

# TOS Y MOCOS COMO MOTIVO DE URGENCIA



Jaime García Azorín (Rotatorio Pediatría)  
Marco Gómez y Germán Lloret (Urgencias Pediátricas)

# VARÓN DE 2 AÑOS QUE CONSULTA POR TOS Y MOCOS



¿Desde cuándo? ¿predominio horario? ¿características?  
¿algún otro síntoma más? ¿antecedentes?

## Exploración dirigida:

→ **Inspección:** triángulo de evaluación pediátrico, estado general, cianosis o dificultad respiratoria

→ **ORL:** rinorrea, hiperemia faríngea, mucosidad en cavum, tímpanos

→ **AP:** normal, sibilantes, crepitantes, estridor laríngeo, hipoventilación

# QUÉ SOSPECHAR EN FUNCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS

## CUALIDADES DE LA TOS:

- **Tos “perruna”:** laringotraqueitis. Aspiración. Sd. pertussoide.
- **Tos hemoptoica:** tuberculosis
- **Tos con esputo purulento:** bronquiectasias



## SÍNTOMAS Y SIGNOS ACOMPAÑANTES

- **Fiebre:** Inespecífico
- **Dificultad respiratoria:**  
Signos de trabajo respiratorio: broncoespasmo, laringitis, aspiración, neumonía  
Sibilantes o estridor: broncoespasmo, laringitis, aspiración
- **Estridor o disfonía:** laringitis o aspiración

# POSIBILIDADES DIAGNÓSTICAS

- **Catarro de vías altas:** causa más frecuente  
Inflamación faríngea, fiebre y rinorrea  
  
→ La coloración de la mucosidad o su espesor, así como la duración de la fiebre **NO** son predictivos de sobreinfección bacteriana
- **Laringotraqueitis:** tos perruna, estridor inspiratorio y ronquera/afonía. Con o sin fiebre

El Sd. pertussoide es poco frecuente



# POSIBILIDADES DIAGNÓSTICAS

- **Broncoespasmo:** taquipnea, espiración alargada, sibilantes espiratorios y trabajo respiratorio.
  1. Lactantes: primer episodio → bronquiolitis (VRS)
  2. <3 años: Antecedentes. Episodios invernales tos y sibilancias → Hiperreactividad bronquial
  3. >6 años: Crisis alérgicas
- **Bronquitis aguda:** Infección de vía respiratoria baja.  
Exclusión
- **Neumonía:**

Típica: tos y fiebre elevada de forma brusca. Dolor torácico y auscultación focal de crepitantes o hipoventilación. Neumococo

Atípica: fiebre moderada, síntomas respiratorios altos, tos seca irritativa, auscultación no focal de tipo bronquial, síntomas extrarrespiratorios.  
Mycoplasma o Chlamydia pneumoniae

# ¡IMPORTANTE!

TENER SIEMPRE EN CUENTA LA  
POSIBILIDAD DE UN  
**CUERPO EXTRAÑO**





**Taquipnea como indicador clínico:**

>60 rpm en <2 meses

>50 rpm en 2-12 meses

>40 rpm en >12 meses



# MIENTRAS TANTO...

Varón de 2 años que acude a UPED por tos ronca y afonía de empeoramiento nocturno. La agitación, el llanto y la posición horizontal agravan los síntomas. Afebril. No ambiente infeccioso.

A la exploración: Tos estrudulosa de predominio inspiratorio con dificultad respiratoria y tiraje. Frecuencia respiratoria ligeramente aumentada

AP: Ruidos de transmisión aérea  
ORL: faringe levemente inflamada





# ACTO SEGUIDO...

Varón de 14 meses que acude a UPED por **síntomas catarrales** de 5 días de evolución. Asocia **fiebre** desde hace 2 días (pico máximo de 38.5 °C) administrando paracetamol con buena respuesta. La madre refiere pérdida de apetito con buena ingesta hídrica. Regular descanso nocturno. Depositiones de consistencia normal, diuresis conservada. Asocia dos vómitos esta madrugada. **No ha tenido episodios previos**. No otra sintomatología. No ambiente infeccioso en domicilio. No acude a guardería.

FC: 178lpm; FR: 44lpm; SatO2 95% (sin O2); T° 37,6 (timpánica). Peso 14,4 kg

Inspección: BEG, Normohidratado, normoperfundido y normocoloreado. No aspecto séptico. No exantemas ni petequias. Pulsos periféricos palpables. **Polipnea con tiraje subcostal**.

