

faringoamigdalitis



DESCRIPCIÓN

La faringoamigdalitis es una infección de la faringe y amígdalas que se caracteriza por garganta roja de más de cinco días de duración, afecta a ambos sexos y a todas las edades pero es mucho más frecuente en la infancia.

ETIOLOGÍA

Etiología viral

- 70% Niños
- 90% Adultos

Etiología bacteriana

- 30% Niños
- 10% Adultos

AGENTE CAUSAL Y PREVALENCIA

Bacterias

- Streptococcus pyogenes o EBGA (30%)
- Streptococcus grupo C y G
- Arcanobacterium haemolyticum.
- Neisseria gonorrhoeae.
- Corynebacterium diphtheriae.

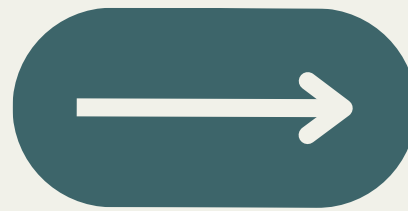
Virus

- Adenovirus (10%) Niños
- Epstein Barr (5-10%) Adolescentes y adultos jóvenes.
- Rinovirus Niños
- VHS
- Otros.

CUADRO CLÍNICO

- síntomas virales como la congestión nasal, febrícula, tos, disfonía, cefalea, o mialgias.
- bacteriana cursa con un cuadro brusco de fiebre alta con escalofríos, odinofagia y disfagia importantes.

faringoamigdalitis



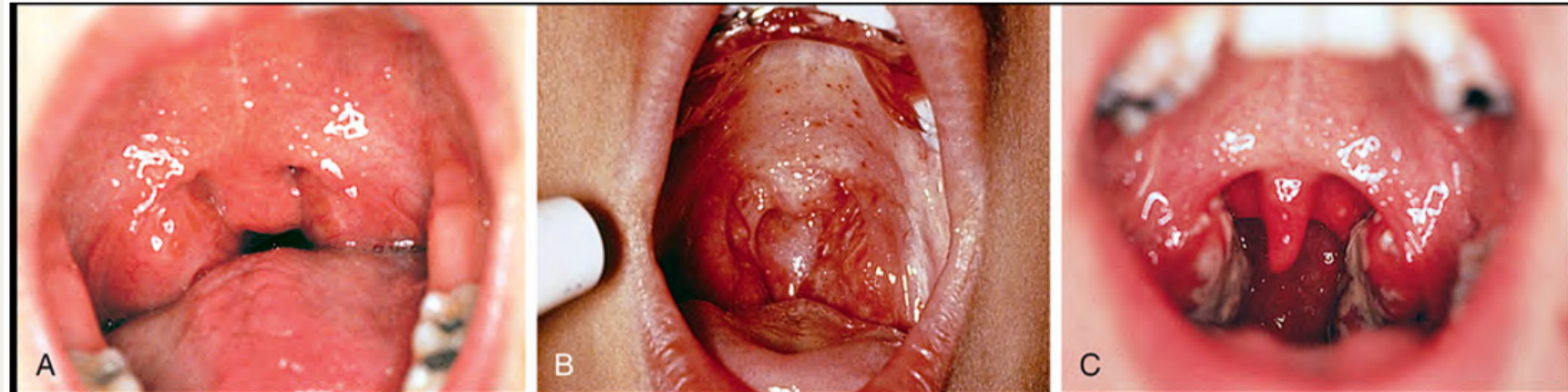
DIAGNÓSTICO

- Evaluación clínica
- Estreptococo beta-hemolítico del grupo A (GABHS) descartado por prueba de antígeno rápida, cultivo o ambos, de forma sistemática o selectiva

TRATAMIENTO

Tratamiento de elección para FA estreptocócica:

- Penicilina benzatínica 600,000 U en menores de 6 años (mayores de 3 años) y 1'200,000 U en mayores de 6 años – Sin resistencia documentada
- Amoxicilina 40 mgkd (3 dosis c/24h) durante 10 días
- Alergia a penicilinas: Eritromicina (10 días), Claritromicina (7 días),
- Azitromicina (5 días) -





