



*Nombre del Alumno: **Jacqueline Montserrat Selvas Pérez***

*Nombre del tema: **Cuadros sinópticos de enfermedades respiratorias en niños***

*Parcial: **3°***

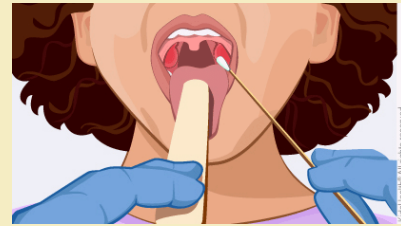
*Nombre de la Materia: **Pediatría***

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

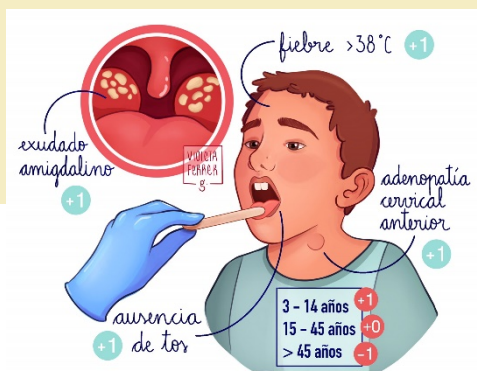
*Nombre de la Licenciatura: **Medicina Humana***

*Semestre: **6°***

***San Cristóbal de las Casas, Chis, 17 de mayo del 2024***



# Faringoamigdalitis



## Descripción

La faringoamigdalitis aguda (FAA) se define como un proceso agudo febril, de origen generalmente infeccioso, que cursa con inflamación de las mucosas de la faringe y/o las amígdalas faríngeas, en las que se puede objetivar la presencia de eritema, edema, exudados, úlceras o vesículas

## Etiología

La etiología más frecuente es vírica. Entre las bacterias, la principal es *Streptococcus pyogenes* o estreptococo beta hemolítico del grupo A (EbhGA)

## Agente causal

Las más comunes son:  
Virus: Rinovirus, Coronavirus, Adenovirus  
Bacteria: *Streptococo beta hemolítico del grupo A*



## Prevalencia

*Streptococo beta hemolítico del grupo A (EbhGA)*, responsable del 30-40% de las FAA que se observan en niños de 3-13 años, del 5-10% en niños entre los 2 y 3 años y solo el 3-7% en menores de 2 años. Aunque ocurran, las FAA por EbhGA son muy raras en niños menores de 2 años, e insólitas en los menores de 18 meses. La edad del niño, la estación del año y el área geográfica en la que vive influyen en el tipo de agente implicado

## Cuadro Clínico

- Infección vírica: Conjuntivitis, Rinorrea, Afonía, Tos, Diarrea, Exantemas o enantemas característicos, Hepatoesplenomegalia, Adenopatías generalizadas.
- infección bacteriana: Dolor de garganta de comienzo brusco, Odinofagia, Fiebre, Exantema escarlatiniforme, Cefalea, Náuseas, vómitos, dolor abdominal, Eritema o exudados faringoamigdalares, Petequias en el paladar blando, Pequeñas pápulas eritematosas y anulares, con centro pálido (lesiones «donuts»), en paladar blando y/o duro, Úvula roja y edematosa, Adenopatías cervicales anteriores, aumentadas de tamaño (> 1 cm) y dolorosas, Edad: 5-15 años, Historia de exposición a enfermo con FAA en las 2 semanas previas

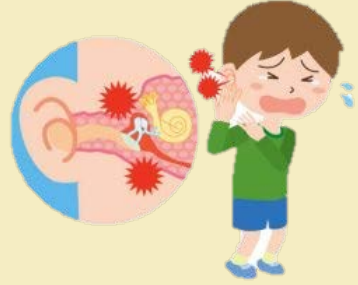
## Diagnostico

La anamnesis detallada, los datos epidemiológicos, los hallazgos de la exploración física y los resultados de las pruebas complementarias, cuando están indicadas, ayudan a diferenciar el origen de la infección.

