



## ***CUADRO SINÓPTICO***

**Nombre de la Alumna:** Ingrid Renata López Fino

**Nombre del tema:** Enfermedades respiratorias

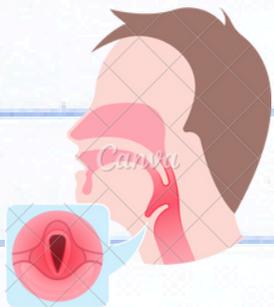
**Parcial:** III

**Nombre de la Materia:** Pediatría

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

**Nombre de la Licenciatura:** Medicina Humana

**Cuatrimestre-Semestre**



# FARINGOAMIGDALITIS



## ¿QUÉ ES?

La faringoamigdalitis aguda (FAA) es un proceso agudo febril, de origen generalmente infeccioso, que cursa con inflamación de las mucosas del área faringoamigdalar, con presencia de eritema, edema, exudado, úlceras o vesículas

## ETIOLOGÍA

La etiología más frecuente es vírica. Entre las causas bacterianas, *Streptococcus pyogenes* es el más frecuente, siendo responsable de un 5-40% de todos los casos en función de la edad.

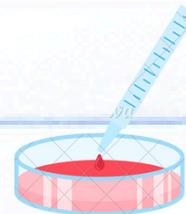
## CUADRO CLÍNICO

**INTERROGATORIO**  
Fiebre • Cefalea • Anorexia • Rinorrea y cambios en las características de la secreción nasal • Tos • Disfonia • Vómito • Dolor abdominal

**EXPLORACIÓN FÍSICA**  
Hiperemia conjuntival • Adenopatía cervical anterior • Congestión nasal • Hiperemia e hipertrofia amigdalina • Exudado amigdalino purulento • Rash o urticaria

## DIAGNOSTICO

- Escalas de predicción clínica
- Cultivo del exudado faringoamigdalino o el test de detección rápida de antígeno estreptocócico (TDRA)



## TRATAMIENTO

- Faringoamigdalitis viral**
- Paracetamol 500mg VO cada 8hs de 3 a 5 días ó
  - Naproxeno 250 mg vía oral cada 12 horas de 3 a 5 días

- Faringoamigdalitis bacteriana.**
- Penicilina benzatínica de 1,200,000 UI IM cada 21 días por 3 meses.
  - Amoxicilina ácido clavulánico 500 mg c/8 hrs. 10 días



# OTITIS MEDIA



## ¿QUÉ ES?

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

Puede ser de etiología viral o bacteriana. Los principales otopatógenos son *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* (H. influenzae), *Staphylococcus aureus* (S. aureus) y *Streptococcus pyogenes*. Los virus, en solitario, podrían causar el 30- 50% de los casos según las series. Destacan el virus respiratorio sincitial, el virus de la gripe y el metapneumovirus

## CUADRO CLÍNICO

El síntoma más característico es la otalgia, y el abombamiento timpánico y la otorrea, los signos de mayor valor.

Otros síntomas:  
En lactantes los síntomas se pueden ver limitados a irritabilidad, diarrea, vómitos o malestar general.

## DIAGNOSTICO

- El diagnóstico de OMA se basa en la clínica y la exploración otoscópica.
- Criterios de diagnóstico de OMA de La Asociación Americana De Pediatría

## TRATAMIENTO

**Control del dolor**  
s. 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)

### Tratamiento antimicrobiano

El antibiótico de elección es la amoxicilina a dosis altas



# SINUSITIS



## ¿QUÉ ES?

La sinusitis 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.

- Aguda
- Subaguda
- Crónica

## ETIOLOGÍA

Generalmente, es de etiología viral, aunque puede complicarse con una sobreinfección bacteriana (rinosinusitis aguda bacteriana [RSAB]). Las principales bacterias implicadas son *Haemophilus influenzae* no tipificable, *Streptococcus pneumoniae* y *Moraxella catarrhalis*.

## CUADRO CLÍNICO

Los síntomas clínicos de la RSAB son poco específicos y similares a los de un catarro común prolongado.

Duración de más de 10 días de evolución de síntomas sin mejoría o empeoramiento de los mismos a partir del 6.º -7.º día.  
Mucosidad, tos, cefalea, afectación del estado general.

## DIAGNOSTICO

El diagnóstico de la RSAB es clínico y habitualmente no son necesarias pruebas complementarias. La presencia de dos criterios mayores o un criterio mayor y dos o más menores. Los cultivos de aspirados nasales endoscópicos o las punciones de senos con crecimiento  $\geq 10$  UFC/ml se consideran el patrón oro para el diagnóstico.

## TRATAMIENTO

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



# LARINGOTRAQUEBRONQUITIS (CRUP)

## ¿QUÉ ES?

El crup 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.



