



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

**INFORME FINAL MODALIDAD EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL**

“FARINGOAMIGDALITIS VIRAL EN PEDIATRÍA”

AUTOR: SARA ISABEL BRACHO EGAS

DIRECTOR: DR. HENRY PAUL SAMANIEGO PINEDA

ASESOR: DR. LEONARDO NICOLAY ESPINOZA NEGRETE

Ibarra-Ecuador

2024



IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	100451823-7		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Bracho Egas Sara Isabel		
DIRECCIÓN:	Los Ceibos - Ibarra		
EMAIL:	sibrachoe@utn.edu.ec		
TELÉFONO FIJO:	062-956116	TELÉFONO MÓVIL:	0993324403

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	Faringoamigdalitis viral en pediatría
AUTOR (ES):	Bracho Egas Sara Isabel
FECHA: DD/MM/AAAA	06/08/2024
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> GRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
TITULO POR EL QUE OPTA:	Médico General
ASESOR /DIRECTOR:	Dr. Leonardo Nicolay Espinoza Negrete /Dr. Henry Paul Samaniego Pineda

CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 29 días del mes de agosto de 2024

EL AUTOR:



Firmado electrónicamente por:
SARA ISABEL
BRACHO EGAS

Sara Isabel Bracho Egas



CERTIFICACIÓN DEL DOCENTE DE TRABAJO DE TITULACIÓN II MODALIDAD EXAMEN COMPLEXIVO

Ibarra, 29 de agosto de 2024

Dr. Henry Paul Samaniego Pineda

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICA:

Haber revisado el presente informe final del trabajo de Integración Curricular, el mismo que se ajusta a las normas vigentes de la Universidad Técnica del Norte; en consecuencia, autorizo su presentación para los fines legales pertinentes.



Firmado electrónicamente por:
**HENRY PAUL
SAMANIEGO PINEDA**

DR. HENRY PAUL SAMANIEGO PINEDA

C.C.: 1003838438

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**CARRERA DE MEDICINA****APROBACIÓN DEL COMITÉ CALIFICADOR**

El Comité Calificado del trabajo de Integración Curricular “Faringoamidalitis viral en pediatría” elaborado por Sara Isabel Bracho Egas, previo a la obtención del título del Médico General, aprueba el presente informe de investigación en nombre de la Universidad Técnica del Norte:



Firmado electrónicamente por:
**HENRY PAUL
SAMANIEGO PINEDA**

Dr. Henry Samaniego Pineda

C.C.: 1003838438



Firmado electrónicamente por:
**LEONARDO NICOLAY
ESPINOZA NEGRETE**

Dr. Leonardo Nicolay Espinoza Negrete

C.C.: 1712169356



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA



DEDICATORIA

A mis padres cuyo esfuerzo incansable y apoyo constante han sido la base de todos mis logros, este trabajo es el reflejo de su dedicación y sacrificio. A mi madre por ser el pilar de mi vida, por su dedicación, trabajo constante y su amor inagotable, es mi mayor ejemplo de constancia y sacrificio. A mi padre, por su apoyo constante en cada decisión, brindándome el respaldo necesario para seguir adelante con seguridad. A mi hermano Esteban, por inspirarme siempre a mejorar y superarme, gracias por ser un excelente ejemplo. A mis hermanos Diego y Mari por sus consejos, su presencia y confianza han sido esenciales en cada paso de este progreso. A mi sobrina Danna y mi primo Mati por ser mi fuente de amor y alegría infinita.

Sara Isabel Bracho Egas



AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por tener planeado un propósito para mí y permitirme estudiar esta carrera, por ser mi prueba diaria de guía, protección, sabiduría, amor y gratitud.

A todos los docentes que con mucho empeño y motivación supieron brindarnos su conocimiento, su compromiso con la educación seguirá formando grandes profesionales.

A mis primas Andre y Anita por su cariño y por hacerme sentir siempre su apoyo incondicional a la distancia en todo momento.

Al Dr. Leonardo Espinoza su asesoría, experiencia, dedicación y consejos han sido muy importantes durante la formación académica que nos ha brindado.

A los amigos que me regaló la universidad, gracias por todos los momentos compartidos, su compañía y motivación han hecho de este viaje académico una experiencia inolvidable.

Sara Isabel Bracho Egas



RESUMEN

El presente caso clínico se trata sobre una paciente femenina de 2 años y 2 meses de edad con antecedente de taquipnea transitoria del recién nacido acude con su madre a consulta refiriendo que la paciente presenta desde hace 3 días tos esporádica. En las últimas 24 horas, la tos moviliza secreciones, con odinofagia que ha llevado a rechazar alimentos. Presenta prurito ocular ocasional y epífora sin secreción purulenta, además presentó febrícula, la paciente no recibió medicación a la paciente. En el examen físico los signos vitales son normales para su edad y sexo, las medidas antropométricas y evaluación nutricional se encuentran dentro de la normalidad, como datos positivos del examen físico se encuentra: conjuntiva bulbar transparente ligeramente hiperémica, epífora leve bilateral de consistencia hialina no purulenta, fosas nasales con mínima presencia bilateral de secreción nasal hialina orofaringe edematosa, eritematosa sin exudado pultáceo, amígdalas hipertróficas y eritematosas, no se evidencian lesiones en la mucosa ni en los pilares amigdalinos, sin goteo retronasal y ganglios submaxilares derechos, moderadamente dolorosos, suaves y móviles, con límites bien definidos (1cm x 1cm). Los análisis de laboratorio muestran, biometría hemática con leucocitosis-linfocitosis, PCR y VSG normales. Se decide administrar paracetamol para control de la febrícula y odinofagia, además de medidas no farmacológicas; descanso y mantener una hidratación adecuada.

