión febril
- ▶ Crisis asmática
- ▶ Dolor abdominal
- ▶ Espasmos del sollozo
- ▶ Estreñimiento
- ▶ Fiebre
- ▶ Gastroenteritis aguda



### LARINGITIS

#### ¿QUÉ ES LA LARINGITIS?

Es una inflamación de la laringe producida, generalmente, por una infección vírica. Suele cursar con tos perruna, afonía, ronquera, dolor de garganta, fiebre y, a veces, un ruido al coger el aire (estridor). Suele empeorar por la noche.

#### ¿QUÉ DEBE HACER EN CASA?

- Evite el ambiente seco en casa, ponga depósitos de agua en los radiadores.
- La humedad puede mejorar los síntomas: mantenga al niño en el baño con los grifos de agua caliente abiertos o haga que respire el aire fresco de la calle sacándole abrigado a la ventana o a la terraza.
- Si el niño tiene fiebre administre el antitérmico recomendado habitualmente por su pediatra.
- Es normal que su hijo esté inapetente. No le fuerce a comer. Ofrezcáale líquidos.
- Vigile la respiración del niño. En algunos casos, la inflamación de la laringe dificulta la entrada de aire.

#### ¿CUÁNDO DEBE ACUDIR A UN SERVICIO DE URGENCIAS?

- Cuando haga ruido al coger el aire (estridor) aunque el niño esté tranquilo.
- Si la dificultad respiratoria empeora: respira cada vez más deprisa, se le marcan las costillas, mueve mucho el abdomen, se le hunde el pecho o estira el cuello.
- Cuando el niño tenga dificultad para tragar o babea mucho.

#### CUESTIONES IMPORTANTES

- La mayoría de las laringitis son leves y benignas.
- No necesitan tratamiento antibiótico.
- No se deben emplear collarines de agua y alcohol. No son efectivos y, además, pueden irritar la piel.
- No administre jarabes, ni supositorios para la tos sin consultar con su pediatra.

## Decálogo de la tos



### Tos aguda en niños con catarro



1. La tos es un mecanismo de defensa del aparato respiratorio. Está destinada a eliminar secreciones y cuerpos extraños para mantener la vía aérea limpia y abierta.
2. La causa más frecuente de tos aguda son las infecciones de las vías respiratorias superiores (los catarros). Los catarros son producidos por centenares de virus diferentes. Se resuelven sin medicación en una o dos semanas.
3. La tos aguda **no debe tratarse** con calmantes de la tos, mucolíticos, expectorantes, antiinflamatorios o descongestionantes nasales, especialmente en menores de seis años. En niños no está demostrado que estos medicamentos sean eficaces para el tratamiento de la tos y los riesgos superan a los posibles beneficios. Si se usan, siempre deben estar bajo control médico.
4. Si se quitara la tos habría más atención de mocos, menos oxigenación y más obstrucción de la vía aérea. También habría más riesgo de otitis y neumonía.
5. Los antibióticos **no son eficaces** en el tratamiento de los catarros y están contraindicados.
6. Es muy importante que el niño con catarro **esté bien hidratado**. Hay que darle líquidos con frecuencia.
7. También se recomienda hacer lavados nasales y humidificar el ambiente.
8. Hay que **evitar** la exposición al **humo del tabaco**. No se debe fumar en casa.
9. Medidas sencillas como el **lavado de manos** disminuyen el riesgo de contagio.
10. Conviene **vigilar** y consultar con el pediatra si aparece:
  - Dificultad para respirar (se marcan las costillas y se hunde el esternón, se oyen pitos cuando respira, respiración muy rápida, agitada, etc.).
  - Fiebre que dura más de tres días.
  - Dolor de oídos o supuración.
  - Tos y mocos durante más de 10-15 días.



