

# Lactante con cuadro catarral, tos y apnea



Alberto López-Nieto Sempere (Rotatorio Pediatría)  
Tutor: Dra. M<sup>a</sup> Carmen Vicent (Sección Lactantes)

Servicio de Pediatría, HGUA (2023-2024)

# Caso clínico (I)

- Lactante de 1 mes con cuadro catarral de 10 días al que se añaden en últimas 48-72 h accesos de tos con rubefacción y cianosis facial y pausas respiratorias de menos de 30 seg. Madre no vacunada con dTpa durante gestación.
- EF: Afebril, FC 159 lpm, Sat O2 100%. Eupneico en reposo, sin disnea. Faringe levemente hiperémica. AP: normal.
- PCR de aspirado nasofaríngeo: + para VRS y *Bordetella pertussis*.

# Tosferina

- Infección respiratoria endémica con patrón epidémico cíclico
- Agente: *Bordetella pertussis*.
- Fuente de contagio: adolescentes y adultos jóvenes.
- Vía de transmisión
  - Vía aérea (aerosoles)
  - Gotas
  - Contacto directo con secreciones
- Tasa de ataque: 80-100%
- Mayor morbimortalidad en lactantes < 6 meses

# Manifestaciones clínicas

Incubación (7-10 días, máximo 4-21 días)

Asintomática



Fase catarral (1-2 sem.)



Rinorrea clara, congestión nasal, tos leve seca irritativa, estornudos y febrícula

Ausencia de:

- Fase catarral
- Gallo

Fase paroxística (6-10 sem.):

Accesos de tos paroxística (5-10 episodios/inspiración) de predominio nocturno (*quintas*) precedidos de aura de ansiedad, que terminan en estridor inspiratorio ("gallo"), causantes de rubicundez, cianosis y vómitos.

Tos leve  
Pausas de  
apnea

Fase de convalecencia (2-4 sem.)

Problemas de  
alimentación-  
atragantamiento

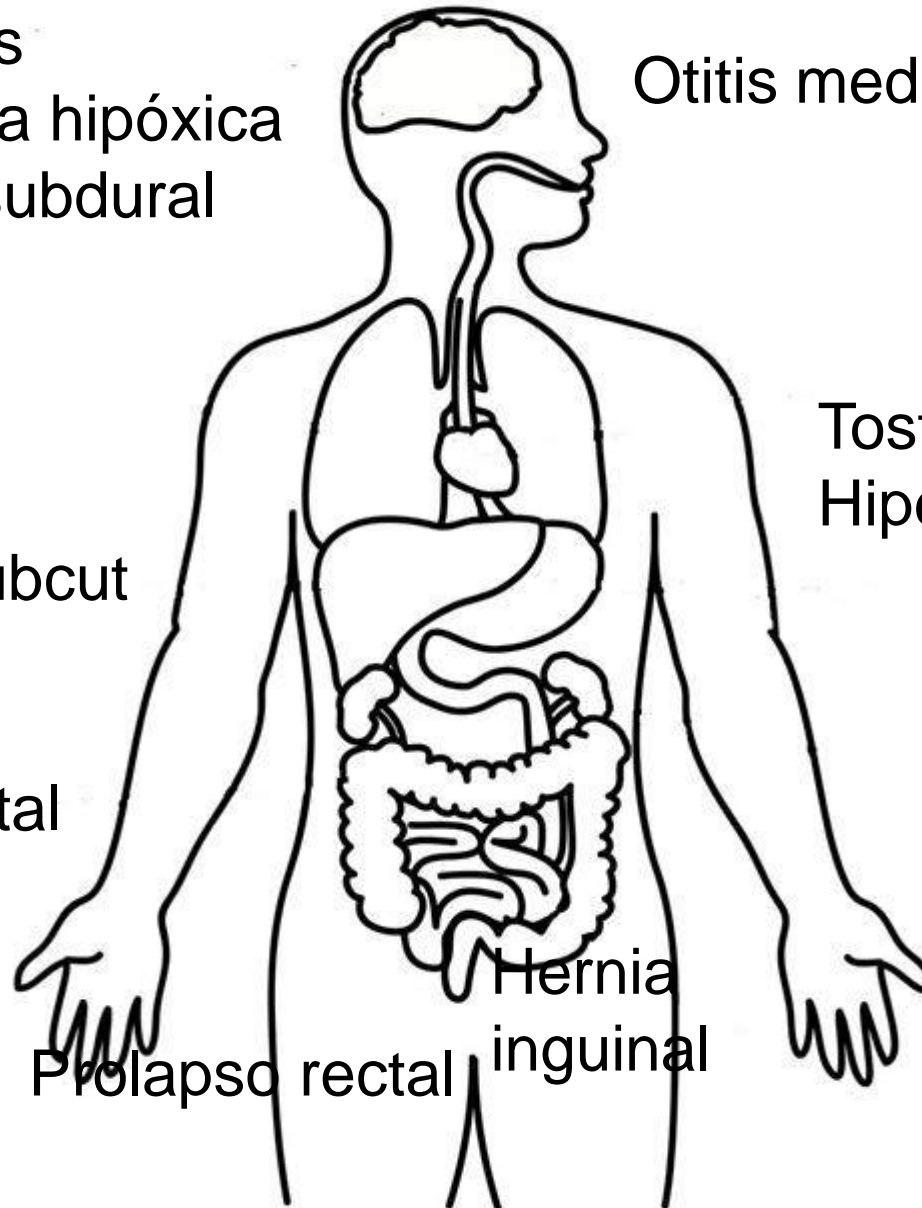
Resolución gradual de sintomatología. Pseudorrecidivas (*tos de recuerdo*)

