

INFORMACIÓN

Texto informativo

Paciente varón de 46 ddv que es traído a urgencias por su madre por presentar fiebre de hasta 38,3°C axilar, decaimiento y vómitos con abundante mucosidad ocasionales, que coinciden cuando tose de manera repetida, desde hace 2 días, aunque lleva con mucosidad nasal acuosa y algo de tos alrededor de 1 semana.

PREGUNTA 1

¿Cuál será la actitud inicial de enfermería en urgencias?

- a. La rinorrea nos está indicando que la fiebre es de origen vírico.
- b. Ante un paciente pediátrico con fiebre debemos contemplar siempre tres aspectos clave: el estado general, la edad y la presencia de focalidad
- c. Lo primero es comprobaremos la temperatura por si la fiebre referida es por sobrecalentamiento
- d. Utilizaremos la escala de Yale para descartar una infección bacteriana grave.

Retroalimentación

Lo primero que debemos valorar siempre con cualquier paciente es el estado general para descartar signos de shock, dificultad respiratoria o disfunción neurológica que van a determinar la urgencia de la intervención para la estabilización del paciente independientemente del diagnóstico que establezcamos con posterioridad. La edad es otro factor clave, por la menor expresividad clínica, el riesgo asociado a la inmadurez inmunológica y la vacunación ausente o incompleta, sobretodo en los niños menor que 3 meses y en particular los neonatos. En cuanto a la presencia de focalidad, se trata de encontrar cuanto antes una causa que justifique la presencia de fiebre y que nos va a orientar para el diagnóstico y el tratamiento.

La respuesta correcta es: Ante un paciente pediátrico con fiebre debemos contemplar siempre tres aspectos clave: el estado general, la edad y la presencia de focalidad

PREGUNTA 2

En la valoración inicial mediante el Triángulo de Evaluación pediátrica (TEP) observamos un lactante en brazos de la madre dormido con mucosidad nasal, que no presenta signos de dificultad respiratoria con SatO₂ de 97%, pero al estimularle responde con llanto que le desencadena un acceso de tos seca de 5 golpes de tos congestiva con estridor agudo inspiratorio final, que se resuelve sin intervención quedando el lactante postrado, recuperando poco después la coloración rosada aunque algo polipneico y con leve tiraje subcostal. ¿Qué lados del TEP podemos considerar alterados?

- a. El lado de la apariencia y de la respiración
- b. El lado de la circulación
- c. No existe alteración de ninguno de los tres lados del TEP. Antes de la tos el niño estaba dormido tranquilamente en brazos de la madre.
- d. Los 3 lados del TEP.

Retroalimentación

Aunque el paciente llega a la consulta dormido (aparición normal), sin signos de dificultad respiratoria (lado de la respiración sin alteraciones) y con buena coloración (lado de la circulación sin alteraciones); tras el episodio paroxístico de tos se queda postrado, exhausto, hipoactivo por lo que consideramos el lado de la aparición alterado. Tras la congestión recupera la coloración normal sin necesidad de intervención, por lo que el lado de la circulación no está alterado y la presencia de taquipnea y el tiraje subcostal leve indican que existen signos de dificultad respiratoria por lo que podemos considerar que el lado de la respiración sí está alterado.

La respuesta correcta es: El lado de la aparición y de la respiración

PREGUNTA 3

Entonces la madre comenta que esa tos es como la que tiene "sobretudo por las noches cuando vomita". ¿Qué diagnósticos diferenciales nos podemos plantear ante este dato?

