

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.

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 antibiotico alternativo.

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.



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
- García, M. ^a. 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
- 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 Ezzo 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 (S/f). *Gob.mx*. Recuperado el 22 de mayo de 2024, de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/120GER.pdf>