



Cuadro sinóptico

Nombre del Alumno: Clara Elisa Encino Vázquez

Nombre del tema: Enfermedades respiratorias en niños

Parcial: III

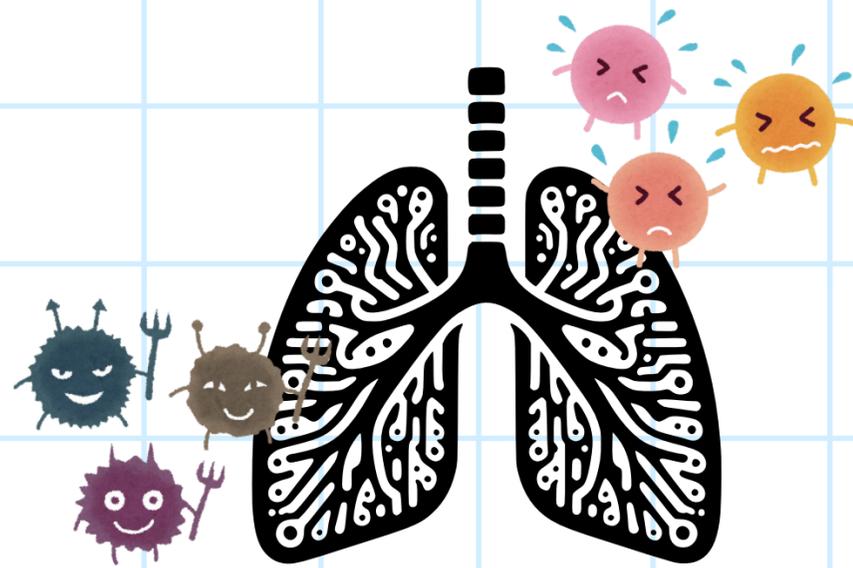
Nombre de la Materia: Pediatría

Nombre del profesor: Dr. Miguel Maza López

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

Cuatrimestre-Semestre

San Cristóbal de las Casas. 23 de mayo del 2024



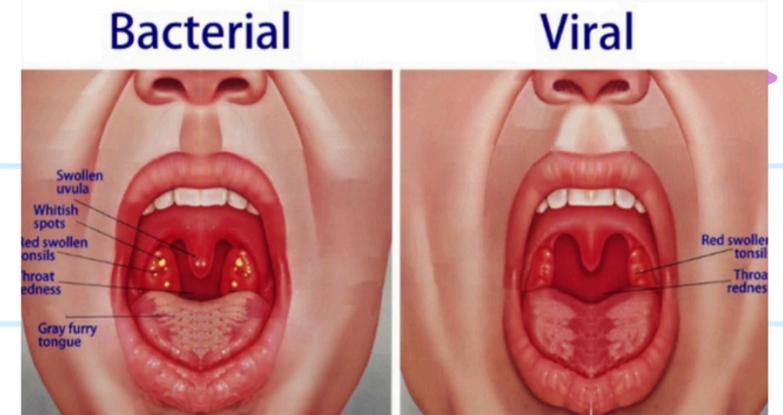
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

PEDIATRIA

FARINGOAMIGDALITIS

DEFINICION

La faringoamigdalitis aguda es un proceso agudo febril, de origen generalmente infeccioso, que cursa con inflamación de la mucosa del área faringoamigdalar. Con presencia de eritema, edema, exudados, úlceras o vesículas



CUADRO CLINICO

EBHGA

Odinofagia, cefalea, fiebre, nauseas, eritema, exudado, petequias en el paladar blando, pequeñas pápulas eritematosas y anulares, adenopatías cervicales anteriores aumentadas de tamaño

INFECCION VIRICA

Conjuntivitis, rinorrea, afonía, tos, diarrea, exantemas o enantemas, hepatoesplenomegalia, adenopatías generalizadas, disfagia, estridor, babeo, disfonía progresiva, tumefacción marcada del cuello, dificultad respiratoria, pseudomembranas faríngeas e inestabilidad hemodinámica.