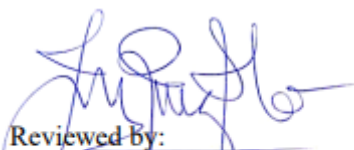
Palabras clave: pediatría, infección respiratoria, faringoamigdalitis, evaluación nutricional pediátrica, esquema de vacunación pediátrico, linfocitosis.



ABSTRACT

This clinical case involves a 2-year and 2-month-old female patient with a history of transient tachypnea of the newborn. She presents with a sporadic cough that began three days ago, which has progressed in the last 24 hours to include secretion mobilization and odynophagia, leading to food refusal. The patient also experiences occasional ocular pruritus and epiphora without purulent discharge, along with a recent fever, for which she has not received any medication. On physical examination, her vital signs are normal for her age and sex. Anthropometric measurements and nutritional assessment are within normal limits. Notable physical findings include mildly hyperemic but transparent bulbar conjunctiva, mild bilateral epiphora with non-purulent, hyaline secretions, and minimal hyaline nasal discharge. The oropharynx is edematous and erythematous without pustular exudate; tonsils are hypertrophic and erythematous without mucosal or tonsillar pillar lesions. No retro-nasal drip is observed. The right submaxillary lymph nodes are moderately tender, soft, mobile, and well-defined, measuring 1 cm x 1 cm. Laboratory tests reveal leukocytosis with lymphocytosis, while CRP and ESR are within normal ranges. The treatment plan includes administering paracetamol for fever and odynophagia, along with non-pharmacological measures such as rest and adequate hydration.

Keywords: Pediatrics, respiratory infection, pharyngotonsillitis, pediatric nutritional evaluation, pediatric vaccination schedule, lymphocytosis.


Reviewed by:
MSc. Luis Paspuezán Soto
CAPACITADOR-CAI
August 23rd, 2024



ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	Datos de filiación.....	11
2.	Motivo de consulta	11
3.	Antecedentes personales.....	11
3.1.	Antecedentes personales patológicos	11
3.2.	Antecedentes quirúrgicos	12
3.3.	Alergias.....	12
3.4.	Antecedentes prenatales	12
3.5.	Antecedentes natales	12
3.6.	Antecedentes posnatales	13
3.7.	Inmunización	13
3.8.	Hábitos tóxicos	13
3.9.	Hábitos fisiológicos	13
4.	Antecedentes familiares.....	14
5.	Historia psicosocial	14
5.1.	Caracterización de la familia.....	14
5.2.	Funcionamiento de la familia.....	14
5.3.	Condiciones materiales y de vida.....	14
5.4.	Red de apoyo	15
5.5.	Otros riesgos	15
6.	Enfermedad actual.....	15
7.	Examen físico.....	15
7.1.	Examen físico general.....	15
7.2.	Examen físico regional.....	16
7.3.	Examen físico por sistemas	18
8.	Diagnóstico sindrómico.....	20
8.1.	Síndrome respiratorio de la vía aérea superior agudo.....	20
8.2.	Síndrome rinoconjuntival agudo	20
9.	Diagnóstico diferencial.....	21
9.1.	Laringitis viral aguda	21



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA



9.2.	Sinusitis viral aguda.....	21
9.3.	Rinitis viral aguda (resfriado común).....	21
9.4.	Faringoamigdalitis Bacteriana Aguda.....	22
9.5.	Faringoamigdalitis viral aguda.....	22
10.	Diagnóstico presuntivo.....	22
11.	Exámenes complementarios.....	22
12.	Diagnóstico definitivo.....	23
13.	Tratamiento.....	23
13.1.	Tratamiento farmacológico.....	23
13.2.	Tratamiento no farmacológico.....	23
14.	Recomendaciones.....	23
	Referencias.....	25
	Anexos.....	26



DISCUSIÓN DE CASO CLÍNICO

1. Datos de filiación

Nombre completo:	XXXXXX XXXXX
Edad:	2 años y 2 meses
Sexo:	Femenino
Etnia:	Mestiza
Religión:	Católica
Grupo sanguíneo:	ORH+
Lateralidad:	Derecha
Orientación sexual:	No aplica
Identidad de género:	No aplica
Discapacidad:	Ninguna
Estado civil:	No aplica
Ocupación:	No aplica
Instrucción:	No aplica
Residencia habitual:	Urbano
Teléfono:	XXXXXXXX

2. Motivo de consulta

- “Tos por 3 días”
- “Dolor al tragar los alimentos”
- “Lagrimo de los ojos”

3. Antecedentes personales

3.1. Antecedentes personales patológicos

- Taquipnea Transitoria del Recién Nacido.

**3.2. Antecedentes quirúrgicos**

Niega.

3.3. Alergias

No refiere.

3.4. Antecedentes prenatales

- Controles prenatales: 9
- Ecos: 9
- Ácido fólico: sí, 400 microgramos a partir del momento de confirmación del embarazo (3 semanas de embarazo).
- Hierro: sí, 60 mg de hierro elemental diario desde los 3 meses de embarazo hasta 3 meses postparto
- Vacunas maternas: esquema de vacunación de la madre completo (aplicación de antitoxina tetánica, 1era dosis: SG 18, 2da dosis 27 SG.
- Complicaciones durante el embarazo: no refiere
- Tipo de sangre de la madre: ORH +.

3.5. Antecedentes natales

- Sexo: femenino.
- Edad gestacional: 38,6 semanas.
- Tipo de parto: cesárea electiva.
- Medidas antropométricas: P: 3000 gr, PC: 34,5cm Talla: 50cm.
- Apgar: 8-9.
- Tipo de sangre: ARH +.
- Llanto inmediato: sí.
- Apego precoz: niega.
- Alojamiento conjunto: sí.



