



Nombre del alumno:

Jesús López Gómez.

Nombre del profesor:

Doc. Fabián

Nombre del trabajo:

Materia:

Disfunción respiratoria.

Grado:

Grupo:

La faringitis

La faringitis es la inflamación (incluyendo eritema, edema, exudado, enantema, úlceras), generalmente debida a infección, de las membranas mucosas de la garganta. Menos frecuentemente, es debida a causas ambientales, antiguamente conocidas como faringitis "irritativas": tabaco, contaminación, alérgenos, cáusticos, alimentos o líquidos muy calientes. Contrariamente a la creencia popular, los líquidos fríos no producen faringitis irritativas ni predisponen a la infección.

- Etiología

La mayor parte de faringitis son víricas, pese a lo cual se sigue tratando frecuentemente esta enfermedad con antibióticos. El estreptococo pyogenes es el principal agente bacteriano causante de faringitis bacteriana primaria en Pediatría.

Tabla III. Diagnóstico diferencial de la faringitis vírica

- Adenovirus:
 - Faringitis exudativa
 - Fiebre faringoconjuntival
- Enterovirus:
 - Herpangina
 - Fiebre faringonodular
 - Boca mano pie
- Virus herpes simple (primoinfección)
- Epstein-Barr (mononucleosis infecciosa)
- Virus de la inmunodeficiencia humana (síndrome retroviral agudo)

Clínica

Una valoración clínica adecuada será la principal arma que tendrá el pediatra de AP para decidir la práctica o no de un test objetivo, o en ausencia del mismo, para establecer el diagnóstico diferencial entre faringitis vírica y bacteriana.

Faringitis víricas

La faringitis vírica inespecífica es aquella en la que la clínica no permite orientar el diagnóstico etiológico. Observamos una faringe hiperémica y nada más. Suele tener un inicio gradual con: fiebre moderada o ausente, faringodinia, tos irritativa de intensidad variable, pequeñas adenopatías y poca afectación del estado general.

Faringitis bacterianas

La faringitis estreptocócica es la causa más frecuente de faringitis bacteriana, pero no causa más de un 15% de todos los casos de fiebre y dolor de garganta.

Complicaciones

Se observa actualmente un aumento de la frecuencia de las mismas, o bien por un cambio en la agresividad del EBHGA o, posiblemente, por la reducción del tratamiento antibiótico de las faringitis.