## Tratamiento

Si la causa es vírica solo se da tratamiento sintomático. En caso de ser bacteriana:

- Primera elección:
  - Penicilina V (fenoximetilpenicilina potásica o benzatina) durante 10 días
    - ✓ Menores de 12 años y de 27 kg: 250 mg cada 12 h
    - ✓ Mayores de 12 años o de 27 kg: 500 mg cada 12 h
  - Amoxicilina durante 10 días
    - ✓ 40-50 mg/kg/día cada 12 o 24 h
    - ✓ Máximo 500 mg cada 12 h o 1g cada 24 h



# Otitis media



## Descripción

Es la 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

## Etiología

La nasofaringe representa un microbioma complejo donde múltiples especies de bacterias y virus interactúan entre sí. La progresión de comensal a patógeno en el caso de las bacterias suele estar facilitada por una infección vírica de la vía aérea superior, sobre todo en la mayoría de infecciones por neumococo y Haemophilus.

## Agente causal

Los principales otopatógenos aislados son, por orden de frecuencia, Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae (H. influenzae), Staphylococcus aureus (S. aureus) y Streptococcus pyogenes. Los cultivos bacterianos son positivos en el 75% de los casos, y esta detección aumenta con la realización de PCR (sobre todo para Moraxella catarrhalis, que ocuparía un tercer lugar)

## Prevalencia

Afecta al 50-85% de los menores de tres años, siendo la causa más frecuente de prescripción de antibióticos a esa edad.

## Cuadro Clínico

- Otitis media aguda (OMA): OM con síntomas y signos de presentación aguda (< 48-72 horas) secundarios a la inflamación, como abombamiento de la membrana timpánica (MT), otalgia o síntomas más inespecíficos en lactantes, como irritabilidad/llanto, insomnio, rechazo de tomas, vómitos o diarrea.
- OMA esporádica: episodio aislado.
- OMA de repetición, que a su vez puede ser:
  - o OMA persistente: reagudización de los síntomas antes de la semana de finalizar el tratamiento, por lo que se considera el mismo proceso.
  - o OMA recidivante: reaparición de los síntomas después de una semana de finalizada la curación del episodio anterior, por lo que se consideran distintos procesos (recaída verdadera).
  - o OMA recurrente: tres o más episodios en seis meses, o cuatro o más en 12 meses (al menos uno de ellos en los últimos seis meses).
- OM subaguda o con exudado (OME) (antes OM serosa): exudado sin síntomas (o muy leves o hipoacusia de transmisión).
- OM crónica con exudado: si el exudado se prolonga más de tres meses.
- OM supurativa crónica (OMSC): otorrea indolora de más de tres meses.

## Diagnostico

El diagnóstico de OMA se basa en la clínica y la exploración otoscópica. En general, en niños mayores de tres años, los síntomas son más específicos y con un inicio más brusco y reciente.

- Exudado en oído medio
- Presentación aguda.
- Signos de inflamación del oído medio

OMA confirmada: se cumplen los tres criterios, es decir, aparición aguda de otalgia o equivalente y otoscopia (+) u otorrea.

- OMA probable: Otoscopia significativa (sin otalgia). Otalgia o equivalente (sin otoscopia concluyente: mala colaboración, visualización incompleta).

## Tratamiento

El tratamiento de la OMA debe abordar siempre la otalgia. Habitualmente, el inicio de antibiótico no es suficiente para controlar el dolor. Por ello, se debe pautar paracetamol o ibuprofeno según la edad, a dosis habituales (ibuprofeno 20 mg/kg/día y paracetamol 60 mg/kg/día).

## Antibióticos

Fármaco	Posología	Dosis máxima
Amoxicilina	80-90 mg/kg/día cada 8-12 h	3 g
Amoxicilina/clavulánico (B-1)	80-90 mg amoxicilina/kg/día cada 8-12 h	3 g
Cefuroxima	30 mg/kg/día cada 12 h	2,5 g
Ceftriaxona	50 mg/kg/día cada 24 h	4 g
Cefotaxima	200 mg/kg/día cada 6-8 h	12 g
Ceftazidima	150 mg/kg/día cada 8 h	6 g
Clindamicina	30-40 mg/kg/día cada 8 h	2 g
Metronidazol	40 mg/kg/día cada 8 h	2 g
Clintromicina	15 mg/kg/día cada 12 h	1 g
Azitromicina	10 mg/kg/día cada 24 h	500 mg
	5 mg/kg/día los restantes 4 días	
Levofloxacino	10 mg/kg/día cada 12 h (6 meses-5 años) o 24 h (> 5 años)	500 mg

# Sinusitis

## Descripción

Definimos la sinusitis como la inflamación de uno o más senos paranasales asociada habitualmente a la inflamación de la mucosa nasal (rinosinusitis).

