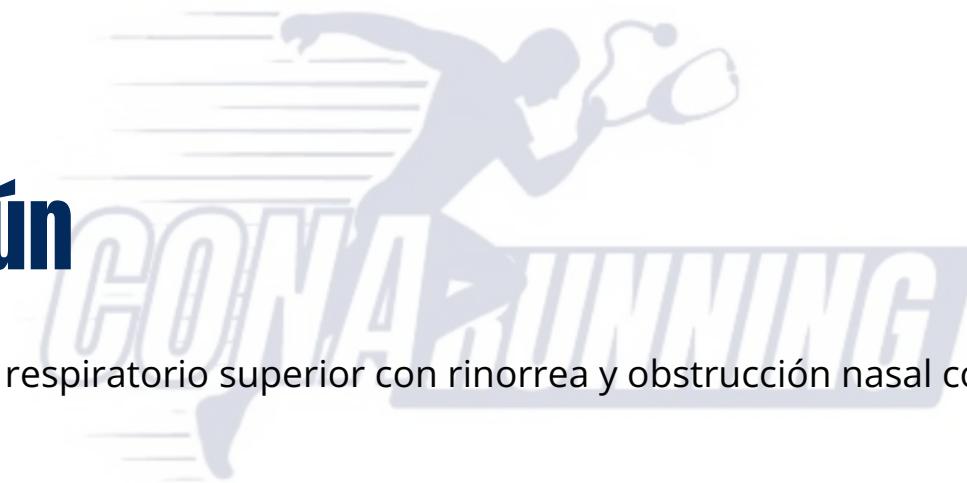
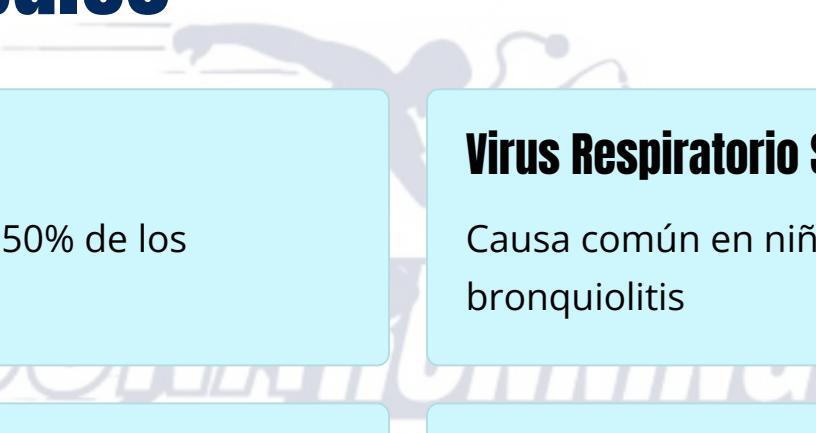


Resfriado Común

Infección vírica aguda del tracto respiratorio superior con rinorrea y obstrucción nasal como síntomas principales



Patógenos Principales



Rinovirus Humanos

Más de 200 tipos. Responsables del 50% de los resfriados en adultos y niños

Virus Respiratorio Sincitial

Causa común en niños pequeños, puede producir bronquiolitis

Metaneumovirus Humano

Asociado a neumonía y bronquiolitis en población pediátrica

Otros Virus

Virus paragripales, adenovirus, coronavirus, enterovirus y virus gripales

Epidemiología y Frecuencia

Incidencia por Edad

- Niños pequeños: 6-8 resfriados/año
- 10-15% de niños: ≥ 12 infecciones/año
- Adultos: 2-3 resfriados/año

Los niños en guarderías tienen 50% más resfriados durante el primer año

Estacionalidad

Rinovirus: Picos en otoño (agosto-octubre) y primavera (abril-mayo)