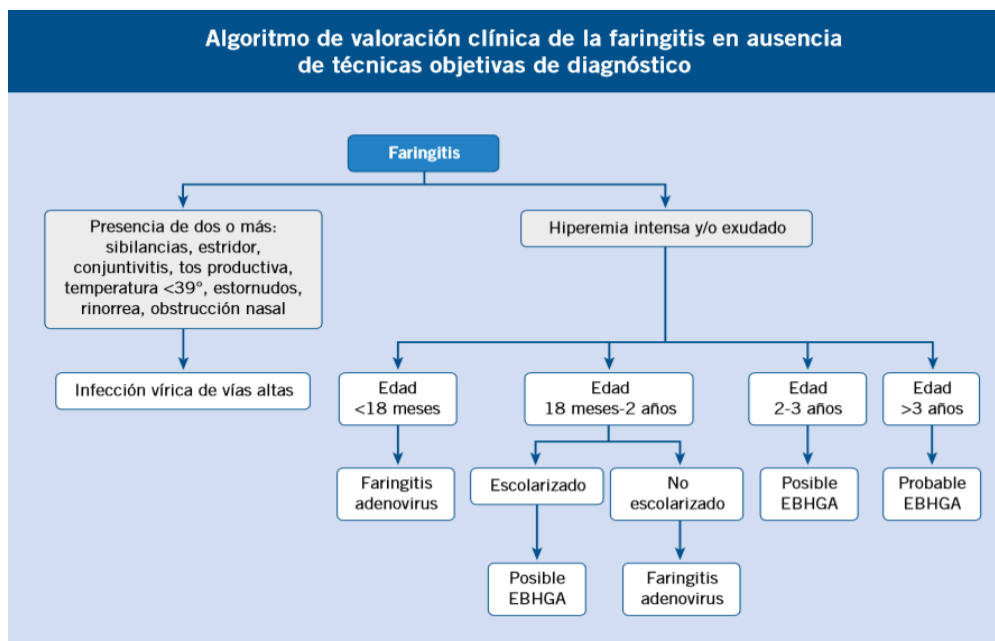
Diagnóstico

Idealmente, debería basarse en técnicas de detección rápida de antígeno estreptocócico o en cultivo del frotis faríngeo. La práctica de la AP pública en nuestro medio hace, a veces, difícil usar otra arma que la valoración clínica cuidadosa.

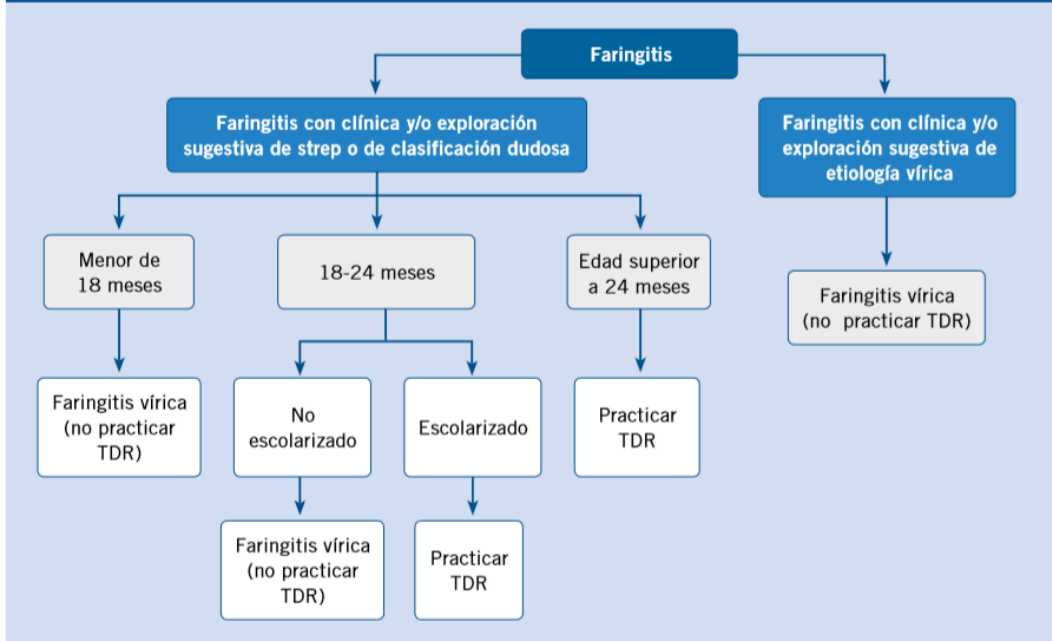
La diferenciación entre faringitis bacteriana y faringitis vírica es compleja. La valoración conjunta y cuidadosa de toda la sintomatología y semiología descrita anteriormente, aun hecha por un pediatra experimentado, tiene una correlación muy pobre con la confirmación microbiológica.

Tratamiento

La penicilina oral sigue siendo el tratamiento de primera elección. Las cefalosporinas presentan mejores resultados en erradicación bacteriológica, pero deberían reservarse a situaciones de fracaso terapéutico o recidiva. Los macrólidos de 14 y 15 átomos presentan resistencias frecuentemente. Los macrólidos de 16 átomos son el tratamiento de elección en alergia a la penicilina.



Algoritmo diagnóstico de la faringitis si se dispone de TDR (test de diagnóstico rápido)



Amigdalitis

El término de amigdalitis aguda engloba de manera inespecífica la inflamación de la orofaringe y de las formaciones linfoides de la orofaringe, las tonsilas o amígdalas palatinas, apareciendo habitualmente en la clínica en forma de faringoamigdalitis aguda. El síntoma princeps de esta patología es la odinofagia o dificultad para la deglución con dolor y sensación de estrechamiento. Este síntoma, no obstante, es altamente inespecífico, apareciendo igualmente en otras patologías del área rinofaríngea, desde las poco frecuentes rinofaringitis aguda o epiglotitis, hasta cuadros tan presentes en nuestro medio como las faringitis agudas o las esofagitis.