Se clasifica según la duración de los síntomas o recurrencia en 1: Aguda: síntomas de <30 días, Subaguda: síntomas de  $\geq 30$  y <90 día, Crónica: síntomas de  $\geq 90$  días, Recurrente: 3 episodios de <30 días de duración con intervalos libres de síntomas de >10 días en un periodo de 6 meses o 4 episodios en un periodo de 12 meses

## 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. La sinusitis bacteriana casi siempre surge como complicación de una de las anteriores.

## Agente causal

Los principales gérmenes implicados son: Streptococcus pneumoniae 30%, Haemophilus influenzae 30% y Moraxella catharralis 10%, ocupando un lugar muy secundario Streptococcus pyogenes, Staphylococcus aureus y gérmenes Gram negativos

## Prevalencia

El 0.5 a 5% de infecciones de vías aéreas superiores se complica de sinusitis agudas. Normalmente los niños tienen entre seis y ocho cuadros de infección de vías aéreas superiores al año.

## Cuadro Clínico

La obstrucción nasal y la rinorrea El dato que habitualmente orienta hacia una sinusitis aguda es la prolongación de la clínica durante un período más largo del habitual en las infecciones virales de la vía aérea superior. La persistencia de la rinorrea, sea cual sea su calidad, y de la tos durante más de 10 días orientan hacia el diagnóstico de sinusitis aguda. La tos puede ser seca o productiva

## Diagnostico

Nos podemos encontrar ante 3 situaciones clínicas que nos hacen sospechar SBA: 1. Persistencia: síntomas catarrales leves (rinorrea, tos diurna) que no han comenzado a mejorar tras 10 días de enfermedad. Es la forma más habitual de presentación y no debe confundirse con los catarros encadenados. 2. Gravedad: concurrencia de fiebre elevada ( $\geq 39^{\circ}\text{C}$ ), rinorrea y afectación del estado general durante más de 3 días. La cefalea y el dolor facial están presentes sólo en un tercio de los niños y es poco frecuente en los más pequeños. 3. Empeoramiento: los síntomas iniciales son los de una infección de vías respiratorias altas sin complicar y cuando el paciente parece estar recuperándose, hacia el sexto o séptimo día, sufre un súbito agravamiento de los síntomas: aumento de la rinorrea, tos y aparición o reaparición de la fiebre

## Tratamiento

Algunas guías clínicas recomiendan la administración de amoxicilina a dosis de 80-90 mg/kg/día<sup>5</sup>. En los niños en los que se presuma una infección por gérmenes productores de betalactamasas, el tratamiento indicado es amoxicilina-ácido clavulánico o cefuroxima axetil, reservando la claritromicina para pacientes alérgicos a los betalactámicos. La duración del tratamiento debe alcanzar como mínimo 10 días y extenderse siempre al menos una semana tras la desaparición de los síntomas<sup>10</sup>. Los descongestivos tópicos son útiles en el alivio de la obstrucción nasal.

### Sinusitis en niños



DR. PEDRO A. MARTÍNEZ ARCE

PEDIATRÍA  
OPCIÓN ESPECIALIDAD  
2018-2019

# Laringotraqueo- bronquitis

## Descripción

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. Alguna vez este término fue usado para describir la difteria, hoy en día es usado casi exclusivamente para referirse a la laringotraqueítis de origen viral. Se cree que es el resultado de una inflamación del tracto respiratorio superior incluyendo la laringe, tráquea, y bronquio, de aquí el término de "laringotraqueobronquitis"

## Etiología

El virus parainfluenza 1 es el patógeno más común e importante, otros agentes importantes son el parainfluenza 2 y 3, el virus sincitial respiratorio, virus influenza A y B, rinovirus. El Herpes simple 1 y 2, el virus del sarampión y el Mycoplasma Pneumoniae son otras menos frecuentes pero asociados a casos más severos.

## Agente causal

Los agentes causales más frecuentes son el virus parainfluenza tipo 1 y 3; con menor frecuencia; adenovirus, sincitial respiratorio, influenza., A y B, Echovirus, Micoplasma y excepcionalmente: enterovirus, sarampión, parotiditis, rinovirus y difteria.

## Prevalencia

La laringotraqueítis es una causa frecuente de obstrucción de la vía aérea superior en los niños con una incidencia anual de 18 por 1000 niños menores de 6 años de edad y un pico de incidencia de 60 por 1000 niños de uno a dos años por año.

