

# CURSO ONLINE DE ACTUALIZACIÓN EN PEDIATRÍA

## preguntas frecuentes, respuestas sencillas

ORGANIZA:  **SEMG Andalucía**  
Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

COLABORA:  **gsk**  
GlaxoSmithKline





**BEXSERO**

Vacuna meningocócica del grupo B  
(ADNr, de componentes, adsorbida)



**MENVEO**

Vacuna conjugada frente al meningococo  
de los serogrupos A, C, W135 e Y.

**Rotarix** 2 **ORAL**  
dosis

vacuna antirrotavirus, viva

CURSO ONLINE DE ACTUALIZACIÓN EN PEDIATRÍA  
**preguntas frecuentes, respuestas sencillas**

# PATOLOGÍA RESPIRATORIA MÁS PREVALENTE

Beatriz García Jerez  
F.E.A. Pediatría Hospital de Poniente

Patología respiratoria  
AGUDA

Patología  
respiratoria  
CRÓNICA



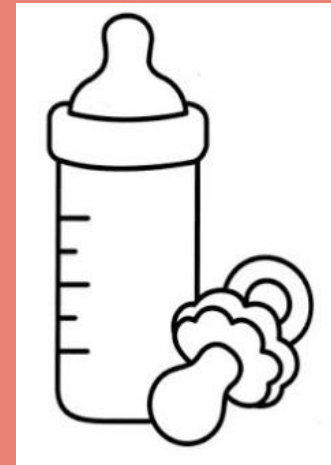
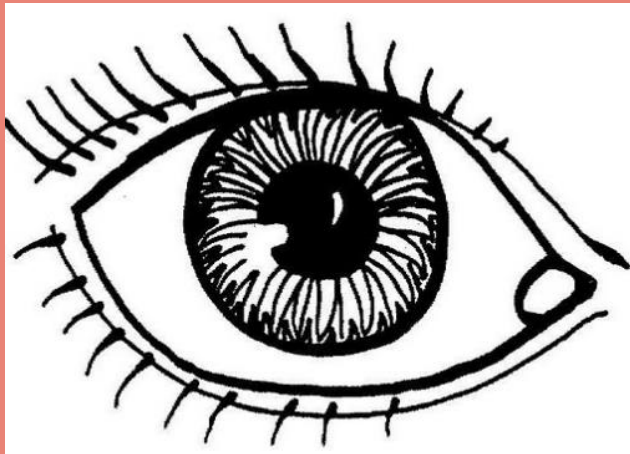
WARNING

EDUCACIÓN SANITARIA



WARNING







VS



## Patología respiratoria aguda: CATARRO DE VÍAS ALTAS

- **ETIOLOGÍA**

Vírica, siendo el rinovirus (RV) el más frecuente.

- **PATOGENIA**

El virus invade las células epiteliales del tracto respiratorio superior, produciendo un efecto citopático leve que provoca la liberación de mediadores de la inflamación.

- **DIAGNÓSTICO: CLÍNICO.** Combinación variable de:

- Rinorrea
- Obstrucción nasal (especialmente en < 3 meses)
- Tos. Posibilidad de interferencia con alimentación y sueño.
- Estornudos.
- Lagrimeo, congestión ocular.
- **FIEBRE** (más frecuente en < 3 años)



*De la Flor i Brú J. Infecciones de vías respiratorias altas-1: resfriado común. Pediatr Integral 2017; XXI (6): 377-398*



# Patología respiratoria aguda: CATARRO DE VÍAS ALTAS

## • TRATAMIENTO

- Antitérmicos si fiebre
- Tratamiento de la obstrucción nasal:
  - ❖ Tratamiento postural: posición semisentada 30º
  - ❖ Lavados nasales: SSF, aplicadores de agua marina isotónica o al 3%  
**- A DEMANDA – A DEMANDA – A DEMANDA – A DEMANDA -**
  - ❖ Descongestionantes farmacológicos: contraindicados en < 12 años, nunca en < 6 años.
- Mucolíticos, expectorantes: agua.
- Tratamiento de la tos:
  - ❖ Miel en > 1 año
  - ❖ Antitusígenos: no estudios con eficacia comprobada.  
Si uso puntual, en ficha técnica > 2 años.



Nota informativa



Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios  
**AEMPS**

**CODEÍNA: NUEVAS RESTRICCIONES DE USO  
COMO ANTITUSÍGENO EN PEDIATRÍA**

(Recomendaciones del Comité para la Evaluación de Riesgos en  
Farmacovigilancia europeo-PRAC)

Fecha de publicación: 13 de marzo de 2015

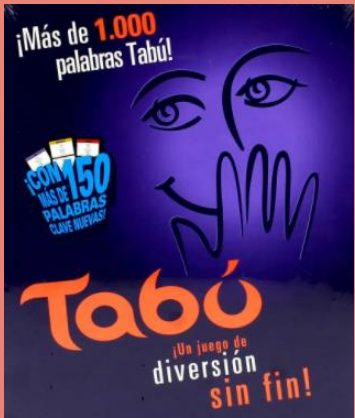
Categoría: MEDICAMENTOS DE USO HUMANO, SEGURIDAD.  
Referencia: MUH (FV) 3/2015

*Tras la revisión del balance beneficio-riesgo de codeína para el tratamiento de la tos asociada a procesos catarrales en población pediátrica se han recomendado las siguientes restricciones de uso:*

- No utilizar codeína en menores de 12 años de edad, en pacientes metabolizadores ultrarrápidos del CYP2D6 ni en mujeres durante la lactancia.
- No se recomienda el uso de codeína en pacientes de 12 a 18 años de edad que presenten compromiso de la función respiratoria.

De la Flor i Brú J. Infecciones de vías respiratorias altas-1: resfriado común. *Pediatr Integral* 2017; XXI (6): 377-398

## Patología respiratoria aguda: CATARRO DE VÍAS ALTAS



- “Tranquil@, no tiene nada”
- “ En ... días se le va a quitar”

La afectación del estado general está en relación inversa con la edad. En el niño pequeño es común la anorexia, el decaimiento y la sintomatología digestiva. La duración de la enfermedad oscila entre los 4 y 10 días, pasados los cuales, suele persistir una leve sintomatología residual, generalmente en forma de tos, especialmente nocturna. No es excepcional que esta sintomatología residual pueda durar hasta 3 semanas, sin ninguna sobreinfección. Cuando la fase de defervescencia coincide con una nueva infección, se produce un aparente empeoramiento, y la familia (y, a veces, también el pediatra) tiene el convencimiento de que se trata del mismo proceso. Hay que ser muy escrupuloso en la anamnesis para tratar de diferenciar adecuadamente ambas situaciones, que tendrán manejos terapéuticos distintos.

