

Enfermería de la Infancia y la Adolescencia

Tema 19. Infección respiratoria de vías altas: faringoamigdalitis aguda



María Jesús Agudo Tirado
María Paz Zulueta

Departamento de Enfermería

Este tema se publica bajo Licencia:

[Creative Commons BY-NC-SA 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)



Maltrato

Creencias

- El maltrato infantil es poco frecuente.
- Tan solo ocurre cuando hay lesiones físicas, abusos sexuales o abandono.
- Los padres son malos, están enfermos o son drogadictos.
- Afecta a las clases sociales bajas/desfavorecidas.
- Los padres merecen ser castigados.
- La violencia y el amor no pueden coexistir en la misma familia.
- Los problemas psicosociales no son responsabilidad de los sanitarios.

Plan estandarizado

Faringoamigdalitis aguda

C.P.: otitis

Valoración focalizada

Diagnóstico de Enfermería:
• Conocimientos deficientes.

Intervenciones relacionadas con la prescripción médica:

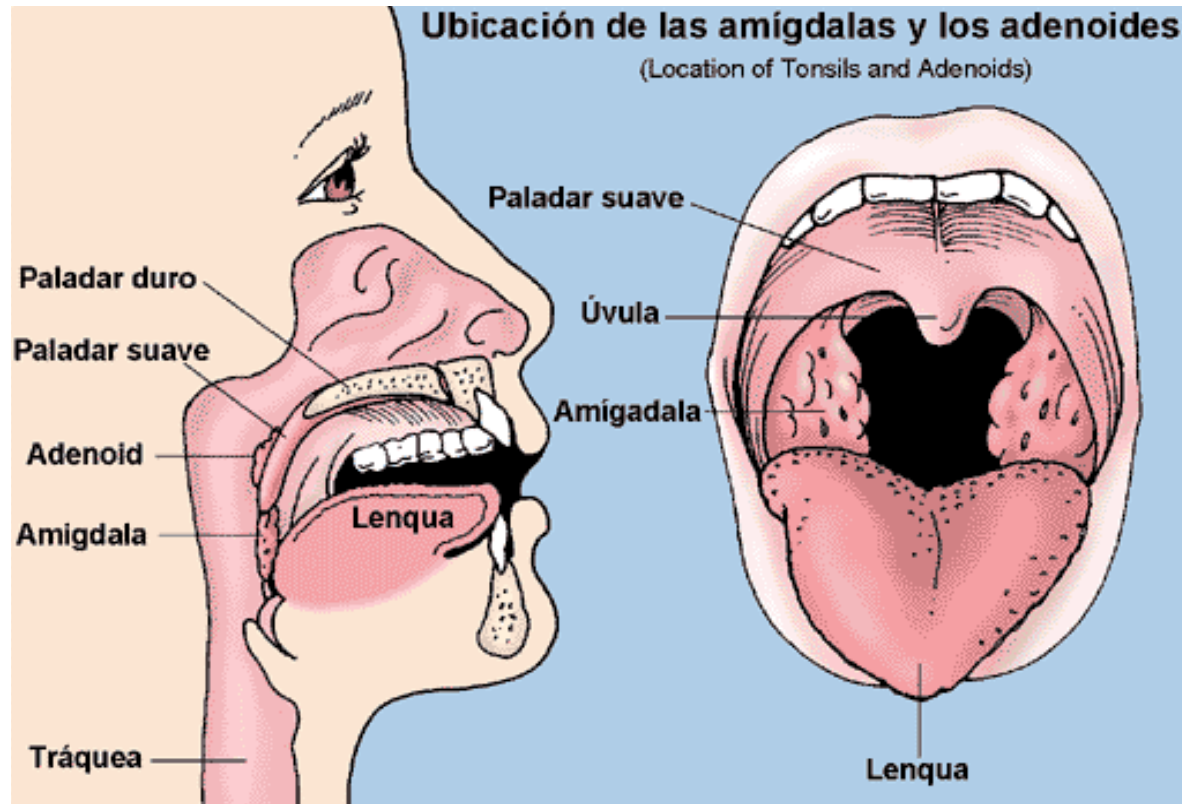
- Pruebas diagnósticas.
- Tratamiento.

