

Profesor:
Dr. Rodrigo Pacheco Ballinas

Alumno:
Leo Dan De Jesús Márquez Albores

Nombre del trabajo: Caso clínico

Materia: Terapéutica farmacológica

Semestre 4

Grupo: A

**Comitán de Domínguez Chiapas a 22 de marzo
del 2021.**

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 9 años de edad, que es de la ciudad de margaritas acude a consulta, por fiebre de 39 °, inicio brusco de 24 hs de evolución, odinofagia, cefalea, mialgias, dolor abdominal, náuseas y vómitos. Entre sus signos destacan eritema faríngeo difuso, amígdalas eritematosas con exudado pultáceo o confluyente blanquecino-amarillento, petequias, adenopatía cervical anterior dolorosa al tacto.

ANTECEDENTES

Embarazo de curso normal. Parto a término. Periodo neonatal sin incidencias. Vacunas según calendario. No refieren alergias medicamentosas, intervenciones quirúrgicas previas, ni enfermedades crónicas. Ningún tratamiento de manera regular.

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

No relevantes

- Exploración física: _Peso: 48 kg . Talla: 145 cm Frecuencia cardiaca: 120 lpm. Frecuencia respiratoria: 25 rpm. TA: 118/66 mmHg. A la exploración física se encuentra fiebre de 38.5 °C, decaimiento, faringe eritematosa, petequias en paladar, aliento fétido, adenopatía, submaxilar dolorosa de dos por un centímetro. Resto del examen sin alteraciones. Refiere un vomito aislado la noche previa a la consulta.

LABORATORIOS:

- Cultivos positivos para estreptococo beta hemolítico del grupo A

FISIOPATOLOGÍA:

- La mayor parte de FAA son de origen viral y ocurren en el contexto de un cuadro catarral. Suelen presentarse en forma de brotes epidémicos y se acompañan de síntomas virales como congestión nasal, febrícula, tos, disfonía, cefalea o mialgias. La FAA bacteriana cursa con un cuadro brusco de fiebre alta con escalofríos, odinofagia y disfagia importantes, pero sin síntomas virales generales.

Clásicamente, las FAA de origen viral se han clasificado como FAA rojas, y las bacterianas, como FAA blancas, en base a la presencia o no de exudado. Sin embargo, los hallazgos clínicos muchas veces se superponen. Así, hasta un 65% de FAA viral cursan con exudado faríngeo y un 30% de las bacterianas pueden cursar sin exudado.

DIAGNÓSTICO:

- Por criterios de CENTOR se trata de una faringoamigdalitis bacteriana.

TRATAMIENTO:

- Amoxicilina con ácido clavulánico 500 mg vía oral c/12 hrs durante 10 días
Ibuprofeno Vía oral 320 mg c/8 hrs durante 5 días

FARMACOCINÉTICA:

Amoxicilina;

La biodisponibilidad oral de la amoxicilina/clavulanato es aproximadamente de 90% a 75%, respectivamente. Ambos agentes se distribuyen ampliamente en líquidos y tejidos corporales incluyendo líquido pleural, peritoneal, orina, líquido del oído medio, mucosa intestinal, hueso, vesícula biliar, pulmón, aparato reproductor femenino. Atraviesa la barrera

placentaria, se excreta por la leche materna y su penetración es baja en las secreciones bronquiales purulentas; de igual forma, en el líquido cefalorraquídeo cuando las meninges no se encuentran inflamadas.

Ibuprofeno:

Absorción:

Ibuprofeno por vía oral se absorbe rápida y aproximadamente un 80% en el tracto gastrointestinal. Las concentraciones plasmáticas máximas se alcanzan 1-2 horas después de la administración.

Distribución:

El volumen aparente de distribución de ibuprofeno tras administración oral es de 0,1 a 0,2 L/kg, con una

fuerte unión a proteínas plasmáticas entorno al 99%.

Metabolismo:

Ibuprofeno es ampliamente metabolizado en el hígado por hidroxilación y carboxilación del grupo isobutilo y sus metabolitos carecen de actividad farmacológica.

Eliminación:

La eliminación de ibuprofeno tiene lugar principalmente a nivel renal y se considera total al cabo de 24 horas. Un 10% aproximadamente se elimina de forma inalterada y un 90% se elimina en forma de metabolitos inactivos, principalmente como glucurónidos.

La administración de ibuprofeno con alimentos retrasa el T_{max} (de ± 2 h en ayunas a ± 3 h después de tomar alimentos), aunque esto no tiene efectos sobre la magnitud de la absorción.

FARMACODINAMIA:

Amoxicilina con ácido clavulánico

La amoxicilina es un antibiótico de

amplio espectro que desarrolla un efecto bactericida debido a que interfiere con la síntesis de la pared bacteriana, motivando una estructura defectuosa que finalmente se rompe para causar la muerte de la bacteria.

El clavulanato es un inhibidor de las betalactamasas que se obtiene del *Streptomyces clavuligerus* en forma natural.

Ibuprofeno

Es un compuesto no esteroideo derivado del ácido propiónico con marcadas propiedades

antiinflamatorias, analgésicas, y antipiréticas.

Su mecanismo de acción podría ser debido a la inhibición de la síntesis de prostaglandinas. Las prostaglandinas desempeñan un papel esencial en la aparición de la fiebre, del dolor y de la inflamación.

BIBLIOGRAFÍA:

- Claudia gonzalez Gallardo, Carolina Espinoza Gonzalez. (2019). Patología Faringoamigdalina. Escuela de medicina otorrinolaringología. recuperado de: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2020/03/10.-Patologia-Faringoamigdalina.pdf>
- Velásquez, Lorenzo, Moreno, Seza, Lizasoian, Moro: Farmacología Básica y Clínica, 17° ed., Ed. Panamericana. 2005.