- a. Fiebre de origen desconocido
- b. Gastroenteritis vírica
- c. Tos ferina
- d. Ninguno de los 3 anteriores

Retroalimentación

Los diagnósticos diferenciales que nos podríamos plantear serían relacionados a la presencia de fiebre y la tos que hemos presenciado: infección por citomegalovirus, adenovirus, VRS o enfermedades como el reflujo gastroesofágico, faringitis o la fibrosis quística. No nos podemos plantear el diagnóstico de fiebre de origen desconocido (FOD) ya que la fiebre de nuestro paciente ha aparecido hace 48h por lo que no cumple los criterios de fiebre de origen desconocido: proceso febril con $T^{\circ}=38^{\circ}\text{C}$ comprobada por personal sanitario, de más de 2-3 semanas de duración y con ausencia de diagnóstico tras una semana de estudio ambulatorio u hospitalario. Los vómitos son de mucosidad, ocasionales desencadenados por la tos por lo que no son criterio de gastroenteritis vírica. La tos paroxística con salvas y gallo inspiratorio final, con vómitos y postración post-tusígenos en contexto de rinorrea y fiebre son característicos de la tos ferina.

La respuesta correcta es: Tos ferina

PREGUNTA 4

¿Qué prueba realizaremos para confirmar el diagnóstico etiológico?

- a. Determinación de la PCR a Bordetella pertussis
- b. Hemograma
- c. Hemocultivo
- d. Radiografía de tórax

Retroalimentación

La confirmación del diagnóstico etiológico se puede realizar mediante cultivo, mediante la prueba de PCR (reacción en cadena de la polimerasa) de Bordetella pertussis y mediante serología. La sensibilidad y la especificidad de estas pruebas guarda relación con la fase de la enfermedad, teniendo cada una de ellas su momento idóneo de realización.

La respuesta correcta es: Determinación de la PCR a Bordetella pertussis

PREGUNTA 5

Ante la sospecha de tos ferina en la anamnesis preguntaremos:

- a. Inicio, duración de la tos y sus características :paroxística, en salvas, emetizante, cianosante, con “gallo” final y postración posterior.
- b. Contactos infecciosos recientes, ambiente epidémico en casa.
- c. Vacunación de la materna
- d. Todas son correctas

Retroalimentación

Buscaremos las características pertusoides de la tos, la presencia de ambiente epidémico, hermanos o personas del entorno con cuadros catarrales o de tos, que puedan sugerir tos ferina. Es importante preguntar por la vacunación materna ya que actualmente en España se vacuna de la tosferina a las embarazadas entre la 27 y la 36 semana de gestación, con una vida media de los anticuerpos transferidos de aproximadamente 6 semanas.

La respuesta correcta es: Todas son correctas

PREGUNTA 6

La madre comenta que tiene otro hijo de 11 años que lleva con tos de predominio nocturno 3 semanas sin otros síntomas como fiebre o dificultad respiratoria por lo que no se ha preocupado. Sobre la epidemiología de la tos ferina es cierto:

- a. Que el periodo de incubación tiene una duración de 5-10 días, aunque en ocasiones se puede extender hasta 21 días.
- b. La transmisión se produce por contacto estrecho con un enfermo a través de las gotitas aerosolizadas por la tos o las secreciones respiratorias. La tasa de infectividad es elevada (80% de los convivientes expuestos adquieren la infección)
- c. El periodo de contagiosidad se extiende desde la aparición de los síntomas hasta 3 semanas después de la aparición de la tos. La mayor tasa de contagio se produce durante la fase catarral y se reduce a 5 días después del inicio de la terapia antibiótica.
- d. Todas las respuestas son ciertas

Retroalimentación

La tos ferina es una enfermedad de declaración obligatoria, altamente contagiosa causada por una bacteria gram negativa, la Bordetella pertussis, con gran afinidad por la mucosa respiratoria y cuyo reservorio es exclusivamente humano. Los periodos de incubación y de contagiosidad, así como la transmisión son los que aparecen en las respuestas anteriores.

La respuesta correcta es: Todas las respuestas son ciertas

PREGUNTA 7

Teniendo en cuenta que nuestro paciente lleva 1 semana con los síntomas catarrales ¿en qué fase de la enfermedad se encuentra?