Valoración focalizada

Intervenciones de enfermería

Amígdalas

Conceptos generales

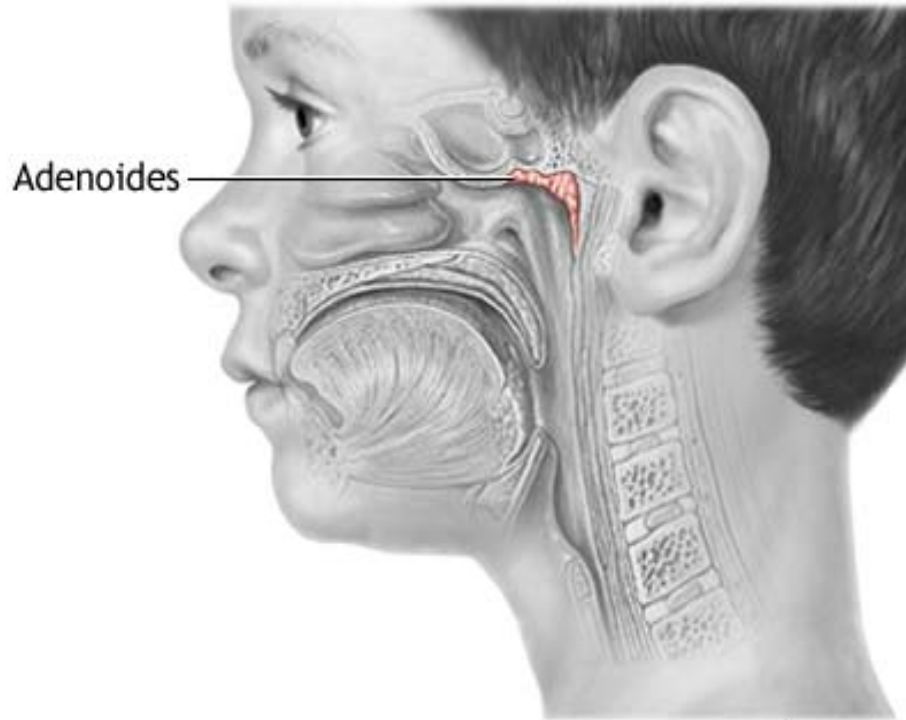


© McKerson Heeth Solutions (2002)

Masas de tejido linfoide. Intervienen en formación de anticuerpos. Filtro protector.

Amígdala adenoide

Situada detrás de los orificios nasales y frente a trompa de Eustaquio.



«Facies adenoidea» La inflamación de la adenoide obliga al niño a respirar por la boca.

Faringoamigdalitis aguda (FAA)

Epidemiología

- Máxima incidencia entre 3 y 15 años.
- Rara en menores de 1 año.
- 80% de las infecciones respiratorias son víricas.
- En invierno.
- Tendencia a curación espontánea, incluso bacterianas, no necesario antibiótico.
- La única excepción es la FAA causada por **EbhGA**.

Faringoamigdalitis aguda (FAA)

Epidemiología

- **Transmisión** por hacinamiento, contacto íntimo en colegio.
- **Periodo de incubación:** de 12 horas a 4 días.
- **Contagio:** fase aguda y semana siguiente.

Etiología de la faringoamigdalitis

Virus (60-80%)

Rhinovirus

Coronavirus

Adenovirus

Herpes simplex 1 y 2

Virus parainfluenza

Virus *Cosackie* A

Virus Epstein-Barr

Citomegalovirus

Virus de la inmunodeficiencia humana

Virus *Influenza* A y B

Bacterias

Streptococcus grupo A (5-15%)

Streptococcus grupo B y C

Anaerobios

Neiseria gonorrhoeae

Corynebacterium diphtheriae

Arcanobacterium haemolyticum

Yersinia enterocolitica

Yersinia pestis

Francisella tularensis

Otros

Mycoplasma pneumoniae

Chlamydia psitaci

Chlamydia pneumoniae

Faringoamigdalitis aguda vírica

Manifestaciones clínicas

- Conjuntivitis.
- Congestión nasal.
- Dolor de garganta leve.
- Tos, ronquera.
- Linfadenopatía cervical anterior levemente dolorosa.
- Eritema leve de faringe.
- Exudado amigdalар leve.
- **Fiebre menor de 38,3°C.**

Faringoamigdalitis aguda por EbhGA

Manifestaciones clínicas

- Insólitas en menores de 18 meses.
- Es muy raro en niños menores de 2 años.