VRS y gripe: Máxima incidencia diciembre-abril

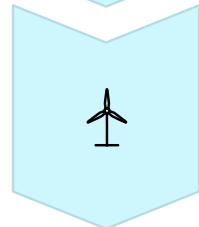
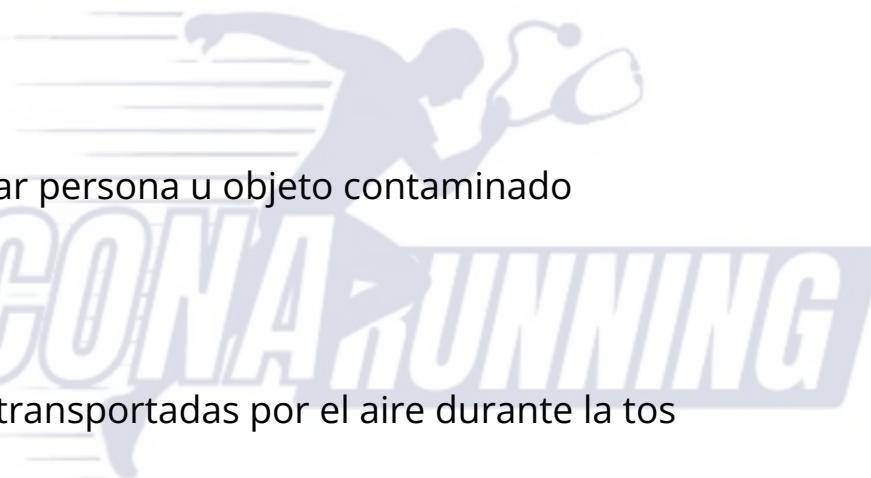
Adenovirus: Prevalencia baja durante toda la estación fría

Mecanismos de Transmisión



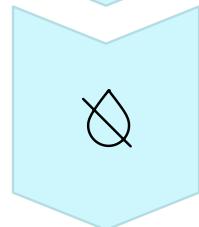
Contacto Directo

Autoinoculación tras tocar persona u objeto contaminado



Aerosoles Pequeños

Inhalación de partículas transportadas por el aire durante la tos



Aerosoles Grandes

Depósito en mucosa nasal o conjuntival tras estornudos

Manifestaciones Clínicas

Día 1-3

Dolor o picor de garganta. Inicio de rinorrea y obstrucción nasal

Semana 1

Resolución de la mayoría de síntomas.
Duración típica: 7 días

1

2

3

4

Día 2-3

Predominan síntomas nasales. Tos en dos tercios de los casos

Semanas 1-2

La tos puede persistir tras resolución de otros síntomas

Otros síntomas: cefalea, ronquera, irritabilidad, dificultad para dormir, disminución del apetito. Fiebre infrecuente en niños mayores y adultos

Diagnóstico Diferencial

Rinitis Alérgica

Prurito importante, estornudos, eosinófilos nasales en tinción de Hansel

Sinusitis

Fiebre, cefalea, dolor facial, edema periorbitario o síntomas >10-14 días

Estreptococosis

Secreción nasal mucopurulenta con escoriación de narinas, sin tos

Tos Ferina

Inicio de tos paroxística persistente o intensa

Tratamiento: Principios Fundamentales



No Antivíricos Específicos

No existe tratamiento antivírico para rinovirus. Inhibidores de neuraminidasa solo para gripe



Evitar Antibióticos

Carecen de utilidad y contribuyen a resistencias bacterianas



Tratamiento de Soporte

Hidratación adecuada, líquidos templados, solución salina nasal

- Importante:** No se recomiendan productos para tos y resfriado de venta sin receta en niños menores de 6 años por ausencia de eficacia demostrada y posibles efectos adversos

Manejo Sintomático por Síntoma

Obstrucción Nasal

Adrenérgicos tópicos (oximetazolina, xilometazolina) en niños >6 años

Gotas de suero salino en todos los grupos de edad

Rinorrea

Antihistamínicos de primera generación reducen rinorrea 25-30%

Bromuro de ipratropio tópico como alternativa

Tos

Miel (5-10 ml) en niños ≥ 1 año tiene ligero efecto

Pastillas para la tos en niños >6 años

Zinc: Pastillas orales reducen duración de síntomas si se inician en primeras 24 horas. Efectos adversos: mal sabor de boca, náuseas

Complicaciones Principales

Otitis Media Aguda

Complicación más frecuente: 5-30% de niños con resfriado. Mayor incidencia en guarderías

Sinusitis Bacteriana

0,5-2% en adultos, 5-13% en niños.
Sospechar si síntomas persisten
>10-14 días sin mejoría

