



Mi Universidad

*Nombre del Alumno: **Rebeca María Henríquez Villafuerte***

*Nombre del tema: **Cuadro sinóptico de Faringoamigdalitis, Otitis media, Sinusitis, Laringotraqueobronquitis, Bronquitis, NAC, Tosferina.***

*Parcial: **3°***

*Nombre de la Materia: **Pediatría***

*Nombre del profesora: **Dr. Miguel Maza López***

*Nombre de la Licenciatura: **Medicina Humana***

*Semestre: **6°***

San Cristóbal de las Casas, Chis. A 22 de Mayo de 2024.

FARINGOAMIGDALITIS

DESCRIPCIÓN

Es un proceso agudo febril, de origen generalmente infeccioso, que cursa con inflamación de las mucosas del área faringoamigdalal, con presencia de eritema, edema, exudado, úlceras o vesículas.

ETIOLOGÍA

La FAA en niños y adolescentes está causada por una gran variedad de agentes patógenos, con una frecuencia que varía según edad, estación del año y área geográfica, pero la mayoría de veces es de origen viral.

AGENTE CAUSAL

Streptococcus pyogenes o estreptococo beta hemolítico del grupo A (EbhGA).

PREVALENCIA

Su prevalencia es mayor entre los 5 y los 15 años de edad, alcanzando su pico más elevado durante los primeros 5 años de escolaridad.

CUADRO CLÍNICO

Se caracteriza por febrícula, dolor, picor e irritación faríngea que suele ser leve y sin odinofagia.

DIAGNÓSTICO

Se puede realizar mediante el cultivo del exudado faringoamigdalino o el test de detección rápida de antígeno estreptocócico (TDRA).

TRATAMIENTO

Primera alternativa: Amoxicilina durante 7-10 días: • 40-50 mg/kg/día cada 12 o 24 horas (máximo 500 mg cada 12 horas o 1 g cada 24 horas) En caso de no cumplimiento vía oral: Penicilina G benzatina, inyección única IM profunda: • Peso < 27 kg: 600 000 U • Peso ≥ 27 kg: 1 200 000 U Alergia a penicilina (reacción inmediata o acelerada). • Azitromicina 20 mg/kg/día cada 24 horas, 3 días (máx. 500 mg cada 24 horas).



OTITIS MEDIA

DESCRIPCIÓN

Presencia de exudado en oído medio (seroso, mucoso, purulento, mixto). Según el tiempo de evolución de dicho exudado y la asociación o no de síntomas, existen diferentes formas clínicas: OMA esporádica, OMA de repetición (OMA persistente, OMA recidivante, OMA recurrente). – OM subaguda o con exudado (OME), – OM crónica con exudado, – OM supurativa crónica (OMSC)

ETIOLOGÍA

Puede ser viral o bacteriana.

AGENTE CAUSAL

Bacteriana: Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae (H. influenzae), Staphylococcus aureus (S. aureus) y Streptococcus pyogenes.

Viral: Destacan el virus respiratorio sincitial, influenzavirus y metapneumovirus, además de picornavirus (rinovirus, enterovirus), coronavirus y adenovirus

PREVALENCIA

La incidencia global de la otitis se estima en 10.85%, lo que corresponde a 709 millones de casos al año, de los cuales 51% es en niños menores de 5 años 6.

CUADRO CLÍNICO

Aparece súbitamente otalgia con fiebre, malestar general y pérdida de audición. En lactantes los síntomas se pueden ver limitados a irritabilidad, diarrea, vómitos o malestar general.

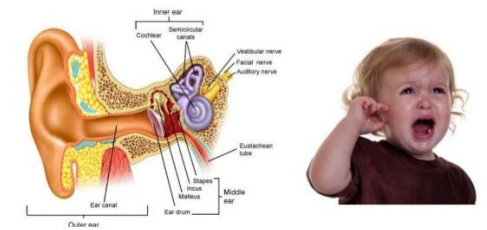
DIAGNÓSTICO

Se basa en la clínica y la exploración otoscópica, otoscopía neumática y timpanometría como complemento. En general, en niños mayores de tres años, los síntomas son más específicos y con un inicio más brusco y reciente.