3.6. Antecedentes posnatales

a) Historia de la alimentación:

- Lactancia materna exclusiva: desde el segundo día de nacida hasta los 2 años.
- Leche de fórmula: consumo durante 1 día en neonatología.
- Alimentación complementaria: 6 meses de edad.

b) Desarrollo psicomotriz:

- Test de Denver con resultado: desarrollo psicomotor acorde a la edad. “ver anexo A”

c) Administración de micronutrientes:

- Micronutrientes en sobre (Chis paz): inició a los 6 meses con la alimentación complementaria, total de 90 sobres por 6 meses consecutivos.
- Última administración de megadosis de Vitamina A: 200.000 UI (4 cápsulas): a los 2 años en última cita de control de niño sano.

3.7. Inmunización

Actualizada. “ver anexo B”

3.8. Hábitos tóxicos

No refiere.

3.9. Hábitos fisiológicos

- Alimentación: 5 veces al día, dieta mixta: lácteos, carnes rojas, carnes blancas, huevo, leguminosas (chochos, fréjol, lenteja, habas), frutas, hortalizas, cereales, pastas, tubérculos.
- Hidratación: ingesta de aproximadamente 500-600 de líquidos al día. Principalmente bebe agua y leche de vaca.
- Defecatorio: 2 veces (Bristol 4).
- Miccional: 4 veces al día.
- Hábitos de sueño: 10 horas de sueño nocturno bueno sin interrupción y 2 horas de siesta vespertina.



4. Antecedentes familiares

No refiere.

5. Historia psicosocial

5.1. Caracterización de la familia

- Tamaño: pequeño (2 a 3 miembros).
- Ontogénesis: familia nuclear.
- Número de generaciones: bigeneracional.
- Etapa del ciclo vital: familia en extensión.

5.2. Funcionamiento de la familia

- Puntuación FF-SIL: Resultado del instrumento de auto evaluación; 60 puntos: Familia Funcional. “ver anexo C”

5.3. Condiciones materiales y de vida

- Condiciones de la vivienda: vivienda con condiciones estructurales adecuadas, pero no cuenta con taponés para tomacorrientes. Casa de dos pisos de bloque de cemento; estucado y pintado, piso de baldosa, con tres habitaciones, sala, cocina y dos baños. Segundo piso de la vivienda cuenta con barandillas y pasamanos de altura adecuada que evita caídas accidentales, luz y ventilación adecuada. No presenta problemas de hacinamiento.
- El equipamiento doméstico incluye acceso a agua potable, electricidad y electrodomésticos básicos (refrigerador, estufa, etc).
- Calidad del agua de consumo: agua potable.
- Eliminación de desechos: alcantarillado.
- Animales intradomiciliarios: sí, un perro.

**5.4. Red de apoyo**

- Red familiar: adecuada, no refiere violencia intrafamiliar.
- Red de amigos y vecinos: adecuada.

5.5. Otros riesgos

No refiere.

6. Enfermedad actual

Paciente femenina de 2 años y 2 meses de edad acude con su madre al servicio de emergencia refiriendo, que la paciente presenta tos esporádica desde hace 3 días, de predominio nocturno ocasionalmente interrumpiendo el descanso, la tos no es cianotizante ni emetizante, como causa aparente menciona posible contagio en centro infantil. En las últimas 24 horas refiere que la tos moviliza secreciones, además se acompaña de odinofagia rechazando los alimentos, la madre comenta que por primera vez la paciente presentó prurito ocular ocasional acompañado de epífora sin secreción purulenta, madre tomó la temperatura de la paciente y tenía 37,7°C por lo que colocó un paño húmedo en la región frontal. Madre de la paciente informa que no ha administrado ningún medicamento. Al momento la paciente se encuentra irritable

7. Examen físico**7.1. Examen físico general**

- **Constantes vitales:**
 - TA: 100/60 mmHg
 - FC: 115 lpm
 - FR: 28 rpm
 - SatO₂: 95% (FiO₂ 21%)
 - T° Axilar: 37,6



▪ **Antropometría y evaluación nutricional: “ver Anexo 4”**

- Peso: 12 kg
- Altura: 87 cm
- IMC: 15,9 kg/m² (normo peso)
- Perímetro cefálico: 48 cm

Piel; normo coloreada, normo térmica, hidratada sin pliegue cutáneo prolongado, lisa, grosor y movilidad normal, higiene adecuada, sin lesiones actuales, presenta marcas residuales de cicatrización por picaduras de pulgas en el abdomen.

Faneras; cabello con buena higiene, color castaño, con distribución normal acorde a la edad, sexo y raza. Uñas con superficie dorsal ligeramente convexa, normo coloreadas, tiempo de llenado capilar de 2 segundos sin presencia de lesiones.

Tejido celular subcutáneo; sin infiltraciones, prominencias óseas visibles, sin godet a la presión.

7.2. Examen físico regional

Cabeza (cráneo y cara): cráneo normocefálico, sin depresiones, protuberancias ni cicatrices, no dolor a la palpación.

Ojos: simétricos, distancia interpupilar normal, pupilas isocóricas (4 mm de diámetro), fotoreactivas a la luz, escleras blancas, conjuntiva palpebral húmeda y sin lesiones, conjuntiva bulbar transparente ligeramente hiperémica, córnea lisa, clara, transparente, iris color marrón oscuro, aparato lagrimal; puntas visibles con epífora leve bilateralmente, saco y glándula lagrimal ligeramente palpables y sensibles.

Nariz: tabique nasal central, permeabilidad nasal bilateral, sin hipertrofia en cornetes, vestíbulo nasal, con mínima presencia bilateral de secreción nasal hialina.

Senos paranasales: transiluminación de los senos paranasales maxilares adecuada, sin presencia de dolor a la digito presión en los puntos de los senos paranasales maxilares.

**Oído;**

implantación adecuada de pabellón auricular derecho e izquierdo simétricos, piel íntegra, no presenta dolor a la palpación del trago y la región mastoidea, conducto auditivo externo permeable, sin signos de inflamación, ni secreción, cerumen amarillo claro y suave, membrana timpánica anacarada con superficie continua sin lesión.

