

# UDS

## Mi Universidad

**Medicina Humana**

**Pediatría**

**Dr. Miguel Maza López**

**Enfermedades Respiratorias**

**Unidad III**

**Judith Anahí Díaz Gómez**

**6° Semestre**

**San Cristóbal De Las Casas Chiapas, A 23 De Mayo Del 2024.**

# FARINGOAMIGDALITIS

## DEFINICIÓN

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), 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.

## PREVALENCIA

Es una de las causas más frecuentes de consulta al pediatra (20%) y representa el 55% de todos los casos de infección respiratoria. La mayor incidencia se sitúa entre los 3 y 15 años de edad, sin predilección de sexos, y preferentemente en los meses fríos (invierno y primavera).

## CUADRO CLÍNICO

### Sugestivos de infección por EbhGA:

- 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, en paladar blando y/o duro.
- Úvula roja y edematosa.
- Adenopatías cervicales anteriores, aumentadas de tamaño y dolorosas.
- Edad: 5-15 años.
- Presentación en invierno o comienzos de la primavera.
- Historia de exposición a enfermo con FAA en las 2 semanas previas.

### Sugestivos de infección vírica:

- Conjuntivitis.
- Rinorrea.
- Afonía.
- Tos.
- Diarrea.
- Exantemas o enantemas.
- Hepatoesplenomegalia.
- Adenopatías generalizadas.

## DIAGNÓSTICO

- Averiguar si está causada por el EbhGA.
- Anamnesis detallada
- Datos epidemiológicos
- Hallazgos de la exploración física
- Resultados de pruebas complementarias (Exudado Faringeo).

## TRATAMIENTO

El tratamiento dependerá de su etiología. Si el origen es vírico será sintomático, si es por EBHGA u otro tipo de bacteria se añadirá un antibiótico.

### Tx. de elección:

- Penicilina Benzatínica.
- Amoxicilina.
- Eritromicina.
- Azitromicina.
- Clindamicina.
- Cefalosporinas orales.

# OTITIS MEDIA

## DEFINICIÓN

"Presencia de derrame en el oído medio asociada a uno o más signos o síntomas de inflamación (otalgia o tirones de oreja en el lactante, otorrea, irritabilidad, fiebre), de instauración brusca (menos de 48 h de evolución)".

## ETIOLOGÍA

### Los agentes bacterianos son:

- Streptococcus pneumoniae (33 %).
- Haemophilus influenzae no tipificable (27 %).
- Estreptococos del grupo A (5 %).
- Moraxella catarrhalis.

### Infección por virus:

- Virus respiratorio sincitial.
- Influenza.
- Parainfluenza.
- Adenovirus.

### Multifactorial.

## TIEMPO DE EVOLUCIÓN

- **Aguda**, cuando el proceso dura no más de tres semanas.
- **Subaguda**, cuando la infección perdura de tres semanas a tres meses.
- **Crónica**, cuando la enfermedad se prolonga durante más de tres meses.

## PREVALENCIA

La OMA es un problema mundial de salud que afecta a uno de cada cuatro niños menores de 10 años y es la infección bacteriana más frecuente en niños menores de cinco años, de tal modo que constituye una de las causas más comunes de consulta médica pediátrica. De 25 a 40% de las visitas pediátricas en menores de cinco años son por OMA.

## CUADRO CLÍNICO

- Rinitis.
- Fiebre.
- Tos.
- Irritabilidad.
- Anorexia.
- El síntoma más fidedigno es la otalgia.
- Los niños muy pequeños no verbalizan el dolor pero se jalan las orejas o rehúsan deglutir y lloran.

## DIAGNÓSTICO

Adecuada historia clínica. Examen físico completo, con énfasis en la inspección del oído medio, mediante el uso de un otoneumatoscopio con perilla (otoneumatoscopia).

## TRATAMIENTO

- Amoxicilina (para iniciar el tratamiento empírico).
- Trimetopim-sulfametoxazol. Amoxicilina clavulanato. Eritromicina sulfisoxazol. Cefixime.
- Otras terapéuticas recomendables son: analgésicos, antipiréticos, descongestionantes y antihistamínicos.

# SINUSITIS ★

## DEFINICIÓN

La **afección nasal y de los senos paranasales** son enfermedades con alta prevalencia en la edad pediátrica que deterioran significativamente la calidad de vida de los pacientes.

## ETIOLOGÍA

Entre los patógenos bacterianos que producen sinusitis bacterianas agudas en niños y adolescentes destacan:

- Streptococcus pneumoniae 30%.
- Haemophilus influenzae no tipificable 20%.
- Moraxella catarrhalis 20%.