TRATAMIENTO

Tratamiento farmacológico no antibiótico, analgésicos y antiinflamatorios.
Ibuprofeno y diclofenaco
Paretamol
Flurbiprofeno

Tratamiento farmacológico antibiótico estreptocócica son penicilina y amoxicilina

FARINGOAMIGDALITIS

DIAGNOSTICO

Clinica, riterios de Jones, escalas de prediccion, pruebas de diagnóstico microbiológico y cultivo de exuadado faringeo.

PREVALENCIA

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).

ETIOLOGIA

La etiología más frecuente es vírica, aunque es variable según edad, estación del año y área geográfica. El principal agente responsable es **Streptococcus pyogenes** o **estreptococo beta hemolítico** del grupo A (EbhGA).

Microorganismos	Síndrome o enfermedad Hallazgos clínicos y epidemiológicos
Bacterias	
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Faringitis Contacto oral-genital en adolescentes sexualmente activos
<i>Corynebacterium diphtheriae</i>	Difteria Membranas faringoamigdalares En áreas donde los programas de vacunación no están bien establecidos o han fallado
<i>Arcanobacterium haemolyticum</i>	Faringitis, que pueden cursar con exudados Hasta el 50% de los infectados tendrá exantema escarlatiforme (superficie de extensión de brazos y piernas) no afecta palmas y plantas y extensión centripeta Más frecuente en adolescentes
<i>Yersinia enterocolitica</i>	Faringitis, enterocolitis Puede cursar con exudados faringeos
<i>Francisella tularensis</i>	Tularemia faríngea Consumo de carne poco cocinada de animales silvestres o agua contaminada
Anaerobios mixtos	Angina de Vincent: gingivitis ulcerosa necrosante aguda
Bacterias atípicas	
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	Traqueobronquitis, neumonía, faringitis
<i>Chlamydia pneumoniae</i>	Bronquitis, neumonía, faringitis
<i>Chlamydia psittaci</i>	Psitacosis Enfermedad respiratoria aguda, neumonía

Microorganismos	Síndrome o enfermedad Hallazgos clínicos y epidemiológicos
Virus	
Rhinovirus	Resfriado común Predomina en otoño y primavera
Coronavirus (no SARS-CoV-2)	Resfriado común Predomina en invierno
SARS-CoV-2	Fiebre, rinorrea, tos, odinofagia, cefalea, mialgias Pandémico
Enterovirus	Herpangina (Coxsackie A) Síndrome boca-mano-pie (Coxsackie A, enterovirus A71)
Adenovirus	Fiebre faringoconjuntival Predomina en invierno y primavera
VEB	Mononucleosis infecciosa: fiebre, fatiga, faringitis y adenopatías, hepatoesplenomegalia y erupción asociada a amoxicilina/ampicilina Predomina en invierno El edema periorbitario o palpebral, como sintoma de infección primaria por VEB, parece ser exclusivo de los niños
Herpes simple tipos 1 y 2	Gingivostomatitis (primoinfección) Vesículas y úlceras superficiales en el paladar Puede cursar con exudado faríngeo Adolescentes sexualmente activos; en el 10-40%, lesión ulcerativa en labios
Influenza A y B	Gripe: fiebre, mialgias, cefalea y tos
Parainfluenza	Resfriado común, crup
Citomegalovirus	Síndrome mononucleósico Faringitis menos evidente que VEB y mayor elevación de transaminasas
VRS	Bronquitis, resfriado común. Síntomas nasales predominantes Epidemias en invierno
Metapneumovirus	Resfriado común, bronquiolitis, neumonía
VIH	Infección aguda primaria: fiebre, mialgias, artralgias, exantema maculopapular no pruriginoso, que se sigue de linfadenopatía y ulceraciones mucosas sin exudado
Bacterias	
<i>Streptococcus betaheamolítico</i> grupo A	Faringitis, escarlatina
<i>Streptococcus betaheamolítico</i> grupos C y G	Faringitis No relación con fiebre reumática
<i>Fusobacterium necrophorum</i>	Fiebre, odinofagia, disfagia, tumefacción y rigidez de cuello unilateral que puede progresar a un síndrome de Lemierre (tromboflebitis séptica de la vena yugular interna) Absceso periamigdalino Afecta principalmente adolescentes y adultos jóvenes