Boca: sin cianosis peribucal, mucosas orales normo coloreadas, húmedas, sin lesiones, paladar blando y duro sin interrupciones, sin evidencia de frenillo sublingual, dentadura de 20 piezas dentales temporales.

Orofaringe: edematosa, eritematosa sin exudado pultáceo, amígdalas hipertróficas y eritematosas, no se evidencian lesiones en la mucosa ni en los pilares amigdalinos, sin goteo retranasal.

Cuello: simétrico en longitud y diámetro, posición central, glándula tiroides no visible, sin alteración de la sensibilidad, sin edema o alteraciones de la tonalidad de la piel, ganglios del cuello no palpables excepto de los ganglios submaxilares derechos, moderadamente dolorosos, suaves y móviles, con límites bien definidos (1cm x 1cm), sin presencia de ingurgitación yugular, ni signos de irritación meníngea.

Tórax: mamas infantiles simétricas en forma y tamaño, piel sin eritema, edema ni lesiones, areola punteada de aproximadamente 18 mm de diámetro de color marrón pálido, pezones en cantidad de dos ubicados en línea media clavicolar, formación normal, no se evidencia retracción ni secreción, glándulas mamarias palpables de aproximadamente 8 mm de diámetro, Axilas; piel sin eritema ni lesiones, a la palpación no presenta dolor, no evidencia de masas ni adenopatías.

Abdomen: ligeramente prominente adecuado para la edad, no distendido, no equimosis ni lesiones, movimiento abdominal que se sincroniza con la respiración, no se visualiza masas, o protrusiones con la respiración espontánea, ruidos hidroaéreos activos, cortos, de tono suave y bajo en todos los cuadrantes, en número de 8 en 30 segundos. Abdomen suave y depresible, sin dolor a la palpación superficial y profunda, sin evidencia de masas o visceromegalias, sin signos apendiculares o de irritación peritoneal, predominio de timpanismo en los 9 cuadrantes,



matidez en el cuadrante superior derecho sobre la región hepática hasta el nivel del reborde costal derecho, percusión sin signos de distensión, masas o líquido libre.

Columna vertebral: paciente en bipedestación con postura simétrica y alineada, se observan curvas fisiológicas de la columna, sin asimetrías en la altura de los hombros, cintura pélvica o pliegues lumbares, se palpan los procesos espinosos a lo largo de la columna vertebral, sin deformidades o sensibilidad anormal, columna vertebral muestra buena flexibilidad durante la movilización activa y pasiva.

Extremidades: miembros superiores e inferiores; simétricos y móviles, no edematizados.

7.3. Examen físico por sistemas

▪ Sistema osteomioarticular (SOMA)

Marcha fluida y coordinada; presenta genu valgo, no se observa pie plano. Estructura ósea con forma y eje longitudinal intactos, huesos visiblemente resistentes y estables sin tumefacción ni edemas. Músculos simétricos, con contornos uniformes, fuerza, tono y trefismo preservados. Articulaciones con rango de movilidad activo y pasivo mantenido. Amplitud de movimientos articulares adecuada. Sin deformidades osteomioarticulares visibles ni palpables.

▪ Exploración del tórax y del sistema respiratorio

Tórax simétrico, corto y cilíndrico adecuado para la edad, respiración costo-abdominal, con ritmo regular tranquilo y evidente. Expansibilidad torácica adecuada, frémito táctil conservado poco intenso, a la percusión sonoridad pulmonar normal, a la auscultación; ruidos pulmonares conservados y audibles; soplo glótico, respiración bronco vesicular y murmullo vesicular.

▪ Exploración del sistema circulatorio

Latido de punta no visible, sin deformidades ni movimientos pulsátiles. Choque de la punta palpable en el cuarto espacio intercostal, en la LMC, sin movimientos pulsátiles, frémitos, thrills, ni roces. Área cardiaca percutible dentro de límites normales. Ruidos cardiacos normales, rítmicos, de buen tono e intensidad, sin ruidos accesorios, soplos ni roces.

▪ Sistema arterial periférico



Pulsos carotideo, radial, pedio, femoral, poplíteo y pedio palpables, rítmicos, firmes, fuertes y sincrónicos.

- **Sistema venoso periférico**

Sin várices ni microvárices en los miembros inferiores; no hay evidencia de circulación colateral, ingurgitación yugular ni reflujo hepatoyugular. Pulso yugular no visible. Presión venosa central: no evaluada.

- **Exploración del sistema nervioso**

Paciente alerta, irritable, responde activamente a estímulos visuales y auditivos. Orientación: reconoce a los cuidadores y responde a estímulos familiares, se comunica con su madre a través del lenguaje comprensivo y gestos, sigue instrucciones simples.

Reflejos osteotendinosos simétricos y presentes; los reflejos rotuliano y aquileo se evocan correctamente sin indicios de hiperreflexia ni hiporreflexia. Estímulos táctiles que generan respuestas adecuadas, manifestadas a través de reacciones apropiadas ante el contacto suave o la presión en diferentes partes del cuerpo, sin alteraciones en la sensibilidad táctil ni en la percepción del dolor, sugiriendo función sensorial normal.

- **Exploración del sistema digestivo**

Mordida de borde a borde sin maloclusión. Mucosas; labial, yugal y gingival normo coloreadas, húmedas y brillantes. Lengua normo coloreada, ligeramente saburral, húmeda, bien papilada, situada en la línea media durante la protrusión, sin fasciculaciones. Paladar duro de forma, configuración y color normales. Úvula y paladar blando se elevan normalmente al decir "aaaa". Sin evidencia de petequias en paladar duro y blando. Parótidas no palpables. Tacto rectal no evaluado.