Agudización del Asma

Virus del resfriado responsables de mayoría de exacerbaciones asmáticas en niños

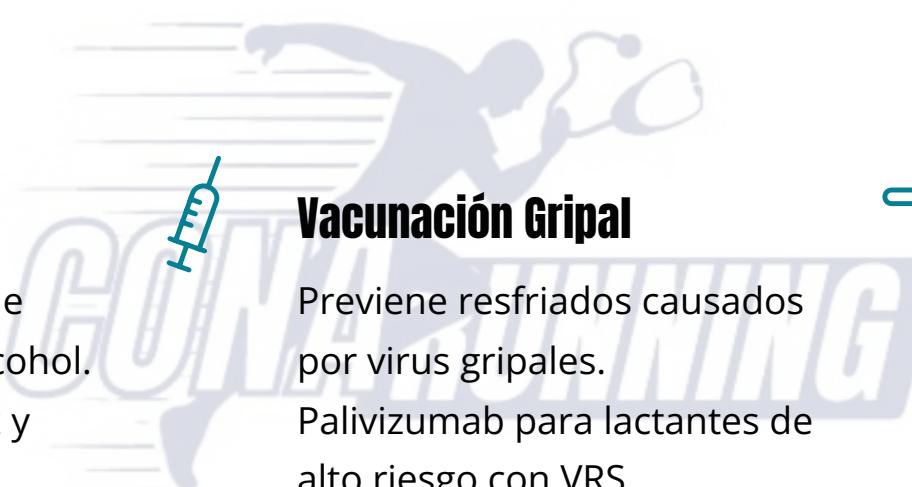
Prevención



Higiene de Manos

Lavado frecuente y uso de geles antisépticos con alcohol.

Evitar tocarse boca, nariz y ojos



Vacunación Gripal

Previene resfriados causados por virus gripales.

Palivizumab para lactantes de alto riesgo con VRS



Medidas Ineficaces

Vitamina C, ajo y equinácea no previenen el resfriado común. Vitamina D no reduce incidencia en adultos

El sulfato de zinc durante ≥ 5 meses puede reducir incidencia, pero efectos adversos limitan su uso en niños

Sinusitis en la Infancia

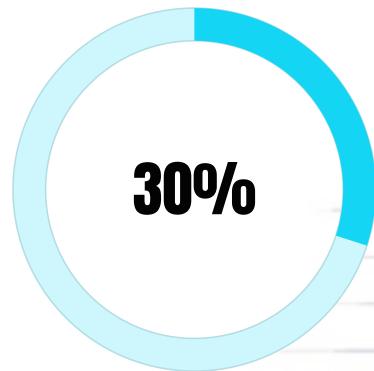
La sinusitis es una enfermedad frecuente durante la infancia y adolescencia. Existen dos tipos habituales: vírica y bacteriana, asociadas a morbilidad significativa y posibles complicaciones graves. Aproximadamente el 0,5-2% de las infecciones respiratorias superiores se complican con sinusitis bacteriana aguda sintomática.

Desarrollo de los Senos Paranasales



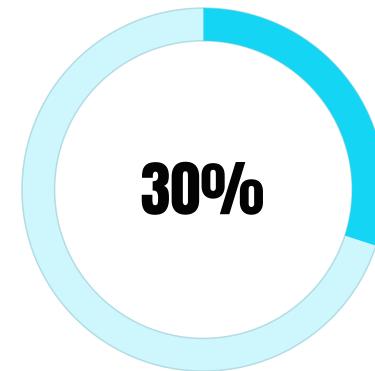
Los orificios de drenaje son estrechos (1-3 mm) y drenan hacia el complejo ostiomeatal del meato medio. Los senos paranasales son estériles en condiciones normales gracias al sistema de depuración mucociliar.

Patógenos Principales



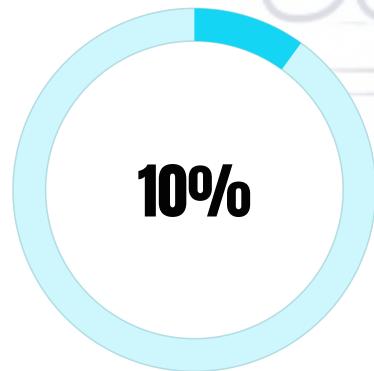
Streptococcus pneumoniae

Principal patógeno bacteriano



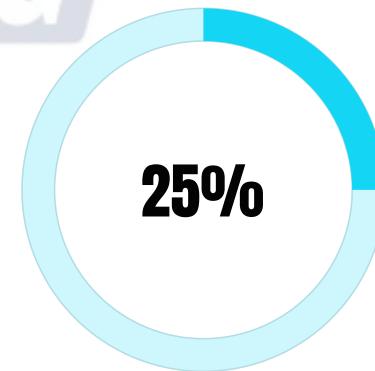
Haemophilus influenzae

No tipificable, produce β -lactamasas en 50% de casos



Moraxella catarrhalis

100% produce β -lactamasas



Resistencia a penicilina

En cepas de *S. pneumoniae*

Factores de Riesgo y Epidemiología

Trastornos Predisponentes

- Infecciones víricas respiratorias superiores
- Rinitis alérgica
- Exposición al humo del tabaco
- Asistencia a guarderías
- Hermanos en edad escolar