SINUSITIS

DEFINICION

Inflamación de uno o más senos paranasales asociada habitualmente a la inflamación de la mucosa nasal (rinosinusitis)

CUADRO CLINICO

Congestión nasal, secreción espesa y con color de la nariz, secreción en la parte trasera de la garganta (secreción posnasal), cefalea, tos y fiebre

Sospecha de sinusitis bacteriana, ante resfriado que no mejora en 10 días, ante un resfriado con clínica inusualmente grave (fiebre superior a 39°C y rinorrea purulenta de más de 3 días de evolución) o ante un resfriado que empeora en su fase de defervescencia.

TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento es doble: aliviar los síntomas y reducir el riesgo de complicaciones

- Antibióticos.
- Corticoides intranasales
- Corticoides orales
- Descongestionantes, antihistamínicos e irrigaciones nasales
- Analgésicos

SINUSITIS

DIAGNOSTICO

En pediatría es fundamentalmente clínico y se basa en la presencia de síntomas respiratorios altos más persistentes o más severos que los esperables en un catarro no complicado.

- Radiografía de senos paranasales.
- Tomografía computarizada (TC) de los senos paranasales.
- Cultivos de los senos paranasales.

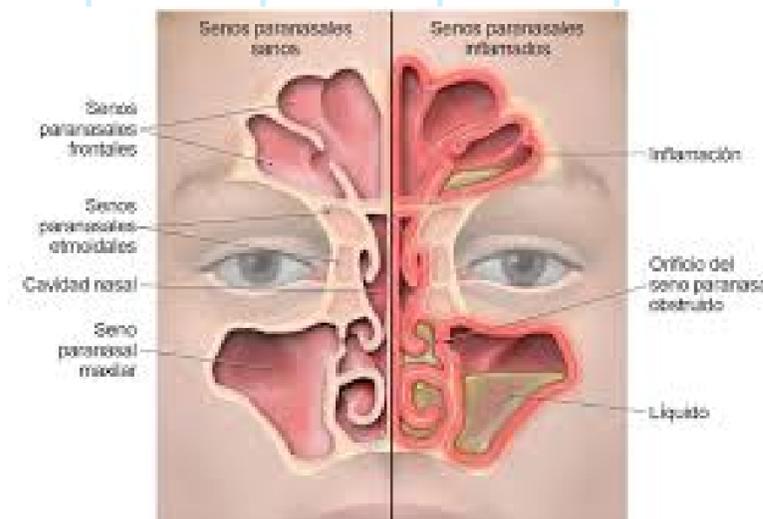
ETIOLOGIA

GERMENES

Streptococcus pneumoniae 30%, Haemophilus influenzae 30% y Moraxella catharralis 10%

OTRAS CAUSAS

Obstrucciones anatómicas: desviación del tabique nasal, hipertrofia adenoidea, pólipos nasales etc. Irritantes: tabaquismo pasivo, agua clorada etc. Cambios bruscos de presión atmosférica: vuelo y buceo.



OTITIS MEDIA

DEFINICION

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

DESCRIPCION

La otitis media aguda es una enfermedad infecto-contagiosa aguda que afecta al aparato respiratorio, cuyo síntoma típico es una tos en accesos o paroxismos.