TRATAMIENTO

Amoxicilina a dosis elevadas, es el antimicrobiano de elección en cada episodio de OMA, a menos que exista otra razón para seleccionar un agente diferente. b. Se recomienda utilizar de primera elección amoxicilina a dosis de 80 a 90 mg/Kg de peso por día durante 5 a 10 días de acuerdo a la edad del paciente y el momento del inicio de la OMA bacteriana.

OTITIS MEDIA EN PEDIATRÍA



JACQUELINE NIEMBRO

SINUSITIS

DESCRIPCIÓN

Es la inflamación de la mucosa nasal y de uno o más senos paranasales, que ocurre habitualmente como complicación de una infección viral del tracto respiratorio superior.

ETIOLOGÍA

Las infecciones víricas predisponen al desarrollo de la sinusitis bacteriana en un 80% de los casos, mientras que el componente alérgico es significativo en el 20% restante.

AGENTE CAUSAL

Entre los patógenos bacterianos que producen sinusitis bacterianas agudas en niños y adolescentes destacan *Streptococcus pneumoniae* 30%; *Haemophilus influenzae* no tipificable 20% y *Moraxella catarrhalis* 20%.

PREVALENCIA

La mayoría de los preescolares y los escolares tienen de tres a ocho enfermedades virales agudas del tracto respiratorio superior anualmente y que la sinusitis bacteriana complica 0.5% a 5.0%

CUADRO CLÍNICO

Se caracteriza por la presencia de congestión u obstrucción nasal, o rinorrea (anterior o posterior). Además, puede cursar con dolor, sensación de presión facial, tos y pérdida parcial o total del sentido del olfato. En niños pequeños suelen ser inespecíficos e incluyen irritabilidad, hiporexia, tos, rinorrea, hiposmia, habla nasal, halitosis y mialgias. Niños mayores y adolescentes presentan clínica más específica, con cefalea y dolor o presión facial en el área del seno paranasal.

DIAGNÓSTICO

Los cultivos de aspirados nasales endoscópicos o las punciones de senos con crecimiento ≥ 10 UFC/ml se consideran el patrón oro para el diagnóstico.

TRATAMIENTO

La antibioterapia oral (vía oral [vo]) es la primera opción de tratamiento, siendo de elección amoxicilina a dosis altas (80-90 mg/kg/ día).



LARINGOTRAQUEOBRONQUITIS

DESCRIPCIÓN

Es una enfermedad respiratoria que se desencadena usualmente por una infección viral aguda de las vías respiratorias superiores.

ETIOLOGÍA

Laringotraqueítis aguda. Es una infección de la región subglótica de la laringe, producida habitualmente por agentes virales, que ocasiona una obstrucción de la vía aérea superior de intensidad variable.

AGENTE CAUSAL

Viral: Virus parainfluenza

Bacteriana: difteria laríngea, traqueítis bacteriana, laringotraqueobronquitis y laringotraqueobroncopulmonía

PREVALENCIA

La incidencia estimada es del 3-6 % en niños menores de 6 años de edad

CUADRO CLÍNICO

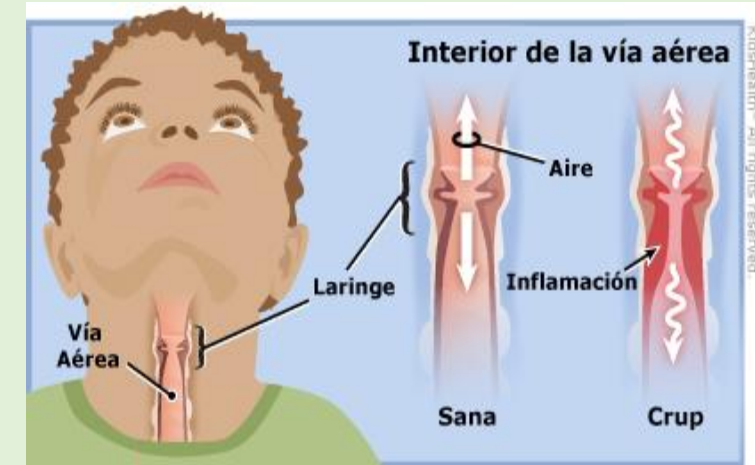
Se caracteriza por tos "perruna", estridor, disfonía, y dificultad para respirar que empeoran frecuentemente durante la noche. La tos "perruna" suele describirse como el sonido de una foca o león marino. El estridor empeora con la agitación o el llanto y si puede escucharse en reposo, puede ser un indicio de un estrechamiento crítico de las vías respiratorias.