AC: Rítmica, sin soplos.

AP: Buena entrada de aire bilateral. **Sibilancias y subcrepitanes generalizados en ambas bases**.

ABDOMEN: blando y depresible, no doloroso. No masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal. Peristaltismo conservado.

ORL: **orofaringe hiperémica** con alguna vesícula en paladar blando, **mucosidad** en cavum, amígdalas sin exudados. Otoscopia bilateral normal.

NRL: activo y reactivo. Fuerza y tono conservados. FANT.



# IMPORTANTE

→ Lavado nasal



→ Tratamiento con  $\beta$ -2 agonistas inhalados (prueba)

→ REEVALUAR



# CRITERIOS DE INGRESO BRONQUIOLITIS

**TABLA 144-3. Test de Wood-Downes modificado por Ferrés (WDF)**

Puntuación	Cianosis	Tiraje	Frecuencia respiratoria	Frecuencia cardíaca	Sibilancias	Ventilación
0	No	No	<30	<120	No	Simétrica Buena
1	Sí	Subcostal Intercostal	31-45	>120	Final expiración	Simétrica Regular
2		+ Supraclavicular Aleteo nasal	46-60		Toda expiración	Muy disminuida
3		+ Supraesternal	>60		Inspiración + expiración	Tórax silente

Crisis leve: 1-3 puntos; crisis moderada: 4-7 puntos; crisis severa: 8-14 puntos.

**TABLA 144-4. Criterios de ingreso hospitalario en bronquiolitis aguda**

- Saturación transcutánea de oxígeno <92-93 %
- Dificultad respiratoria moderada o grave (Score WDF >6)
- Taquipnea >60 rpm mantenida
- Pausas de apnea
- Rechazo de la alimentación (ingesta aproximada <50 % de lo habitual) o deshidratación
- Mal estado general, letargia
- Dificultad para el seguimiento ambulatorio
- Valorar siempre en caso de factores de riesgo de bronquiolitis grave y en menores de 2 meses

# CONCLUSIONES

- Es importante la educación a los padres sobre la utilidad e importancia de la atención primaria en pediatría
- La principal etiología de la patología que respecta a los motivos de consulta por tos y mocos es vírica. Excepto la neumonía (entre otras)
- Diagnóstico clínico
- La coloración de la mucosidad o su espesor, así como la duración de la fiebre, NO son predictivos de sobreinfección bacteriana
- El uso de antibióticos no tiene utilidad en patología vírica de vías altas. Efectos secundarios y selección de bacterias resistentes

# BIBLIOGRAFÍA

- Fernández-Cuesta Valcarce MA, El-Asmar El-Osman A, Gómez Ocaña JM, Revilla Pascual E. Las 50 principales consultas en pediatría de atención primaria [internet]. España: Fernández-Cuesta Valcarce MA; 2008 [revised 2008; cited 2021 Nov 25]. Available from: <https://www.aepap.org/biblioteca/libros/las-50-principales-consultas-en-pediatria-de-atencion-primaria>
- Sánchez Martín M, Calvo Rey C. Laringitis, Epiglotitis y Traqueobronquitis. En: Guerreño-Fdez J, Cartón Sánchez A, Barreda Bonis A, Menéndez Suso J, Ruiz Domínguez J (eds.). Manual de diagnóstico y terapéutica en pediatría. 6º ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2017. p. 1365-72
- Sánchez Martín M, Calvo Rey C. Bronquiolitis aguda. En: Guerreño-Fdez J, Cartón Sánchez A, Barreda Bonis A, Menéndez Suso J, Ruiz Domínguez J (eds.). Manual de diagnóstico y terapéutica en pediatría. 6º ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2017. p. 1379-85
- Ferri Rufete D. Laringitis (Crup). En: Martínez Monseny, Fernández Santervás, Claret Teruel (eds.). Guía de Supervivencia en Urgencias de Pediatría. 1º ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2021. p. 60-61
- Ferri Rufete D. Bronquiolitis. En: Martínez Monseny, Fernández Santervás, Claret Teruel (eds.). Guía de Supervivencia en Urgencias de Pediatría. 1º ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2021. p. 70-74
- Ferri Rufete D. Broncoespasmo. En: Martínez Monseny, Fernández Santervás, Claret Teruel (eds.). Guía de Supervivencia en Urgencias de Pediatría. 1º ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2021. p. 75-78



# ¡MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN!



Ya verás  
cuando te vean  
en urgencias...