CUADRO CLINICO

- Otalgia
- Sensación de plenitud
- Fiebre
- Antecedentes de catarro reciente

Lactantes:

- Irritable, llanto, fiebre, vómitos y llanto incontrolado

ETIOLOGIA

BACTERIAS

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

VIRUS

Virus respiratorio sincitial, influenzavirus y metapneumovirus, además de picornavirus (rinovirus, enterovirus), coronavirus y adenovirus

OTITIS MEDIA

DIAGNOSTICO

clínica
Exploración otoscópica
Exudado en oído medio
Neumatoscopia alterada

TRATAMIENTO

Tx sint. Generales
Ibuprofeno
Diclofenaco

- ATB 1ra línea
Amox
- 2da línea
Amox+Ac Clavulanico
- Si tiene alergia a las penicilina
Claritomicina
Azitromicina

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.

DESCRIPCION

La otitis media aguda es una enfermedad infecto-contagiosa aguda que afecta al aparato respiratorio, cuyo síntoma típico es una tos en accesos o paroxismos.



LARINGOTRAQUEOBRONQUITIS

DEFINICION

Inflamación de la tráquea y la laringe, causada por una infección vírica contagiosa que provoca tos, un ruido fuerte denominado estridor

DESCRIPCION

Se caracteriza por tos traqueal, estridor laríngeo inspiratorio y disfonía, estos datos clínicos conforman la triada característica de la enfermedad.

CUADRO CLINICO

Triada clasica:

- Estridor laríngeo respiratorio
- Disfonia
- Tos traqueal (Tos perruna)

ETIOLOGIA

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

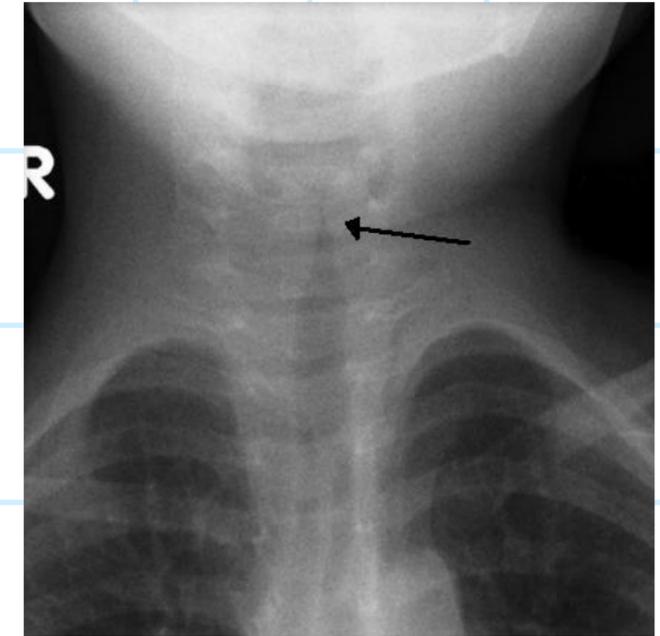
PREVALENCIA

- Mayor prevalencia en otoño e invierno
- Sexo masculino
- Incidencia maxima a 2 años de edad

LARINGOTRAQUEOBRONQUITIS

DIAGNOSTICO

La mejor forma de detectarla es a través del sonido de la tos. Además, para acabar de confirmar el diagnóstico se puede requerir de una radiografía de cuello y de tórax.



TRATAMIENTO

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

BRONQUIOLITIS

DEFINICION

El primer episodio de dificultad respiratoria bronquial distal en un niño menor de 2 años, es causada principalmente por el virus respiratorio sincitial (VRS).

CUADRO CLINICO

Tos, rinorrea, ruidos respiratorios y signos de dificultad respiratoria, su duración y su interferencia con el sueño y la alimentación

ETIOLOGIA

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), parainfluenza y virus de la gripe

DESCRIPCION

Comienza con síntomas parecidos a los del resfriado común. Pero luego comienza a empeorar y al respirar, causa tos y un sonido agudo tipo silbido, llamado sibilancia.

PREVALENCIA

Enfermedad muy frecuente en la infancia (incidencia anual del 10% en menores de 2 años), que ocasiona una importante demanda asistencial en atención primaria (frecuencia de consultas entre 4-20%) y en las urgencias hospitalarias (frecuencia de consultas entre 0,8-2,5%).