Condiciones Especiales

- Inmunodeficiencias (IgG, subclases IgG, IgA)
- Fibrosis quística
- Disfunción ciliar
- Malformaciones anatómicas
- Pólipos nasales

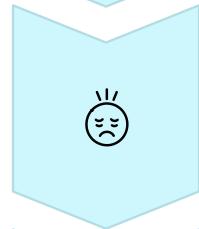
Clasificación temporal: Aguda <30 días, subaguda 1-3 meses, crónica >3 meses

Patogenia de la Sinusitis Bacteriana



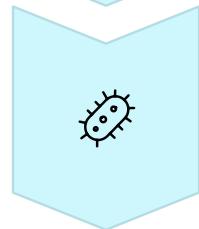
Rinosinusitis vírica

Infección respiratoria superior inicial. RM muestra anomalías en 68% de niños sanos



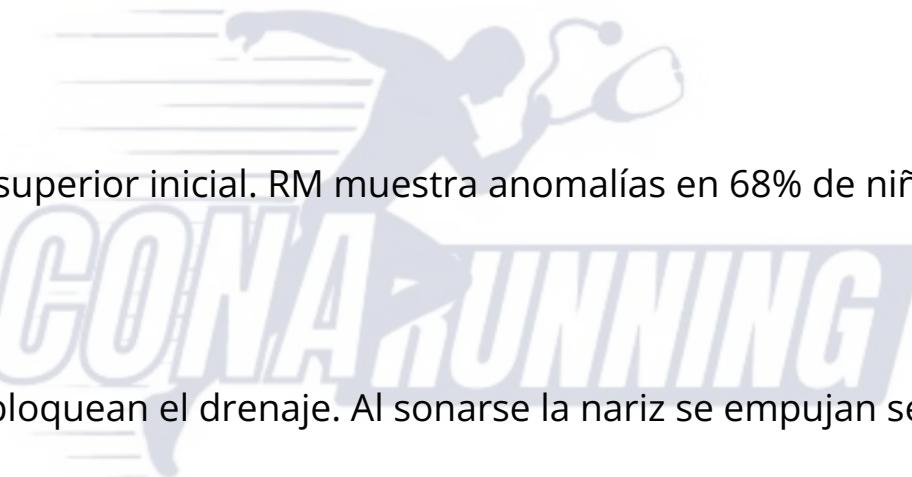
Obstrucción

Inflamación y edema bloquean el drenaje. Al sonarse la nariz se empujan secreciones hacia los senos



Infección bacteriana

Bacterias nasofaríngeas entran en los senos. Condiciones favorables generan títulos elevados



Manifestaciones Clínicas y Diagnóstico



Síntomas Persistentes

Congestión nasal, rinorrea purulenta, fiebre y tos durante ≥ 10 días sin mejoría



Síntomas Intensos

Temperatura $\geq 39^{\circ}\text{C}$ y secreción nasal purulenta durante 3 días o más consecutivos



Empeoramiento

Recurrencia tras mejoría inicial o aparición de nuevos síntomas (enfermedad bifásica)

Otros síntomas: halitosis, hiposmia, edema periorbitario, dolor dental. Los niños raramente refieren cefalea o dolor facial. El cultivo del aspirado de los senos es el único método exacto, pero no se usa habitualmente en pacientes inmunocompetentes.

Tratamiento Antimicrobiano

Primera Línea

Amoxicilina 45 mg/kg/día dividido en dos dosis.

Adecuado para casos leves o moderados no complicados

Alternativas

Cefdinir, cefuroxima, cefpodoxima o cefixima en niños alérgicos. Levofloxacino en mayores

Resistencia

Amoxicilina-clavulánico 80-90 mg/kg/día si factores de riesgo o falta de respuesta a 72h

Casos Graves

Ceftriaxona 50 mg/kg i.v./i.m. si vómitos o mal cumplimiento. Seguir con antibióticos orales

- ☐ Duración: mínimo 10 días o hasta 7 días después de desaparecer los síntomas. No se recomiendan descongestionantes, antihistamínicos ni corticoesteroides intranasales en casos no complicados.