*De la Flor i Brú J. Infecciones de vías respiratorias altas-1: resfriado común. Pediatr Integral 2017; XXI (6): 377-398*

- “A día de hoy...”
- No hay NADA que pueda mandarle para evitar “que se le baje”
- Si aparición de signos de alarma, volver a consultar



## Patología respiratoria aguda: BRONQUIOLITIS AGUDA

- **DEFINICIÓN**

“ Primer episodio agudo de sibilancias en un niño/a menor de 24 meses, disnea y existencia de pródromos catarrales”  
*McConnochie*

- **ETIOLOGÍA**

El virus detectado con más frecuencia es el virus respiratorio sincitial (VRS), seguido por el rinovirus (RV).

- **DIAGNÓSTICO: CLÍNICO**

- Inicialmente congestión y rinorrea
- Aparición de dificultad respiratoria/taquipnea y auscultación patológica
  
- Apneas (prematuros y < 2 meses)
- Deshidratación
- Insuficiencia respiratoria



*Ridao M. Bronquiolitis y bronquitis. Pediatr Integral 2021; XXV (1): 21-28*

## Patología respiratoria aguda: BRONQUIOLITIS AGUDA

- **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

No son necesarias

- Pruebas de imagen, test de detección de virus en nasofaringe o analítica según sospecha y gravedad
- Prueba de orina. Si fiebre elevada (>39,5°C) persistente. El 5% de los niños presentan como coinfección una ITU

- **TRATAMIENTO**

“ El tratamiento consiste en conseguir una buena hidratación y oxigenación del niño, mientras la bronquiolitis aguda evoluciona a la curación espontánea”



*Ridao M. Bronquiolitis y bronquitis. Pediatr Integral 2021; XXV (1): 21-28*



*Ridao M. Bronquiolitis y bronquitis. Pediatr Integral 2021; XXV (1): 21-28*

## Patología respiratoria aguda: BRONQUIOLITIS AGUDA

- **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

No son necesarias

- Pruebas de imagen, test de detección de virus en nasofaringe o analítica según sospecha y gravedad
- Prueba de orina. Si fiebre elevada (>39,5°C) persistente. El 5% de los niños presentan como coinfección una ITU

- **TRATAMIENTO**

“ El tratamiento consiste en conseguir una buena hidratación y oxigenación del niño, mientras la bronquiolitis aguda evoluciona a la curación espontánea”

*Ridao M. Bronquiolitis y bronquitis. Pediatr Integral 2021; XXV (1): 21-28*

- No indicados:

- ❖ Antibióticos, montelukast, bromuro de ipatropio, corticoides inhalados, corticoides sistémicos
- ❖ Salbutamol, suero salino hipertónico, adrenalina nebulizada

*Ridao M. Bronquiolitis y bronquitis. Pediatr Integral 2021; XXV (1): 21-28*



## Patología respiratoria aguda: BRONQUIOLITIS AGUDA

- **TRATAMIENTO**

- Valorar la gravedad
- Valorar los factores de riesgo
- Recomendaciones generales del tratamiento domiciliario:
  - ❖ LAVADOS NASALES
  - ❖ POSICION SEMINCORPORADA
  - ❖ TOMAS FRACCIONADAS
  - ❖ EVITAR HUMO DEL TABACO
  - ❖ EXPLICAR SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR:
    - Pausas de apnea
    - Cianosis
    - Aumento de frecuencia respiratoria/trabajo respiratorio
    - No come o vomita
    - Mal estado general, somnolencia o irritabilidad
- Seguimiento, seguimiento y seguimiento

### Factores sociales

- Entorno familiar no adecuado (circunstancias socioeconómicas, dificultad de los cuidadores para valorar los signos de alarma)
- Dificultad de acceso a los servicios sanitarios

### Factores médicos

- Menos de 3 meses edad
- Prematuro menor de 32 semanas
- Enfermedad pulmonar crónica (displasia broncopulmonar, fibrosis quística, anomalías pulmonares congénitas)
- Cardiopatía congénita con afección hemodinámica significativa
- Inmunodeficiencia
- Enfermedad neuromuscular
- Malnutrición grave



*Ridao M. Bronquiolitis y bronquitis. Pediatr Integral 2021; XXV (1): 21-28*

# Patología respiratoria aguda: BRONQUIOLITIS AGUDA

Escala de Wood – Downes modificado por Ferrés

Puntuación	Sibilancias	Tiraje	FR	FC	Ventilación	Cianosis
0	NO	NO	<30	<120	Simétrica	NO
1	Final expiración	Subcostal Intercostal	31-45	>120	Simétrica regular	SI
2	Toda expiración	Supraclavicular Aleteo nasal	46-60		Muy disminuida	
3	Inspiración e espiración	Supraesternal Intercostal	>60		Tórax silente	