Formas etiológicas de amigdalitis aguda

- Amigdalitis aguda vírica: Suponen más del 50% de los casos, tanto en población infantil como adulta.
- Amigdalitis aguda bacteriana: Dentro de este grupo, podemos hacer tres subgrupos: anginas por estreptococo beta-hemolítico del grupo A, por estreptococo beta-hemolítico del grupo no A, y por otras bacterias no estreptocócicas.

Amigdalitis eritematosas y eritematopultáceas:

Es la forma clínica más frecuente, representando alrededor del 90% de las faringoamigdalitis que trataremos en la práctica clínica. El motivo de consulta del paciente, tanto en el servicio de urgencias como en la consulta de atención primaria, es, en primer lugar, el dolor faríngeo, que se describe por parte del paciente como escozor, dolor al tragar (odinofagia), sensación de opresión faríngea. Otros síntomas acompañantes suelen ser la otalgia refleja, uní o bilateral, la dificultad para la alimentación por la disfagia odinofagia y síntomas generales constitucionales, como astenia en grado variable. La fiebre es también frecuente, aunque la cuantía de la misma es bastante variable dependiendo del individuo, siendo más elevada en población infantil y adolescente. En niños puede aparecer de forma prodrómica sintomatología digestiva: diarrea, náuseas, vómitos.

Amigdalitis ulcerosa y ulcero-necrótica.

En este tipo de amigdalitis el motivo de consulta es el mismo que en la amigdalitis clásica: la odinofagia. A la exploración se caracteriza por la presencia de unas amígdalas edematosas, congestivas, que presentan una ulceración, uní o bilateral, que se ve como una solución de continuidad que puede delimitarse a la amígdala como tal o bien invadir los territorios circundantes, abarcando los pilares amigdalinos, la faringe posterior o el paladar blando, y que característicamente está recubierta por un exudado blanquecino-grisáceo.

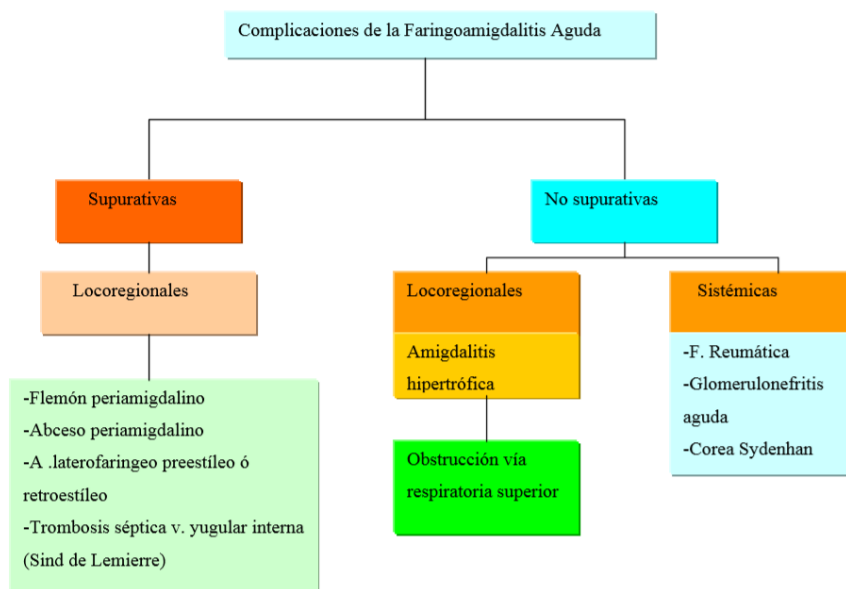
Es importante para el diagnóstico etiológico intentar delimitar el lugar de afectación, el carácter uni bilateral, y la dureza o elasticidad del territorio afecto a la palpación. También deberemos realizar una palpación cervical cuidadosa a la búsqueda de adenopatías, y si las hay, describir las mismas haciendo referencia a su localización, tamaño, dureza, fijación a planos profundos, movilidad o dolor a la palpación.