OTITIS MEDIA



Descripción

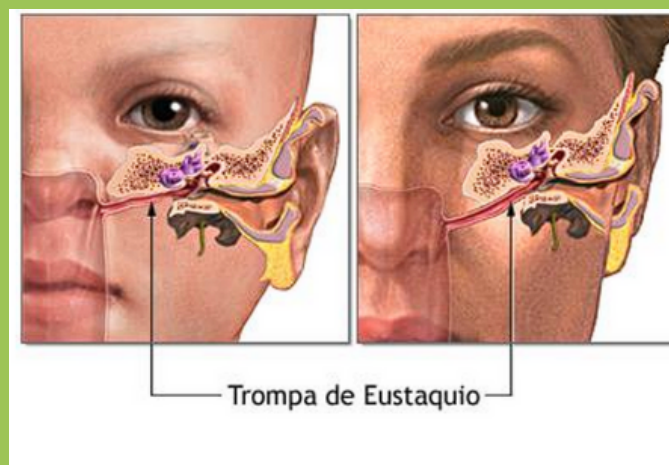
La otitis media aguda es la inflamación y acumulación de líquido en el oído medio, generalmente causada por infecciones virales de las vías respiratorias, como resfriado o gripe.

Las infecciones virales de las vías respiratorias también pueden afectar el funcionamiento de la trompa de Eustaquio, favoreciendo la acumulación de líquidos dentro del oído medio. La falta de drenaje del líquido promueve la colonización del mismo por bacterias, resultando en infección y aumento de la presión en el oído medio.

Etiología

viral

- La mayoría de los episodios en menores de 3 años.
- Hasta 90% de los niños a los 5 años de edad ha presentado una otitis.



Agente causal y prevalencia

Virales

- Streptococcus pneumoniae
- Haemophilus influenzae
- Moraxella catarrhalis
- Streptococcus pyogenes y Staphilococcus aureus con menor frecuencia

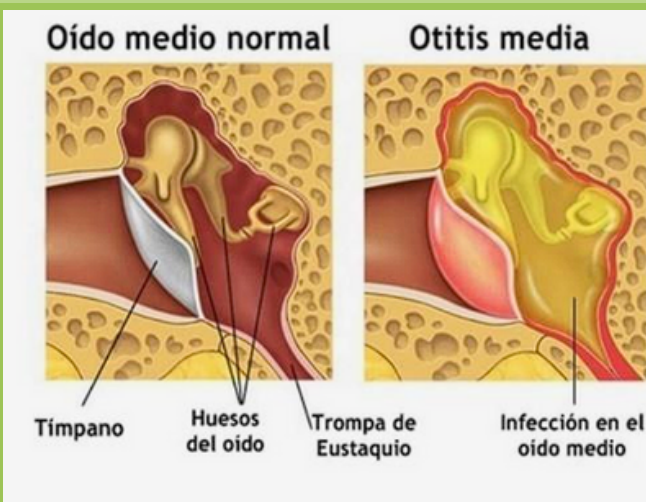
Cuadro clínico

- Cuadro gripal 3 a 7 días antes (rinorrea).
- Otolgia
- Lactantes: Irritabilidad, llanto, dificultad para conciliar el sueño.
- Fiebre en 75% de los menores de 1 año y hasta 50% en mayores.
- Otorrea en 20-25% de los casos
- Afección bilateral en 50%

Diagnóstico

¿Otoscopía

- Otoscopía neumática
- Timpanometría como complemento



Tratamiento

- Sintomático con analgésicos/antiinflamatorio) durante 24-72 h en pacientes mayores de 6 meses, que no presenten OMA grave (otalgia intensa, fiebre >39o), otorrea, u otitis bilateral.
- Paracetamol: Efecto analgésico y antipirético.
- Ibuprofeno (en mayores de seis meses): Analgésico, antipirético y antiinflamatorio.

Tratamiento

Niños menores de seis meses.