## Patología respiratoria aguda: BRONQUIOLITIS AGUDA

**TABLA 1.** Escala de Tal modificada<sup>7</sup> (leve < 5 puntos; moderada 6-8 puntos; grave > 8 puntos)

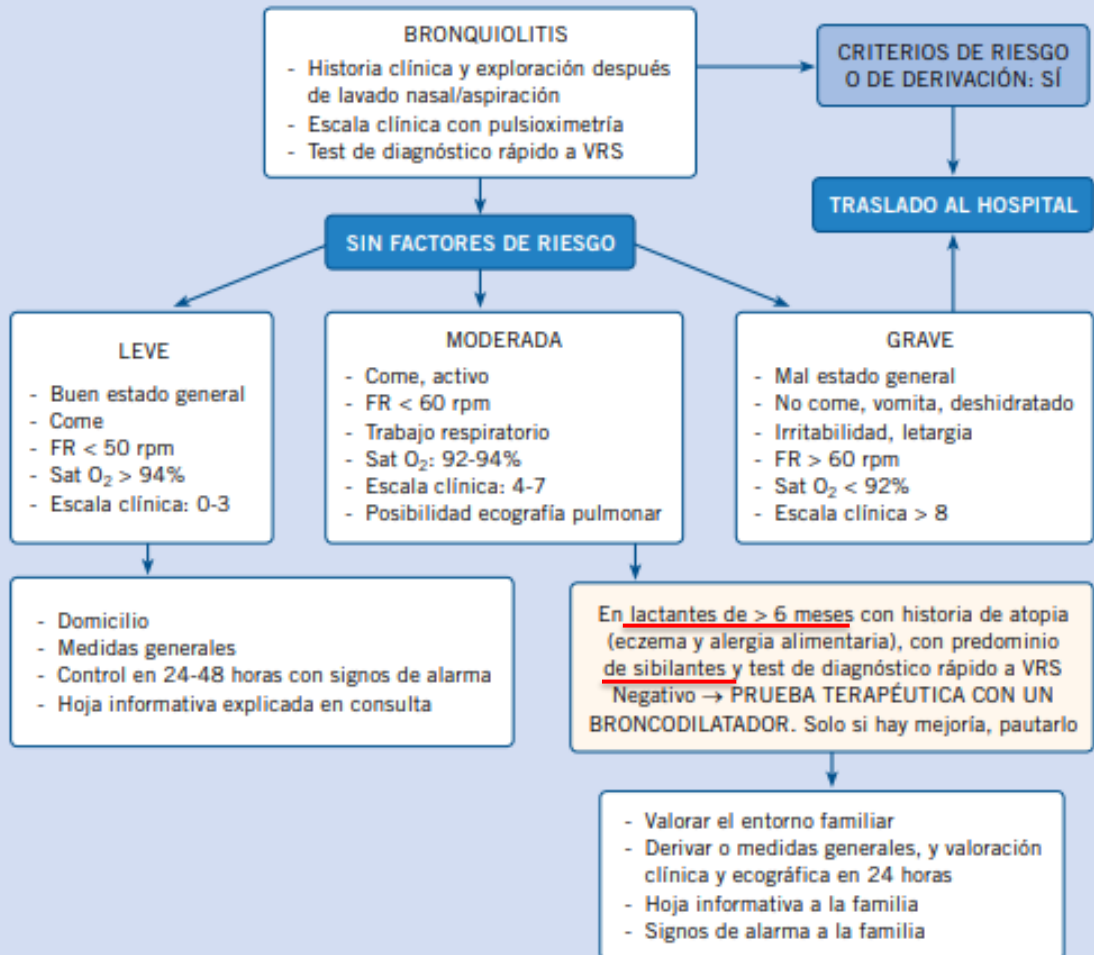
	0	1	2	3
FR:				
Edad < 6 m	≤ 40 rpm	41-55 rpm	56-70 rpm	≥ 70 rpm
Edad ≥ 6 m	≤ 30 rpm	31-45 rpm	46-60 rpm	≥ 60 rpm
Sibilancias/ crepitantes	No	Sibilancias solo en la espiración	Sibilancias insp/esp, audibles con estetoscopio	Sibilancias insp/esp, audibles sin estetoscopio
Retracciones	No	Leves: subcostal, intercostal	Moderadas: intercostales	Intensas: intercostales y supraesternal; cabeceo
Sat O <sub>2</sub>	≥ 95%	92-94%	90-91%	≤ 89%

Benito J, Paniagua N. Diagnóstico y tratamiento de la bronquiolitis aguda en urgencias. En: Protocolos diagnósticos y terapéuticos en urgencias de pediatría (SEUP); 2019.



# Patología respiratoria aguda: BRONQUIOLITIS AGUDA

## Algoritmo. Manejo de la bronquiolitis aguda en Atención Primaria



Respecto al salbutamol inhalado, existe controversia. Parece claro que la evidencia no lo avala en el tratamiento de la BA. No obstante, muchas publicaciones parecen indicar que algún tipo de BA responde a la prueba terapéutica. Son, sobre todo, los niños mayores descritos con BA por RV y con una genética de atopía. En los próximos años, se irá conociendo más de esta relación, y de los fenotipos y endotipos de la BA y del asma, avanzando en el camino de una medicina personalizada que pueda identificar a esos pacientes concretos<sup>(21,22)</sup>.

A nivel hospitalario y de forma no rutinaria, la nebulización de suero salino fisiológico o adrenalina, valorando siempre la respuesta individual al tratamiento<sup>(20)</sup>.

Ridao M. Bronquiolitis y bronquitis. *Pediatr Integral* 2021; XXV (1): 21-28

## Patología respiratoria aguda: BRONQUIOLITIS AGUDA



- “Lactante de 15 meses con tercer episodio de bronquiolitis en el último año”
- “ Prescolar de 3 años cursando bronquiolitis aguda en la actualidad”



- Curso oscilante
- Duración media: 12 días
- “Los síntomas pueden durar incluso un mes”
- “Lo último en irse es la tos”



## Patología respiratoria aguda: LARINGITIS AGUDA

- **ETIOLOGÍA**

- Laringitis aguda: vírica, siendo el virus parainfluenza tipo 1 el más frecuente
- Laringitis espasmódica: desconocida (estímulos inespecíficos/virus). Tendencia a recurrir



Mismo enfoque diagnóstico, valoración de gravedad y tratamiento.

- **PATOGENIA**

Inflamación de la laringe y de las vías respiratorias subglóticas

- **EPIDEMIOLOGÍA**

- Pacientes de 6 meses a 3 años
- Otoño-invierno

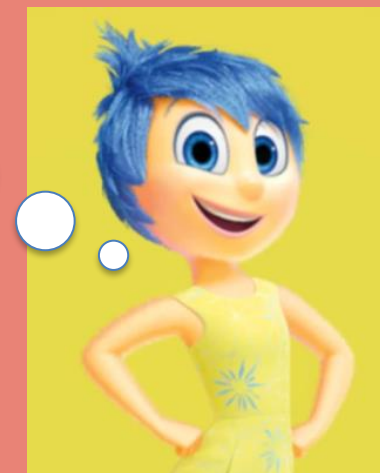
- **PRONÓSTICO**

- Suele ser una enfermedad autolimitada
- Habitualmente curso benigno

*Ventosa Rosquelles P, Luaces Cubells C. Diagnóstico y tratamiento de la laringitis en Urgencias. Protoc diagn ter pediatr. 2020;1:75-82*