Los niños de 6 meses a 3 años pueden tener infección por un estreptococo pero con síntomas de faringitis vírica.

Faringoamigdalitis aguda por EbhGA

Manifestaciones clínicas

- **En niños de más de 3 años:**
 - Comienzo brusco.
 - Dolor de garganta intenso asociado o no a dificultad para tragar.
 - Linfadenopatía cervical anterior dolorosa.
 - Generales: dolor de cabeza, mialgias, náuseas, vómitos y dolor abdominal.
 - **Fiebre superior a 38,3°C.**

Faringoamigdalitis aguda por EbhGA

Datos objetivos

- **En niños de más de 3 años:**

- Aliento fétido.
- Eritema difuso, **inflamación** de la faringe y úvula e hipertrofia de tejido linfoide.
- Amígdalas eritematosas, inflamadas, con exudado pultáceo o confluyente blanquecino-amarillento.
- Pápulas eritematosas, con centro pálido, en anillo “donuts” en paladar bando y duro.

Ausencia de tos, ronquera, conjuntivitis, aftas, diarrea.

Faringoamigdalitis aguda por EbhGA

Intervenciones relacionadas con la prescripción médica

Permiten instaurar tratamiento sin demora

- **Prueba de detección antigénica rápidas (PAR):**

- Obtiene tras escobillado de amígdalas y faringe.
- Hisopo de algodón seco.
- Importancia de realizar técnica correctamente.
- Detecta antígenos.
- Rápido.
- Bajo costo.

Faringoamigdalitis aguda por EbhGA

Intervenciones relacionadas con la prescripción médica

- **Examen serológico: Anticuerpos ASLO:**
 - Antiestreptolisina O.
 - Anticuerpos anti-EbhGA: niveles normales:
Entre 160 y 300 unidades/ml.
 - Aparece a la semana de infección.

- **Cultivo de garganta:**
 - Más fiable y específico.
 - Antes de tratamiento con antibióticos.

Faringoamigdalitis aguda por EbhGA/vírica

Analgésicos

Analgésicos/antipiréticos	
Ibuprofeno, VO, 10 mg/kg/dosis, cada 8 horas.	Paracetamol, VO, 15 mg/kg/dosis, cada 6-8 horas.

Faringoamigdalitis aguda por EbhGA/vírica

Tratamiento médico

Antibióticos

Situaciones	Tratamiento de elección	Alternativa
FAA por EBHGA (etiología probable o segura).	<p>Penicilina V, VO, 10 días.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 250 mg/12 horas si peso \leq 27 Kg. • 500 mg/12 horas si peso \geq 27 Kg. 	Amoxicilina, VO, 50 mg/kg/día, en 2-3 dosis, 10 días.
Alergia a la penicilina.	<p>Azitromicina, VO, 10 mg/kg/día, 5 días.</p> <p>Cefadroxilo, VO, 30 mg/kg/día, 2 dosis, 10 días.</p>	Clindamicina, VO, 15-25 mg/kg/día, en 2 dosis, 10 días.
Recaída (reaparición de síntomas en 2 a 7 días posteriores a la finalización del tratamiento).	<p>Si sospecha de recaída o reinfección volver con otro ciclo del mismo antibiótico u otro apropiado</p> <p>Amoxicilina/davulónico, VO, 40 mg/kg/día, en 3 dosis, 10 días.</p>	En caso de que varios miembros de la familia presente FA por EbhGA al mismo tiempo: cultivo faríngeo a todos y tratar los positivos.
Portador asintomático.	No indicado el tratamiento en general.	Amoxicilina/clavulónico, VO, 40 mg/kg/día, en 3 dosis, 10 días.