Complicaciones Graves

Complicaciones Orbitarias

- **Celulitis periorbitaria:** eritema y tumefacción alrededor del globo ocular
- **Celulitis orbitaria:** proptosis, quemosis, disminución de agudeza visual, diplopía
- Requiere TC urgente y antibióticos i.v.
- Puede necesitar drenaje quirúrgico

Complicaciones Intracraneales

- Absceso epidural
- Meningitis
- Trombosis del seno cavernoso
- Empiema subdural
- Absceso cerebral
- Osteomielitis frontal (tumor blando de Pott)

Urgencia médica: Alteración del estado mental, rigidez de nuca, cefalea intensa, signos neurológicos focales o hipertensión intracraneal requieren TC urgente y antibióticos de amplio espectro i.v. (cefotaxima/ceftriaxona + vancomicina)

Prevención y Pronóstico



Higiene

Lavado de manos frecuente y evitar contacto con personas resfriadas



Vacunación

Vacuna anual contra la gripe previene algunos casos de sinusitis bacteriana aguda como complicación



Quimioprofilaxis

Oseltamivir o zanamivir pueden prevenir resfriados por virus gripe y complicaciones asociadas

El 50-60% de los niños con sinusitis bacteriana aguda se recuperan sin antimicrobianos. La detección temprana de complicaciones y el tratamiento adecuado son fundamentales para prevenir secuelas graves.

Otitis Media

Infección e inflamación del oído medio en niños



Dos Tipos Principales

Otitis Media Aguda (OMA)

Infeción aguda con síntomas evidentes

Otitis Media con Derrame (OMD)

Inflamación con líquido, sin infección activa

Ambas condiciones están interrelacionadas y pueden evolucionar una a otra

Impacto Epidemiológico

80%

Incidencia a los 3 años

Más del 80% de niños han tenido al menos un episodio

1^a

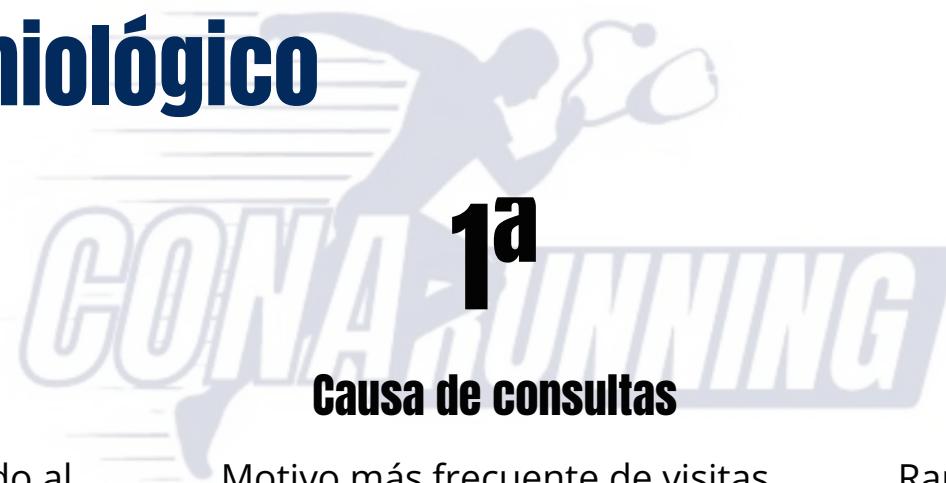
Causa de consultas

Motivo más frecuente de visitas pediátricas en EE.UU.

0-50dB

Hipoacusia

Rango de pérdida auditiva conductiva asociada



Factores de Riesgo Principales

Factores Modificables

- Exposición al humo del tabaco
- Asistencia a guardería
- Alimentación con biberón vs. lactancia materna
- Uso del chupete