## Patología respiratoria aguda: LARINGITIS AGUDA

- **DIAGNÓSTICO: CLÍNICO**
  - Aparición abrupta, típicamente nocturna
  - TOS PERRUNA
  - Afonía
  - Estridor inspiratorio
  - Dificultad respiratoria
  - Puede haber síntomas catarrales
  - Puede haber fiebre
  - Auscultación variable según gravedad
- **TRATAMIENTO: según gravedad**



*Ventosa Rosquelles P, Luaces Cubells C. Diagnóstico y tratamiento de la laringitis en Urgencias. Protoc diagn ter pediatr. 2020;1:75-82*

# Patología respiratoria aguda: LARINGITIS AGUDA



Tabla 3. Escala de Westley

	0	1	2	3	4	5
Estridor inspiratorio	No	Con la agitación	En reposo			
Retracciones/ tiraje	No	Leve	Moderado	Graves		
Ventilación	Normal	Hipoventilación leve	Hipoventilación moderada-grave			
Cianosis	No				Con la agitación	En reposo
Nivel consciencia	Normal					Disminuida

3: leve; 4-5: moderada; 6: grave.

TEP

SAT O2

CONSTANTES

POSTURA

OROFARINGE/  
CUELLO

OTROS SÍNTOMAS

Ventosa Rosquelles P, Luaces Cubells C. Diagnóstico y tratamiento de la laringitis en Urgencias. *Protoc diagn ter pediatr.* 2020;1:75-82

## Patología respiratoria aguda: LARINGITIS AGUDA

- **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

No son necesarias

- **TRATAMIENTO**

- **Medidas generales:**

Cabecero elevado

Ambiente tranquilo

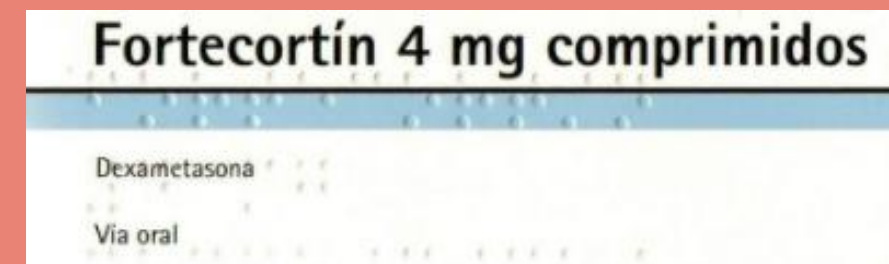
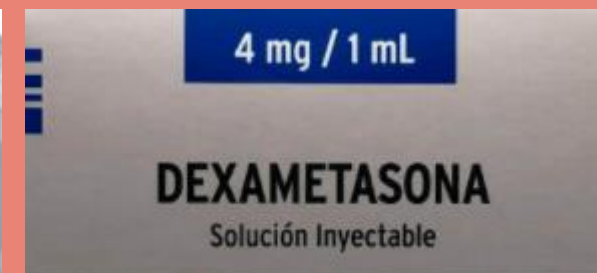
Aire frío (no estudiado de forma sistemática)

Oxigenoterapia

- **Crisis leve (Westley  $\leq 3$ ):**

- ❖ Dexametasona oral 0.15 - 0.3 mg/kg

- ❖ Si no tolerancia de vía oral: Budesonida nebulizada 2 mg + 4 ml SSF



*Ventosa Rosquelles P, Luaces Cubells C. Diagnóstico y tratamiento de la laringitis en Urgencias. Protoc diagn ter pediatr. 2020;1:75-82*

## Patología respiratoria aguda: LARINGITIS AGUDA

### - Crisis moderada (Westley 4-5):

Si no afectación del estado general o dificultad respiratoria importante:

- ❖ Dexametasona oral 0.6 mg/kg (dosis máxima 10 mg)
- ❖ Si no tolerancia de vía oral: Budesonida nebulizada 2 mg + 4 ml SSF
- ❖ Vigilar evolución

Si dificultad respiratoria o falta de mejoría con tratamiento anterior:

- ❖ Adrenalina nebulizada

### - Crisis grave (Westley $\geq$ 6):

- ❖ Adrenalina 1/1000 nebulizada (0,5mg/kg, máximo de 5mg por nebulización) y corticoide sistémico
- ❖ Posibilidad de repetir aerosol de adrenalina, hasta 3 dosis en intervalos de 30 minutos
- ❖ Monitorización continua estrecha
- ❖ Si posible alta, vigilar 3-4 horas tras administración de adrenalina
- ❖ Intubación endotraqueal (TET 0.5 inferior al correspondiente por edad)



*Ventosa Rosquelles P, Luaces Cubells C. Diagnóstico y tratamiento de la laringitis en Urgencias. Protoc diagn ter pediatr. 2020;1:75-82*

# Patología respiratoria aguda: BRONQUITIS AGUDA

**Tabla 5.6. Pulmonary Score para la valoración clínica de la crisis de asma en niños\***

Puntuación	Frecuencia respiratoria		Sibilancias	Uso de esternocleidomastoideo
	< 6 años	≥ 6 años		
0	< 30	< 20	No	No
1	31-45	21-35	Final espiración	Incremento leve
2	46-60	36-50	Toda la espiración (estetoscopio)	Aumentado
3	> 60	> 50	Inspiración y espiración sin estetoscopio**	Actividad máxima

\*Se puntúa de 0 a 3 en cada uno de los apartados (mínimo 0, máximo 9).

\*\*Si no hay sibilancias y la actividad del esternocleidomastoideo está aumentada, puntuar el apartado sibilancias con un 3.

**Tabla 5.7. Valoración global de la gravedad de la exacerbación de asma en niños integrando el Pulmonary Score y la saturación de oxígeno**

	Pulmonary Score	SaO <sub>2</sub>
Leve	0-3	> 94 %
Moderada	4-6	91-94 %
Grave	7-9	< 91 %

SaO<sub>2</sub>: saturación de oxígeno. En caso de discordancia entre la puntuación clínica y la saturación de oxígeno se utilizará el de mayor gravedad.



