



Mi Universidad

Ensayo

Nombre del Alumno José Francisco Pérez Pérez

Nombre del tema: Infecciones de vías respiratorias altas

Parcial: 2°

Nombre de la Materia: Enfermedades infecciosas

Nombre del profesor: Dr. Guillermo Del solar Villareal

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

6° semestre

INTRODUCCIÓN

Es la otitis media aguda (OMA) una de las infecciones adquiridas en la comunidad más frecuentes en la infancia (sobre todo en la primera infancia), hasta el punto que está estimado que aproximadamente un 80% de los niños han padecido algún episodio de OMA al cumplir los tres años de edad. Parece haber consenso en diagnosticar la OMA como aquella entidad en la que existe fluido en el oído medio acompañado de síntomas agudos de enfermedad y de signos o síntomas inflamatorios en dicha estructura.

La bronquitis es una afección que se desarrolla cuando las vías respiratorias de los pulmones, llamadas bronquios, se inflaman y provocan tos, a menudo con producción de mucosidad. La bronquitis puede ser aguda (a corto plazo) o crónica (a largo plazo). La bronquitis aguda, que es muy frecuente, por lo general se debe a una infección, y puede ser contagiosa. La mayoría de las personas se recuperan después de unos días o semanas. La bronquitis crónica se define como aquella que dura al menos tres meses y que reaparece durante al menos dos años consecutivos. En la bronquitis crónica, la respiración puede ser más difícil porque el recubrimiento de las vías respiratorias se mantiene inflamado, y eso conduce a inflamación y a más producción de mucosidad.

La neumonía es un proceso inflamatorio del parénquima pulmonar que presenta una prevalencia importante en la infancia, sobre todo en los primeros años de vida. Las neumonías recurrentes suelen estar asociadas a problemas estructurales y trastornos inmunitarios.

La tos ferina continúa siendo un problema de salud pública mundial. Causa 17 millones de casos y 180.000 fallecimientos anuales, sobre todo en niños de países en vías de desarrollo, aunque las campañas de vacunación están disminuyendo esas cifras. En países desarrollados, la vacunación sistemática durante los primeros años de vida redujo drásticamente la incidencia. Sin embargo, en los últimos años, se ha observado un resurgimiento de la enfermedad en estos países, con un desplazamiento a ciertos grupos de edad, como adolescentes y adultos jóvenes.

La difteria es una enfermedad bacteriana aguda producida por el *Corynebacterium diphtheriae* cuyo reservorio es humano. Tiene varias formas de presentación: Difteria Faringoamigdalina (dolor moderado de garganta, dolor al tacto de los ganglios linfáticos cervicales, en casos graves notable hinchazón y edema del cuello), Difteria Laríngea (grave en lactantes y niños de corta edad), Difteria Nasal: (leve y a menudo crónica con secreciones y excoriaciones nasales unilaterales) y Difteria Cutánea (lesiones variables y que a veces no se pueden distinguir del impétigo y suelen presentarse en adultos indigentes).

OTITIS MEDIA AGUDA

La otitis media aguda (OMA) es la inflamación del oído medio de inicio súbito. Se caracteriza por la presencia de líquido en la cavidad del oído medio y se asocia con signos y síntomas de inflamación local. Está relacionada íntimamente con otras infecciones de vías aéreas superiores (IVAS) y constituye una de las principales infecciones respiratorias agudas (IRA) en la edad pediátrica, particularmente durante los primeros años de vida.

Factores Ambientales

- Asistencia a guarderías
- Lactancia materna ausente o menor a 3 meses
- Exposición a humo de tabaco
- Meses de invierno

Factores del Huésped

- Genéticos
- Inmunodeficiencias
- Atopía
- Reflujo gastroesofágico
- Paladar hendido

Las infecciones virales representan el 41% de los casos de OMA. Los virus sincitial respiratorio (74%), parainfluenza (52%) e influenza (42%), constituyen el 81% de los patógenos virales. La bacteria que ocasiona con mayor frecuencia OMA es el *Streptococcus pneumoniae* (52.2%). En México, los serotipos más frecuentes de *S. pneumoniae* que ocasionan OMA son 6B y 19F (16.6%), y 6A, 14 y 23F (15.2%). El 64% de estos serotipos están incluidos en la vacuna conjugada 7-valente, 68.1% en la 10-valente y 83.3% en la 13-valente.

Los niños mayores con frecuencia se quejan de otalgia que interfiere con las actividades normales del paciente, mientras que los lactantes se vuelven irritables y tiran del oído afectado. El cuadro puede incluir síntomas sistémicos de infección, como hiporexia, vómito, alteraciones del sueño y diarrea, y con frecuencia la fiebre alta está presente. La otoscopia muestra una membrana timpánica hiperémica engrosada clásica, e inmóvil a la otoscopia neumática

Los criterios de diagnóstico clínico de certeza para OMA incluyen: el inicio súbito de los síntomas, líquido en oído medio y signos y síntomas específicos de inflamación del oído medio. Los síntomas no específicos de OMA, como fiebre, cefalea, irritabilidad, tos, rinitis, anorexia, vómito y diarrea son comunes en infantes y niños pequeños. La aparición de otalgia tiene una relación directamente

proporcional con la edad: es menos frecuente en niños menores de 2 años y más común en adolescentes y adultos. El uso de la otoscopia neumática es el método diagnóstico de OMA más eficiente, aunque en ciertos casos y en ausencia de otoscopio neumático, se puede optar por otoscopia simple en combinación con timpanómetro o reflectómetro.