## PREVALENCIA

Se presenta la información de los pacientes atendidos en consulta externa. El grupo de edad es entre 1 y 17 años, correspondiendo a un total de 441 pacientes, de los cuales la mayor frecuencia de sinusitis se observó en el grupo comprendido entre los 4 a 10 años de edad (60,8%), el grupo entre 1-3 años (21,3%) y entre 11-17 años (17,9%). En cuanto al género, se observó una mayor prevalencia en los varones con el 57,3%.

## CUADRO CLÍNICO

Los niños y adolescentes con sinusitis pueden consultar con síntomas inespecíficos como:

- Congestión nasal.
- Rinorrea purulenta (unilateral o bilateral).
- Fiebre.
- Tos.

Síntomas menos frecuentes:

- Halitosis.
- Hiposmia.
- Edema periorbitario.
- Cefaleas retroorbitarias o supraorbitarias y ocasionalmente edema periorbitario.

## Diagnóstico

Observa detenidamente el mundo que te rodea, analiza patrones y detalles, y busca formas de conectar ideas y conceptos aparentemente diferentes. Abre tu mente a nuevas ideas y perspectivas.

## Tratamiento:

- Tx. inicial con amoxicilina 45 mg/kg/día dividido en dos dosis iguales, (Tx. de elección).
- Como tratamientos alternativos en niños alérgicos se recomienda utilizar azitromicina o claritromicina.
- Otras alternativas cefdinir, cefuroxima, acetilo, cefpodoxima o cefixima.
- En niños mayores el levofloxacino es un antibiótico alternativo.



# FARINGOTRAQUEOBRONQUITIS

## DEFINICIÓN

Enfermedad infecciosa aguda; su causa común es la obstrucción de la vía respiratoria alta.

## ETIOLOGÍA

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.

## PREVALENCIA

Su mayor prevalencia es en los meses de otoño e invierno y afecta en forma predominante al sexo masculino en relación al femenino. Afecta predominantemente a la población pediátrica de 6 meses a 3 años de edad.

## CUADRO CLÍNICO

- Tos.
- Escurrecimiento nasal.
- Febrícula.

Posteriormente aparece la triada característica de:

- Tos traqueal.
- Estridor inspiratorio.
- Dificultad respiratoria.

## DIAGNÓSTICO

Se base en la triada clínica: Disfonía, Estridor laríngeo inspiratorio y Tos traqueal. El diagnóstico de LTA es confiable basado en el cuadro clínico, historia clínica completa y un examen físico cuidadoso.

## TRATAMIENTO

- En niños con Laringotraqueitis, se recomienda una sola dosis de glucocorticoide.
- Budesónida inhalada.
- L-epinefrina.
- Epinefrina nebulizada.



## BRONQUIOLITIS

### DEFINICIÓN

Es la infección respiratoria aguda de vías respiratorias inferiores.

### ETIOLOGÍA

- El virus respiratorio sincitial (VRS) es el virus detectado con más frecuencia en los niños con bronquiolitis.
- Seguido por rinovirus, bocavirus (HBoV), adenovirus, metapneumovirus (hMPV), y con menos frecuencia parainfluenza y virus de la gripe.

### PREVALENCIA

Más frecuente en niños menores de un año y supone el 18% de todas las hospitalizaciones pediátricas.

### CUADRO CLÍNICO

- Se inicia con síntomas de vías respiratorias altas como:
- Rinorrea.
- Estornudos.
- Tos.
- Con o sin fiebre, habitualmente no muy elevada.

### DIAGNÓSTICO

Fundamentalmente clínico, basado en la anamnesis y en la exploración física.

Pruebas complementarias:

- Pulsioximetría transcutánea (SatO2)
- Gasometría capilar
- Rx torax
- Test virológicos

### TRATAMIENTO

Medidas de apoyo o de soporte:

- Desobstrucción nasal
- Tratamiento postural
- Nutrición e hidratación
- Oxigenoterapia

Fármacos:

- Broncodilatadores (salbutamol).
- Glucocorticoides.
- Suero salino hipertónico (SSH).
- Ribavirina.

**NEUMONÍA**

**DEFINICIÓN**  
Es la infección aguda del parénquima pulmonar adquirida por la exposición a un microorganismo presente en la comunidad,

**CUADRO CLÍNICO**

- Dolor abdominal agudo.
- Tos con o sin expectoración.
- Disnea.
- Hipoperfusión tisular.
- Alteraciones neurológicas.
- Piel marmórea.
- Taquicardia.

**ETIOLOGÍA**

- Streptococo Agalactie (grupo b).
- Streptococo neumonie.
- Virus sincitial respiratorio.
- Streptococo pneumoniae.
- Clamydia neumonie.