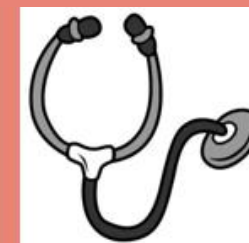
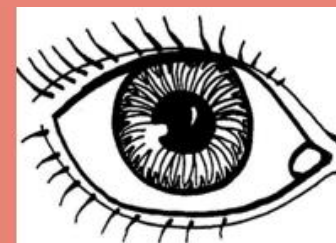
Normal



Inflamado

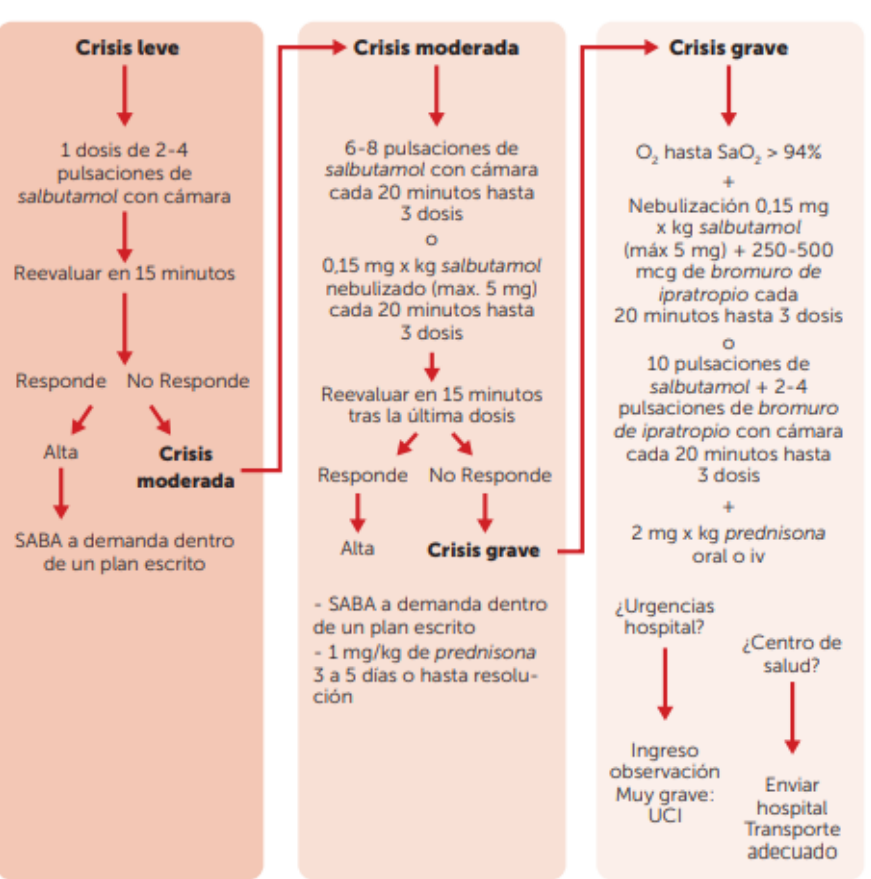


Obstruido





# Patología respiratoria aguda: BRONQUITIS AGUDA



**Agonistas  $\beta_2$  adrenérgicos inhalados de acción corta (SABA).** Constituyen la primera línea de tratamiento por su mayor efectividad y menores efectos secundarios<sup>62</sup>. En el tratamiento del episodio agudo de asma se deben administrar preferentemente empleando un inhalador presurizado con cámara espaciadora, ya que esta forma de administración es tan efectiva como la de los nebulizadores en el tratamiento del episodio agudo de asma<sup>63-66</sup>.

**Bromuro de ipratropio.** La utilización dosis frecuentes, cada 20 minutos, de bromuro de ipratropio durante las 2 primeras horas, en los casos de crisis asmática grave o en los casos de crisis moderada que no respondan al tratamiento inicial con SABA, se ha mostrado eficaz y segura<sup>71,72</sup>. La dosis nebulizada es de 250  $\mu$ g en menores de 30 kg y 500  $\mu$ g en mayores de 30 kg. La dosis con cámara de inhalación es de 40-80  $\mu$ g (2-4 pulsaciones). El efecto máximo se produce en las primeras dosis, no habiendo mejoría clínica más allá del tratamiento inicial -primeras 24-48h h- por lo que no debe mantenerse la inhalación más de ese tiempo<sup>73</sup>.

**FIGURA 5.2. Tratamiento de la crisis asmática en el niño.**  
 kg: kilogramo; min: minuto; mg: miligramo;  $\mu$ g: microgramo; SaO<sub>2</sub>: saturación de oxihemoglobina; máx: máximo. SABA: agonista  $\beta_2$  adrenérgico de acción corta.

# Patología respiratoria aguda: BRONQUITIS AGUDA

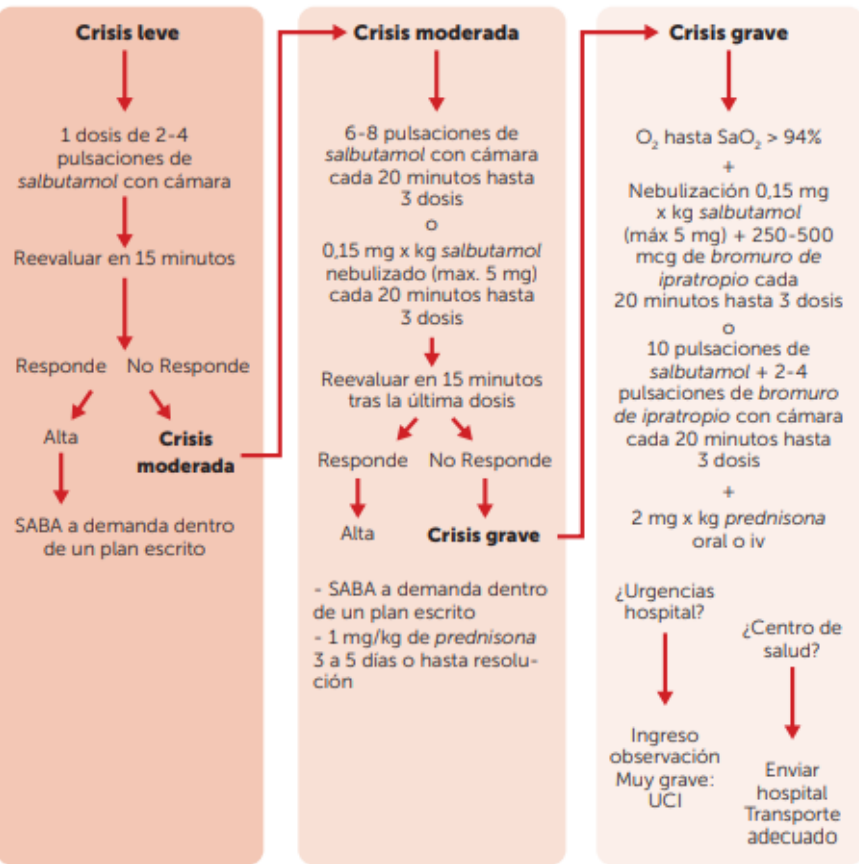


FIGURA 5.2. Tratamiento de la crisis asmática en el niño.

kg: kilogramo; min: minuto; mg: miligramo; µg: microgramo; SaO<sub>2</sub>: saturación de oxihemoglobina; máx: máximo. SABA: agonista β<sub>2</sub> adrenérgico de acción corta.