## Decálogo de la fiebre



### Cerca de fiebre en nuestros hijos

1. La fiebre **no es una enfermedad**. Sirve para defendernos contra las infecciones causadas tanto por virus como por bacterias.
2. La fiebre por sí misma **no causa daño** cerebral, ni ceguera, ni sordera, ni muerte.
3. Algunos niños predispuestos (4%) pueden tener convulsiones por fiebre. **Tratar la fiebre no previene estas convulsiones**. Nunca se debería dar medicamentos para bajar la fiebre con este fin.
4. Solo hay que usar medicamentos para la fiebre si hay malestar o dolor. El ibuprofeno y el paracetamol tienen la misma eficacia para tratar el dolor. Sus dosis se calculan según el peso del niño, no según la edad. No es aconsejable alternar o combinar ambos medicamentos. No se debe dar Aspirina®.
5. Se desaconseja el uso de paños húmedos, frías de alcohol, duchas o baños para bajar la fiebre.
6. No cubrir ni de sabrigar demasiado al niño con fiebre.
7. El niño con fiebre **debe estar bien hidratado**. Hay que ofrecer líquidos a menudo, a ser posible con hidratos de carbono (zumos de fruta, batidos, papillas, etc.).
8. Está **desaconsejado** el uso de paracetamol o ibuprofeno **tras la vacunación para prevenir** las reacciones febriles o las reacciones en la zona de inyección.
9. Ni el grado de la fiebre ni la respuesta al antitérmico nos orientan sobre la gravedad de la infección ni si está causada por virus o por bacterias.
10. Debe **vigilar** signos de **empeoramiento** y consultar de forma urgente si su hijo tiene:
  - Manchas en la piel, de color rojo oscuro o morado, que no desaparecen al estirar la piel de alrededor.
  - Decaimiento, irritabilidad o llanto excesivo difícil de calmar.
  - Rigidez de cuello.
  - Convulsión o pérdida de conocimiento.
  - Dificultad para respirar (marca las costillas y hunde el esternón, se oyen como silbidos cuando respira, respiración rru y rápida, agitada, etc.).
  - Vómitos y/o diarreas persistentes o muy abundantes que causen deshidratación (lengua seca, ausencia de saliva, ojos hundidos, etc.).
  - Si no orina o la orina es escasa.



# Grupos farmacológicos



# Uso de analgésicos y antipiréticos.



✓ El **tratamiento recomendado** en todas las IRA.

✓ **Riesgo del uso de estos fármacos:**

- Dosis alternantes → errores dosis o tiempos de administración.
- Asociación fármaco contra el resfriado (contenga antitérmico) + antitérmico por separado.

✓ **Principios activos:**

- Paracetamol = ibuprofeno.
- No se justifica uso AAS y metamizol de manera rutinaria.

✓ **Características de la prescripción:**

- Ibuprofeno: + frec Asturias = Europa (menos Holanda).
- Paracetamol: <6 meses (FT ibuprofeno).

## ANALGÉSICOS/ANTITÉRMICOS

- **Uso en casos de fiebre y/o dolor**
- **Uso a dosis adecuadas**
- **Evitar dosis alternantes**



# Uso de anticatarrales.

## ✓ Situación en España:

- Encuesta País Vasco: 67,5% prescribían antitusígenos habitualmente → dextrometorfano.
- Estudio Castilla y León (2005-2010):
  - Prescripción R05 y R01B alta.
  - Mayor en niños pequeños.
  - Gran variabilidad entre las áreas sanitarias analizadas.
  - Principios activos:
    - Antitusígenos: cloperastina >1 año y dextrometorfano <1 año.
    - Mucolíticos: acetilcisteína > 8 años y ambroxol <8 años.



# Uso de anticatarrales.

## ✓ Situación en España:

- Estudio Principado de Asturias (2011):
  - Consumo de anticatarrales.
  - Diferencias entre las áreas sanitarias y centros de salud.
  - Características de las prescripciones:
    - Diagnóstico: **IRA (R74)**.
    - Edad: mayoritariamente **2-6 años**. También en **<2 años**.
  - Principios activos:
    - 1º grupo: Mucolíticos (acetilcisteína).
    - 2º grupo: Antitusígenos (cloperastina).
    - 3º grupo: Simpaticomiméticos.



# Uso de anticatarrales.

## ✓ Situación en España:

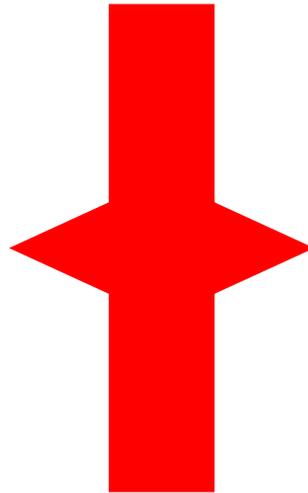
### ■ Estudio Principado de Asturias (2011):

- 85,1% de tratamientos inadecuados (indicación y/o autorización).