BRONQUIOLITIS

DIAGNOSTICO

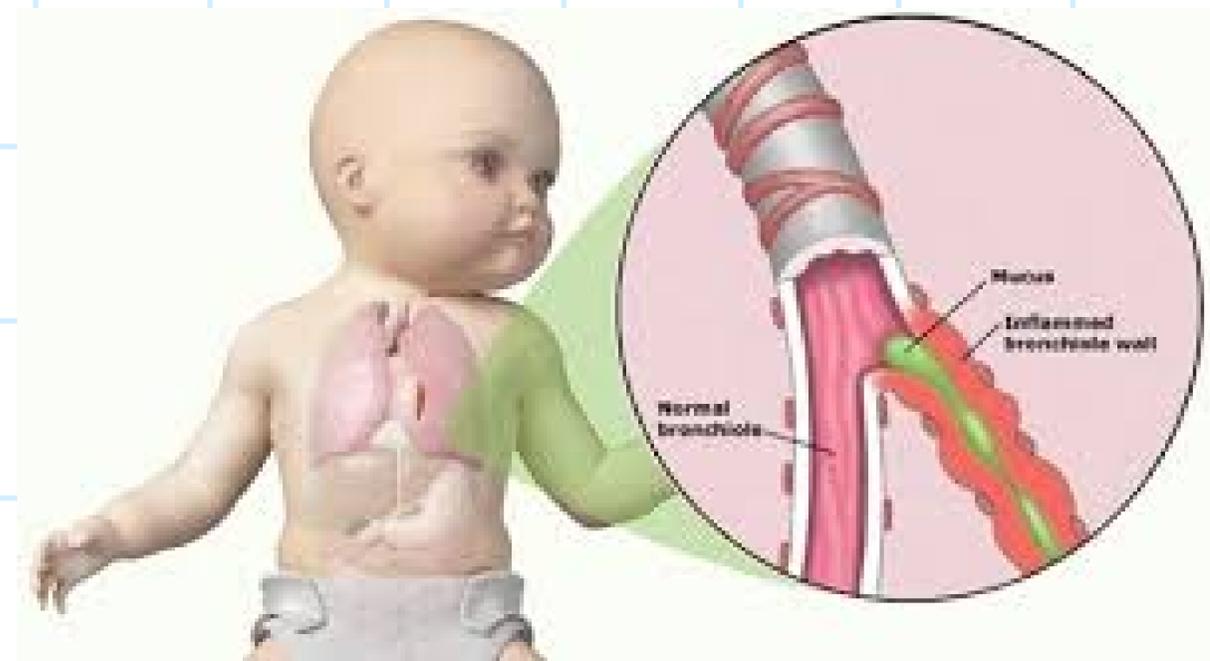
El diagnóstico es fundamentalmente con **cuadro clínico**. Se determina el nivel de oxígeno en sangre colocando un sensor en un dedo de la mano (pulsioximetría). En casos graves, algunas veces los médicos toman un frotis de la mucosidad.

Se basa en la historia clínica y el examen físico, se recomienda no realizar estudios radiológicos ni sanguíneos, a menos que el diagnóstico no sea claro o se sospeche otro proceso infeccioso.

TRATAMIENTO

El tratamiento es de sostén, con oxígeno e hidratación.

El tratamiento farmacológico, broncodilatadores, corticoides, antibióticos, antitusivos y descongestionantes.



TOSFERINA

DEFINICION

La tos ferina es una infección aguda de las vías respiratorias causada por la bacteria *Bordetella pertussis*

DESCRIPCION

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.