**Glucocorticoides sistémicos.** La eficacia de los glucocorticoides sistémicos en preescolares con episodios agudos de sibilancias leves a moderadas causadas por infecciones víricas está cuestionada, por lo que su uso debería restringirse a las crisis más graves (1-2 mg/kg/día)<sup>37,75,76</sup>. En los niños mayores de 5 años, han mostrado su beneficio cuando se usan precozmente<sup>77</sup> siendo la vía oral la de elección, frente a la intravenosa o intramuscular, salvo que el paciente no la tolere o concurren otras circunstancias que lo impidan<sup>78,79</sup>. Deben administrarse en las crisis graves-moderadas y considerarse en las leves con respuesta insuficiente a los broncodilatadores o si el niño tiene antecedentes de crisis graves (en este caso precozmente). El más utilizado es prednisona a dosis de 1-2 mg/kg/día (máximo 40 mg) durante 3 a 5 días o hasta la resolución<sup>80,81</sup>.

Como alternativa se está utilizando *dexametasona*. El efecto de administrar una única dosis de *dexametasona* por vía oral (a 0,3-0,6 mg/kg) no es inferior al de administrar *prednisona* por vía oral (a 1 mg/kg/día) durante los 3 días de tratamiento<sup>82-85</sup>.

**Glucocorticoides inhalados.** No se dispone de suficiente evidencia para recomendar el uso de GCI como tratamiento alternativo<sup>86</sup> o adicional a los glucocorticoides sistémicos<sup>87,88</sup> en el tratamiento de las crisis de asma. Se precisan estudios más amplios, con mejor calidad metodológica y análisis de coste-eficacia<sup>89</sup>, así como estudios de seguridad<sup>86</sup>.

A

B

B

## Patología respiratoria aguda: BRONQUITIS AGUDA

(para adultos y niños mayores de 5 años)



### UN CAMBIO IMPORTANTE EN LA ESTRATEGIA DE LA GINA 2019

El informe de la estrategia de la GINA de 2019 representa el cambio más importante en el manejo del asma en 30 años.

**Por razones de seguridad, la GINA ya no recomienda el tratamiento con agonistas beta2 de acción corta (SABA) en monoterapia.** Hay fuerte evidencia de que el tratamiento solo con SABA, aunque proporciona alivio a corto plazo de los síntomas del asma, no protege a los pacientes de las exacerbaciones severas, y que el uso regular o frecuente de SABA aumenta el riesgo de exacerbaciones.

**La GINA ahora recomienda que todos los adultos y adolescentes con asma reciban tratamiento dirigido según los síntomas (en el asma leve) o tratamiento controlador que contenga ICS a dosis bajas para reducir su riesgo de exacerbaciones graves.**