Los antibióticos son recomendados para todos los pacientes menores de 6 meses de edad; en pacientes de 6 meses a 2 años de edad cuando se tiene diagnóstico de certeza (inicio súbito, signos y síntomas de inflamación del oído medio y líquido o derrame en oído medio), y en niños mayores de 2 años con diagnóstico de certeza en enfermedad grave. Los antibióticos se deben diferir en pacientes de 6 meses a 2 años de edad con síntomas leves o con diagnóstico incierto

BRONQUITIS

La bronquitis aguda suele ser causada por la inflamación de las vías respiratorias debido a infecciones virales, como el resfrío, la gripe (influenza), el virus respiratorio sincitial (VRS) o los virus que causan la COVID-19. Ocasionalmente, una infección bacteriana puede provocar bronquitis aguda.

La bronquitis crónica es un síntoma frecuente, junto con el enfisema y el asma, en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) . Hay varios factores de riesgo para la bronquitis crónica:

- Fumar cigarrillos o la exposición pasiva al humo (al humo del cigarrillo de otra persona);
- Edad avanzada;
- Exposición a gases o ciertos tipos de polvo;
- Antecedentes familiares de EPOC;
- Antecedentes de enfermedades respiratorias, como asma , fibrosis quística (en inglés) o bronquiectasia ;
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico (GERD) .

Los síntomas son los mismos para la bronquitis aguda y la bronquitis crónica:

- Tos con mucosidad,
- Dolor de pecho,
- Cansancio,
- Fiebre baja, de menos de 100.4 grados Fahrenheit
- Falta de aire,
- Sibilancias.

La bronquitis aguda a menudo desaparece por si sola sin tratamiento. Sin embargo, usted puede tomar medidas en casa para sentirse mejor:

- Dextrometorfano o guaifenesina, que posiblemente alivien los síntomas de la tos o aflojen la mucosidad.
- Tome mucho té o agua caliente con miel.
- Use pastillas para la garganta para disolver en la boca.
- Tenga un humidificador a mano.
- Use medicamentos inhalados, como albuterol, si son recetados. Pueden aliviar los síntomas.

NEUMONIAS

La neumonía es un proceso inflamatorio del parénquima pulmonar que presenta una prevalencia importante en la infancia, sobre todo en los primeros años de vida. Los factores etiológicos más frecuentes suelen ser virales (virus respiratorio sincitial [VRS]) en edades jóvenes y bacterias (neumococo y Mycoplasma) en mayores. Las neumonías recurrentes suelen estar asociadas a problemas estructurales y trastornos inmunitarios.

La neumonía es un proceso inflamatorio del parénquima pulmonar, reconocible radiológicamente y evidenciado por una clínica dependiente de la edad, la constitución del paciente y, en parte, por la etiología que la origina. En la infancia, la mayor frecuencia corresponde a las neumonías producidas por microorganismos (bacterias, virus, hongos), siendo de menor incidencia las originadas por causas no infecciosas (aspiración, cuerpos extraños, etc.). Los virus respiratorios son los agentes causales frecuentes de neumonía, sobre todo en los primeros años. Streptococcus pneumoniae es el patógeno bacteriano más frecuente, principalmente en menores de 9 años; Mycoplasma pneumoniae, con un aumento de incidencia a partir de los 5 años, es el más habitual a partir de los 9 años.

Hallazgos clínicos en la neumonía: Síntomas: Fiebre, Escalofríos, Tos, habitualmente productiva, Disnea, Dolor pleurítico (en el niño mayor) Signos: Taquipnea, Taquicardia, En niños pequeños y lactantes, Aleteo nasal, Tiraje subintercostal, Quejido, Al inicio del proceso: Crepitantes finos localizados, Durante la progresión lobar: Matidez a la percusión, Frémito vocal, Soplo tubárico, En presencia de derrame pleural: Roce pleural, Aumento de la matidez a la percusión, Hipofonosis, Egofonía.

TOS FERINA

Las posibles causas de este fenómeno son la pérdida de la inmunidad posvacunal a los 6–8 años de la última dosis y la disminución del refuerzo natural, debido a la alta cobertura vacunal. Esto da lugar a una bolsa de población formada por adolescentes y adultos jóvenes susceptibles. La frecuente atipicidad de la clínica en adolescentes y adultos, unida a las dificultades para la confirmación microbiológica, contribuyen al infradiagnóstico y la propagación de la infección en la comunidad. Un mejor

reconocimiento clínico y la aparición de nuevas pruebas diagnósticas, como la reacción en cadena de la polimerasa, podrían mejorar el diagnóstico y, con ello el control, de la enfermedad.