## Cuadro Clínico

Hace referencia al síndrome clínico de voz disfónica, tos seca y estridor inspiratorio. La causa más común de este complejo de síntomas es la laringotraqueobronquitis viral. Frecuentemente precedida de un episodio de coriza, rinorrea clara, y leve aumento de la temperatura. El crup suele empezar con los síntomas de un resfriado: 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.

## Diagnostico

Se base en la triada clínica:

- disfonía • estridor laringeo inspiratorio • tos traqueal
- Características de la tos y Radiografías del cuello y del tórax para ayudar a establecer un diagnóstico definitivo de crup.

## tratamiento

El objetivo del manejo es el mantenimiento de la vía aérea. Este incluye: humidificación del aire, oxigenoterapia, corticoesteroides, adrenalina.

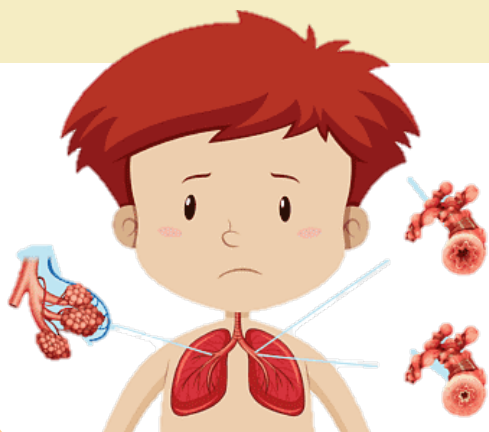
Los esteroides mejoran los síntomas del crup desde las 6 hasta las 12 horas de aplicado el tratamiento.

Dexametazona Las dosis que se ha usado tradicionalmente para el tratamiento del crup es de 0,6 mg/kg dosis única por vía IM.





# Bronquitis



## Descripción

un proceso inflamatorio que afecta a la tráquea y a los bronquios de mediano y gran calibre, cuya causa más frecuente es una infección vírica. Su síntoma principal y a veces único es la tos y suele curarse espontáneamente en menos de 3 semanas

## Etiología

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.

## Agente causal

Viral: Adenovirus 1-7 y 12., Virus influenza A, B, Virus parainfluenza 1, 2 y 3, Virus respiratorio sincitial, Rinovirus, Micoplasma pneumoniae.

Bacteriana: Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae o Staphylococcus aureus.

## Prevalencia

La bronquitis aguda predomina en niños menores de 4 años y en los meses de invierno. Un 75% de los niños lo presentará durante los 2 años posteriores, un 40% en el plazo de 5 años y un 10% en el plazo de 10 años. De éstos, un 3% proseguirá con un asma bronquial, especialmente los que presentan antecedentes familiares de esta enfermedad.

## Cuadro Clínico

El síntoma fundamental de la bronquitis aguda es la tos. Al principio suele ser seca, irritante y dolorosa, para después volverse blanda, productiva y húmeda. Suele estar precedida por una afectación de las vías respiratorias altas en forma de rinorrea y obstrucción nasal. Puede aparecer fiebre. Si se acompaña de obstrucción de la luz bronquial, puede presentarse en mayor o menor medida dificultad respiratoria incluso con palidez, cianosis, agitación e insomnio. En cuanto a su evolución, si persiste más de 5-10 días, cabe sospechar una colonización bacteriana. La sintomatología de la bronquitis crónica o recurrente es la propia de una bronquitis aguda, pero mantenida, como se ha indicado anteriormente. La aparición de sibilancias como consecuencia del estrechamiento bronquial (por hipersecreción, edema o broncoespasmo) hace a veces difícil su diferenciación respecto del asma bronquial.

## Diagnostico

El diagnostico se llega con la clínica del paciente En la exploración radiológica se aprecia un incremento de la trama hilar y cierto atrapamiento de aire, signos típicos de esta afectación.