CUADRO CLINICO

- Rinorrea
- Febrícula
- Tos
- Estornudos
- Secreción nasal

La presentación clínica, se divide en 3 periodos:
1) Catarral
2) Paroxístico
3) Convalecencia:

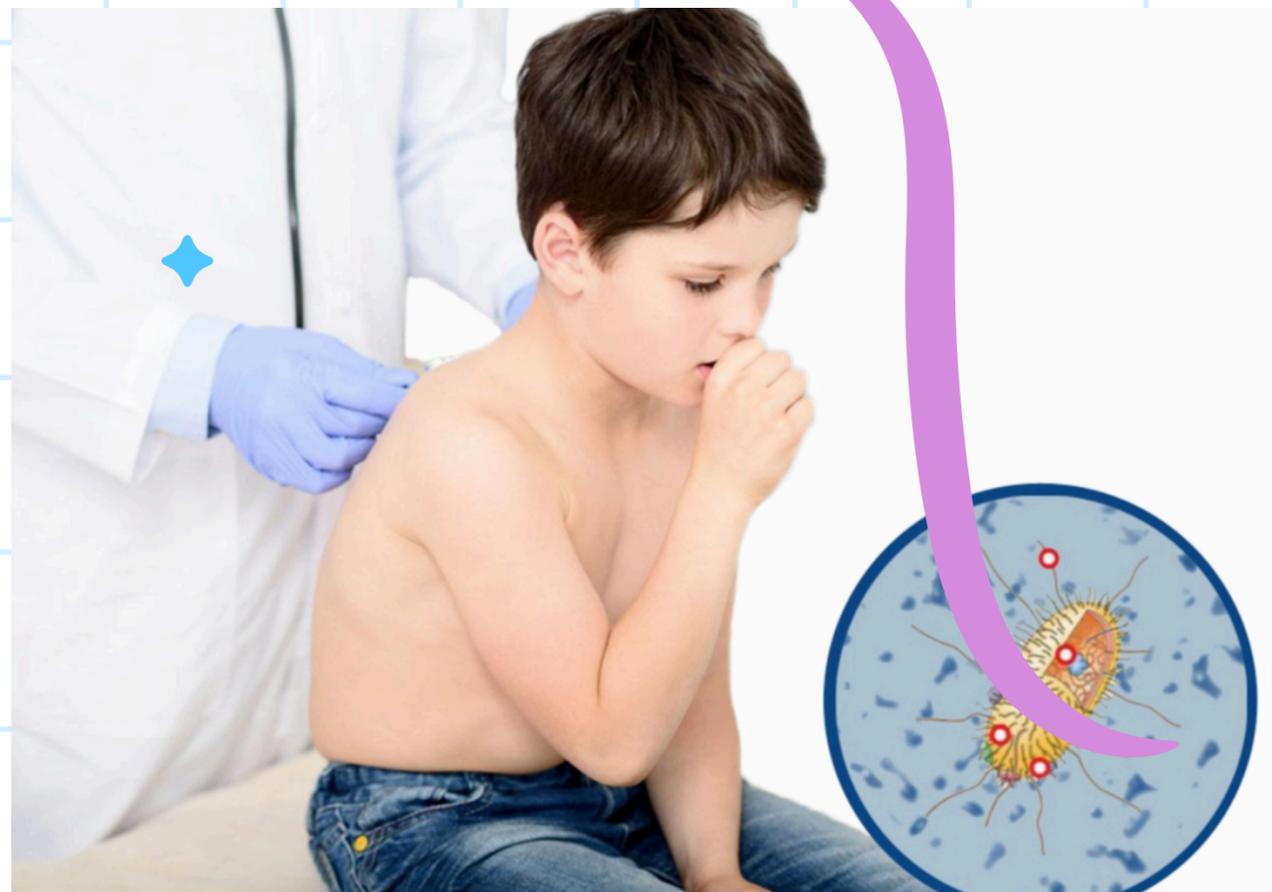
ETIOLOGIA

El agente etiológico de la tos ferina es ***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

Es una infección endémica a nivel mundial, con un patrón epidémico cíclico y altamente contagiosa. Afecta a todos los grupos de edad, con importante morbi- mortalidad en menores de 3-4 meses.

TOSFERINA



DIAGNOSTICO

cultivo de muestras nasofaríngeas, PCR (polymerase chain reaction) y pruebas serológicas.