**DIAGNÓSTICO**

- El signo que muestra especificidad alta es la tos.
- La utilidad de la Pc para valorar la gravedad de la NAC en niñas/niños.
- La tinción de Gram en esputo.

**PREVALENCIA**  
Afecta principalmente a niñas y niños menores de 5 años de edad.  
Mayor en niñas/ niños que acuden a guardería y se incrementa hasta antes de cumplir los 6 meses de edad.

**TRATAMIENTO**

- Terapia empírica: Niños 3 meses a 18 años.
- Bacteriano: Amoxicilina dosis (90 mg/kg/día en 2 dosis máxima de 4 g día) por 10 días.
- Viral: Oseltamivir dosis de: 3 a 8 meses: 6 mg/kg/día oral en dos dosis.

# TOSFERINA

## DEFINICIÓN

La tosferina es una infección respiratoria, altamente contagiosa afecta a todos los grupos de edad, es especialmente grave en los primeros meses de vida.

## CUADRO CLÍNICO

Se divide en 3 periodos:

- Catarral: síntomas inespecíficos de infección respiratoria de vías altas.
- Paroxístico: Afebril, Accesos de 4-5 golpes de tos "quintosa" en una misma espiración, Estridor o "gallo" inspiratorio, Congestión facial y Expulsión de mucosidad o Vómito alimentario.
- Convalescencia: remisión progresiva de los síntomas durante semanas o incluso meses.

## ETIOLOGÍA

Causada por Bordetella pertussis, un cocobacilo gramnegativo.

## DIAGNÓSTICO

- Se inicia a raíz de una sospecha clínica o epidemiológica por una probable tos ferina en un familiar.
- El cultivo de secreciones respiratorias es el patrón oro en el diagnóstico microbiológico de la tos ferina.
- La PCR en tiempo real permite el diagnóstico en pocas horas.

## PREVALENCIA

Lactantes de 3 a 6 meses.

## TRATAMIENTO

- Administración de antibióticos macrólidos tipo azitromicina o claritromicina.
- Se recomienda el aislamiento respiratorio durante al menos 5 días tras la iniciación del tratamiento antibiótico.

## Bibliografía:

- Mainou, C., Mainou, A., & Roca, A. (2006). Faringoamigdalitis en la infancia. *Farmacia profesional (Internet)*, 20(9), 48–51. <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-faringoamigdalitis-infancia-13094207>
- Piñeiro Pérez, R., Hijano Bandera, F., Álvez González, F., Fernández Landaluce, A., Silva Rico, J. C., Pérez Cánovas, C., Calvo Rey, C., & Cilleruelo Ortega, M. J. (2011). Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. *Anales de pediatría (Barcelona, Spain: 2003)*, 75(5), 342.e1-342.e13. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2011.07.015>
- Hijano Bandera, F. (2003). Otitis media aguda. *Anales de pediatría (Barcelona, Spain: 2003)*, 01, 3–9. <https://www.analesdepediatría.org/es-otitis-media-aguda-articulo-13054779>
- Collada, V. R.-L., C., M., Borgaro-Payró, R., C., M., Jaramillo-Bernal, L., C., M., Fragoso-Cuéllar, E., C., M., Newton-Sánchez, O. A., C., M., & en C., M. (s/f). *Otitis media aguda en pediatría*. Scielosp.org. Recuperado el 20 de mayo de 2024, de <https://www.scielosp.org/pdf/spm/1998.v40n5/450-455>
- Badilla García, J. (2018). Sinusitis en Pediatría. *Medicina legal de Costa Rica*, 35(2), 62–70. [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152018000200062](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152018000200062)
- García, M. <sup>a</sup>. L., Murua, J. K., & Callejón, A. C. (s/f). *Bronquiolitis aguda viral*. Aeped.es. Recuperado el 22 de mayo de 2024, de [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/06\\_bronquiolitis\\_aguda\\_viral\\_0.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/06_bronquiolitis_aguda_viral_0.pdf)
- Guía, D. E. P. C. (s/f). Gob.mx. Recuperado el 22 de mayo de 2024, de <https://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/258GER.pdf>

- Van Easo Arbolave, D. L. (s/f). *Actualización en tos ferina*. *Pediatriaintegral.es*. Recuperado el 23 de mayo de 2024, de [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2014/xviii02/03/101\\_107\\_actualizacion\\_en\\_tos\\_ferina.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2014/xviii02/03/101_107_actualizacion_en_tos_ferina.pdf) (S/f). Gob.mx. Recuperado el 22 de mayo de 2024, de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/120GER.pdf>