Amigdalitis pseudomembranosa:

El motivo de consulta será el mismo que para el resto de las formas de faringoamigdalitis aguda, por lo que en los siguientes tipos de amígdalas no lo reseñaremos de nuevo: la odinofagia intensa. A la exploración orofaríngea, las amígdalas estarán recubiertas por un exudado blanquecino espeso, homogéneo, de coloración grisácea, que puede confinarse a las amígdalas o bien cubrir de forma variable las estructuras circundantes como pilares amigdalinos, velo del paladar o mesofaringe. A la palpación cervical, las adenopatías aparecerán de forma variable en cuanto a localización y tamaño en función de la etiología.

Faringoamigdalitis vesiculosas:

Estos cuadros tienen una etiología vírica y en sujetos sanos tienen una evolución muy favorable. El motivo de consulta suele ser, más que la odinofagia como en el resto de las amigdalitis, el dolor difuso de la mucosa orofaríngea debido a lo disperso de las lesiones por la misma, por lo que se pueden considerar cuadros más puramente orofaríngeos que amigdalares. A la exploración se aprecian vesículas y ulceraciones poco profundas, resultado de la ruptura de las vesículas, más o menos dispersas por la mucosa oral y faríngea según la etiología, y más o menos aisladas. A menudo, lo que se observa de manera más frecuente son las ulceraciones, pues las vesículas aparecen al inicio del cuadro y suelen permanecer intactas pocas horas o días. Los cuadros clínicos en los que pueden aparecer de forma clásica son la herpangina y la primoinfección herpética, ambos típicos de la edad infantil.



BRONQUITIS

La bronquitis es la inflamación de los conductos bronquiales, las vías respiratorias que llevan oxígeno hacia los pulmones. La bronquitis puede ser de corta duración (aguda) o crónica, es decir, que dura por mucho tiempo y a menudo reaparece.

La bronquitis aguda generalmente comienza como una infección respiratoria viral que afecta la nariz, los senos paranasales y la garganta, y luego se propaga hacia los pulmones causando tos con mucosidad, dificultad para respirar, jadeo y presión en el pecho. La bronquitis crónica es un tipo de EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica). Los bronquios inflamados generan una secreción mucosa abundante. Esto produce tos y dificulta la entrada y la salida de aire de los pulmones. El fumar cigarrillos es la causa más común. Respirar otro tipo de humo y polvo por un período prolongado también puede causar bronquitis crónica. El tratamiento ayudará con los síntomas, pero la bronquitis crónica es una enfermedad a largo plazo que reaparece y nunca desaparece completamente.

¿Cuáles son los síntomas?

Los principales síntomas de ambos tipos de bronquitis son:

- Molestia en el pecho
- Tos que produce moco. Si es de color verde amarillento, es más probable que se tenga una infección bacteriana.
- Fatiga.
- Fiebre, usualmente baja.
- Dificultad respiratoria agravada por el esfuerzo o una actividad leve. - Sibilancias.

Los síntomas de la bronquitis aguda se mejoran luego de unos 7 a 10 días, aunque puede persistir una tos seca y molesta durante varias semanas.

La bronquitis crónica por su parte es una afección prolongada. Su diagnóstico requiere la presencia de tos con moco la mayoría de los días del mes durante por lo menos 3 meses.

¿Cómo se puede prevenir?

Las mejores medidas preventivas son mantener una vida con actividad física, no fumar, hidratarse bien y mantener una dieta nutritiva.

Tratamiento

Para la bronquitis aguda causada por un virus NO se necesitan antibióticos .
Medidas para mejorar los síntomas:

- Tomar mucho líquido.
- Hidratar las secreciones.
- No fumar.

EPOC

La enfermedad pulmonar obstructiva Crónica (epoC) es frecuente, prevenible y tratable. Se caracteriza por la presencia de obstrucción crónica al flujo aéreo por lo general progresiva y parcialmente reversible, asociada a una reacción inflamatoria pulmonar persistente principalmente frente al humo del tabaco y leña, que puede estar o no acompañada de síntomas (disnea, tos y expectoración), exacerbaciones, efectos extra-pulmonares y enfermedades concomitantes

Factores de riesgo.