# Patología respiratoria aguda: BRONQUITIS AGUDA

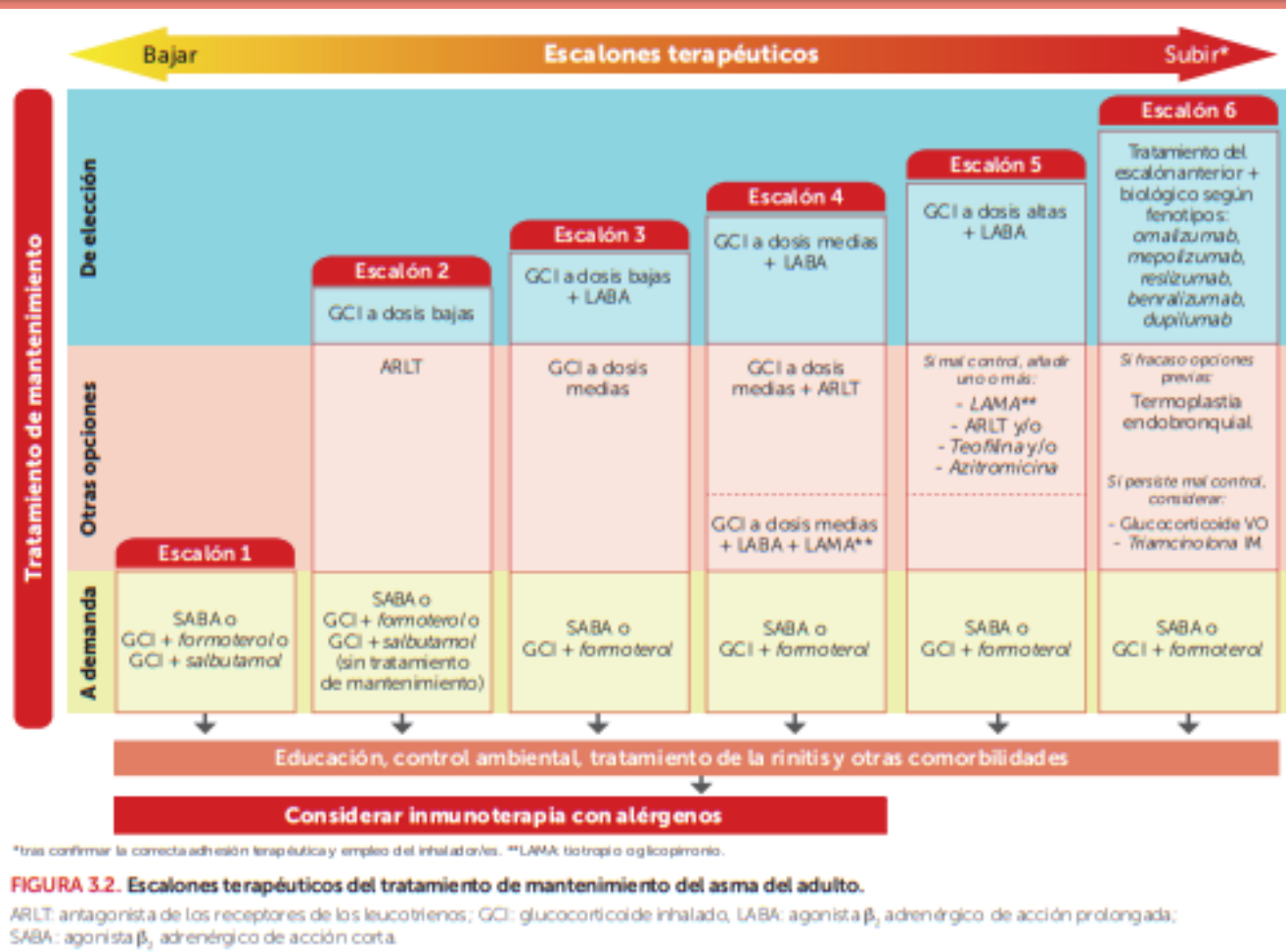


Tabla 3.2. Características de los agonistas  $\beta_2$  adrenérgicos inhalados

Fármaco	Cantidad por inhalación ( $\mu\text{g}$ )		Tiempo del efecto (minutos)		
	Inhalador presurizado	Polvo seco	Inicio	Máximo	Duración
<b>Acción corta</b>					
Salbutamol	100	100	3-5	60-90	180-360
Terbutalina	-	500	3-5	60-90	180-360
<b>Acción larga</b>					
Formoterol	12	4,5-9-12	3-5	60-90	660-720
Salmeterol	25	50	20-45	120-240	660-720
Vilanterol	-	22	3-5	-	1.440

- **Escalón 1.** Aquellos niños que presentan síntomas ocasionales de asma, sin síntomas nocturnos y sin factores de riesgo para exacerbación, deben usar únicamente broncodilatadores a demanda. En el caso de presentar síntomas de asma poco frecuentes, pero con factor(es) de riesgo para exacerbación (tabla 2.7), habría que iniciar el tratamiento correspondiente al escalón 2. Es importante realizar una evaluación cuidadosa asegurándose de que los síntomas son realmente intermitentes y no persistentes. A partir de los 12 años, se podría considerar, como en los adultos, el uso de formoterol asociado a GCI.

## Patología respiratoria aguda: BRONQUITIS AGUDA



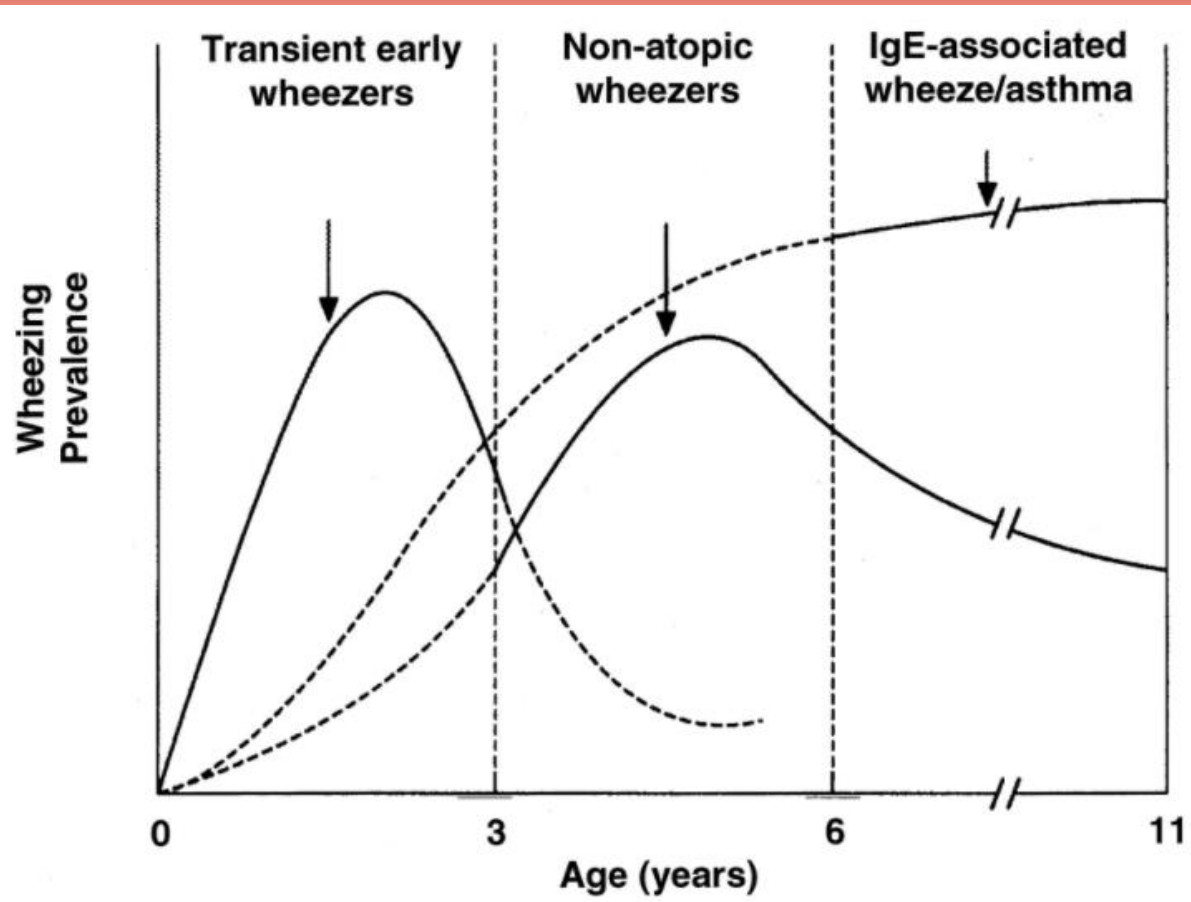
- “ Salbutamol 2 pufs cada 8-12 horas”
- “ Salbutamol durante 3 días”
- “ Está para ponerle aerosoles”