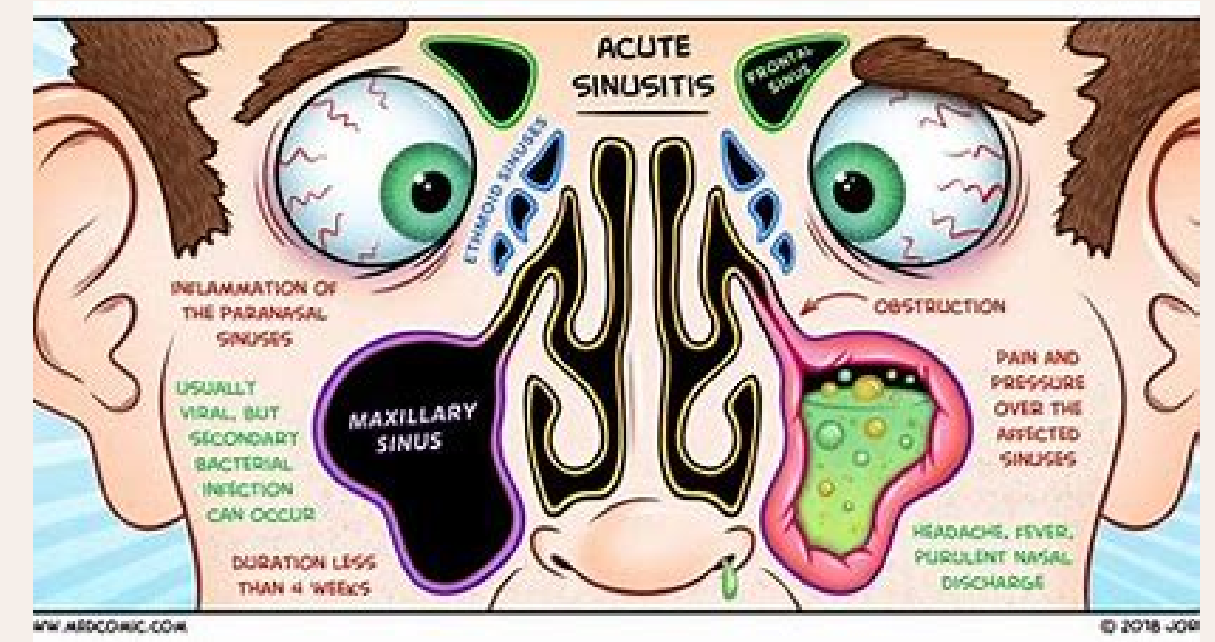
- Niños menores de dos años con OMA bilateral, síntomas severos (fiebre >39°C, otalgia intensa de mas de 48 horas de evolución, afectación del estado general) u otorrea (no debida a otitis externa).
- Tratamiento de elección:

Amoxicilina: 80 a 90 mgkd en dos dosis, durante 10 días.

- Sospecha de resistencia: Amoxicilina- Clavulanato
- Alergia a penicilinas: Macrólidos (claritromicina, azitromicina).

SINUSITIS

La sinusitis es una enfermedad frecuente durante la infancia y la adolescencia. Existen dos tipos habituales de sinusitis aguda: vírica y bacteriana, que se asocian a una morbilidad aguda y crónica significativa y a posibles complicaciones graves.



ETIOLOGÍA

patógenos bacterianos que producen sinusitis bacterianas agudas en niños y adolescentes.

AGENTE CAUSAL Y PREVALENCIA

50% de los aislados de *H. influenzae* y el 100% de los de *M. catarrhalis* producen β -lactamasas, y alrededor del 25% de las cepas de *S. pneumoniae* son resistentes a la penicilina.

CUADRO CLÍNICO

congestión nasal, rinorrea purulenta (unilateral o bilateral), fiebre y tos. Otros síntomas menos frecuentes son mal aliento (halitosis), disminución del sentido del olfato (hiposmia) y edema periorbitario.

DIAGNÓSTICO

- Endoscopia nasal
- Pruebas de diagnóstico por imágenes.
- Pruebas de alergia.
- cultivo del aspirado de los senos es el único método exacto para diagnosticar este cuadro

TRATAMIENTO

En un estudio aleatorizado y controlado con placebo se comparó la administración durante 14 días de amoxicilina, amoxicilina-clavulánico o un placebo a niños con diagnóstico clínico de sinusitis, y se vio que los antimicrobianos no influían sobre la resolución de los síntomas, su duración o los días de baja escolar.