## ETIOLOGÍA

La causa más frecuente del crup es

- Virus parainfluenza

El crup también puede tener su origen en otros virus, como el virus respiratorio sincitial (VRS) o el virus de la gripe.

## CUADRO CLÍNICO

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.

Disnea, cerca del 50% de los niños cursan con fiebre.

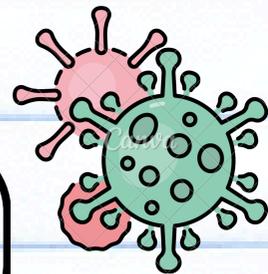
## DIAGNOSTICO

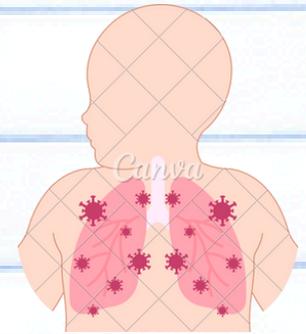
- Clínica, características de la tos.

En ocasiones, los médicos pueden solicitar radiografías del cuello y del tórax para ayudar a establecer un diagnóstico definitivo de crup.

## TRATAMIENTO

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





# BRONQUIOLITIS

## ¿QUÉ ES?

La bronquiolitis aguda (BA) se define como el primer episodio de dificultad respiratoria bronquial distal en un lactante/niño menor de 2 años, precedido de síntomas catarrales.

## ETIOLOGÍA

Es causada principalmente por el virus respiratorio sincitial (VRS). Su circulación es típicamente estacional, con un pico de máxima incidencia entre los meses de noviembre y febrero. Las infecciones por VRS afectan al 75% de los lactantes en su primer año de vida, con un pico de máxima incidencia entre los 2 y los 3 meses de edad.

## CUADRO CLÍNICO

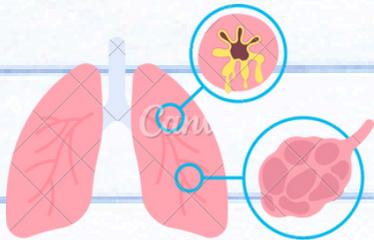
Tras un breve periodo de incubación, el cuadro clínico se inicia con síntomas de vías respiratorias altas como rinorrea, estornudos y tos, con o sin fiebre, habitualmente no muy elevada. En un periodo de 1 a 4 días, la tos se hace más persistente, apareciendo irritabilidad, rechazo de la alimentación, taquipnea, disnea espiratoria, auscultación con sibilancias y/o crepitantes y dificultad respiratoria.

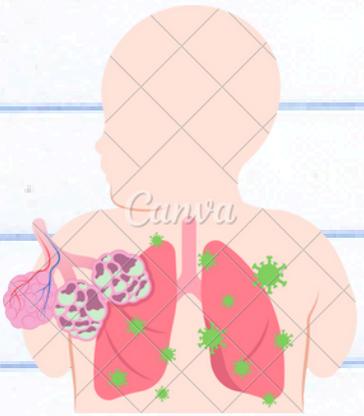
## DIAGNOSTICO

El diagnóstico de la bronquiolitis es fundamentalmente clínico, basado en la anamnesis y en la exploración física. Las pruebas complementarias no suelen ser necesarias salvo en situaciones muy concretas.

## TRATAMIENTO

Aunque con frecuencia se trata de casos con gravedad leve-moderada, algunos lactantes pueden acudir al SUP con un cuadro de insuficiencia o fallo respiratorio según el TEP, que van a requerir medidas iniciales para garantizar la permeabilidad de la vía aérea y mantener una buena ventilación. Esto incluye mantener al lactante en una postura cómoda semiincorporada, aspirar secreciones de las vías altas, administrar O<sub>2</sub> con flujos altos y en ocasiones adrenalina nebulizada.





# NEUMONIA



## ¿QUÉ ES?



La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una infección del parénquima pulmonar adquirida fuera del entorno hospitalario. Los síntomas deben tener una duración inferior a 14 días y se deben haber iniciado en pacientes que lleven 14 días sin contacto con el ambiente sanitario, o en las primeras 48 horas de un ingreso.

## ETIOLOGÍA



Desde un punto de vista práctico, las neumonías se pueden clasificar en base a su etiología en víricas (50-60%) o bacterianas (25-40%). Los agentes etiológicos más frecuentes de NAC son los virus respiratorios en los niños <4 años, *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae* en los ≥5 años y *Streptococcus pneumoniae* en todas las edades.

## CUADRO CLÍNICO



La clínica clásica de las neumonías es fiebre y tos. La fiebre es un síntoma con baja sensibilidad y especificidad y puede no estar presente o ser de bajo grado en las neumonías víricas o por bacterias atípicas. Es frecuente el dolor abdominal, especialmente en neumonías basales adyacentes al diafragma. En la exploración física, la polipnea es el síntoma más sensible para el diagnóstico de neumonía, pero es poco específico.