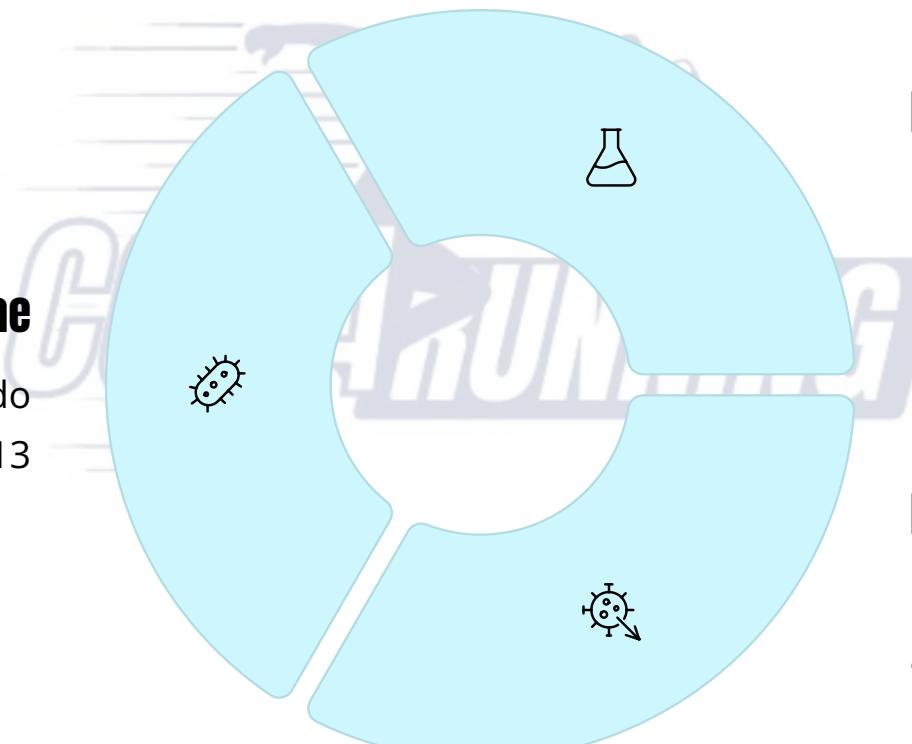
Factores No Modificables

- Edad <2 años
- Antecedentes genéticos
- Anomalías craneofaciales
- Nivel socioeconómico

Patógenos Bacterianos

Streptococcus pneumoniae

Patógeno predominante, reducido con vacuna PCV13



Haemophilus influenzae

No tipifiable, productor de β -lactamasa

Moraxella catarrhalis

Mayoría resistente a aminopenicilinas

Papel de los Virus

1

Infeccción Viral Respiratoria

Rinovirus, VSR, gripe

2

Disfunción Tubárica

Obstrucción e inflamación

3

Invasión Bacteriana

Colonización y OMA

Los virus preparan el medio para la infección bacteriana secundaria

Anatomía de la Trompa de Eustaquio

Funciones Principales

1. **Ventilación:** Aporte continuo de aire al oído medio
2. **Protección:** Previene reflujo de secreciones
3. **Drenaje:** Aclaramiento mucociliar

En niños pequeños: más corta, horizontal → mayor riesgo

Manifestaciones Clínicas de OMA

Lactantes y Niños Pequeños

- Irritabilidad
- Alteración del sueño/alimentación
- Tirarse de las orejas
- Fiebre

Niños Mayores

- Otalgia evidente
- Hipoacusia
- Sensación de plenitud
- Síntomas respiratorios

Exploración: Otoscopia Neumática

01

Visualización Directa

Cabezal diagnóstico con lente amplia

03

Evaluación de Movilidad

Presión positiva/negativa con perilla

02

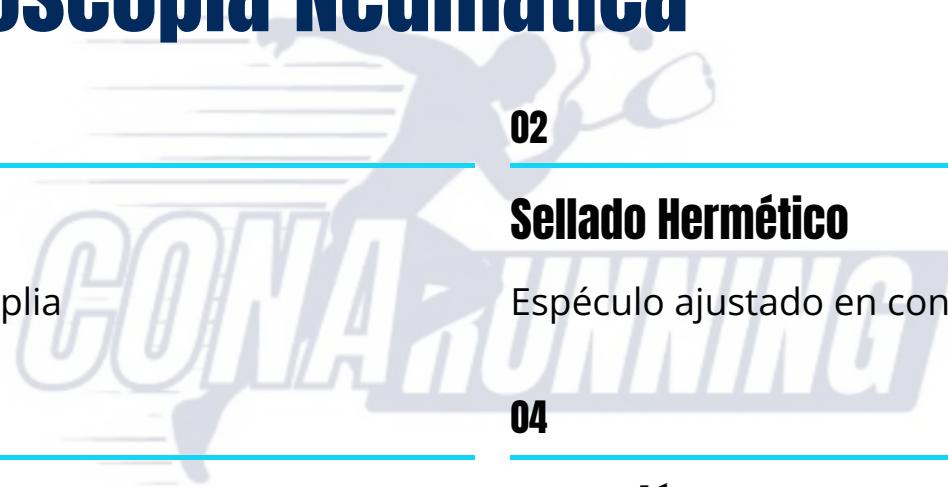
Sellado Hermético

Espéculo ajustado en conducto auditivo

04

Detección de Derrame

Movilidad reducida = líquido presente



Hallazgos en la Membrana Timpánica



Características clave: contorno, color, translucidez, movilidad

Criterios Diagnósticos de OMA



Abombamiento Moderado-Intenso

O otorrea de inicio reciente



Abombamiento Leve

Con otalgia o eritema intenso (<48h)

Importante: No diagnosticar OMA sin derrame en oído medio

Timpanometría: Herramienta Objetiva

Tipos de Curvas

- **Tipo A:** Normal, pico agudo
- **Tipo B:** Plana, indica derrame
- **Tipo C:** Presión negativa, equívoca