TRATAMIENTO

Los macrólidos representan el tratamiento de elección, especialmente la azitromicina, siendo alternativas: la claritromicina, la eritromicina y el cotrimoxazol.

NEUMONIA

DEFINICION

Proceso inflamatorio del pulmón, caracterizado por la consolidación alveolar debida a la presencia de microorganismos patógenos

DESCRIPCION

Es una infección o inflamación grave en la que los sacos de aire se llenan de pus y de otros líquidos.

CUADRO CLINICO

- Fiebre
- Dolor en el pecho o estómago
- Anorexia
- Escalofríos
- Vómitos
- Cefalea
- Malestar general
- Irritabilidad

Respiratorio: Aleteo nasal, retracciones, taquipnea o quejido.
Auscultación: Estertores crepitantes, sobre todo al final de la inspiración, hipoventilación más o menos localizada y disminución del murmullo vesicular.

ETIOLOGIA

Virus: VRS, parainfluenza, influenza, adenovirus y enterovirus.

Bacterias: Streptococcus pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae, Chlamidophila pneumoniae, Haemophilus influenzae, Streptococcus pyogenes, Moraxella catharralis, Staphylococcus aureus, Chlamydia trachomatis, Coxiella burnetii, Legionella pneumophila y Chlamydophila psittaci.

PREVALENCIA

La neumonía es una de las principales causas de mortalidad infantil en países en desarrollo, con una incidencia 10 veces mayor que en los desarrollados.

NEUMONIA

DIAGNOSTICO

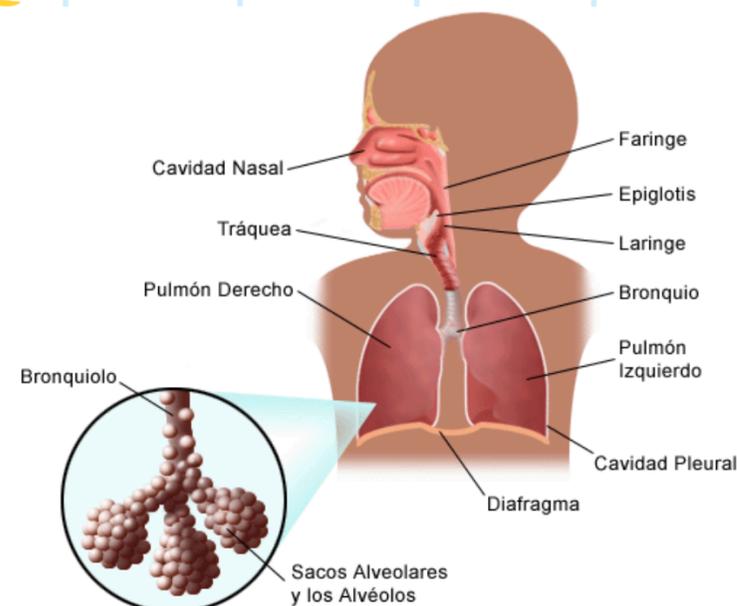
El diagnóstico de neumonía se basa en la existencia de clínica (fiebre y signos o síntomas respiratorios) e imágenes radiológicas sugestivas.

- Radiografía de tórax
- Exámenes de sangre
- Cultivo de esputo
- Oximetría de pulso
- TC de tórax
- Broncoscopia
- Cultivo de fluidos pleurales

TRATAMIENTO

- Antibióticos por vía oral o intravenosa (IV) si hay una infección bacteriana
- Administración de líquidos por vía intravenosa (IV)
- Terapia con oxígeno
- Tratamientos respiratorios

- Dieta adecuada
- Aumentar el consumo de líquidos
- Humidificador de vapor frío en la habitación de su hijo
- Paracetamol, conocido como acetaminofén, (para la fiebre y el malestar general)
- Medicamentos para la tos