D.E.: conocimientos deficientes

Educación a la familia

- Importancia de llevar a cabo de forma correcta: la ingesta de fármacos a las horas y días pautados, así como las **recomendaciones de enfermería**.
- Manejo del niño/a y su medio ambiente.
- Importancia de los juegos tranquilos.
- Signos de complicaciones o empeoramiento de su salud.

Intervenciones de enfermería

- Líquidos fríos no ácidos.
- Alimentos blandos.
- Polos de zumo (**¡¡¡deshidratación!!!**).
- Humidificación.
- Gárgaras: agua + sal templada (**pulverizado**).
- Cambio de cepillo de dientes.

Faringoamigdalitis aguda por EbhGA

Complicaciones potenciales por EbhGA

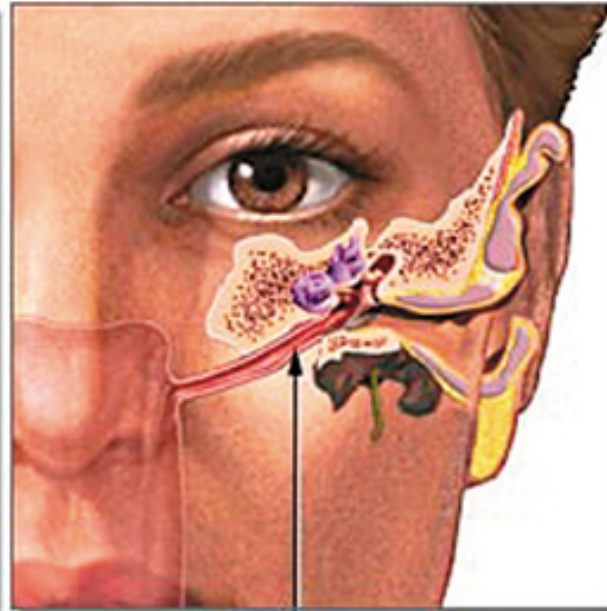
- Son raras si el tratamiento antibiótico es adecuado y bien recibido.
- **Otitis media.**
- Sinusitis.
- Mastoiditis.
- Absceso periamigdalino.
- Fiebre reumática.
- Glomerulonefritis aguda.
- Artritis reactiva.