- a. En la fase catarral
- b. En la fase de convalecencia
- c. En la fase paroxística
- d. En ninguna de las anteriores

Retroalimentación

Desde el punto de vista clínico la tosferina consta de 3 fases bien diferenciadas: La fase catarral o prodrómica en la que aparecen los síntomas de resfriado común (rinorrea, lagrimeo y tos e incluso febrícula) y que dura entre 1-2 semanas. La fase paroxística, que es en la que ya se encuentra nuestro paciente, la que la tos va en aumento adquiriendo las características de pertusoide (paroxística, con episodios repetidos de accesos con varios golpes de tos en cada espiración, tras la que aparece una inspiración forzada con un sonido de estridor agudo llamado “gallo” que cuando aparece es característico). Es una tos que suele ser emetizante y deja al niño exhausto. Por último, la fase de convalecencia en la que la tos va cediendo de manera progresiva y tiene una duración aproximada de 2 a 3 semanas.

La respuesta correcta es: En la fase paroxística

PREGUNTA 8

Una vez diagnosticado de Tos ferina se decide ingreso para observación y tratamiento. La madre insiste en que el niño ya está bien y puede administrarle el tratamiento en casa, pero se decide hospitalizar, en qué criterio nos basamos para esta decisión:

- a. Es un lactante menor que 3 meses
- b. Hermano con cuadro catarral de larga evolución
- c. Vómitos tras la tos.
- d. Ninguna de las anteriores.

Retroalimentación

Los criterios de hospitalización para la tos ferina son: - Edad menor que 3 meses - Lactantes menor que 6 meses con antecedentes de prematuridad - Dificultad en la alimentación - Crisis de apnea o cianosis - Enfermedades asociadas pulmonares, neurológicas o cardíacas - Insuficiencia respiratoria y/o taquicardia sinusal(mayor que 190 lpm) - Sobreinfección respiratoria - Leucocitosis mayor que 20.000 células/ μ l

La respuesta correcta es: Es un lactante menor que 3 meses

PREGUNTA 9

Durante la hospitalización ¿qué tipo de precauciones de transmisión de microorganismos habrá que instaurar?

- a. Precauciones estándar
- b. Precauciones estándar y precauciones adicionales por gotas
- c. Precauciones adicionales por contacto
- d. Precauciones por aire

Retroalimentación

La tos ferina es una enfermedad que se transmite a través de las secreciones respiratorias aerosolizadas por la tos. Aplicaremos precauciones estándar aplicables a todos los pacientes independientemente de su patología y precauciones adicionales por gotas según las recomendaciones del protocolo sobre prevención de transmisión de microorganismos en los centros hospitalarios de la Dirección de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Las medidas adicionales por gotas se mantendrán hasta 5 días después de instaurado el tratamiento antibiótico.

La respuesta correcta es: Precauciones estándar y precauciones adicionales por gotas

PREGUNTA 10

Deberán recibir profilaxis post-exposición:

- a. Los contactos domiciliarios y los contactos íntimos independientemente de su estado vacunal.
- b. Sólo recibirán tratamiento profiláctico los contactos no vacunados
- c. Sólo recibirán tratamiento aquellos contactos que hayan comenzado con síntomas catarrales y los menores de 2 años.
- d. Todos los contactos recibirán una dosis de recuerdo de la vacuna dTPa.

Retroalimentación

La profilaxis post-exposición está indicada en todos los contactos domiciliarios y contactos íntimos independientemente de su estado vacunal, comenzando lo antes posible, en las 2-3 primeras semanas desde el inicio de los síntomas del caso índice. No está indicado tratar a los compañeros escolares o de instituto asintomáticos. También puede administrarse dependiendo del grado de exposición, a contactos no domiciliarios que sean de alto riesgo o convivan con personas de alto riesgo. Los antibióticos, pautas y dosis recomendadas para la profilaxis de los contactos son los mismos que para el tratamiento de la enfermedad.

La respuesta correcta es: Los contactos domiciliarios y los contactos íntimos independientemente de su estado vacunal.