- **Exploración del sistema linfático y bazo**

Bazo no visible, sin agrandamientos anormales en hipocondrio izquierdo. No se evidencian masas, sin dolor a la palpación, borde de bazo no palpable por debajo del reborde costal izquierdo en posición supina ni en decúbito lateral izquierdo. Matidez esplénica dentro de los límites anatómicos bajo las costillas izquierdas IX, X y XI. Ganglios linfáticos cervicales,



axilares, inguinales son palpables, de tamaño normal y con consistencia blanda y móvil, sin signos de inflamación, aumento de tamaño, sensibilidad dolorosa ni adherencia a planos profundos.

- **Exploración del sistema urinario**

Sin evidencia de tumoraciones o masas en los hipocondrios y flancos. Riñones no palpables, ni sensibilidad alterada.

- **Exploración del sistema genital femenino**

Apariencia externa normal de los genitales externos femeninos, sin signos de inflamación, enrojecimiento, secreciones anormales o lesiones visibles, labios mayores y menores están bien formados y simétricos, sin evidencia de anomalías estructurales, no se palpa ninguna masa ni aumento de tamaño en la región genital, mucosa genital normo coloreada y sin alteraciones en la textura, himen delgado, elástico y de color rosado pálido que rodea la entrada vaginal de manera uniforme, no se identifica anomalías como desgarros ni adherencias anormales.

8. Diagnóstico sindrómico

8.1. Síndrome respiratorio de la vía aérea superior agudo

Agrupar el conjunto de signos y síntomas agudos que afectan las vías respiratorias superiores, como la nariz, senos paranasales, la faringe, la laringe. Este síndrome puede ser causado por infecciones virales, bacterianas o por otras razones no infecciosas (exposición a irritantes y alérgenos, aspiración de cuerpo extraño). En este caso la paciente presenta signos y síntomas que pertenecen a la vía aérea superior.

8.2. Síndrome rinoconjuntival agudo

Se caracteriza por la aparición rápida y simultánea de síntomas en la nariz: congestión nasal, rinorrea acuosa, prurito nasal, estornudos, y en los ojos: hiperemia conjuntival, epífora acuosa, prurito ocular, mismos que la paciente presenta. Este síndrome puede ser causado por diversas



razones, principalmente por reacciones alérgicas (exposición alérgenos polen, polvo, caspa de animales, o moho) o infecciones virales.

9. Diagnóstico diferencial

Basándose en la elección del Síndrome respiratorio de la vía aérea superior agudo.

9.1. Laringitis viral aguda

La inflamación de la laringe presenta signos y síntomas característicos que incluyen disfonía, tos seca, odinofagia y, en algunos casos, febrícula e irritabilidad. En niños, presenta un signo patognomónico como es el estridor inspiratorio y la dificultad para respirar. Se descarta esta patología puesto que en la clínica de la paciente se caracteriza por odinofagia intensa, leve rinorrea, y epífora, destacando la orofaringe eritematosa y amígdalas hipertróficas/eritematosas.

9.2. Sinusitis viral aguda

En la infección viral de los senos paranasales comúnmente se presenta: congestión nasal, secreción nasal espesa, dolor facial en los puntos de los senos paranasales, tos y fiebre.

Sin embargo, se descarta como diagnóstico ya que, al examen físico de la paciente, aunque tiene leve rinorrea hialina, se observó la transiluminación de los senos paranasales maxilares normales lo que nos orienta a que no existe ocupación ni acumulación de los senos paranasales maxilares por moco, así mismo, no hay presencia de dolor a la digito presión en los puntos de los senos paranasales maxilares.

9.3. Rinitis viral aguda (resfriado común)

La rinitis viral aguda se caracteriza típicamente por la presencia marcada de rinorrea acuosa, congestión nasal, estornudos y ocasionalmente febrícula. En contraste, en el caso presente de la paciente, se observa odinofagia intensa, amígdalas hipertróficas y eritematosas, así como ausencia de síntomas prominentes de congestión nasal y rinorrea acuosa.



9.4. Faringoamigdalitis Bacteriana Aguda

La infección de la faringe y las amígdalas causada comúnmente por *Streptococcus pyogenes* suele presentarse en la mayoría de caso en pacientes pediátricos mayores de 3 años, donde la clínica se presenta de forma abrupta; fiebre alta, odinofagia severa, exudado pultáceo en amígdalas y linfadenopatía marcada en la región cervical anterior.

Descartamos esta patología puesto que, en el examen físico de la paciente la orofaringe se encuentra eritematosa, amígdalas hipertróficas y eritematosas, pero sin la presencia del exudado pultáceo en amígdala, además de que se acompaña de síntomas catarrales que son más frecuentes en la etiología viral.

9.5. Faringoamigdalitis viral aguda

La infección de la faringe y las amígdalas causada por virus como adenovirus, rinovirus, entre otros, es muy frecuente en pacientes pediátricos menores a 3 años, en la cual se evidencia una clínica con inicio insidioso y progresivo, la tos moderada, febrícula (37.8°C), disfagia y odinofagia, además se acompaña de síntomas catarrales; como son la epífora, leve secreción nasal hialina, es toda la clínica conjunta que presenta la paciente reforzando así la probabilidad de una etiología viral que es más frecuente a la edad de 2 años que presenta la paciente.

10. Diagnóstico presuntivo

Faringoamigdalitis viral aguda.

11. Exámenes complementarios

- Biometría hemática: leucocitosis con linfocitosis. “ver anexo E”
- Velocidad de Sedimentación Globular (VSG): 7 mm/h “ver anexo E”
- Reactantes de fase aguda: 5 mg/L. “ver anexo E”
- Radiografía AP y Lateral de tórax.
- Pruebas rápidas para detección de antígenos virales.
- Cultivo de exudado amigdalino.



12. Diagnóstico definitivo

Faringoamigdalitis Viral Aguda (CIE-10: J02. 8).