Los primeros síntomas pueden durar de 1 a 2 semanas y suelen incluir: Moqueo o congestión nasal, Fiebre baja (menos de 100.4 °F), Tos leve ocasional (puede no suceder con los bebés), Apnea (pausas en la respiración que pueden ser mortales) y ponerse azul o morado en el caso de bebés y niños pequeños. En sus primeras etapas, la tosferina no parece ser algo más que un resfriado común.

El uso temprano de macrólidos en los casos índice puede reducir la contagiosidad, con un efecto parcial, y a veces incluso escaso, en la intensidad y la duración de la sintomatología y resulta nulo si se inicia a partir del día 14–21 del inicio de la tos. Hay consenso universal en usar macrólidos. Clásicamente, la eritromicina ha sido y es la primera opción, fundamentalmente por su bajo coste. La aparición de macrólidos igual de eficaces y erradicadores de *Bordetella pertussis* en nasofaringe pero con mayor cumplimiento terapéutico, debido al mejor perfil de tolerabilidad gastrointestinal y de dosificación-duración (menos dosis diarias y menor duración en días), hace que en las guías y las revisiones actuales se dé la opción para elegir entre eritromicina o las más costosas, claritromicina o azitromicina.

	Eritromicina (14 días)	Claritromicina (7 días)	Azitromicina (5 días)
< 1 mes	No recomendable: asociación a EHP	No recomendable: no datos	Datos limitados. 5–10 mg/kg/24 h
1-6 meses	40-50 mg/kg/día cada 6 h	15 mg/kg/día cada 12 h	10 mg/kg/24 h
6 meses-14 años	40-50 mg/kg/día cada 6 h (máx. 2 g/día)	15 mg/kg/día cada 12 h (máx. 1 g/día)	1.er día: 10 mg/kg (máx. 500 mg/día) 2.º-5.º días: 5 mg/kg/día (máx. 250 mg/día)
Adultos	500 mg/6 h	500 mg/12 h	1.er día: 500 mg 2.º-5.º días: 250 mg/día

DIFTERIA

El período de incubación de la difteria por lo general es de 2 a 5 días aunque a veces puede ser más prolongado. El período de transmisibilidad es variable y dura hasta que los bacilos virulentos desaparecen de las secreciones y lesiones, por lo regular dos semanas. El mecanismo de transmisión puede ser el contacto con un paciente portador (el portador crónico puede diseminar microorganismos durante seis meses o más) o rara vez el contacto con artículos contaminados por secreciones. La leche cruda también se ha descrito como vehículo. La letalidad de la difteria es del

5-10%. Aunque no se han registrado casos en nuestro país desde hace más de 10 años, diferentes estudios serológicos indican que el 62% de los adultos de 18-39 años y entre el 41 y 84% de los mayores de 60 años les faltan niveles protectores de antitoxina circulante.

La indicación de la vacunación es universal y se recomienda en el calendario vacunal infantil de la CAPV con 6 dosis entre los 2 meses y los 16 años de edad conjuntamente con la vacuna antitetánica, esta última dosis como Td adulto. Asimismo, durante la vida adulta se recomienda una dosis de recuerdo cada 10 años conjuntamente con el tétanos (vacuna Td tipo adulto). Existen diferentes presentaciones: difteria-tétanos-pertussis célula entera o acelular (DTPe/DTPa), difteria-tétanos (DT) o tétanos-difteria adulto (Td). También existen vacunas que combinan DTP con haemophilus influenzae tipo b, DTP combinada con hepatitis B, Hib y polio inyectable y una nueva vacuna difteria-tétanos-tos ferina acelular (dTpa) para vacunación de recuerdo en mayores de 10 años.

BIBLIOGRAFIA

- Otitis media aguda Un enfoque clínico y terapéutico Jorge Yolik Ramírez-Marína, Carlos Adrián Merelo-Ariasb, Renzo Pérez-Dóramec, Karla Strassburger-Lonaa, Carlos de Jesús Álvarez-Díaza.
- Neumonías IÑAKI IRASTORZA, JOSEBA LANDA Y EDUARDO GONZÁLEZ. Unidad de Críticos y Urgenciasde Pediatría. H ospital Donostia. Osakidetza-SVS. San Sebastián. España
- Tos ferina: tratamiento y prevención, David Moreno-Pérez, Fernando Baquero-Artigaob, Carlos Rodrigo-Unidad de Infectología e Inmunodeficiencias. Servicio de Pediatría. Hospital Materno-Infantil Carlos Haya. Málaga. España. Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Infantil La Paz. Madrid. España.Unidad de Enfermedades Infecciosas e Inmunología Clínica. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Universidad Autónoma de Barcelona. Badalona. Barcelona. España.