

Tómese unos minutos para revisar sus conocimientos sobre...

Problemas infecciosos en

Preguntas y respuestas sobre los trastornos infecciosos más comunes en la infancia.

1. En niños, la incidencia máxima de presentación de faringoamigdalitis y amigdalitis, se sitúa:

- a. De 0 a 2 años.
- b. Entre 4 y 7 años.
- c. A partir de los 12 años.
- d. En todas las edades.

2. Después de una amigdalectomía, la enfermera deberá proporcionar a los padres instrucciones para los cuidados postoperatorios. Una de las opciones que se citan a continuación, no es correcta:

- a. No usar pajas para beber.
- b. Colocar en posición adecuada para deglución óptima.
- c. Realizar gargarismos con suero salino templado.
- d. Administrar analgésicos según se prescriban.

3. En la valoración de un niño con adenoiditis, ¿qué manifestaciones clínicas suelen estar presentes?

- a. Fiebre, obstrucción nasal, respiración bucal y halitosis.
- b. Fiebre, rinorrea acuosa y estornudos.
- c. Fiebre, disfagia y dolor abdominal.
- d. Fiebre, hinchazón facial y cefalea.

4. El principal microorganismo responsable de la otitis media aguda en la infancia es:

- a. VRS (virus respiratorio sincitial).
- b. Estreptococo beta-hemolítico del grupo A.
- c. Rinovirus.
- d. Neumococo.

5. El uso de antitérmicos es habitual en las infecciones de vías respiratorias altas. La enfermera deberá informar a los padres sobre el control de la temperatura de su hijo. En niños de más de 3 años, y en caso de precisar el uso de 2 antitérmicos, ¿cuáles no podrán combinarse?

- a. Paracetamol e ibuprofeno.
- b. Ibuprofeno y ácido acetilsalicílico.
- c. Metamizol y paracetamol.
- d. Paracetamol y ácido acetilsalicílico.

6. De las siguientes afirmaciones una es falsa:

- a. La bronquiolitis suele afectar a los lactantes de 2 a 12 meses y es rara después de los 2 años.
- b. La neumonía viral es más frecuente que la bacteriana.
- c. La epiglotitis aguda entre los 2 y 4 años no constituye un proceso grave.
- d. La laringitis espasmódica se caracteriza por su inicio súbito, principalmente por la noche.

7. El mejor sistema para administrar un broncodilatador por vía inhalatoria a un niño de 4-5 años en su domicilio es:

- a. Sistema de aerosol presurizado administrado con espaciador y mascarilla.
- b. Sistema de aerosol presurizado directo.
- c. Sistema de nebulizador ultrasónico.
- d. Sistema turbuhaler.

8. La infección urinaria:

- a. Es poco frecuente en la infancia.
- b. En todas las edades del niño se manifiesta de igual manera.
- c. Es básico detectarla precozmente por sus posibles repercusiones.
- d. Para su diagnóstico médico definitivo siempre se utiliza una tira reactiva.

9. Usted ha de recoger orina de una niña de 5 años, con sospecha de infección urinaria, ¿qué método de recogida es el indicado en esta edad?

- a. Por punción suprapúbica.
- b. Mediante bolsa estéril.
- c. Por sondaje vesical.
- d. Una muestra de la porción media de una micción voluntaria espontánea.

10. ¿Cuáles son las causas de vómito más frecuentes en los preescolares y escolares?

- a. Las causas obstructivas y la rumiación.
- b. La anorexia nerviosa y los errores innatos del metabolismo.
- c. Las infecciones sistémicas y la gastroenteritis.
- d. El síndrome de Reye y la quimioterapia.

M. ROSA MARTÍNEZ BARELLAS y ROSER ÁLVAREZ MIRO

Enfermeras. Profesoras Titulares de Enfermería Materno-Infantil del Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno-Infantil.

Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona. Barcelona. España.

11. Si la causa principal del vómito es una gastroenteritis de origen viral, ¿qué actuación enfermera sería prioritaria?

- a. Establecer técnicas de aprendizaje.
- b. Suprimir la alimentación.
- c. Administrar protectores gástricos.
- d. Mantener la hidratación.

12. Para poder planificar el cuidado adecuado de un niño con gastroenteritis aguda, un aspecto clave para las enfermeras es reconocer su estado de hidratación, ¿qué situación debería valorarse como una deshidratación grave?

- a. Cuando está pálido, orina menos y llora.
- b. Cuando está irritable, tiene mucha sed y su fontanela está deprimida.
- c. Cuando está pálido, ojos hundidos, bebe a menudo y el signo del pliegue es positivo.
- d. Cuando está letárgico, incapaz de beber o su fontanela está hundida.

13. La primera causa de diarrea aguda en niños en los países desarrollados es debida a:

- a. Rotavirus, adenovirus, coxsackie.
- b. *Salmonella*, *Shigella*, *Escherichia coli*.
- c. *Giardia lamblia*.
- d. *Campylobacter jejuni*.

14. ¿En cuál de las siguientes enfermedades exantemáticas son más frecuentes las convulsiones febriles?

- a. Eritema infeccioso.
- b. Varicela.
- c. Escarlatina.
- d. Exantema súbito.

15. Los padres de una niña de 8 años solicitan atención por la aparición en su hija de un enrojecimiento en la cara que da la impresión de "cara abofeteada", ¿de qué entidad patológica podría tratarse?

- a. Eritema infeccioso.
- b. Exantema súbito.
- c. Varicela.
- d. Rubéola.

16. Una de las siguientes afirmaciones sobre la varicela es falsa:

- a. Las lesiones causan prurito.
- b. Una vez superada la enfermedad, el agente causal se elimina del organismo.
- c. El período prodrómico es breve.
- d. El período de incubación es largo.

17. Un niño con varicela puede ser contagioso:

- a. Hasta que deja de tener fiebre.
- b. Durante las 2 semanas que siguen al inicio del exantema.
- c. Desde 2 días antes del inicio del exantema hasta 7 días después.
- d. El intervalo de contagiosidad es desconocido.

18. La enfermera explicará a los padres de un niño con varicela, los cuidados requeridos. De los citados, uno no es correcto:

- a. Se puede bañar cada día.
- b. Destacar el hecho de no rascarse.
- c. Si aparece fiebre, administrar ácido acetilsalicílico.
- d. Ofrecer dieta a demanda.

19. ¿Cuál de los siguientes elementos cutáneos aparece de forma clásica en la escarlatina?

- a. Vesícula.
- b. Petequia.
- c. Costra.
- d. Descamación.

20. En la planificación de cuidados del niño con escarlatina, ¿qué actuación enfermera le parece la más adecuada para evitar posibles complicaciones?

- a. Asegurar el cumplimiento del régimen terapéutico.
- b. Evaluación continuada de las constantes vitales.
- c. Alentar a los padres que permanezcan con él.
- d. Mantener una vía de perfusión.



RESPUESTAS

1. b. Esta franja de edad está considerada la de mayor incidencia de presentación de estos problemas. Son enfermedades raras en los niños menores de un año y poco frecuentes en los mayores de 8.

Las infecciones agudas de las vías respiratorias constituyen la causa más frecuente de absentismo escolar.

2. c. No deben realizarse gargarismos después de una amigdalectomía. Se desaconsejan para evitar hemorragias después de la intervención. También debe desaconsejarse que el niño tosa o el aclarado de la garganta frecuente, así como el uso de pajitas para beber, ya que la succión podría desencadenar la hemorragia.

Los analgésicos son útiles para eliminar el dolor, la sedación suave evita que el niño llore mucho, lo que irritaría la zona de intervención e incrementaría la posibilidad de hemorragia.

Para evitar la deshidratación, deben ofrecerse líquidos fríos y dulces, y alimentos blandos. El hecho de comer favorece la cicatrización, porque aumenta el aporte de sangre a los tejidos. Para proporcionar una deglución óptima, el niño debe colocarse en posición adecuada.

3. a. Una de las manifestaciones más claras de adenoiditis es la obstrucción nasal con respiración bucal (*facies adenoidea*). La voz del niño es nasal y presenta sequedad de mucosas, halitosis y alteración del sentido del gusto y del olfato. En la valoración puede observarse fiebrícula, fiebre alta o incluso, ausencia de fiebre. La tos es seca y de aparición nocturna, también es frecuente la ronquera.

La fiebre, los estornudos y la rinorrea acuosa son manifestaciones clásicas del resfriado común.

Fiebre con mayor o menor afectación del estado general, disfagia y dolor abdominal pueden estar presentes en niños mayores con infecciones de garganta.

Fiebre poco habitual pero no excepcional, hinchazón facial y cefalea son manifestaciones clínicas de la sinusitis.

4. d. La otitis media aguda es la infección bacteriana más frecuente en la infancia, el microorganismo responsable es, en la mayoría de los casos, el neumococo. Entre otros agentes causantes se citan *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catharralis* y estafilococo.

Los lactantes y niños pequeños son los más afectados. La vacuna antineumocócica heptavalente (Pn7v) es segura y eficaz en la prevención de la otitis media aguda. La Asociación Española de Pediatría recomienda su inclusión en el calendario vacunal.

5. b. La acción del ibuprofeno y del ácido acetilsalicílico es parecida, por consiguiente, si se asocian, los efectos tóxicos secundarios pueden verse potenciados. Advertir a los padres que esta combinación queda contraindicada.

Es importante explicar bien las pautas farmacológicas y procurar que no quede ninguna duda. Se aconseja administrar paracetamol y ácido acetilsalicílico, o bien, paracetamol e ibuprofeno. El metamizol está indicado en caso de fiebre persistente rebelde al tratamiento.

6. c. La epiglotitis aguda es una infección grave que siempre precisa una intervención enfermera prioritaria. Los objetivos a alcanzar en un niño afecto serían: mantener permeable la vía aérea, vigilancia y control, minimizar el riesgo de infección y disminuir el temor del niño y la ansiedad de los padres.

7. a. El sistema más adecuado es el aerosol presurizado administrado con espaciador y mascarilla. La incorporación de un espaciador entre el sistema de aerosol presurizado y la boca del niño hace que las partículas que se inhalen por vía respiratoria sean de menor tamaño y, por tanto, lleguen mejor a los bronquios, además de permanecer en suspensión mayor tiempo dentro del espaciador y así inhalar mayor cantidad de producto. Asimismo, la incorporación de una mascarilla que englobe la boca y la nariz del niño, le permite inhalar el producto sin la

necesidad de requerir la coordinación con su respiración en el caso de que el espaciador se utilizara con boquilla.

En niños menores de 5-6 años, los sistemas de aerosol presurizado directo y turbuhaler no son adecuados ya que no resultan útiles por falta de colaboración durante su administración.

Los nebulizadores ultrasónicos no son apropiados para utilizarlos con medicaciones en forma de suspensión. Generalmente se utilizan para producir humidificación con niebla fina.

8. c. Es importante el diagnóstico de las infecciones urinarias, especialmente en el recién nacido y el lactante. Suelen ser difíciles de detectar y pueden ser la primera manifestación de una malformación renal. El reconocimiento precoz de las infecciones urinarias y el tratamiento médico adecuado, control y vigilancia posterior, y tratamiento quirúrgico en los casos indicados, evitarán trastornos en la función renal en edades posteriores.

Las otras respuestas son falsas. La infección en el tracto urinario representa la segunda causa de enfermedad infecciosa más común en la infancia, después de las infecciones respiratorias. La sintomatología varía con la edad, y el diagnóstico médico definitivo se efectúa mediante urinocultivo recogido, procesado e interpretado correctamente.

9. d. A esta edad, los niños son continentes. Recogería la muestra de la porción media de una micción voluntaria espontánea manteniendo separados los labios vulvares.

La recogida de orina en los niños y niñas incontinentes (menores de 2 años) debe obtenerse por punción suprapúbica o sondaje vesical.

Las bolsas estériles solamente se recomiendan en el niño pequeño para depistar una infección (resultado negativo), nunca para confirmarla.

10. c. La etiología del vómito guarda relación con la edad. En los preescolares y escolares, las causas más frecuentes son las gastroenteritis, las infecciones sistémicas y la sobrealimentación. También apendicitis, reflujo gastroesofágico, medicación e ingestión de tóxicos.

La anorexia nerviosa, los errores innatos del metabolismo, el síndrome de Reye y la quimioterapia, son de presentación más esporádica.

Las causas congénitas y adquiridas de obstrucción y la rumiación se presentan en el recién nacido y en el lactante.

11. d. En función de los datos obtenidos se priorizará una actuación u otra.

Si la causa del vómito es una gastroenteritis, las intervenciones enfermeras deberán ir encaminadas a mantener la hidratación (rehidratación oral, tratamiento dietético) o a prevenir la deshidratación.

Si la situación se hubiera identificado como una manifestación de métodos inapropiados en la alimentación, deberían establecerse técnicas de aprendizaje hasta que la situación fuera la correcta, ya que si persistiesen los vómitos podrían conducir a la deshidratación y malnutrición del niño.

Si el vómito obedece a un probable signo de obstrucción gastrointestinal, la enfermera debería suprimir la alimentación y preparar al niño para cirugía, si fuera precisa.

Los protectores gástricos no se administran en las gastroenteritis.

12. d. Reconocer el estado de hidratación constituye un aspecto clave para que la enfermera pueda planificar el cuidado adecuado. La deshidratación debe considerarse grave cuando el niño presenta la piel con moteado, marcada oliguria, no responde, está letárgico, incapaz de beber o bebe muy poco, muestra signos de shock (hipotensión, tiempo de recoloración capilar superior a 3", extremidades frías y pálidas y pulso débil), signo del pliegue extremadamente positivo y fontanela hundida.

Se considera deshidratación leve, cuando el niño está pálido, la piel es menos elástica, orina menos, pero está activo, bebe normalmente, su lengua y sus labios están húmedos, llora con lágrimas y su fontanela es normotensa.

Grado moderado, cuando la piel del niño muestra una palidez grisácea, orina muy poco, pasa por fases de irritabilidad y de prostración, tie-

ne mucha sed, bebe frecuentemente, la lengua y los labios están secos, los ojos hundidos y sin lágrimas, signo del pliegue positivo y fontanela deprimida.

13. a. En los países desarrollados, los virus son la primera causa de diarrea aguda en niños. Entre ellos, los más frecuentes son: rotavirus, adenovirus y coxsackie.

La incidencia de infecciones enterales producidas por bacterias (*Campylobacter yeyuni*, *Salmonella*, *Shigella*, *Escherichia coli*, *Yersinia enterocolitica*, etc.) es menos elevada.

Giardia lamblia es el principal parásito responsable de diarrea crónica en la infancia.

14. d. De las enfermedades exantemáticas, el exantema súbito es en el que con mayor frecuencia se presentan las convulsiones febriles (10% de niños).

La clínica es característica: se inicia con un cuadro febril continuado, generalmente con temperaturas elevadas, sin foco, de 3-4 días de duración, tras el cual, y coincidiendo con la normalización de la temperatura, aparece un exantema maculopapuloso ténue en el tronco. Su duración es breve, se resuelve en 24 h, en ocasiones, solamente unas horas y como máximo 48 h.

15. a. El eritema infeccioso produce poca afectación del estado general, y se puede acompañar de fiebre moderada. Lo más característico de esta infección es el inicio de un exantema en la cara, fundamentalmente en las mejillas, de color rojo intenso (da la impresión de "cara abofeteada"). Posteriormente, aparece un exantema maculopapular, en forma de guinalda, en el tronco y que progresa rápidamente hacia las extremidades.

Se considera una enfermedad benigna, autolimitada, que no requiere tratamiento. Sin embargo, si se infecta una gestante puede provocar la muerte fetal. El parvovirus humano B 19, que es el agente infeccioso, reduce la hematopoyesis del feto y ocasiona *hidrops fetalis*.

La enfermera deberá tener presente que cualquier niño con una manifestación cutánea puede precisar aislamiento.

16. b. La varicela es una infección causada por el virus varicela zoster (VZV), responsable de 2 enfermedades: la varicela y el herpes zoster.

La varicela se produce ante el primer contacto con el virus. Una vez superada la enfermedad, el agente causal no se elimina del organismo, sino que permanece acantonado en algunas estructuras del sistema nervioso. La varicela confiere inmunidad permanente. Sin embargo, en la vida adulta, el virus que había quedado en estado latente, puede reactivarse y originar el herpes zoster. Los pacientes con herpes zoster pueden contagiar una varicela a los contactos seronegativos.

Las otras 3 respuestas son ciertas. El período de incubación dura de una a 3 semanas, suele ser largo con una media de 14 días, aunque en ocasiones puede llegar a los 20 o 25 días. El período prodrómico es muy breve, de uno a 2 días como máximo y, en ocasiones, asintomático; las posibles manifestaciones son: fiebre, malestar general, irritabilidad, anorexia. El período exantemático se caracteriza por la erupción (pápulas, vesículas, pústulas y costras), acompañada de fiebre o no y prurito. Casi todos los niños tienen prurito, ya que las lesiones lo ocasionan, lo que comporta malestar para el niño.

17. c. El contagio dura unos 10 días aproximadamente, comprendidos entre el período prodrómico y el de declinación, oscila entre 2 días antes y 7 días después del inicio del exantema cuando todas las lesiones están en fase de costra.

La Asociación Española de Pediatría (AEP) señala que la varicela se acompaña con frecuencia (aproximadamente, 15%) de complicaciones, con un coste social y económico elevados. También se citan algunos fallecimientos cada año. Por todo ello, la AEP recomienda la vacunación sistemática. En el momento actual, no está todavía liberalizada su prescripción, ni se aplica con cargo al Sistema Nacional de Salud, a excepción de los grupos de riesgo.

18. c. Si es preciso administrar antipiréticos, no debe utilizarse ácido acetilsalicílico, se empleará paracetamol o ibuprofeno. Se recomienda no administrar salicilatos a los niños con enfermedades virales, por su posible relación con el síndrome de Reye.

La varicela es una enfermedad que se considera leve, pero que puede convertirse en grave si las lesiones no cicatrizan adecuadamente, pudiendo dejar secuelas permanentes. La enfermera deberá explicar al niño y a sus padres, medidas para evitar el malestar que producen las lesiones vesiculosas que son muy pruriginosas. El baño diario y la aplicación de compresas frías o templadas proporciona bienestar, así como una temperatura ambiental fresca o el cambio frecuente de la ropa de cama o de vestir. Se debe enseñar al niño cómo aplicar presión en las áreas pruriginosas para evitar el rascado que conduciría a la autoinoculación. En este sentido son útiles las actividades de diversión que favorezcan el reposo y que mantengan las manos ocupadas.


La mayoría de niños están anoréxicos durante la fase aguda de la enfermedad. Es importante que estén bien hidratados, se les ha de ofrecer agua a menudo y sopas o zumos preferidos.

19. d. El exantema está constituido por pápulas pequeñas puntiformes, más intenso en flexuras que respeta el triángulo nasolabial. A los 5-7 días aparece una descamación en finas láminas, incluso en zonas de la piel donde no había exantema.

Los demás elementos cutáneos citados no son propios de la escarlatina.

20. a. La escarlatina es una infección respiratoria de las vías aéreas superiores producida por el estreptococo beta-hemolítico del grupo A y su toxina eritrogénica. Precisa tratamiento antibiótico. La enfermera se asegurará del cumplimiento de la antibioterapia oral o intramuscular. La penicilina es el fármaco de elección y si el niño es alérgico pueden utilizarse macrólidos (eritromicina, clindamicina, etc.).

El alentar a los padres que permanezcan con su hijo es una buena medida para lograr que el niño comprenda la necesidad de aislamiento, pero no es la más adecuada para evitar posibles complicaciones.

En la mayoría de los casos serán niños que permanecerán en el hogar que no precisarán tratamiento intravenoso ni evaluación continuada de sus signos vitales. 

BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

- Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson Textbook of Pediatrics. 17th ed. Philadelphia:: Saunders, 2004.
- Bras J, de la Flor JE, Masvidal RM. Pediatría en Atención Primaria. Barcelona: Springer-Verlag, 1997.
- Chaure I, Inarejos M. Enfermería Pediátrica. Barcelona: Masson, 2001.
- Comité Asesor de Vacunaciones. Asociación Española de Pediatría. Calendario Vacunal 2003. Boletín Informativo de la Asociación Española de Pediatría 2003:22.
- Cruz M. Tratado de pediatría. 8.ª ed. Barcelona: Ergon, 2001.
- Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Vacunes infantils. Disponible en: <http://www.gencat.es/sanitat/cat/nen.htm>
- Pillitteri, A. Child Health Nursing. Philadelphia: Lippincott, 1999.
- Red Book. American Academy of Pediatrics. En: Pickering LK, editor. Red Book: 2003 Report of the Committee on Infectious Diseases. 26th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2003.
- Rudolph CD, Rudolph AM, Hostetter MK, Lister G, Siegel NJ. Rudolph's Pediatrics. 21th ed. New York: McGraw-Hill, 2003.
- Ruiz MD, Martínez MR, González P. Enfermería del niño y adolescente. Madrid: DAE-Paradigma, 2000.
- Schulte EB, Price DL, Gwin JE. Enfermería pediátrica de Thompson. 8.ª ed. Méjico: MCGraw-Hill Interamericana, 2002.
- Wong DL. Whaley and Wong's. Nursing care of infants and children. 6th ed. Sant Louis: Mosby Co, 1999.



Correspondencia:

M.R. Martínez Barellas

Escuela de Enfermería Universitat de Barcelona

C/ Flexa Llarga, s/n

08907 L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.