13. Tratamiento

13.1. Tratamiento farmacológico

- Analgésico y antipirético: Paracetamol de 150mg/5ml, dosis de 10mg por kilogramo de peso (12kg); 120 mg que corresponden a 4 ml cada 6 horas por 3 días.
- Lavados nasales con suero fisiológico cada 12 horas.

13.2. Tratamiento no farmacológico

- Reposo y descanso en el hogar.
- Mantener una buena hidratación de la paciente con el aumento de la ingesta de líquidos (agua).
- Limpieza regular externa de ojos con paño de tela húmedo de agua hervida y enfriada para remover secreciones.
- Mantener alimentación normalmente en la paciente, evitando alimentos y bebidas muy calientes, que podrían incrementar la temperatura de la paciente.

14. Recomendaciones

- Fomentar el lavado de manos frecuente para prevenir la propagación de la infección y mantener una buena higiene general con el baño diario de la niña.
- Mantener a la niña alejada de otros niños para evitar la propagación del virus.
- Recomendar seguir cumpliendo con el esquema de vacunación de la paciente: próxima vacuna Influenza Estacional Triv. Pediátrica a los 2 años y 9 meses, 5 años: segundo refuerzo de DTP y bOPV y a los 9 años HPV.
- Tomar en cuenta los siguientes signos de alarma: deja de comer o beber, fiebre $>38^{\circ}\text{C}$, respiración rápida, utilización de músculos accesorios de la respiración a nivel del



tórax, anormalmente muy somnolienta, sangre en heces, dolor abdominal intenso y continuo, descenso abrupto de la temperatura.

- Se proporciona orientaciones a los cuidadores para la prevención de enfermedades y lesiones, así como también prevención de accidentes.
- Se da consejería de promoción de salud a los padres de la paciente destacando; el buen trato, disciplina positiva, alimentación saludable, exposición al sol, salud oral, entrenamiento para dejar los pañales, distracción y tiempo libre.
- A pesar de que el desarrollo psicomotriz es adecuado, se recomienda la estimulación continua para ayudar a mantener y fortalecer las habilidades adquiridas.
- Recomendar seguir asistiendo a las consultas de control de niño sano cada 6 meses hasta los 5 años de edad y posteriormente un control anual.



Referencias

1. Llanio Navarro R, coautores. Propedéutica clínica y semiología clínica. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.
2. Guarderas JC. Semiología médica. 3ª ed. Quito: Editorial Universitaria; 1995.
3. Perret Pérez C, Pérez Valenzuela C, Poblete Villacorta MJ. Manual de pediatría. 1ª ed. Pontificia Universidad Católica de Chile; 2018.
4. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) Clínico: Cuadros de Procedimientos. Actualización 2017. Edición general. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP; 2017.
5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Atención integral a la niñez: Manual. Edición general. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización; 2018.
6. Otero Pérez L, Ares Álvarez J, Piñeiro Pérez R. Faringoamigdalitis aguda y sus complicaciones. Sociedad Española de Infectología Pediátrica. [Internet]. 2023 [Consultado el 19 de julio de 2024]; 2:51-79. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/4_faringoamigdalitis_aguda.pdf



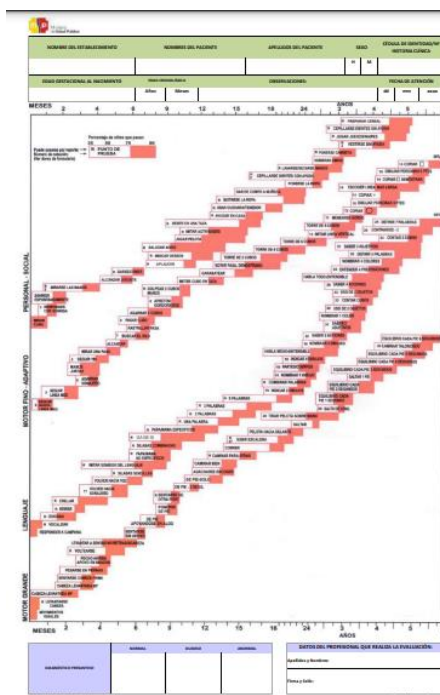
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
 Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA



Anexos

Anexo A: Test de Denver

Ilustración 1
Test de Denver



Fuente: obtenida del Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Tabla 1

Evaluación Psicomotriz Test de Denver

Categoría	Ítems	Evaluación
Personal – Social	Lavar/secarse las manos	P
	Usar cuchara tenedor	P
	Ponerse la ropa	P
Motor fino – Adaptativo	Golpear 2 cubos con las manos	P
	Garabatear	P



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA



	Torre de 6 cubos	P
Lenguaje	Hablar medio entendible	P
	Nombrar 1 dibujo	P
	Partes del cuerpo	P
Motor grande	Caminar para atrás	P
	Correr	P
	Saltar	P

P: pasa, F: falló, R: rechaza, NO: no aplica

Diagnóstico presuntivo: Desarrollo psicomotor acorde a la edad.

**Anexo B: Esquema de vacunación****Tabla 2***Esquema de Vacunación de la paciente*

Vacuna	Dosis	Edad de colocación
BCG	1	12 horas de nacida
Hepatitis B	1	12 horas de nacida
Rotavirus	2	2 y 4 meses
fipV	2	2 y 4 meses
bOPV	1	6 meses
Pentavalente (DPT + HB + Hib)	3	2-4-6 meses
Neumococo conjugada	3	2-4-6 meses
Influenza Estac. (HN) Triv. Pediátrica	2	8 y 9 meses
Difteria, Tétanos, Tosferina (DPT)	1 (primer refuerzo DPT)	18 meses
Vacuna bivalente oral contra la Polio (bOPV)	1 (primer refuerzo OPV)	18 meses
Sarampión, Rubéola, Parotiditis (SRP)	2	12 y 18 meses
Fiebre Amarilla (FA)	1	12 meses
Varicela	1	15 meses
Influenza Estacional Triv. Pediátrica	1	21 meses

BCG: Bacilo de Calmette-Guérin (Meningitis Tuberculosa y Tuberculosis pulmonar diseminada), fipV: Vacuna Fraccionada Inactivada de la Polio, bOPV: Vacuna Bivalente antipoliomielítica, DPT: Difteria, Tos Ferina y Tétanos, HB: Hepatitis B, Hib: Haemophilus influenzae tipo b, SRP: Sarampión – Rubéola – Parotiditis, FA: Fiebre Amarilla.