# Complicaciones

Convulsiones  
Encefalopatía hipóxica  
Hematoma subdural  
SIADH  
Neumonía  
Atelectasia  
Enfisema  
intersticial/subcutáneo  
Neumotórax  
Fractura costal  
Hipertensión pulmonar

Otitis media aguda

Tosferina maligna  
Hiperlinfocitosis

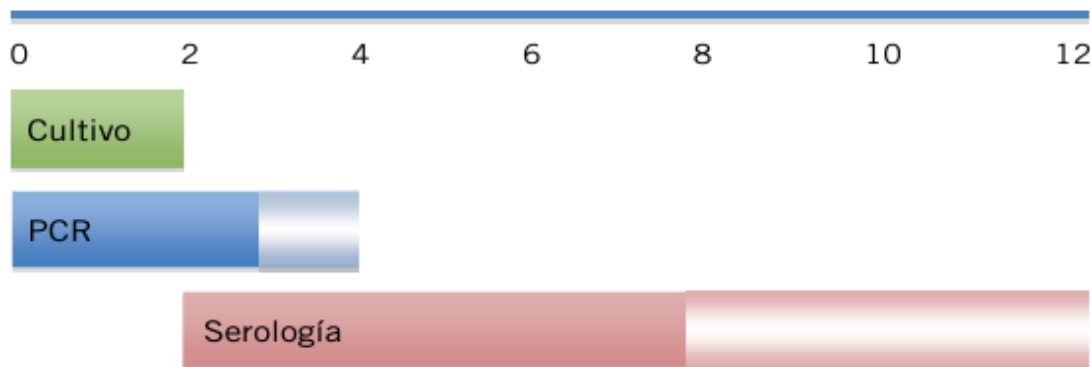


Hernia inguinal  
Prolapso rectal

# Diagnóstico

- Cultivo de aspirado nasofaríngeo (*gold-standard*): 4-5 días.
- PCR de aspirado nasofaríngeo (de elección): horas. Similar E, mayor S que cultivo.
- Serología (IgG): diagnóstico a posteriori, en fase paroxística tardía o de convalecencia.

Tests diagnósticos útiles en tosferina (semanas)



- AS: leucocitosis con linfocitosis.
- Rx de tórax: complicaciones.
- ECOcardiografía: HTPulmonar.

# Manejo

- Ingreso hospitalario
  - Menores de 4 meses
  - Enfermedad de base
  - Accesos graves/Apnea
  - Neumonía/distrés respiratorio
  - Leucocitosis  $> 20.000-30.000/\mu\text{L}$
  - Crisis convulsiva
  - Dificultades de alimentación
- Aislamiento 5 días: estándar y gotas.
- Evitar desencadenantes de tos.
- No evidencia de eficacia:
  - Corticoides
  - Salbutamol
  - Antihistamínicos
  - Antitusígenos

# Tratamiento y profilaxis de los contactos

Mismos ATB, pautas y dosis a contactos estrechos Incubación: previene enfermedad. Catarral: atenúa o acorta síntomas. Paroxística: ningún efecto en clínica.