DIAGNÓSTICO

Es clínico, basado en la anamnesis y en la exploración física detallada, y la mayoría de las veces no son necesarias las pruebas complementarias.

TRATAMIENTO

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



BRONQUITIS

DESCRIPCIÓN

Es la infección respiratoria aguda de vías respiratorias inferiores más frecuente en niños menores de un año y supone el 18% de todas las hospitalizaciones pediátricas.

ETIOLOGÍA

Se presenta con mayor frecuencia durante los meses de invierno, siguiendo un patrón similar a los de las infecciones agudas de las vías respiratorias. Los climas fríos y húmedos y la presencia de altas concentraciones de sustancias irritantes (por ejemplo, la contaminación atmosférica, el humo del tabaco) pueden precipitar ataques.

AGENTE CAUSAL

Virus (rinovirus, adenovirus, virus influenza A y B, parainfluenza).
Haemophilus parainfluenzae, Haemophilus influenzae, Moxarella catarrhalis, Neisseria spp, streptococcus pneumoniae.

PREVALENCIA

El 6% u 8% de menores entre 7 y 12 años tienen un episodio de bronquitis por año, tasa que disminuye hasta cerca de 4% a los 17 años.

CUADRO CLÍNICO

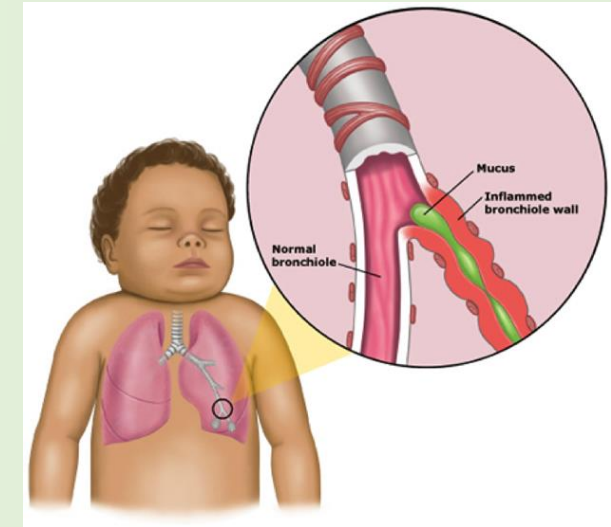
Rinorrea, estornudos y tos, con o sin fiebre, habitualmente no muy elevada. En un periodo de 1 a 4 días, la tos se hace más persistente, apareciendo irritabilidad, rechazo de la alimentación, taquipnea, disnea espiratoria, auscultación con sibilancias y/o crepitantes y dificultad respiratoria.

DIAGNÓSTICO

Es fundamentalmente clínico, basado en la anamnesis y en la exploración física. Pulsioximetría transcutánea, Radiografía de tórax

TRATAMIENTO

- Adrenalina nebulizada: – De rescate si BA moderada-grave. – Nebulizar 1-3 mg, con suero salino fisiológico (SSF), con un flujo de oxígeno de 6-8 l/min. Dosis 0,5 mg/kg (máx. 3 mg). Posología: ° Inhalador presurizado: cinco pulsaciones con una cámara espaciadora adecuada. ° Nebulización con SSF: 0,15 mg/kg (mín. 1,5-máx. 2,5 mg) con un flujo de oxígeno de 6-8 l/min si distrés grave.



NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

DESCRIPCIÓN

Es una infección del parénquima pulmonar adquirida fuera del entorno hospitalario. Según datos de la OMS, la neumonía es la principal causa de muerte de origen infeccioso en niños en el mundo.

ETIOLOGÍA

Las neumonías se pueden clasificar en base a su etiología en víricas (50-60%) o bacterianas (25-40%), y dentro de las bacterianas, en las causadas por bacterias típicas (15-25% en nuestro medio) o atípicas (25-30% en nuestro medio).