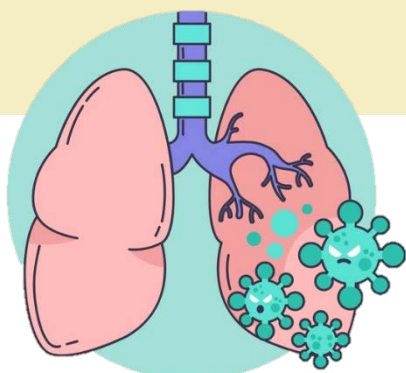
En cuanto a su evolución, si persiste más de 5-10 días, cabe sospechar una colonización bacteriana

## Tratamiento

Se basa en medidas de sostén como mantener al niño bien hidratado, procurar que guarde reposo y administrarle antitérmicos si los precisa. Si aparecen sibilancias, se puede añadir broncodilatadores adrenérgicos beta (salbutamol o bromuro de ipratropio inhalado). La eficacia de los mucolíticos, expectorantes y antitusígenos en estos cuadros es discutida. En casos graves, el paciente será remitido a un servicio de urgencias hospitalario donde le administrarán nebulización de oxígeno junto con adrenérgicos beta (salbutamol) y corticoides endovenosos si es preciso.



# Neumonía



## Descripción

La neumonía es la inflamación de los pulmones provocada por bacterias, virus o irritantes químicos. Es una infección o inflamación grave en la que los sacos de aire se llenan de pus y de otros líquidos. Neumonía lobulillar. Afecta a una o más secciones (lóbulos) de los pulmones.

## Etiología

La neumonía puede estar causada por virus, bacterias u hongos.

## Agente causal

Los más comunes son los siguientes:

- Streptococcus pneumoniae es la causa más común de neumonía bacteriana en niños;
- Haemophilus influenzae de tipo b (Hib) es la segunda causa más común de neumonía bacteriana;
- El virus sincitial respiratorio es la causa más frecuente de neumonía vírica.
- Pneumocystis jiroveci es una causa importante de neumonía en menores de seis meses con infección por VIH, y es responsable de al menos una de cada cuatro muertes por neumonía en lactantes seropositivos al VIH.

## Prevalencia

La neumonía representa el 14% de todas las defunciones de menores de 5 años y en 2019 provocó la muerte de 740 180 niños. Los virus son la principal causa de NAC en niños y originan el 60% de las NAC con ingreso.

## Cuadro Clínico

Los síntomas pueden incluir: Fiebre, Dolor en el pecho o en el estómago, Disminución del apetito, Escalofríos, Respiración rápida o dificultad para respirar, Vómitos, Dolor de cabeza, Malestar general, Irritabilidad

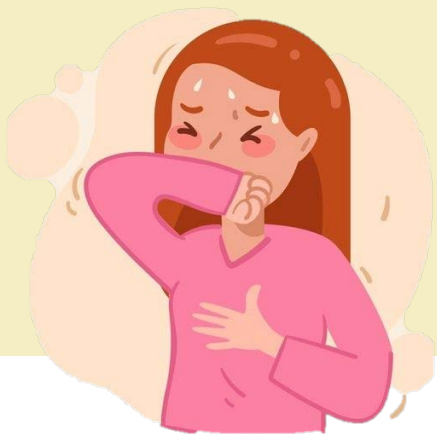
## Diagnostico

En la exploración física, la polipnea es el síntoma más sensible para el diagnóstico, también tiraje subcostal, intercostal o supraclavicular, aleteo nasal o quejido. En la auscultación pulmonar es típico encontrar una auscultación asimétrica, con hipofonesis en un área del pulmón y crepitantes finos, soplo tubárico o aumento de la transmisión vocal.

## Tratamiento

Se recomienda tratamiento con sueroterapia en función de la hidratación y la ingesta del paciente. La OMS recomienda la administración de oxígeno en gafas nasales en caso de saturación de oxígeno menor del 90%, aunque en nuestro medio se utiliza a menudo el límite de 92% y puede variar según el trabajo respiratorio que presente el paciente

# Tosferina



## Descripción

La definición de caso de tos ferina se establece por criterios clínicos: presencia de tos intensa de más 2 semanas de duración y al menos uno de los siguientes síntomas: tos en accesos, "gallo" inspiratorio o vómitos tras los accesos de tos sin otra causa aparente.

## Etiología

El causante habitual de la tos ferina es Bordetella Pertusis, que tiene una apetencia especial por el aparato respiratorio. Produce inmunidad pero ésta va disminuyendo con el tiempo, por lo que se puede volver a padecer la enfermedad.

## Agente causal

Bordetella pertussis, coco-bacilo gram negativo que coloniza el epitelio respiratorio y produce las toxinas responsables de la enfermedad a nivel local, sin invasión de la submucosa ni bacteriemia.