LARINGOTRAQUEOBRONQUITIS

El crup es la inflamación de la tráquea y la laringe, causada por una infección vírica contagiosa que provoca tos, un ruido fuerte denominado estridor, y algunas veces dificultad para respirar durante la inspiración.

ETIOLOGÍA

la difteria, la traqueítis bacteriana y la epiglotitis, la mayoría de las infecciones agudas de la vía respiratoria superior están producidas por virus.

AGENTE CAUSAL Y PREVALENCIA

El virus gripal A se relaciona con unal aringotraqueo bronquitis grave. Mycoplasma pneumoniae se ha aislado con poca frecuencia en niños con crup y provoca una forma leve de enfermedad. La mayor parte de los pacientes con crup tienen entre 3 meses y 5 años, con una incidencia máxima en el segundo año de vida

CUADRO CLÍNICO

goteo nasal (rinorrea), estornudos, febrícula y tos ligera. Más tarde el niño presenta ronquera y una tos frecuente, de sonido extraño, que se describe como metálica o perruna.

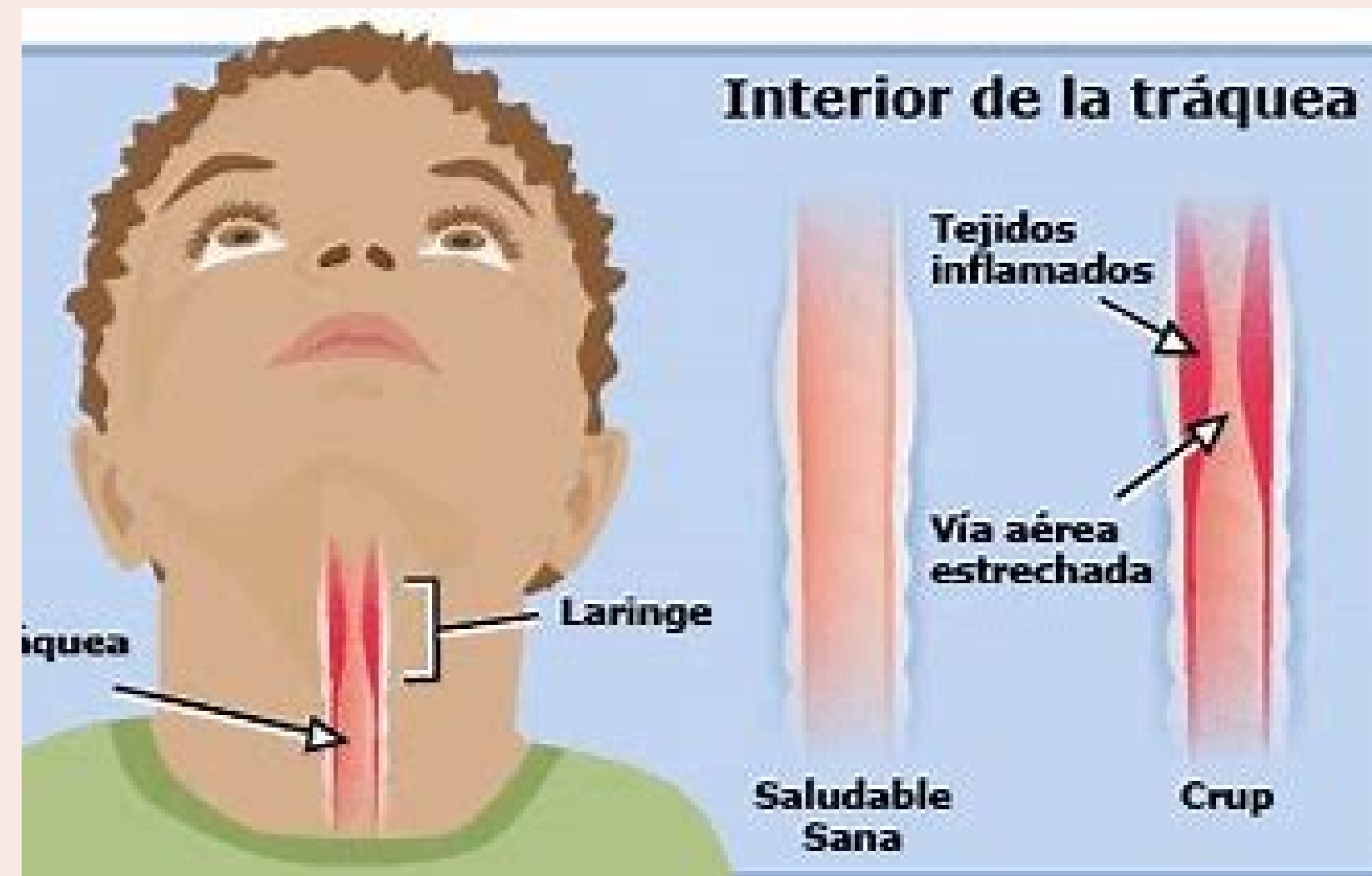
DIAGNÓSTICO

- Características de la tos
- Radiografías del cuello

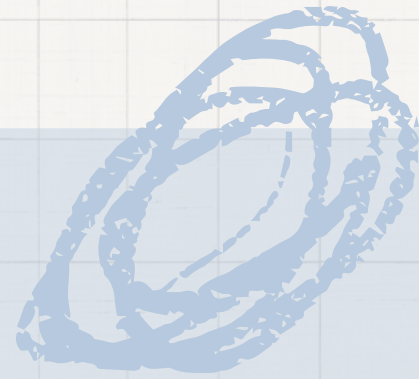
LARINGOTRAQUEOBRONQUITIS

TRATAMIENTO

- En la enfermedad leve, líquidos y aire humidificado
- En la enfermedad grave, hospitalización, oxígeno, epinefrina (adrenalina) y corticoides

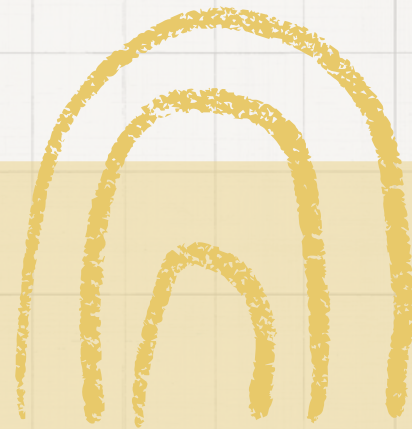


BRONQUIOLITIS



DESCRIPCIÓN

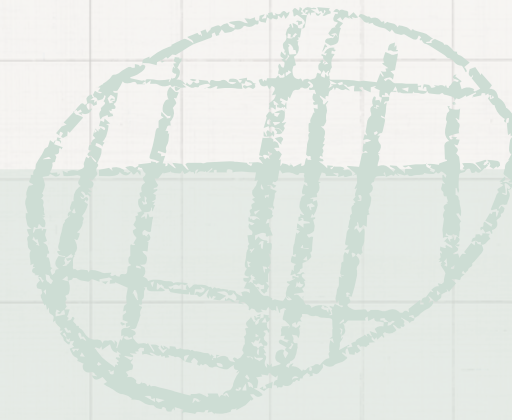
La bronquiolitis es una infección pulmonar común en niños pequeños y bebés. Causa hinchazón, irritación y acumulación de moco en las pequeñas vías respiratorias de los pulmones.



ETIOLOGÍA

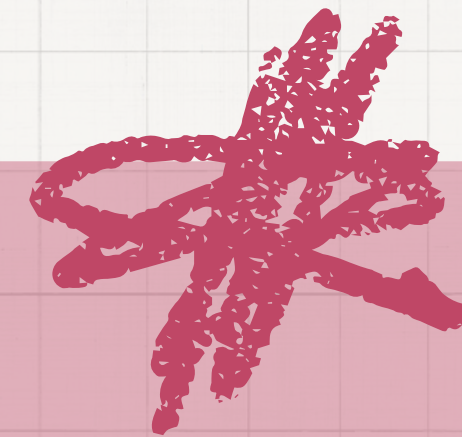
- Virus sincitial respiratorio (RSV)
- Rinovirus
- Virus parainfluenza tipo 3

Las causas menos frecuentes son los virus influenza A y B, los virus parainfluenza 1 y 2, metapneumovirus humano, adenovirus y Mycoplasma pneumoniae.