Complementa la otoscopia, especialmente útil en pacientes poco colaboradores

Prevención: Estrategias Clave



Vacunación

PCV13 antineumocócica y vacuna antigripal anual



Lactancia Materna

Efecto protector demostrado, especialmente
primeros 6 meses



Evitar Humo Tabaco

Factor de riesgo evitable más significativo



Limitar Exposición

Reducir contacto con niños enfermos cuando sea
posible

Tratamiento del Dolor



Primera Línea

Paracetamol o Ibuprofeno

Tratamiento de elección para analgesia

Tópicos

Benzocaína, Fenazona

Beneficio breve en >5 años

No Recomendados

Opiáceos, Homeopatía

Evitar en tratamiento inicial

Estrategia de Tratamiento Antibiótico

Decisión basada en edad, gravedad y certeza diagnóstica

Antibióticos: Primera Línea

Amoxicilina

80-90 mg/kg/día

Dos tomas, 10 días

Fármaco de elección

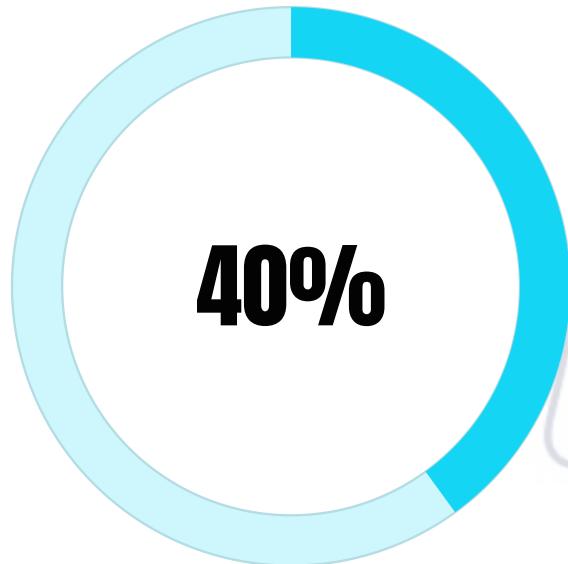
Ventajas

- Seguridad excelente
- Eficacia probada
- Sabor agradable
- Bajo coste

Eficaz Contra

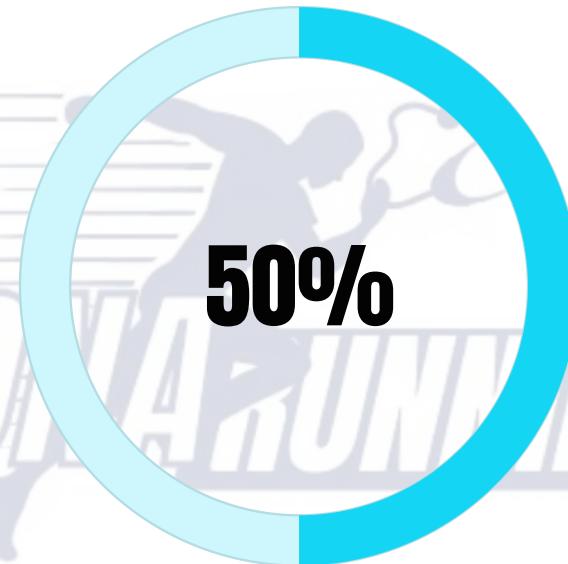
S. pneumoniae sensible y resistencia intermedia

Resistencia Bacteriana: Desafío Actual



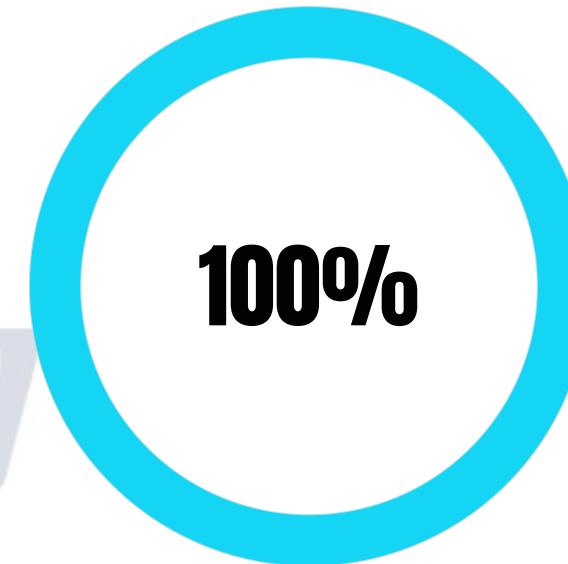
H. influenzae

Resistente a aminopenicilinas (β -lactamasa)



S. pneumoniae

No sensible a penicilina en EE.UU.