## DIAGNOSTICO



El diagnóstico es clínico. La Rx de tórax es la prueba diagnóstica de elección, pero no es necesaria su realización sistemática en niños previamente sanos, con clínica compatible y que no precisen hospitalización. La ecografía pulmonar es una técnica con alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de la NAC y a tener en cuenta en la actualidad.

## TRATAMIENTO



El tratamiento antibiótico se debe instaurar en pacientes con sospecha de etiología bacteriana y el tratamiento antivírico, en algunos casos de neumonía por gripe o SARS-CoV-2. En los últimos años se han publicado estudios en los que se demuestra que ciclos cortos de antibióticos son igual de eficaces que ciclos más largos en neumonías no complicadas.

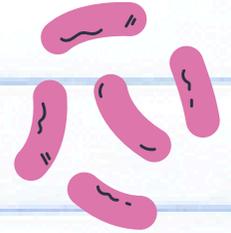


# TOS FERINA



## ¿QUÉ ES?

La tosferina o pertussis es una infección respiratoria causada por la bacteria Bordetella pertussis (B. pertussis). Es una infección endémica a nivel mundial, con un patrón epidémico cíclico y altamente contagiosa.



## ETIOLOGÍA

Es causada por la bacteria Bordetella pertussis (B. pertussis). Afecta a todos los grupos de edad, con importante morbimortalidad en menores de 3-4 meses.

## CUADRO CLÍNICO

Tras un periodo de incubación de 4-21 días, los pacientes presentan síntomas de infección respiratoria de vías altas, como rinorrea, febrícula y tos. Esta fase catarral o prodrómica puede durar de una a dos semanas.



## DIAGNOSTICO

El clásico diagnóstico de tosferina ha sido y es, fundamentalmente, clínico(6,7), ya que la comprobación microbiológica de todos los casos es actualmente inviable. Aunque mayoritariamente se usan los criterios diagnósticos de caso propuestos por la OMS o por los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de Atlanta.

## TRATAMIENTO

El tratamiento antibiótico elimina B. pertussis de nasofaringe y, por tanto, reduce el riesgo de transmisión<sup>13</sup>. El efecto de la antibioterapia sobre la duración e intensidad de la tos es controvertido, postulándose que disminuiría la duración de los síntomas. Los macrólidos representan el tratamiento de elección, especialmente la azitromicina, siendo alternativas: la claritromicina, la eritromicina y el cotrimoxazol.



## REFERENCIAS:

- Artigao, F. B., Suárez, A. B., & de Llano, B. B. Q. (n.d.). Sinusitis y sus complicaciones. Celulitis preseptal y orbitaria. Aeped.Es. Recuperado May 22, 2024, from [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/5\\_sinusitis.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/5_sinusitis.pdf)
- Bhatia, R. (n.d.). Crup (laringotraqueobronquitis). Manual MSD versión para público general. Recuperado May 22, 2024, from <https://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/salud-infantil/trastornos-respiratorios-en-los-lactantes-y-los-ni%C3%B1os/crup-laringotraqueobronquitis>
- Cañete, M. C., & Martín, D. L. (n.d.). Otitis media aguda y otitis externa. Mastoiditis. Aeped.Es. Recuperado May 22, 2024, from [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/6\\_otitis.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/6_otitis.pdf)
- Casteleiro, Á. M., Redecilla, C. M., & García, A. T. (n.d.). Neumonía adquirida en la comunidad. Aeped.Es. Recuperado May 22, 2024, from [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10\\_neumonia\\_adquirida\\_comunidad.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10_neumonia_adquirida_comunidad.pdf)
- Esposito, S., & Principi, N. (2019). Defining the aetiology of paediatric community-acquired pneumonia: an unsolved problem. *Expert Review of Respiratory Medicine*, 13(2), 153–161. <https://doi.org/10.1080/17476348.2019.1562341>

- Fernández, J. B., & Calzón, N. P. (n.d.). Diagnóstico y tratamiento de la bronquiolitis aguda en Urgencias. Aeped.Es. Recuperado May 22, 2024, from [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/05\\_bronquiolitis.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/05_bronquiolitis.pdf)
- García, M. a. L., Murua, J. K., & Callejón, A. C. (n.d.). Bronquiolitis aguda viral. Aeped.Es. Retcuperado May 22, 2024, from [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)
- Pérez, L. O., Álvarez, J. A., & Pérez, R. P. (n.d.). Faringoamigdalitis aguda y sus complicaciones. Aeped.Es. Recuperado May 22, 2024, from [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/4\\_faringoamigdalitis\\_aguda.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/4_faringoamigdalitis_aguda.pdf)
- Gobierno de México. Gob.Mx. Recuperado May 22, 2024, from <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/073GRR.pdf>