- El principal factor de riesgo es el tabaquismo.
- Otros factores: exposición a biomasa, ambientales, laboral, bajo nivel socioeconómico, antecedente de tuberculosis, enfermedades respiratorias en la infancia, factores genéticos y de género.

Sospecha clínica (síntomas y signos)

- La presencia de síntomas o signos clínicos apoyan el diagnóstico de EPOC, pero su ausencia cuando hay un factor de riesgo evidente no excluye la enfermedad.
- La disnea de esfuerzo es el síntoma de consulta más frecuente y su intensidad está asociada estrechamente con mayor gravedad de la enfermedad y peor pronóstico.
- Los pacientes con EPOC adoptan estilos de vida sedentarios para reducir la disnea.
- Los signos clínicos se presentan usualmente en estadios avanzados de la EPOC.

Síntomas: La epoC se caracteriza con frecuencia por un período asintomático por lo que pueden pasar varios años entre la aparición de la limitación al flujo aéreo y el desarrollo de las manifestaciones clínicas. por esta razón, el médico debe buscar sistemáticamente la presencia de síntomas que puedan pasar inadvertidos para el paciente, ser atribuidos a la edad, al sedentarismo o al mismo hecho de fumar.

Diagnostico

- Por definición, es necesario demostrar la presencia de limitación al flujo aéreo (obstrucción) que persiste después de la administración del broncodilatador.
- Una espirometría que demuestre una relación VEF1/CVF menor a 0.70 post-broncodilatador, confirma la limitación al flujo aéreo.
- Otras evaluaciones contribuyen a definir la gravedad de la enfermedad, descartar diagnósticos diferenciales o hacer un seguimiento al tratamiento establecido.

A partir de la sospecha de epoC, la evaluación clínica y funcional del paciente debe incluir:

- Historia clínica detallada que incluya factores de riesgo, presencia o ausencia de los síntomas cardinales (disnea, tos, expectoración) y de los signos clínicos descritos.
- Medición del índice de masa corporal ($IMC = \text{peso [kg]} / \text{talla [m]}^2$), teniendo en cuenta que valores menores a 20 kg/m² se han asociado con mal pronóstico en la epoC.
- evaluación de la frecuencia e impacto de las exacerbaciones y hospitalizaciones en el año anterior, así como la coexistencia de comorbilidades.
- Determinación de la gravedad de la disnea con la escala mMRC.
- oximetría de pulso en reposo que mide la saturación de oxígeno de la hemoglobina sanguínea (Sao₂) y la frecuencia cardíaca (FC); además, permite evaluar el efecto de la administración de oxígeno.
- espirometría pre y posterior al broncodilatador (400 µg de salbutamol o equivalente).

El tratamiento de la epoC se realiza en forma progresiva y escalonada de acuerdo a la gravedad de la enfermedad y puede ser modificado en función de la respuesta al mismo.

	Leve	Moderado	Grave	
Disnea (escala mMRC) mMRC: Medical Research Council modificada	0-2	3	4	
Exacerbaciones en el año anterior	0	1-2	3 o más	
Hospitalizaciones por exacerbaciones en el año anterior	0	1	2 o más	
Estratificación de la gravedad de la obstrucción (VEF₁ % del esperado)	Leve ≥ 80%	Moderada < 80% y ≥ 50%	Grave < 50% y ≥ 30%	Muy grave < 30%

La presencia de cualquiera de estos factores es indicación de Enfermedad Grave:

- Hipoxemia y necesidad de oxigenoterapia crónica
- Clínica de hipertensión pulmonar y/o cor pulmonale
- Insuficiencia respiratoria crónica hipercápnica

MONOTERAPIA	TERAPIA DOBLE	TERAPIA TRIPLE
Disnea 0 Vigilancia	Disnea 1-2 1 BD de preferencia de acción prolongada LAMA/LABA ó en su defecto BD de acción corta	Disnea persistente o >2 Asociar 2 BD de acción prolongada (LAMA + LABA) Exacerbaciones frecuentes LABA + EI Progresión de la enfermedad Agregar teofilina o roflumilast
LAMA + LABA + EI		
Educación / Abandonar tabaco / Evitar exposición a biomasa / Actividad física / Vacunación / BD rescate		
Rehabilitación		
Considerar oxigenoterapia / Cirugía		

Tratamiento farmacológico

El tratamiento es individualizado de acuerdo a la gravedad y respuesta al mismo.