Anexo C: Instrumento de evaluación del funcionamiento familiar FF-SIL

Ilustración 2

FF-SIL

CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

Items	INDICACIONES A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. Clasifique, según la frecuencia en que ocurre la situación. Marque con una X donde corresponda.						Items
		1 CASI NUNCA	2 POCAS VECES	3 A VECES	4 MUCHAS VECES	5 CASI SIEMPRE	
1	Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	1
2	En mi casa predomina la armonía	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	2
3	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	3
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	4
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5	5
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	6
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5	7
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	8
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	9
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5	10
11	Podemos conversar diversos temas sin temor	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	11
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	5	12
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	13
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	14
SUME LOS SUBTOTALES DE ESTA LINEA Y OBTENGA LA SUMA TOTAL							
		SUME LAS COLUMNAS					

Fuente: obtenida de internet.

Puntuación de cada pregunta: Casi nunca (1), Pocas veces (2), A veces (3), Muchas veces (4), Casi siempre (5)

Interpretación según la puntuación: 60 puntos, Familia Funcional.



Anexo D: Curvas de crecimiento OMS

Ilustración 3

Curva de crecimiento peso/talla de 2 a 5 años



Fuente: obtenida de Organización Mundial de la Salud

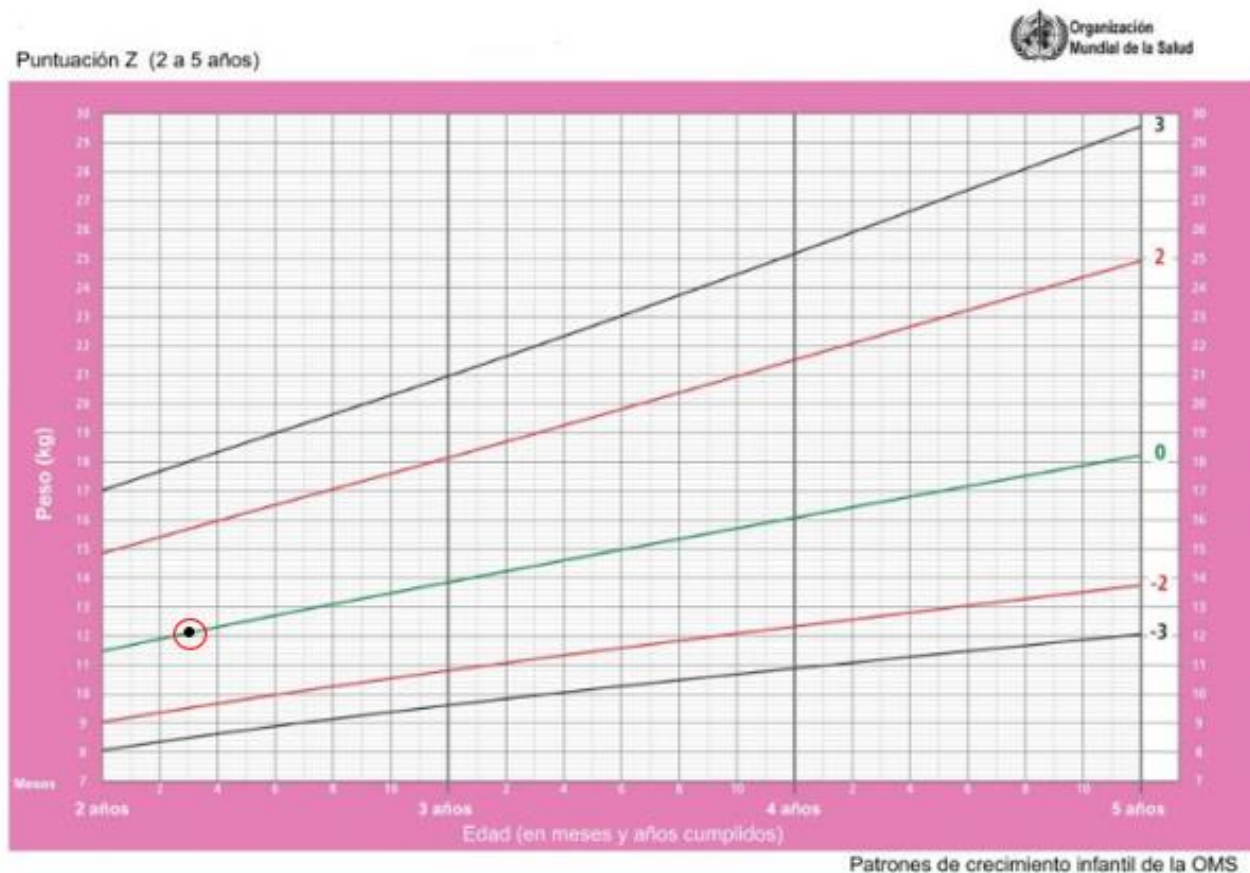
Indicador de Desnutrición Aguda

Evaluación: paciente dentro de desviación estándar +2 y -2, con lo que se interpreta que no existe criterio de desnutrición aguda y es un peso adecuado para la talla.