Complicación potencial: otitis media

Bebé

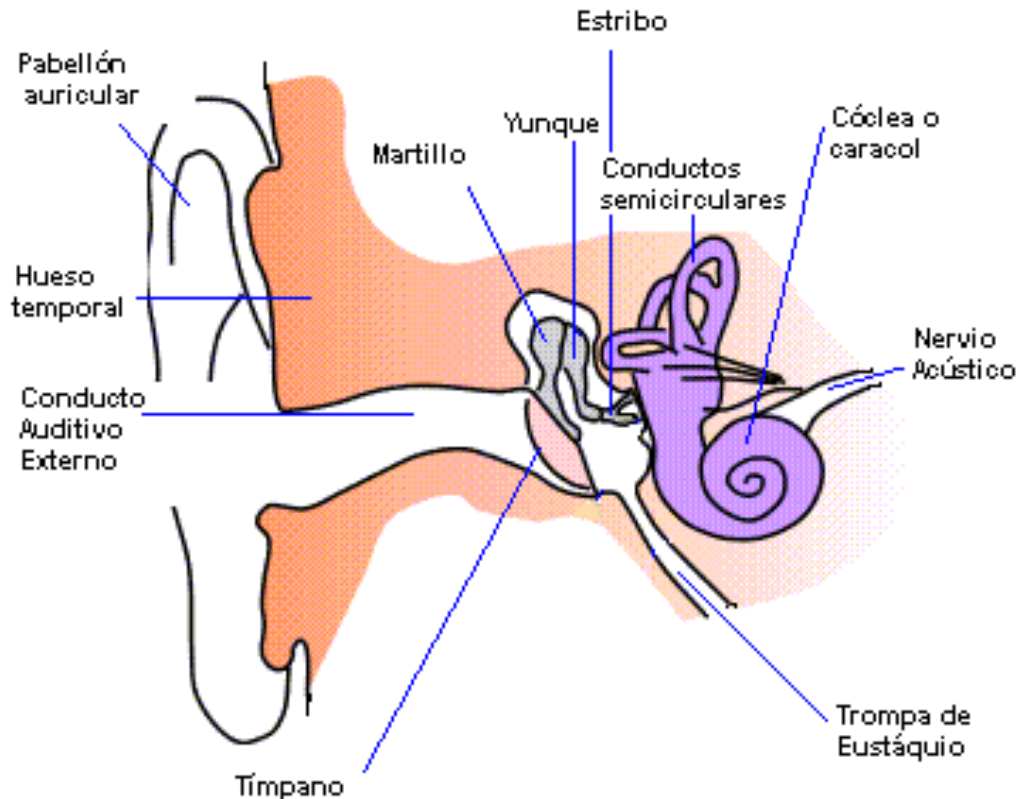


Adulto



Trompa de Eustaquio

Anatomía del oído humano



Modificación de Ear-Anatomy.pgn para es.wikipedia.

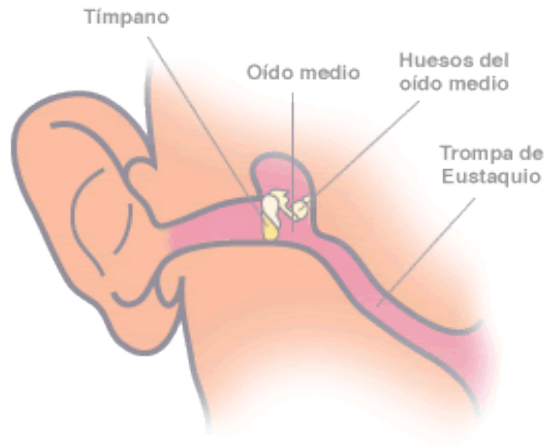
Otitis media aguda (OMA)

Puntos clave

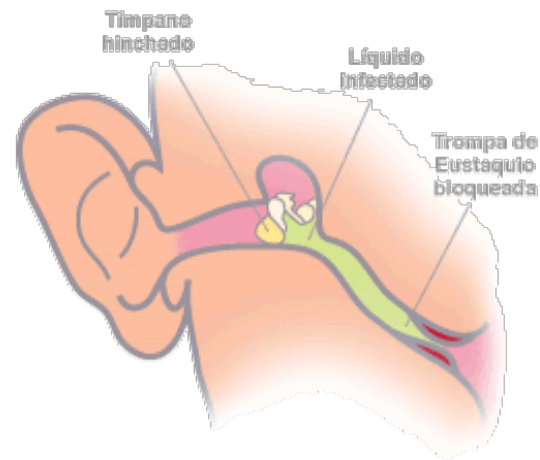
- De las infecciones más frecuentes en la infancia.
- La primera causa de prescripción de antibióticos. Gran importancia en la selección de resistentes. Su uso mejora la clínica y acorta discretamente su duración.
- Las formas recurrentes producen hipoacusia de conducción. Problemas de aprendizaje, de lenguaje y de autoestima.
- El mejor antibiótico es la Amoxicilina, a dosis altas 80-90 mg/kg/día, máximo 1,5 g/día, cubre cepas de neumococo resistente.
- Ciclos cortos (5 días) son seguros y eficaces, en niños mayores sin factores de riesgo.

Otitis media aguda (OMA)

- **Exudado:** seroso, mucoso, purulento o mixto en la cavidad media del oído.
- **Duración del exudado + síntomas permite la clasificación en:**
 - Otitis media con exudado:
 - Otitis media aguda.
 - Otitis media crónica.