Bibliografía Faringoamigdalitis

- De, D. y. T. & Aguda, F. Guía de Práctica Clínica. Gob.mx. Recuperado el 22 de mayo de 2024, de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/073GER.pdf>
- Mainou, C., Mainou, A., & Roca, A. (2006). Faringoamigdalitis en la infancia. Farmacia profesional (Internet), 20(9), 48–51. de <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-faringoamigdalitis-infancia-13094207>
- Pérez, L. O., Álvarez, J. A., & Pérez, R. P. Faringoamigdalitis aguda y sus complicaciones. Aeped.es. Recuperado el 22 de mayo de 2024, de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/4_faringoamigdalitis_aguda.pdf

Bibliografía Sinusitis

- Sinusitis in Children. Stanfordchildrens.org. Recuperado el 23 de mayo de 2024, de <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=sinusitis-in-children-90-P05170>
- Sinusitis. Aepap.org. Recuperado el 23 de mayo de 2024, de <https://www.aepap.org/sites/default/files/gvr/sinusitis-2013.pdf>
- Diagnostico y tratamiento de sinusitis aguda. Gob.mx. Recuperado el 23 de mayo de 2024, de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/080GER.pdf>

Bibliografía Otitis media

- Cañete, M. C., & Martín, D. L. (s/f). Otitis media aguda y otitis externa. Mastoiditis. Aeped.es. Recuperado el 23 de mayo de 2024, de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/6_otitis.pdf
- Hijano Bandera, F. (2003). Otitis media aguda. Anales de pediatria (Barcelona, Spain: 2003), 01, 3–9. <https://www.analesdepediatria.org/es-otitis-media-aguda-articulo-13054779>
- (S/f). Elsevier.es. Recuperado el 23 de mayo de 2024, de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-otitis-media-aguda-diagnostico-y-S0716864016301274#:~:text=La%20otitis%20media%20aguda%20es,para%20evaluar%20la%20movilidad%20timp%C3%A1nica.>

Bibliografía Laringotraqueobronquitis

- Bhatia, R. (s/f). Crup (laringotraqueobronquitis). Manual MSD versión para público general. Recuperado el 23 de mayo de 2024, de <https://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/salud-infantil/trastornos-respiratorios-en-los-lactantes-y-los-ni%C3%B1os/crup-laringotraqueobronquitis>
- Radiological Society of North America (RSNA), & American College of Radiology (ACR). (s/f). Crup. Radiologyinfo.org. Recuperado el 23 de mayo de 2024, de <https://www.radiologyinfo.org/es/info/croup>
- (S/f). Neumopediatricolombia.com. Recuperado el 23 de mayo de 2024, de <https://portal.neumopediatricolombia.com/wp-content/uploads/2022/07/laringotraqueobronquitis.pdf>

Bibliografía Bronquiolitis

- Fernández, J. B., & Calzón, N. P. (s/f). Diagnóstico y tratamiento de la bronquiolitis aguda en Urgencias. Aeped.es. Recuperado el 23 de mayo de 2024, de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/05_bronquiolitis.pdf
- (S/f). Gob.mx. Recuperado el 23 de mayo de 2024, de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/032GER.pdf>

Bibliografía Tosferina

- Pérez, Á. V., Pérez, J. L. S., & Campos, L. M. (s/f). Tosferina-pertussis (whooping cough). Aeped.es. Recuperado el 23 de mayo de 2024, de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/11_tosferina_nuevo.pdf
- Tosferina. (2018, octubre 4). Pediatría integral. <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2018-09/tosferina/>
- (S/f). Seipweb.es. Recuperado el 23 de mayo de 2024, de https://www.seipweb.es/wp-content/uploads/2019/01/Nota_SEIP_Tos_ferina_SEIP2_Nov2015.pdf

Bibliografía Neumonía

- Neumonía infantil. (s/f). Who.int. Recuperado el 23 de mayo de 2024, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>
- Pneumonia in Children. (s/f). Stanfordchildrens.org. Recuperado el 23 de mayo de 2024, de <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=pneumonia-in-children-90-P06051>