## Prevalencia

La incidencia de ingresos por tosferina de menores de un año registrada fue de 4,30/1.000 recién nacidos y año.

## Cuadro Clínico

La clínica, se divide en 3 periodos: 1) Catarral: síntomas inespecíficos de infección respiratoria de vías altas y, en una o dos semanas tos paroxística. 2) Paroxístico: generalmente afebril, con accesos de 4-5 golpes de tos "quintosa" en una misma espiración, que terminan en ocasiones, con un estridor o "gallo" inspiratorio característico, con congestión facial y expulsión de mucosidad o vómito alimentario, con recuperación posterior. El número de episodios diarios es muy variable y se desencadenan espontáneamente o por la alimentación, manipulación etc. Estos paroxismos pueden ser graves si presentan larga duración, cianosis, taquicardia, bradicardia o desaturación de oxígeno, y pueden agotar al lactante que no es capaz de recuperarse entre paroxismos. Puede durar hasta 6 semanas. 3) Convalescencia: remisión progresiva de los síntomas durante semanas o incluso meses, pero puede reaparecer la "tos de recuerdo" por otra infección respiratoria.

## Diagnostico

El diagnóstico se inicia a raíz de una sospecha clínica o epidemiológica por una probable tos ferina en un familiar. La confirmación de laboratorio del agente causal, Bordetella pertussis, se realiza mediante aislamiento del patógeno en cultivo bacteriano, detección de secuencias genómicas por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) o viraje serológico.

## Tratamiento

Su Tratamiento los lactantes y los niños con enfermedades de base, deben hospitalizarse. Se evaluará el número de paroxismos y la gravedad de los accesos de tos, debe vigilarse la nutrición, hidratación y oxigenación y permitir la recuperación de las crisis mediante el reposo. Deben monitorizarse de forma continua la frecuencia cardiaca y la saturación de oxígeno, y los paroxismos deben ser presenciados por personal sanitario. Debe iniciarse la administración de antibióticos macrólidos tipo azitromicina o claritromicina, por su beneficio clínico potencial y para limitar la propagación de la infección.



## Bibliografías:

**Faringoamigdalitis y sus complicaciones.** Laura Otero Pérez, Josefa Ares Álvarez, Roi Piñeiro Pérez. [artículo académico]. Asociación española de pediatría. Recuperado de: [https://www.seipweb.es/wp-content/uploads/2019/01/Faringoamigdalitis\\_aguda-1.pdf](https://www.seipweb.es/wp-content/uploads/2019/01/Faringoamigdalitis_aguda-1.pdf) [17 de marzo del 2024].

**Otitis media aguda y otitis externa.** Marta Cruz Cañete, David López Martín. [artículo académico]. Asociación española de pediatría. Recuperado de: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/6\\_otitis.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/6_otitis.pdf) [17 de marzo del 2024].

**Sinusitis, Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria** [artículo académico]. Asociación española de pediatría. Recuperado de: <https://www.aepap.org/sites/default/files/gvr/sinusitis-2013.pdf> [17 de marzo del 2024].

**Guía de referencia rápida j042 Laringotraqueitis aguda, IMSS** [artículo académico]. IMSS . Recuperado de: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/258GRR.pdf> [17 de marzo del 2024].

**Bronquitis en la infancia | farmacia profesional, elsevier** [artículo académico]. elsevier. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-bronquitisinfancia-13114222> [17 de marzo del 2024].

**Neumonía adquirida en la comunidad.** Ángela Manzanares Casteleiro, Cinta Moraleda Redecilla, Alfredo Tagarro García [artículo académico]. Asociación española de pediatría. Recuperado de: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10\\_neumonía\\_adquirida\\_comunidad.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10_neumonía_adquirida_comunidad.pdf) [17 de marzo del 2024].

**Neumonía infantil. OMS.** [artículo académico]. OMS. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia> [17 de marzo del 2024].

**Tos ferina.** Sociedad española de infectología pediátrica. [artículo académico]. Sociedad española de infectología pediátrica. Recuperado de: [https://www.seipweb.es/wp-content/uploads/2019/01/Nota\\_SEIP\\_Tos\\_ferina\\_SEIP2\\_Nov2015.pdf](https://www.seipweb.es/wp-content/uploads/2019/01/Nota_SEIP_Tos_ferina_SEIP2_Nov2015.pdf) [17 de marzo del 2024].