**Tabla 1.** Recomendaciones de tratamiento oral y profilaxis postexposición por grupo de edad

	Antibiótico			Alternativa en caso de alergia a macrólidos
	Azitromicina <sup>a</sup>	Eritromicina	Claritromicina	TMP-SMX <sup>c</sup>
< 1 mes	Tratamiento de elección <sup>b</sup> 10 mg/kg/día vo, en 1 dosis, 5 días	No recomendado (asociado con estenosis hipertrófica de píloro) <sup>2</sup>	No recomendado (datos de seguridad no disponibles)	Contraindicado en menores de 2 meses (riesgo de kernicterus)
1-5 meses	10 mg/kg/día vo, en 1 dosis, 5 días	40 mg/kg/día vo (máximo 2 g/día) en 4 dosis, 14 días	15 mg/kg/día vo, en 2 dosis, 7 días	Contraindicado en menores de 2 meses TMP 8 mg/kg/día + SMX 40 mg/kg/día vo, en 2 dosis, 14 días
≥ 6 meses	Día 1: 10 mg/kg/día (máx. 500 mg/día) Días 2-5: 5 mg/kg/día vo (máx. 250 mg/día)	40 mg/kg/día vo (máx. 2 g/día) en 4 dosis, de 7 a 14 días	15 mg/kg/día vo (máx. 1 g/día) en 2 dosis, 7 días	TMP 8 mg/kg/día + SMX 40 mg/kg/día vo, en 2 dosis, 14 días (máx. TMP 320 mg/día, SMX 1600 mg/día)
Adolescentes y adultos	Día 1: 500 mg/día Días 2-5: 250 mg/día vo	2 g al día en 4 dosis, de 7 a 14 días	1 g al día, en 2 dosis, 7 días	TMP 320 mg/día, SMX 1 600 mg/día en 2 dosis, 14 días

vo: vía oral; **TMP-SMX**: trimetoprim-sulfametoxazol (cotrimoxazol). <sup>a</sup>Tratamiento de elección en todas las edades. Datos limitados sobre seguridad en menores de un mes. Una hora antes de tomar alimentos. <sup>b</sup>Tanto azitromicina como eritromicina se han relacionado con estenosis hipertrófica de píloro (EHP), especialmente en menores de dos semanas de vida. Azitromicina es de elección por su significativa menor asociación a EHP. El riesgo con claritromicina es desconocido.

Al 5º día de tto desaparece la contagiosidad.





# Inmunización natural y artificial

- Ni vacunación ni enfermedad confieren protección duradera: **reinfecciones**.
- Vacunación **con 1 dosis** en embarazadas de 27 a 36 semanas: disminuye incidencia y gravedad en lactantes < 6 meses.



Consejo Interterritorial  
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

## CALENDARIO COMÚN DE VACUNACIÓN A LO LARGO DE TODA LA VIDA Calendario recomendado año 2023

VACUNACIÓN	EDAD															
	Pre-natal	0 meses	2 meses	4 meses	6 meses	11 meses	12 meses	15 meses	3-4 años	5 años	6 años	12 años	14 años	15-18 años	19-64 años	≥65 años
Poliomielitis			VPI	VPI		VPI					VPI <sup>(1)</sup>					
Difteria, tétanos, tosferina	dTpa <sup>(2)</sup>		DTPa	DTPa		DTPa					dTpa/ DTPa <sup>(2)</sup>		Td	Td <sup>(2)</sup>		Td

Primova- 1<sup>o</sup>  
cunación refuerzo

2<sup>o</sup>  
refuerzo

3<sup>o</sup>  
refuerzo

# Caso clínico (II)

Ingresar:  
30/01/2024 y es  
dado de alta el  
04/02/2024.

EF: afebril;  
constantes  
vital y resto de  
parámetros  
normales  
durante  
evolución.

Plan (1º  
ingreso):  
monitor de  
apneas y  
pulsioximetría  
continua,  
valorar O<sub>2</sub> con  
mascarilla si  
desaturación  
durante  
tos/apnea y  
azitromicina oral  
10 mg/kg/día  
durante 5 días.

2º ingreso  
(05/02/2024):  
persistencia de  
tos nocturna  
rubicundizante y  
cianosante.  
Plan: vigilancia  
clínica. Alta  
(09/02).

Accesos de tos  
rubicundizante y  
cianosante de  
predominio  
nocturno (10  
accesos/noche  
inicialmente que  
disminuyeron al  
final del ingreso  
a 2-3/noche).  
Apetito  
conservado y  
tolerancia oral  
adecuada.

AS: leucocitos  
10.690/μL,  
hematíes  
3.180.000/μL,  
plaquetas  
411.000/μL.

Alta:  
04/02/2024

<https://youtu.be/S3oZrMGDMMw?si=yi5A8McIt8UIWM2g>

# Bibliografía

- Vázquez-Pérez A, Santos-Pérez JL, Martínez-Campos L. Tosferina-pertussis (whooping cough). Protoc diagn ter pediatr. 2023;2:167-179 p.
- Montesdeoca-Melián A. Tosferina. Pediatr Integral 2018; XXII (6): 254 –263 p.
- Guerrero-Fernández J, Cartón-Sánchez A, Barreda-Bonis A, Menéndez-Suso J, Ruiz-Domínguez J. Síndrome pertusoide. Tosferina. En: Hospital Universitario La Paz. Manual de diagnóstico y terapéutica en Pediatría. 6ª edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2017. p.1373-1379