#### NO INDICADOS

- ❖ Mucolíticos: 99,4%
- ❖ Antitusígenos: 74,5%
- ❖ Otros: 100%



#### NO AUTORIZADOS FT

##### Mucolíticos

- ✓ Ambroxol 4,1%
- ✓ Acetilcisteína 1,8%
- ✓ Carbocisteína 1,2%

##### Antitusígenos

- ✓ Dextrometorfano **16,6%**
- ✓ Levodropropizina 1,2%

Otros: 3,6%

PRINCIPIO ACTIVO	DHD 2011 ASTURIAS	DHD 2011 GIJÓN	COMENTARIOS
<b>ANTITUSÍGENOS</b>	<b>4,38</b>	3,55	
Cloperastina	<b>2,94</b>	<b>2,52</b>	Uso cloperastina (= CYL >1 año)
Dextrometorfano			CYL <1 año y PV
Dimemorfanolol			
Codeína	0,33	0,17	
Levodropropizina	0,3	0,28	
Sobrerolol	0,03	0,05	
<b>MUCOLÍTICOS</b>	<b>5,42</b>	3,88	
Acetilcisteína	<b>2,47</b>	<b>1,68</b>	Clasma grave. CYL >8 años
Ambroxol			ambroxol
Carbocisteína	2,95	2,20	
<b>SIMPATICOMIMÉTICOS</b>	<b>0,16</b>	0,07	Valor debería ser 0
Fenilpropanolamina + clocinizina (Senioral)	0,11	0,05	
Pseudoefedrina:			
+ cetirizina (Stopcold, Reactine...)			
+ dextrometorfano (Inistolin, Frenadol...)			
Fenilefrina + clorfeniramina + difenhidramina (Paidoterin descongestivo)	<0,01	<0,01	CYL uso fenilefrina
Otros:			
Prometazina + carbocisteína (Actithiol, Fenegan)	-	-	Registradas prescripciones en el estudio
Clorfenamina + dexametasona + neomicina (Rinodexa)	-	-	Gijón
Paracetamol + clorfenamina (Alergical, Frenadol, Couldina...)	-	-	

**ANTITUSÍGENOS: tos seca e improductiva en >6 años.**

**MUCOLÍTICOS: no indicados en <14 años.**

**SIMPATICOMIMÉTICOS: no indicados en <12 años.**

# Uso de antibióticos orales.

✓ **Elevado uso en población pediátrica española.**

✓ **Características:**

- **Patología:** + frec infecciones respiratorias agudas (AP y hospital).
  - BIFAP: 61,5% de los ABO por proceso respiratorio (amigdalitis o IRA).
  - Aragón: 60% prescripciones antibióticas en IRA.
- **Edad:** cuanto menor es el niño mayor es el consumo de antibióticos.

✓ **Asturias (2011):**

- Consumo de ABO en procesos respiratorios inferior a otros estudios nacionales.
- Betalactámicos: penicilina o amoxicilina FAA (R72) y amoxicilina o amoxicilina-clavulánico OMA (H71).
- 2º grupo farmacológico IRA (R74) antibióticos orales.



# Uso de antibióticos orales.

✓ **No indicados:** en catarros, faringitis víricas, gripe y laringitis.

✓ **Indicaciones de antibioterapia en IRVA:**

- **FAA estreptocócica:** casos confirmados mediante TDR o cultivo.
- **OMA:** <2 años, >2 años en casos graves o que no hayan mejorado con analgesia adecuada o antecedentes relevantes.
- **Sinusitis aguda:** síntomas catarrales persistentes (>10 días), ante la aparición de síntomas graves (fiebre, rinorrea purulenta 3-4 días) o un empeoramiento de los síntomas previos.
- **Otras patologías con tratamiento específico:** tos ferina, neumonía, adenitis bacteriana, etc.



PRINCIPIO ACTIVO	DHD 2011 ASTURIAS	DHD 2011 GIJÓN	DHD 2001-2005 CANARIAS*	DHD 2011 (PRE) ARAGÓN (GI/GC)	DHD 2000-2008 ESPAÑA	DHD 2001-2005 CASTILLA-LEÓN
<b>ANTIBIÓTICOS ORALES</b>	<b>16,15</b>	<b>16,53</b>	25-27	19,17/19,84	18-20	21,21
<b>Penicilinas</b>	-	-	-	-	-	-
Amoxicilina	<b>7,35</b>	<b>8,17</b>	0,90-11,77**	11,14/10,43	25,92-22,25	8,08**
Amoxicilina-clavulánico	6,1	5,89	2,20-11,01	4,89/6,02	24,39- <b>38,38</b>	7,29
Fenoximetilpenicilina	0,23	0,4	0,15-0,36**	16,50/16,79	-	<0,5
<b>Cefalosporinas</b>	-	-	-	-	-	2,80
Cefuroxima (2ª gen)	0,71	-	-	-	6,28-5,07	>1
Cefpodoxima (3ª gen)	0,02	-	-	-	-	-
Ceftibuteno (3ª gen)	<0,01	-	-	-	-	-
<b>Macrólidos</b>	-	-	-	1,45/1,56	-	2,51
Azitromicina	0,91	0,71	0,60- <b>8,48</b>	-	4,19-4,36	>0,5
Claritromicina	0,69	0,79	0,51-6,87	-	7,36-4,07	>1
Josamicina	0,07	0,06	<0,01-0,11	-	-	-
Eritromicina	0,03	0,02	0,08-1,25	-	-	<0,5
Midecamicina	0,01	<0,01	0,02-0,91	-	-	-