Ilustración 4

Curva de crecimiento peso/edad 2 a 5 años



Fuente: obtenida de Organización Mundial de la Salud

Indicador de Desnutrición Global

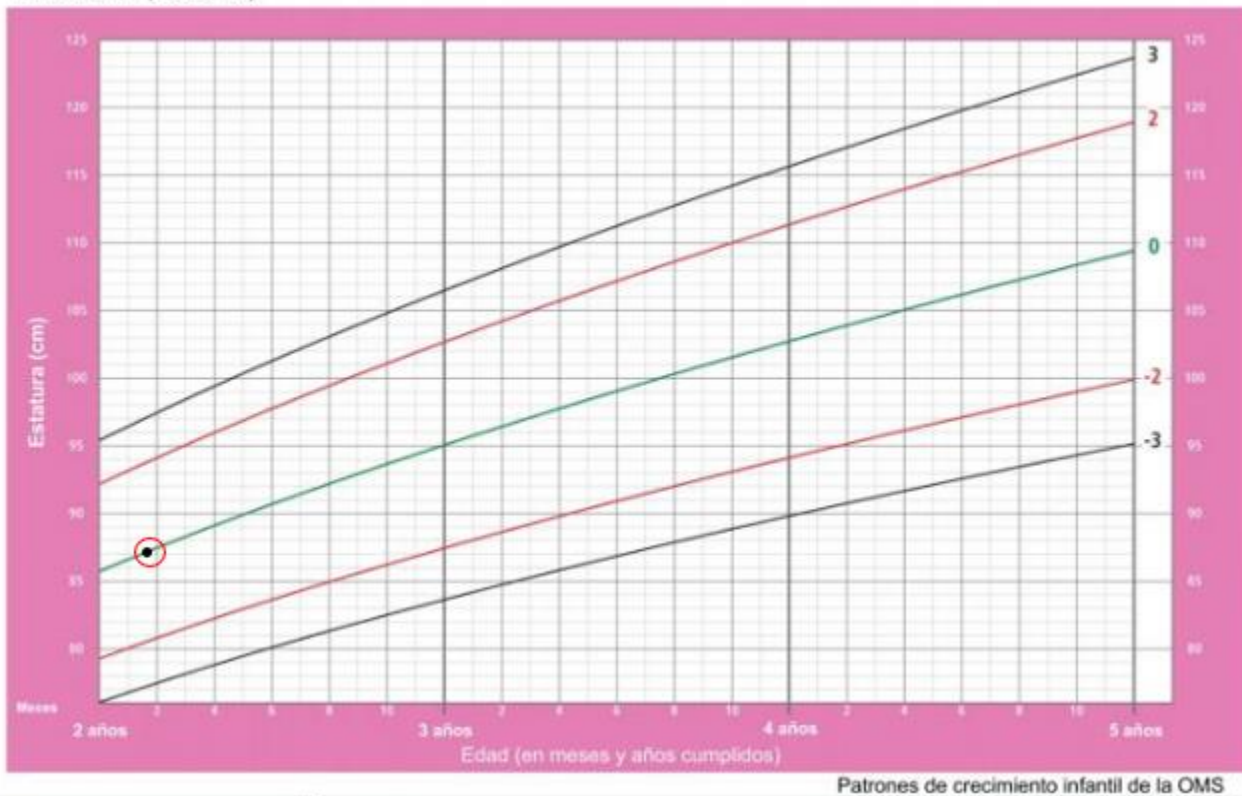
Evaluación: paciente dentro de desviación estándar +2 y -2, con lo que se interpreta que no existe criterio de desnutrición global y es un peso adecuado para la edad.



Ilustración 5

Curva de crecimiento talla/edad 2 a 5 años

Puntuación Z (2 a 5 años)



Fuente: obtenida de Organización Mundial de la Salud

Indicador de Desnutrición Crónica

Evaluación: paciente dentro de desviación estándar +2 y -2, con lo que se interpreta que no existe criterio de desnutrición crónica y es una talla adecuada para la edad.



Anexo E: Exámenes complementarios

Tabla 3

Biometría hemática

Análisis	Resultado	Valor Normal
<u>Leucocitos</u>	<u>14.205</u>	<u>10.000-14.000 cel/mm³</u>
Hemoglobina	12,5	11 – 14,5 g/dL
Hematocrito	38 %	33%-40 %
VCM	85 fl	70 - 90 fl
HCM	30 pg	23 – 21 pg
CHCM	31 g/dl	30 -36 g/dl
Plaquetas	328 000	10 000 -450 000 mm ³
Monocitos %	7 %	4 – 10 %
Eosinófilos %	1 %	1 – 5 %
<u>Linfocitos %</u>	<u>69 %</u>	<u>50 - 70 %</u>
Basófilos %	0,5 %	0 – 1 %
Neutrófilos %	22,5 %	20 – 50 %

Tabla 4

Velocidad de Sedimentación Globular (VSG)

Valor de referencia:	5-10 mm/h
Valor de la paciente:	7 mm/h

Tabla 5

Proteína C Reactiva

Valor de referencia:	10 mg/L
Valor de la paciente:	5 mg/L

● 4% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 3% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de trabajos entregados
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	idoc.pub Internet	2%
2	es.slideshare.net Internet	<1%
3	repositorio.utn.edu.ec Internet	<1%
4	prezi.com Internet	<1%
5	clubensayos.com Internet	<1%
6	Universidad Anahuac México Sur on 2023-02-11 Submitted works	<1%
7	dra-amalia-arce.com Internet	<1%

NOMBRE DEL TRABAJO

FARINGOAMIDALITIS VIRAL

AUTOR

SARA BRACHO

RECUENTO DE PALABRAS

2895 Words

RECUENTO DE CARACTERES

17257 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

10 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

40.1KB

FECHA DE ENTREGA

Jul 28, 2024 1:35 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jul 28, 2024 1:35 PM GMT-5**● 4% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 3% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de trabajos entregados
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref