

**DOCUMENTO DE AYUDA PARA EL APARTADO DE MORBILIDAD DEL
ESTUDIO LAYDI EN EL REGISTRO DEL NÚMERO DE EPISODIOS
PADECIDOS DE LAS DIFERENTES PATOLOGÍAS.**

Hemos seleccionado algunas enfermedades, cuyas definiciones pueden resultar más confusas. Las definiciones que se incluyen se han extraído de documentos de consenso; guías de práctica clínica recientes y de las clasificaciones internacionales: CIAP2; CIE 9 y CIE10.

**INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA DEL TRACTO SUPERIOR:
RESFRIADO COMÚN (RC)**

El RC se define como rinorrea y/o tos SIN sibilancias, disnea o crepitantes, acompañado o no de fiebre.

Se manifiesta como congestión nasal, rinorrea, estornudos, tos, acompañado o no de fiebre que suele estar en el rango de 38-39 °C.

Incluir: infección aguda de la mucosa nasal/faríngea sin que se cumplan otros criterios que permitan una clasificación más específica.

OTITIS MEDIA AGUDA (OMA):

La Otitis media aguda se define por la presencia de líquido en la cavidad del oído medio acompañada de inicio rápido de uno de los siguientes síntomas: otalgia, tracción de la oreja, otorrea, fiebre, irritabilidad, no descanso nocturno, anorexia, vómitos o diarrea.

Según las últimas recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría puede hacerse el diagnóstico de OMA en los siguientes supuestos:

- Abombamiento moderado o intenso del tímpano o presencia de otorrea reciente (descartada otitis externa).
- Abombamiento timpánico discreto y reciente (menos de 48 horas), otalgia (o sus equivalentes) o eritema intenso de la membrana timpánica.

FARINGOAMIGDALITIS AGUDA

La faringoamigdalitis aguda (FAA) se define como un proceso agudo febril, de origen generalmente infeccioso, que cursa con inflamación de las mucosas de la faringe y/o las amígdalas faríngeas, en las que se puede objetivar la presencia de eritema, edema, exudados, úlceras o vesículas.

FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCÓCICA

El diagnóstico de las amigdalitis estreptocócicas ha de ser confirmado por test microbiológicos (test de detección de antígeno o cultivo).

BRONQUITIS AGUDA - BRONQUIOLITIS

Nota: La codificación diagnóstica CIAP incluye el código R78 para los diagnósticos Bronquitis/Bronquiolitis sin que se pueda establecer diferencia entre ambos. La CIE 9 utiliza el código 466: y permite escoger el 4660 o el 4661 para diagnóstico de bronquitis y de bronquiolitis. Por nuestra parte, hemos incluido los dos diagnósticos y sus definiciones.

BRONQUITIS AGUDA

Cuadro de tos seca, rasposa, frecuente, no productiva, de comienzo relativamente gradual, que se inicia 3-4 días después de la aparición de rinitis; la auscultación revela ruidos respiratorios ásperos, estertores húmedos gruesos y finos y roncus.

BRONQUIOLITIS

Enfermedad respiratoria de vías bajas manifestada por síntomas como tos, sibilancias y/o crepitantes, retracciones torácicas y taquipnea, que aparece por primera vez en un niño menor de dos años, generalmente tras 1-3 días de síntomas de infección vírica de vías respiratorias altas.

DERMATITIS/ECCEMA ATÓPICO

Enfermedad crónica de la piel caracterizada por el prurito y un curso crónico con mejorías y exacerbaciones.

No existe ninguna prueba diagnóstica específica.

Para el diagnóstico, debe cumplir tres o más de las siguientes condiciones:

- Prurito: es un criterio indispensable y en caso de no estar presente se debe reconsiderar el diagnóstico.
- Morfología y distribución típica: dermatitis en la cara y superficies cutáneas de extensión en niños menores de 2 años.
- Historia personal de la piel seca en los últimos 12 meses y/o dermatosis crónicas o recurrentes.
- Antecedentes personales de asma o rinitis alérgica (o antecedentes de enfermedad atópica en un familiar de primer grado).
- Inicio de los signos y síntomas en menores de 2 años.

INFECCIÓN INTESTINAL INESPECÍFICA/POSIBLE - GASTROENTERITIS

AGUDA.

La gastroenteritis aguda se produce como consecuencia de una inflamación de la mucosa gástrica e intestinal que se traduce clínicamente en un cuadro de diarrea aguda, ésta **se define por la presencia de deposiciones de menor consistencia y/o por un incremento en la frecuencia de las mismas** (más de 3 en 24 horas). La menor consistencia de las deposiciones es la característica más importante, por delante de la mayor frecuencia de las mismas, sobre todo en los primeros meses de vida.

EPISODIOS DE SIBILANCIAS

En la etapa de lactante y preescolar, los pacientes con sibilancias recurrentes constituyen un grupo heterogéneo con factores de riesgo y pronóstico distintos. Solo un pequeño porcentaje, son asmáticos que inician los síntomas en los primeros años de vida; en cambio, la mayoría presenta sibilancias desencadenadas por infecciones víricas, que desaparecerán en la edad escolar. Ello, unido a la dificultad de establecer el diagnóstico de certeza de asma, por la limitación de pruebas diagnósticas en esta edad, justifica que la Task Force European Respiratory Society (ERS) no recomiende utilizar en la edad preescolar, el diagnóstico de asma y proponga “sibilancias” como nuevo estándar de terminología.

SINUSITIS.

Se define como la inflamación de uno o más senos paranasales. La causa más frecuente es la infección viral asociada a catarro de vías altas (CVA). Clínicamente, aparece congestión nasal, rinorrea de cualquier característica (acuosa, mucoide o purulenta) y tos, que puede ser húmeda o seca, se produce durante el día, pero a menudo empeora por la noche. La fiebre, si está presente, no es elevada. En el examen físico, la mucosa nasal está eritematosa y se observa moco en los cornetes nasales.

Una pequeña proporción (aproximadamente el 5%), desarrolla una infección bacteriana secundaria. La forma de presentación más frecuente es la persistencia de los síntomas de infección del tracto respiratorio superior durante más de diez días sin mejoría.

NEUMONÍA

La Neumonía Adquirida en la Comunidad es una infección aguda del parénquima pulmonar que afecta a un paciente inmunocompetente expuesto a un microorganismo fuera del hospital.

La fiebre y la tos son los datos referidos con más frecuencia. Considerar neumonía bacteriana en niños de cualquier edad ante fiebre persistente o recurrente $>38,5^{\circ}\text{C}$ y aumento de trabajo y frecuencia respiratoria.

En general, en niños menores de 5 años los datos de más valor son la taquipnea, el aumento de trabajo respiratorio (aleteo nasal, retracciones o tiraje) y la saturación de O_2 menor de 93-94%. El diagnóstico es fundamentalmente clínico. La Rx de tórax es el patrón oro para confirmar el diagnóstico, pero no se recomienda de forma rutinaria.