AGENTE CAUSAL

Streptococcus pneumoniae (*S. pneumoniae*)

PREVALENCIA

Se pueden clasificar en base a su etiología en víricas (50-60%) o bacterianas (25-40%), y dentro de las bacterianas, en las causadas por bacterias típicas (15-25% en nuestro medio) o atípicas (25-30% en nuestro medio)

CUADRO CLÍNICO

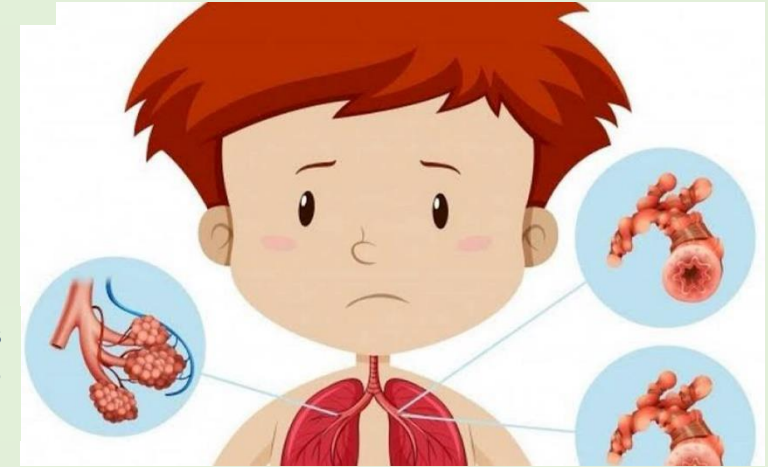
Fiebre y tos, dolor pleural, asociado o no a derrame pleural. Es frecuente el dolor abdominal, especialmente en neumonías basales adyacentes al diafragma, polipnea, dificultad respiratoria.

DIAGNÓSTICO

Ecografía transtorácica, TAC torácico, estudios de laboratorio como: hemograma, bioquímica básica y reactantes de fase aguda, especialmente proteína C reactiva (PCR).

TRATAMIENTO

Neumonía de etiología bacteriana: - *Streptococcus pneumoniae* - Ampicilina iv (100-200 mg/kg/día cada 6-8 horas)-Amoxicilina vo (40-80 mg/kg/día cada 8 horas)- *Streptococcus pyogenes* -Ampicilina iv (100-200 mg/kg/día cada 6-8 horas) -Amoxicilina vo (40-50 mg/kg/día cada 8 horas)



TOS FERINA

DESCRIPCIÓN

Es una infección respiratoria causada por la bacteria *Bordetella pertussis* (*B. pertussis*), un cocobacilo gramnegativo, aerobio estricto, capsulado.

ETIOLOGÍA

La infección es muy contagiosa y causa enfermedad en $\geq 80\%$ de los contactos cercanos. Es infrecuente la transmisión por contacto con artículos contaminados. Los pacientes ya no pueden contagiar la infección después de la tercera semana de la fase paroxística.

AGENTE CAUSAL

bacteria *Bordetella pertussis*

PREVALENCIA

El 76% de los casos de tos ferina ocurre en menores de 14 años y el 15% se diagnostica en adultos jóvenes (entre 25 y 54 años).

CUADRO CLÍNICO

Rinitis, estornudos, febrícula (si la hay), lagrimeo, tos leve, seca e irritativa, que se va haciendo cada vez más intensa, de predominio nocturno y que puede provocar vómitos.

DIAGNÓSTICO

Las pruebas específicas de diagnóstico incluyen el cultivo, la inmunofluorescencia directa, la PCR, y la detección de anticuerpos en suero

TRATAMIENTO

AZITROMICINA, <1 mes: Tratamiento de elección 10 mg/kg/día vo, en 1 dosis, 5 días. 1-5 meses, 10 mg/kg/día vo, en 1 dosis, 5 días. ≥ 6 meses Día 1: 10 mg/kg/día (máx. 500 mg/día) Días 2-5: 5 mg/kg/día vo (máx. 250 mg/día). **ERITROMICINA**, 1-5 meses, 40 mg/kg/día vo (máximo 2 g/día) en 4 dosis, 14 días. ≥ 6 meses, 40 mg/kg/día vo (máx. 2 g/día) en 4 dosis, de 7 a 14 días. **CLARITROMICINA**, 1-5 meses, 15 mg/kg/día vo, en 2 dosis, 7 días. ≥ 6 meses, 15 mg/kg/día vo (máx. 1 g/día) en 2 dosis, 7 días.



BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- **Faringoamigdalitis aguda y sus complicaciones** Laura Otero Pérez(1), Josefa Ares Álvarez(2), Roi Piñeiro Pérez(3) (1)Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Pontevedra. (2)Servicio de Pediatría. Centro de Salud Virxe Peregrina. Pontevedra. (3)Servicio de Pediatría. Hospital Universitario General de Villalba. Madrid.
- 2.- **Sinusitis y sus complicaciones. Celulitis preseptal y orbitaria** Fernando Baquero Artigao(1), Alicia Berghezan Suárez(2), Blanca Bravo Queipo de Llano(3) (1)Unidad de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Pediatría, Enfermedades Infecciosas y Tropicales. Hospital Universitario La Paz. Madrid. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. Magíster en Infectología Pediátrica. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. (2)Servicio de Pediatría. Hospital de Dénia (Marina Salud). Alicante. (3)Servicio de Pediatría y Áreas Específicas. Hospital Universitario La Paz. Madrid.
- 3.- **Bronquiolitis aguda viral** M.^a Luz García García(1), Javier Korta Murua(2), Alicia Callejón Callejón(3) (1)Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Severo Ochoa. Departamento de Pediatría. Universidad Alfonso X El Sabio. Madrid (2)Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Donostia. Departamento Pediatría. Universidad del País Vasco (UPV/EHU). Guipúzcoa (3)Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife
- 4.- Wikimedia Commons alberga una categoría multimedia sobre **Laringotraqueobronquitis**.
 - MedlinePlus. «Crup».
 - Fundación Argentina del Tórax. «Crup».
 - Gartner Macias, Eudes (23 de octubre). Cardona, Juan Carlos, ed. «Guía de Manejo de Laringotraqueobronquitis, Crup». Fundación Clínica Infantil Club Noel. (enlace roto disponible en Internet Archive; véase el historial, la primera versión y la última).
 - Vargas Antezana, Omar; Maranon, Elizabeth (1991). *Laringotraqueobronquitis aguda crup infeccioso*. Cochabamba, Bolivia: Universidad Mayor de San Simón. OCLC 69866836.
- 5.- **Otitis media aguda y otitis externa.** Mastoiditis Marta Cruz Cañete(1), David López Martín(2) (1)Servicio de Pediatría. Hospital de Montilla. Córdoba. (2)Servicio de Pediatría. Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga.
- 6.- **Neumonía adquirida en la comunidad** Ángela Manzanares Casteleiro(1), Cinta Moraleda Redecilla(1), Alfredo Tagarro García(2) (1)Sección de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. (2)Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid.
- 7.- **Tosferina-pertussis** (whooping cough) Álvaro Vázquez Pérez(1), Juan Luis Santos Pérez(1), Leticia Martínez Campos(2) (1)Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Virgen de las Nieves - Materno Infantil. Granada. (2)Servicio de Pediatría. Unidad de Infectología Pediátrica. Hospital Universitario Torrecárdenas - Materno Infantil. Almería.

HOLA DR. BUENA TARDE, ESPERANDO QUE SE ENCUENTRE BIEN.

SOLO PARA INFORMARLE QUE LA TAREA QUE DEJÓ A MI ENTENDER FUE QUE SE IBA A HACER UN CUADRO SINÓPTICO POR CADA SUBTEMA, YA QUE COMO LA INFORMACIÓN DE CADA PATOLOGÍA ES BASTANTE NO SE ME HIZO PODER HACERLA TODA EN UNA SOLA HOJA, EN POCAS PALABRAS HICE LAS PATOLOGÍAS POR HOJA. ESPERO QUE COMPRENDA EN LA SITUACIÓN DE COMO HICE MI TRABAJO. LE AGRADECERÍA MUCHO SOBRE EL TEMA.

ATTE. REBECA HENRÍQUEZ VILLAFUERTE.

6° SEMESTRE UDS...