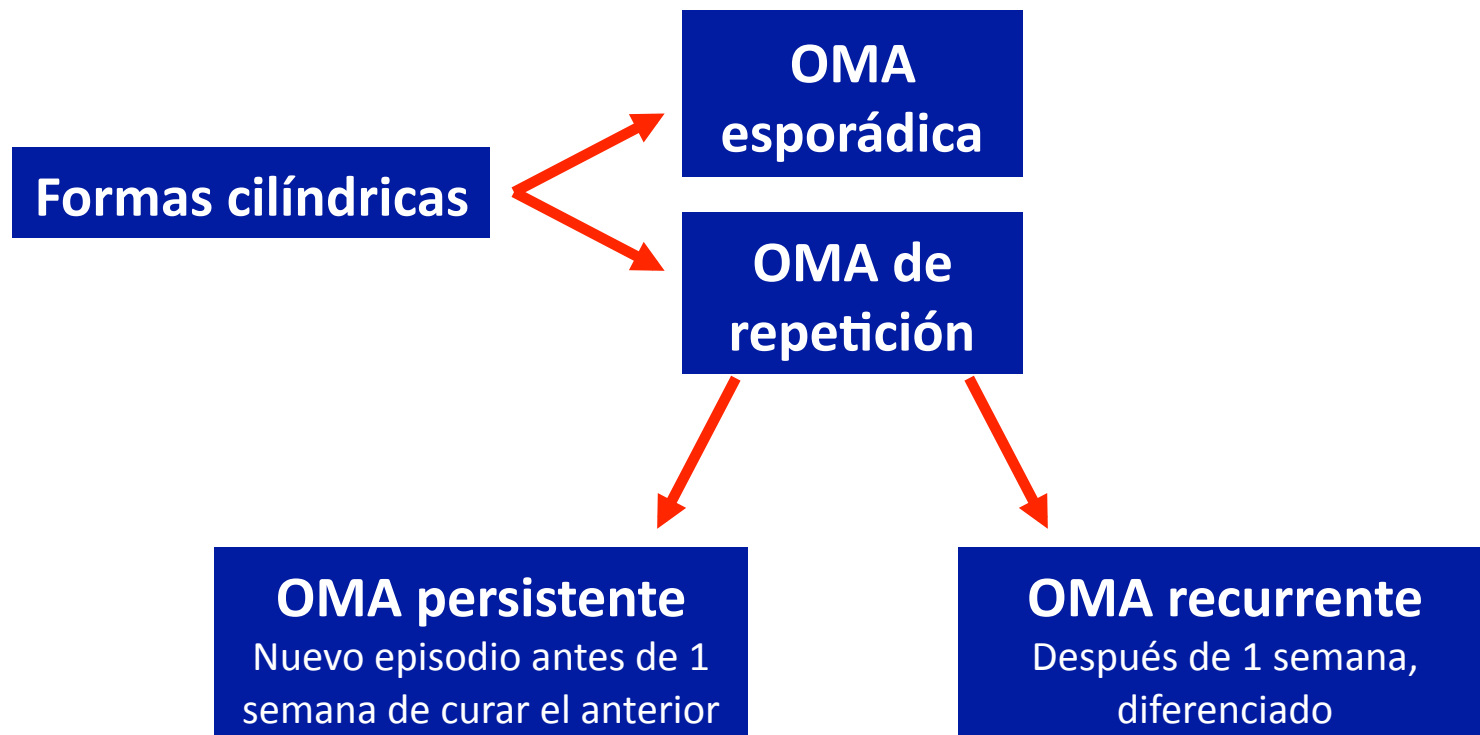
Oído normal



Otitis media aguda

Otitis media aguda (OMA)

OMA: presencia sintomática de exudado generalmente purulento en oído medio.



Microorganismos causantes	
Bacterias	<ul style="list-style-type: none"> • Neumococo. • <i>Haemophilus influenzae</i>.
Virus	<ul style="list-style-type: none"> • VRS. • Parainfluenza. • Influenza.

Factores de riesgo

Factores epidemiológicos personales	
Antecedentes familiares	Tener un hermano con historial de OMA, aumenta el riesgo. Factor hereditario de la forma y estructura de la Trompa de Eustaquio.
Sexo	Más frecuente en niños.
Primer episodio	Antes del 6° mes predispone a padecer más episodios.
Lactancia artificial	Factores protectores de la lactancia natural.