AGENTE CAUSAL Y PREVALENCIA

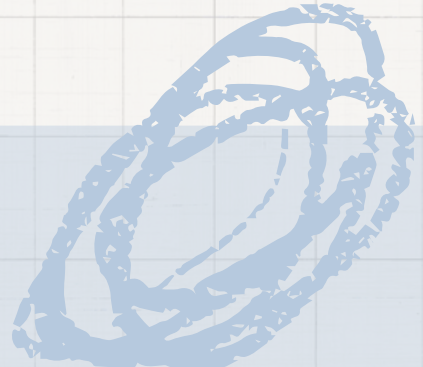
El virus respiratorio sincicial es un virus común que infecta a casi todos los niños hasta los 2 años. Los brotes de la infección por el virus respiratorio sincicial



CUADRO CLÍNICO

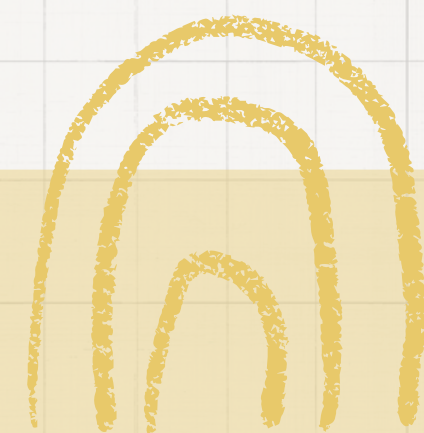
- Radiografía de tórax.
- Pruebas virales.
- Análisis de sangre.