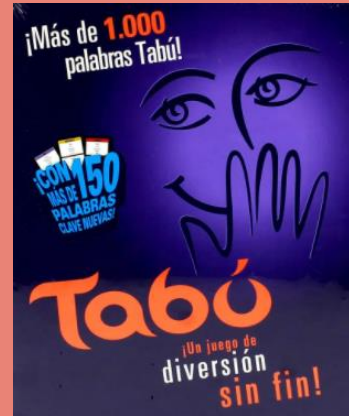
- Salbutamol... A DEMANDA.
- Pauta orientativa, indicar máximos
- MDI con cámara espaciadora SIEMPRE



## Patología respiratoria crónica: ASMA



Fenotipos clásicos de niños con sibilancias del estudio de Tucson



“Aún no se le pueden realizar las pruebas de la alergia porque es pequeño, hay que esperar”

- Poner nombre: ASMA y sinónimos
- Explicar probable etiología

# Patología respiratoria crónica: ASMA

↑ Grado de control ↓		Tratamiento escalonado	Tratamiento de mantenimiento		M E D I C A C I O N  D E  R E S C A T E	
			≥ 4 años	< 4 años		
	+	Considerar Inmunoterapia	1 Sin medicación de control			
	+		2	GCI dosis bajas o ARLT		GCI dosis bajas o ARLT
	+		3	GCI dosis medias o GCI dosis baja + LABA o GCI dosis baja + ARLT		GCI dosis medias o GCI dosis bajas + ARLT
	+		4	GCI dosis medias + LABA o GCI dosis media + ARLT		GCI dosis medias + ARLT
.		Control en el Hospital				
-	-	5	GCI dosis altas + LABA Si no control añadir: ARLT, tiotropio, teofilina	GCI a dosis altas + ARLT Si no control considerar añadir: LABA**, macrólidos, tiotropio**, GC oral	Broncodilatador de acción corta a demanda	
-	-	6	GCI dosis altas + LABA + omalizumab*, mepolizumab*, alternativa: GC oral			

**FIGURA 5.1.** Tratamiento escalonado del asma en la edad pediátrica en función del nivel de control.

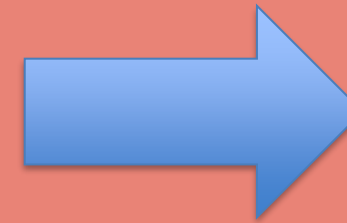
GCI: glucocorticoides inhalados; ARLT: antileucotrienos; LABA: agonista  $\beta_2$  adrenérgico de larga duración; GC: glucocorticoide; \*: a partir de 6 años; \*\*: Fuera de indicación.

**Glucocorticoides inhalados (GCI).** Constituyen la primera línea de tratamiento. En los niños mayores de 3 años la eficacia de los GCI diarios está suficientemente contrastada, con mejoría en los parámetros clínicos, funcionales y de inflamación bronquial, con una mejor calidad de vida, y reducción del riesgo de exacerbaciones y hospitalizaciones<sup>15,16</sup>.

**A**

**Tabla 5.5. Dosis comparables de los glucocorticoides inhalados habitualmente utilizados en la edad pediátrica ( $\mu\text{g}/\text{día}$ )**

Niños menores de 12 años			
	Dosis bajas	Dosis medias	Dosis altas
<b>Budesónida</b>	100-200	> 200-400	> 400
<b>Fluticasona propionato</b>	50-100	> 100-250	> 250



## Patología respiratoria crónica: LARINGOMALACIA

- **EPIDEMIOLOGÍA**

Anomalía congénita más frecuente de la vía aérea superior

- **ETIOLOGÍA**

- Teoría de maduración retrasada o hipotonía de estructuras, trastorno neuromuscular...
- Colapso de las estructuras supraglóticas durante la inspiración

- **CLÍNICA:**

- **ESTRIDOR INSPIRATORIO:**

- ❖ Intermitente
- ❖ Desde primeras semanas de vida
- ❖ Empeoramiento con llanto, agitación, alimentación y supino
- ❖ Mejoría en posición prona o con extensión cervical
- ❖ Más intenso a los 4-8 meses
- ❖ Resolución antes de los 2 años de edad



Mondéjar López P, Sirvent Gómez J. Malformaciones pulmonares congénitas. Malacia y otras malformaciones congénitas de la vía aérea. *Protoc diagn ter pediatr.* 2017;1:273-297



# EDUCACIÓN SANITARIA

Tabla 5.1. Puntos clave en la educación del niño con asma

Área temática	Puntos clave
<b>Asma</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concepto de asma (enfermedad crónica, variabilidad)</li> <li>- Síntomas crisis/intercrisis</li> <li>- Broncoconstricción</li> <li>- Inflamación</li> </ul>
<b>Medidas ambientales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consejo antitabaco</li> <li>- Factores desencadenantes (alérgenos, virus, ejercicio, etc.)</li> <li>- Cómo identificarlos y medidas de evitación</li> </ul>
<b>Tratamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Broncodilatadores (tratamiento de rescate)</li> <li>- Antiinflamatorios (tratamiento de mantenimiento)</li> <li>- Efectos secundarios</li> <li>- Crisis (como reconocer su inicio y actuación precoz)</li> <li>- Inmunoterapia</li> </ul>
<b>Inhaladores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Importancia de la medicación inhalada</li> <li>- Técnica de inhalación</li> <li>- Mantenimiento del sistema</li> <li>- Errores/olvidos</li> </ul>
<b>Autocontrol</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PEF. Mejor valor personal</li> <li>- Registro de síntomas</li> <li>- Plan de acción por escrito personalizado</li> </ul>
<b>Estilo de vida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asistencia a la escuela</li> <li>- Práctica deportiva</li> <li>- Autonomía</li> </ul>



## EDUCACIÓN SANITARIA

Depósito pulmonar de medicamento administrado mediante dispositivo MDI



## EDUCACIÓN SANITARIA

**¿Que lo está  
haciendo sin  
cámara?**



# EDUCACIÓN SANITARIA



# CURSO ONLINE DE ACTUALIZACIÓN EN PEDIATRÍA

## preguntas frecuentes, respuestas sencillas

ORGANIZA:  **SEMG Andalucía**  
Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

COLABORA:  **gsk**  
GlaxoSmithKline



# Gracias



**BEXSERO**

Vacuna meningocócica del grupo B  
(ADNr, de componentes, adsorbida)



**MENVEO**

Vacuna conjugada frente al meningococo  
de los serogrupos A, C, W135 e Y.

**Rotarix** 2 **ORAL**  
dosis

vacuna antirrotavirus, viva