M. catarrhalis

Casi todas resistentes a ampicilina

El uso extendido de antibióticos ha fomentado la presión selectiva

Tratamiento de Segunda Línea

1

Amoxicilina-Clavulánico

Proporción 14:1, dosis altas. Cubre β -lactamasas

2

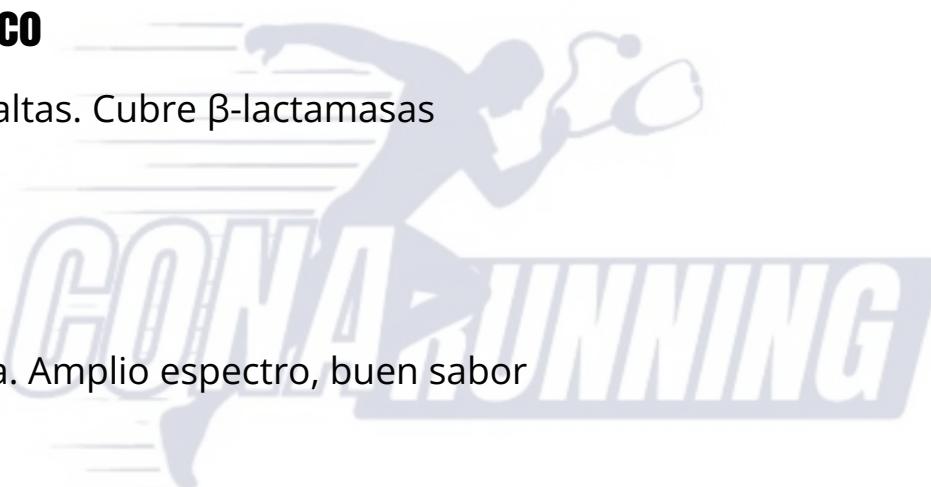
Cefdinir

14 mg/kg/día, una toma. Amplio espectro, buen sabor

3

Ceftriaxona IM

50 mg/kg/día, 1-3 días. Casos graves o refractarios



Indicados tras fracaso del tratamiento inicial o en casos graves

Seguimiento y Evaluación

2-3 Días

Lactantes pequeños, episodios graves, otalgia persistente

1 Mes

Episodios esporádicos con mejoría rápida

1

2

3

2 Semanas

Niños con recidivas frecuentes. Evaluar mejoría de MT

- El derrame persistente tras OMA no requiere antibióticos adicionales, pero sí seguimiento

Puntos Clave para Recordar



Diagnóstico Preciso

Otoscopia neumática esencial. Diferenciar OMA de OMD



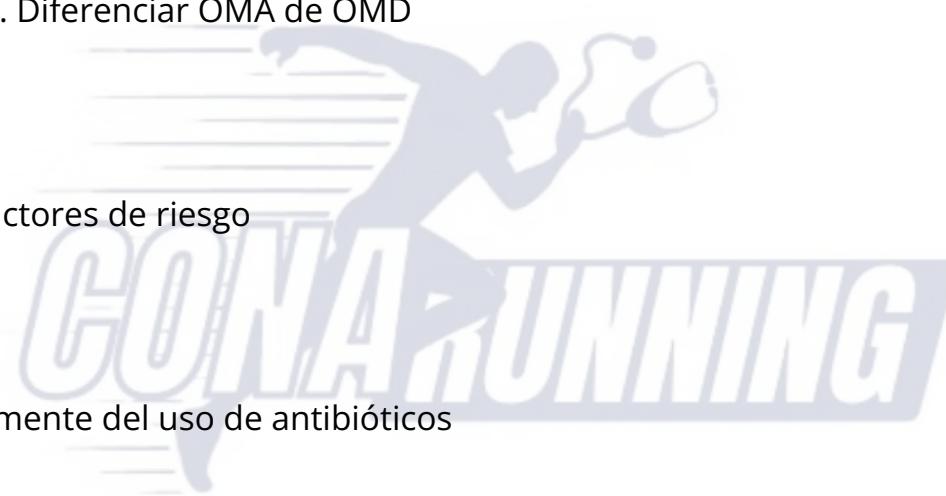
Tratamiento Individualizado

Considerar edad, gravedad, factores de riesgo



Analgesia Siempre

Tratar el dolor independientemente del uso de antibióticos



Prevención Efectiva

Vacunación, lactancia materna, evitar humo tabaco



Uso Racional de Antibióticos

Combatir resistencias con prescripción apropiada