- La gravedad se define de acuerdo a la magnitud de la disnea, número de exacerbaciones, hospitalizaciones, el grado de la obstrucción al flujo aéreo medido por espirometría y la presencia de signos de insuficiencia respiratoria.
- Los broncodilatadores son centrales en el tratamiento de la EPOC. La monoterapia con un broncodilatador de preferencia de acción prolongada es el tratamiento inicial recomendado en aquellos pacientes sintomáticos que requieren terapia de forma regular.
- La combinación de dos broncodilatadores de acción prolongada (terapia doble) con distintos modos de acción está indicada conforme la enfermedad progresa en los pacientes que con el uso regular de un broncodilatador tienen control limitado de los síntomas o en aquellos con disnea mMRC > 2.
- Los agonistas β_2 de acción prolongada (LABA) asociados a esteroides inhalados (terapia doble), se recomiendan en pacientes con exacerbaciones frecuentes (2 o más en el año anterior).
- La asociación de LABA con esteroides inhalados más tiotropio (terapia triple) se recomienda en pacientes graves o en aquellos con control inadecuado de los síntomas con el uso de terapia doble.

BRONCODILATADORES

Son los medicamentos más importantes en el manejo de la EPOC. Mejoran la disnea, tolerancia al ejercicio, calidad de vida y reducen las exacerbaciones^{1,2}. De acuerdo a la duración de acción se clasifican en broncodilatadores de acción corta y acción prolongada y por el modo de acción en anticolinérgicos y β_2 -agonistas⁶⁹.

Broncodilatadores de acción corta

El inicio de acción rápido de estos medicamentos (salbutamol, ipratropio, fenoterol, terbutalina) permite utilizarlos como medicación de rescate en cualquier etapa de la enfermedad² aún cuando el paciente utilice broncodilatadores de acción prolongada en forma regular. La combinación de broncodilatadores de diferentes mecanismos de acción produce mayor broncodilatación⁷⁰. Estos broncodilatadores se pueden usar en forma regular en caso de no estar disponible los de acción prolongada.

Broncodilatadores de acción prolongada

En pacientes sintomáticos se recomienda el uso de broncodilatadores de acción prolongada en forma regular. Los β_2 agonistas de acción prolongada (LABA) y el tiotropio (anticolinérgico de acción prolongada) mejoran la limitación del flujo aéreo, la hiperinflación pulmonar, disnea, tolerancia al ejercicio, calidad de vida, número de exacerbaciones, hospitalizaciones y uso de recursos sanitarios en pacientes con EPOC.

Tratamiento no farmacológico

Oxigenoterapia

El tratamiento con oxigenoterapia continua domiciliaria (oCD) aumenta la supervivencia de los pacientes con EPOC grave e insuficiencia respiratoria^{1,2,100,101}. La Tabla 7 muestra las indicaciones de oCD en pacientes con EPOC. El objetivo es mantener una $P_{aO_2} > 60$ mmHg o $S_{aO_2} > 90\%$. Los valores de gases arteriales son necesarios para establecer la indicación. El efecto de la oCD depende de la duración de su administración. Se recomienda usar al menos 15 horas al día.

Rehabilitación Pulmonar

La rehabilitación pulmonar es una intervención integral multidisciplinaria, basada en evidencia, para pacientes sintomáticos (principalmente disnea) a pesar de un tratamiento médico óptimo. La rehabilitación pulmonar está diseñada para reducir síntomas, optimizar el estado funcional, mejorar calidad de vida y reducir los costos sanitarios.