**ANTIBIÓTICOS ORALES**

- **Indicación clínica y/o bacteriológica**
- **Dosis y duración adecuadas**
- **Control médico**

\*AP + AE. \*\*Datos no específicos de este principio activo

# Uso de corticoides.

## ✓ Corticoides orales:

- No indicados en IVRA.
- **Indicación: laringitis aguda.**

- 1ª elección:

- Dexametasona oral: 0,15 mg/kg en dosis única (dosis máxima: 10 mg/día).
- Problema presentación pediátrica: comprimidos o ampollas off-label (seguridad).

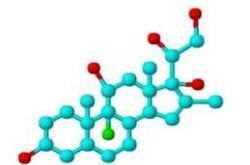
- Alternativa: prednisolona/prednisona → no igual de efectivas que dexametasona.

## ✓ Corticoides nasales: coadyuvante en sinusitis aguda (evidencia limitada).

## ✓ Asturias (2011): prescripciones de dexametasona. Mayor uso de prednisolona oral.

### CORTICOIDES ORALES

- Laringitis aguda
- Uso dexametasona oral



DEXAMETASONA

# Uso de otros fármacos.

## ✓ **NO indicado el uso de los siguientes grupos farmacológicos:**

- Antihistamínicos
- Corticoides inhalados
- Broncodilatadores
- Antileucotrienos



## ✓ **Muestra pediatras Gijón 2011:**

- Registro prescripciones de estos grupos farmacológicos en procesos respiratorios.
- Posibles causas:
  - Error de registro
  - Uso inadecuado

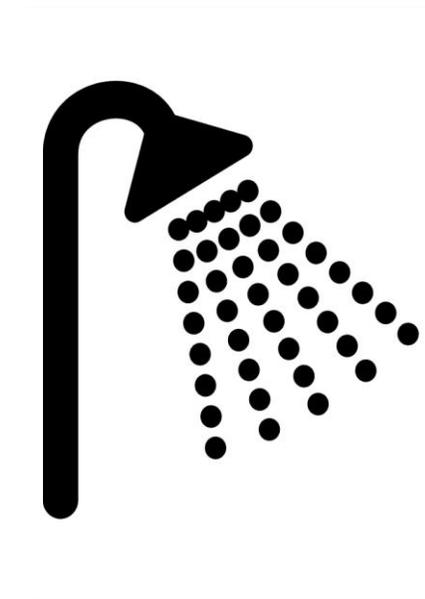


# Medidas no farmacológicas



# Medidas no farmacológicas.

- ✓ **Uso controvertido.**
- ✓ Pocos estudios clínicos que avalen su uso.
- ✓ **Lavados nasales con suero fisiológico:**
  - Pocos ensayos que evalúen su eficacia y en ellos no se han apreciado mejorías significativas.
  - Inocuidad y alivio transitorio → se recomienda su uso.
- ✓ **Ambiente húmedo:**
  - No hay pruebas científicas que demuestren que mejore la disnea en el crup.
  - Generalmente se continúa recomendando.



# Medidas no farmacológicas.

## ✓ Métodos físicos (fiebre):

- Eficacia no está clara y no parece ofrecer ventajas → uso controvertido.
- Se deben aplicar tras la administración de antitérmicos.



## ✓ Remedios “tradicionales” para el catarro:

- Avalados por la OMS como una alternativa válida.
- Medidas:
  - Ingesta de líquidos calientes.
  - Uso de la miel en diferentes combinaciones:
    - Ensayo clínico: miel >> placebo en alivio tos en niños sin patología de base.
    - Uso en niños >1 año (¡¡¡¡¡<1 año riesgo botulismo).





Conclusiones

# CONCLUSIONES

- ✓ Las infecciones respiratorias agudas suponen el motivo de consulta más frecuente en Pediatría de Atención Primaria, siendo las **IVRA las más frecuentes (40-50%)**.
- ✓ En general las IVRA son procesos leves y autolimitados, por lo que será muy importante para su manejo:
  - **Educación sanitaria:** frecuencia y duración, lavado de manos y automanejo.
  - **Empleo de medidas no farmacológicas:** lavados nasales, ambiente húmedo, métodos físicos, ingesta de líquidos y miel.
  - **Uso racional de fármacos:**
    - Evitar uso de anticonvulsivos, antihistamínicos u otros fármacos no indicados.
    - Uso cauteloso de antipiréticos (efectos 2ºs) y antibióticos (empleo de TDR, antibioterapia diferida, etc).