Factores de riesgo

Factores epidemiológicos ambientales	
Asistencia a guardería	Contacto con otros niños íntimo y mantenido y permanencia en lugar cerrado. Ojo: más de 10 niños.
Tabaquismo pasivo	El humo predispone a cualquier infección respiratoria en la infancia.
Clima	Más incidencia en los meses fríos.

Manifestaciones clínicas	
Inicio brusco	
Presencia de líquido en oído medio	<ul style="list-style-type: none"> • Tímpano abombado. • Movilidad timpánica limitada. • Otorrea.
Inflamación del oído medio	<ul style="list-style-type: none"> • Tímpano eritematoso. • Otalgia franca.

Intervenciones relacionadas con la prescripción médica

Pruebas diagnósticas	
Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma, PCR y bioquímica básica.
Microbiología	<ul style="list-style-type: none"> • Cultivo de exudado. • Timpanocentesis y cultivo.
Pruebas de imagen	<ul style="list-style-type: none"> • TC, RM.

Intervenciones relacionadas con la prescripción médica

- Incremento en la aparición de gérmenes resistentes.
- El tratamiento ATB se retrasa 48-72 horas tras el diagnóstico:
 - 6 meses-2 años: presentación no grave y duda dtco.
 - Mayores 2 años: presentación no grave o duda dtco.

**Insistir a los padres que traigan de nuevo al niño si:
empeora o no mejora pasados 3 días.**

Tratamiento médico

Analgésicos

Analgésicos/antipiréticos	
Ibuprofeno, VO, 10 mg/kg/dosis, cada 8 horas.	Paracetamol, VO, 15 mg/kg/dosis, cada 6-8 horas.

Intervenciones relacionadas con la prescripción médica

Tratamiento médico	
Amoxicilina	80-90 mg/kg/día, VO, cada 8 horas, 5-7 días.
Amoxicilina – Ácido clavulánico	80 mg/kg/día, VO, cada 8 horas, 7 a 10 días.
Azitromicina....	Si alergia a la penicilina.
Timpanocentesis	Si afectación importante/ fracaso tratamiento.

Tubos de timpanostomía

Recomendaciones

- Vacunas antigripales y neumococo.
- **En OMA recurrente:** Amoxicilina 20 mg/kg/1 dosis, invierno.
- Adenoidectomía.
- **En OMA persistente:** tubos de timpanostomía.



Se hace una pequeña incisión en la membrana timpánica



Se introduce un tubo para drenar el fluido

Intervenciones relacionadas con la prescripción médica

Profilaxis

- Hay fluido en el oído medio por más de 12 semanas.
- Infecciones de oído persistentes, que no mejoran después de haber utilizado los antibióticos adecuados.
- Dolor de oído persistente.
- Drenaje del oído.
- Pérdida de audición.
- Lenguaje.
- Rendimiento escolar, autoestima.

D.E.: conocimientos deficientes

Educación a la familia

- Importancia de llevar a cabo de forma correcta: la ingesta de fármacos a las horas y días pautados, así como las **recomendaciones de enfermería**.
- Manejo del niño/a y su medio ambiente.
- Importancia de los juegos tranquilos.
- Signos de complicaciones o empeoramiento de su salud.

Intervenciones de enfermería

Aislar	No poner en contacto con otros niños (guardería). Enseñar a toser y el uso de pañuelos desechables. Todo utensilio debe ser uso individual.
Dieta líquida/blanda	Comida blanda, líquidos templados y no ácidos, con alto contenido en calorías.
Plano inclinado	Favorece la respiración y evita el paso de secreciones al oído medio.
Medidas físicas si fiebre	Ropa Ligera, baños de esponja/inmersión, ingestión de líquidos.
Si adenopatías y otalgia	Paños de calor seco en el oído y, calor o frío, en adenopatías.
Niños/as mayores	Gárgaras con agua y sal, maniobra de Valsalva, inflar globos.
Si rotura timpánica:	Higiene. Evitar que entre agua en el oído, tapones.