BRONQUIOLITIS



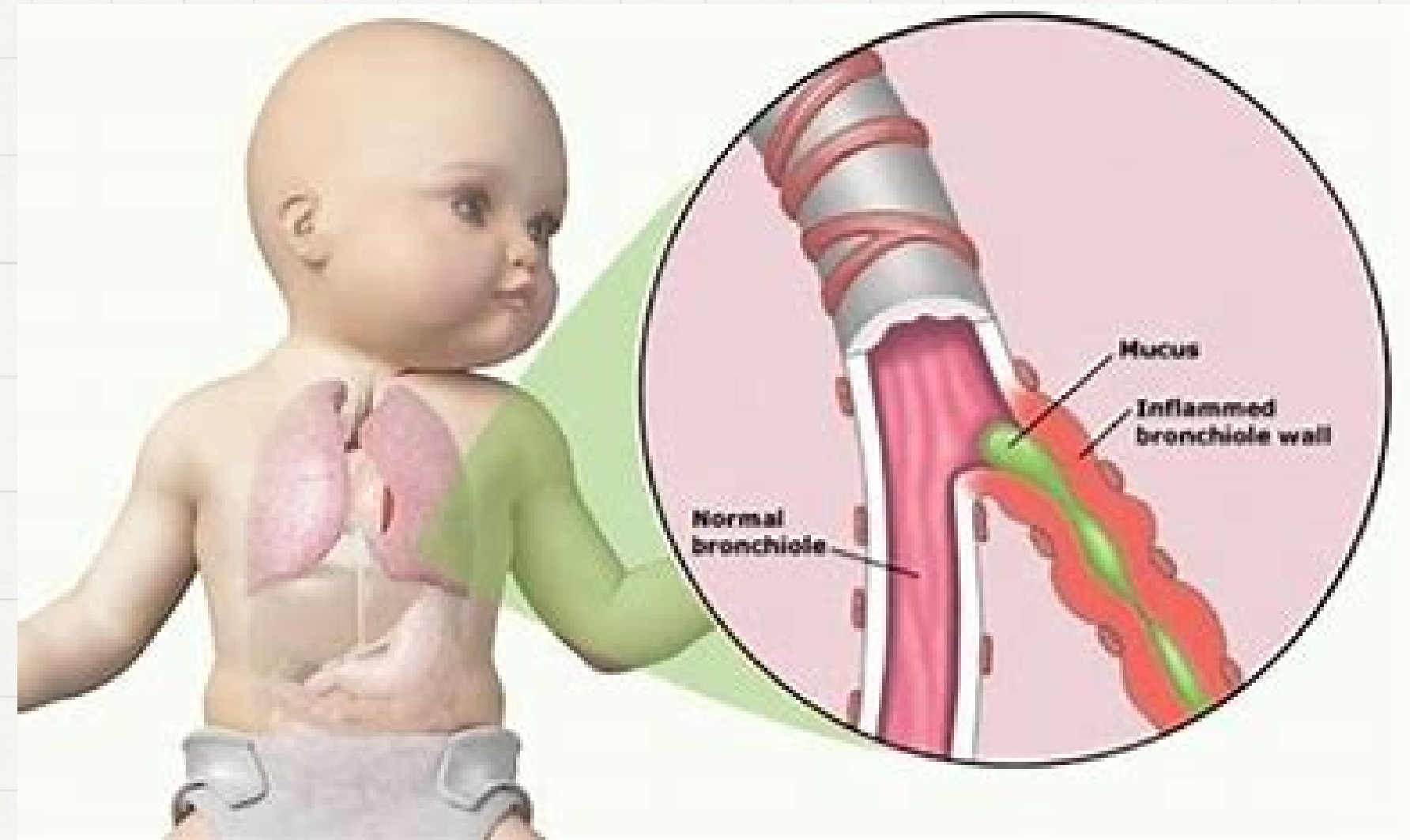
DIAGNÓSTICO

- Radiografía de tórax.
- Pruebas virales.
- Análisis de sangre.



TRATAMIENTO

- Tratamiento sintomático
- Suplemento de oxígeno según sea necesario
- Hidratación IV según sea necesario



Neumonía



Descripción

La neumonía es la infección bacteriana invasiva más frecuente después de la sepsis primaria. La neumonía de inicio temprano forma parte de una sepsis generalizada que se manifiesta en el momento del nacimiento o pocas horas después.



Etiología

Estos microorganismos son cocos grampositivos (p. ej., estreptococos grupos A y B, Staphylococcus aureus tanto meticiliorresistente como meticilinosensible) y bacilos gramnegativos (p. ej., Escherichia coli, especies de Klebsiella spp y Proteus spp).



Agente causal y prevalencia

- estreptococos grupos A y B, Staphylococcus aureus
- Los microorganismos se adquieren en el aparato genital materno o en la sala de recién nacidos.



Cuadro clínico

- estado respiratorio del paciente y cantidades cada vez mayores y un cambio en la calidad de las secreciones respiratorias (p. ej., espesas y de color marrón). Los lactantes presentan cuadros graves, con inestabilidad térmica y neutropenia.

Neumonía



Diagnóstico

- Radiografía de tórax
- La evaluación incluye radiografía de tórax, oximetría de pulso, cultivos de sangre, y la tinción de Gram y cultivo de aspirado traqueal.



Tratamiento

- vancomicina y un beta-lactámico de amplio espectro

Neumonías



TOSFERINA

01

Descripción

La tos ferina (pertusis) es una infección de las vías respiratorias sumamente contagiosa. En muchas personas se caracteriza por una tos seca intensa seguida de sonidos agudos al inhalar que parecen chillidos.

02

Etiología

La causa de la tos ferina es la infección por *Bordetella pertussis*.

03

Agente causal y prevalencia

Esta enfermedad, causada por *B. parapertussis*, puede ser clínicamente indistinguible de la tos ferina, pero suele ser más leve y menos mortal.

04

Cuadro clínico

Una vez que te contagias con tos ferina, los signos y síntomas demoran unos 7 a 10 días en aparecer, aunque a veces puede ser más tiempo. Por lo general son leves al principio y se parecen a los del resfriado común:

- Moqueo
- Congestión nasal
- Ojos enrojecidos, llorosos
- Fiebre
- Tos

05

Diagnóstico

- Una prueba de cultivo nasofaríngeo.
- Análisis de sangre
- Una radiografía de tórax.

06

Tratamiento

Fármacos de primera elección:
• eritromicina

Fármacos de segunda elección:
trimetoprim-sulfametoxazol

