



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 MEDICO GENERAL

“FARINGOAMIGDALITIS BACTERIANA EN PEDIATRIA”

AUTOR: Steven Daniel Andrade Gallegos

DIRECTOR: Dr. Henry Paul Samaniego Pineda

ASESOR: Dr. Roberto Javier Martínez Benalcázar

Ibarra-Ecuador

2024



DIRECCION DE BIBLIOTECA

1.- 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:	1003379854		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Andrade Gallegos Steven Daniel		
DIRECCIÓN:	Ibarra, Barrio 15 de Diciembre		
EMAIL:	sdandradeg1@utn.edu.ec		
TELÉFONO FIJO:	2605987	TELF. MOVIL	0939694408

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	Faringoamigdalitis Bacteriana En Pediatría
AUTOR (ES):	Steven Daniel Andrade Gallegos
FECHA: AAAAMMDD	2024-08-06
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> GRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
TITULO POR EL QUE OPTA:	Medico General
ASESOR/ DIRECTOR:	Dr. Roberto Javier Martínez Benalcázar / Dr. Henry Paul Samaniego Pineda

2.- 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 06 días del mes de agosto de 2024

EL AUTOR:

(Firma).....

Nombre: Steven Daniel Andrade Gallegos



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



AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Steven Daniel Andrade Gallegos, con cédula de identidad Nro. 1003379854, en calidad de autor (es) y titular (es) de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de integración curricular descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

Ibarra, a los 06 días del mes de agosto de 2024

EL AUTOR:

Firma:

Nombre: Steven Daniel Andrade Gallegos



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



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 06 días, del mes de agosto de 2024

EL AUTOR:

Firma:

Nombre: Steven Daniel Andrade Gallegos



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



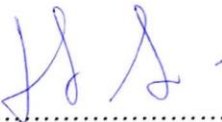
**CERTIFICACIÓN DEL DOCENTE DE TRABAJO DE TITULACIÓN
II MODALIDAD EXAMEN COMPLEXIVO**

Ibarra, 06 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.

(f) 

Dr. Henry Paul Samaniego Pineda
C.C.: 1003838438

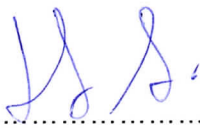


UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
 Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA



APROBACIÓN DEL COMITÉ CALIFICADOR

El Comité Calificado del trabajo de Integración Curricular "FARINGOAMIGDALITIS BACTERIANA EN PEDIATRIA" elaborado por STEVEN DANIEL ANDRADE GALLEGOS, previo a la obtención del título del MEDICO, aprueba el presente informe de investigación en nombre de la Universidad Técnica del Norte:

(f): 

Dr. Henry Paul Samaniego Pineda
 C.C.: 1003838438

(f): 

Dr. Roberto Javier Martínez Benalcázar
 C.C.: 1716599194

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

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

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**CARRERA DE MEDICINA****DEDICATORIA**

Al concluir este importante capítulo de mi vida, quiero expresar mi más sincero y profundo agradecimiento a todas las personas que han sido fundamentales en la realización de este sueño. Su apoyo constante, su inspiración y su aliento han sido los pilares que me han permitido llegar hasta aquí.

En particular, deseo dedicar estas palabras a Dios, a mis padres, a toda mi familia y a mi novia. Su amor incondicional y su constante apoyo han sido la luz que ha guiado mi camino en los momentos de duda y desafío. Gracias por mostrarme que el verdadero amor se manifiesta en el deseo genuino de ayudar al otro a superar sus propios límites y alcanzar sus metas. Este trabajo es tanto mío como de ustedes, y es un reflejo del amor y el compromiso que me han ofrecido. Gracias por ser parte esencial de este viaje y por contribuir a que este sueño se haga realidad.

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

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

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**CARRERA DE MEDICINA****AGRADECIMIENTO**

Este camino, lleno de desafíos y aprendizajes, no habría sido posible sin el apoyo y amor de muchas personas importantes en mi vida.

En primer lugar, agradezco a Dios, por iluminar mi camino y darme la fortaleza necesaria para superar cada obstáculo. Por la sabiduría impartida, por darme la perseverancia para superar los obstáculos y por permitir que este sueño se haga realidad. Su amor incondicional y Su constante acompañamiento han sido mi fuente de inspiración y esperanza, y sin su bendición, este logro no habría sido posible.

A mis padres, William Andrade e Irma Gallegos, quiero expresar mi más sincero agradecimiento. Su amor incondicional, su fe en mis capacidades y su constante apoyo han sido la base sólida sobre la cual he construido mis sueños. Gracias, papá y mamá, por su incansable esfuerzo en brindarme todas las oportunidades y por estar siempre a mi lado en cada paso de este camino. Su confianza en mis capacidades y su aliento en los momentos de duda han sido mi mayor fuente de fortaleza y motivación.

A mis hermanos, Ariel y Mateo Andrade, les debo un agradecimiento especial por su cariño y apoyo inquebrantable. Han sido mi fuente de fortaleza y alegría, y su confianza en mí me ha dado el valor necesario para enfrentar los desafíos con determinación.

A mi tía, Marjory Gallegos, su apoyo y dedicación han sido fundamentales en este viaje, y no podría estar más agradecido por tu influencia en mi vida. Gracias por tu generosidad y por ser un pilar de fortaleza y sabiduría. Tu aliento y tus palabras de ánimo han sido una fuente constante de inspiración, ayudándome a superar cada desafío y a mantener la determinación para alcanzar mis metas. Tu presencia y apoyo han sido invaluable, y has sido un ejemplo de dedicación y esfuerzo que me ha motivado a seguir adelante.

A mi novia, Katherine Carrasco, le debo un agradecimiento especial por su amor y paciencia. Su comprensión y apoyo incondicional han sido invaluable, y su capacidad para estar a mi lado en cada momento ha demostrado que el verdadero amor se manifiesta en el deseo genuino de ayudar al otro a superar sus propios límites. Gracias por compartir cada momento de alegría y por enfrentar juntos cada reto.

A mis amigos, por su apoyo constante y por brindarme su comprensión y ánimo durante todo este tiempo. Su amistad ha sido un refugio en los momentos difíciles y una fuente de celebración en los logros alcanzados.



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



A mis docentes, por su guía y sabiduría. Su paciencia, dedicación y enseñanza han sido cruciales para alcanzar esta meta. Gracias por compartir su conocimiento y por inspirarme a seguir adelante con pasión y compromiso.

Este logro es tanto mío como de todos ustedes, y siempre llevaré en mi corazón su generosidad, amor y fe en mí. Sin su apoyo y dedicación, este sueño no habría sido posible. Gracias de todo corazón.



RESUMEN

Un paciente masculino de 6 años sin antecedentes patológicos sobresalientes, acude con su madre al servicio de emergencia quien refiere, que su hijo presenta un cuadro clínico iniciado hace 24 horas con dolor de garganta, fiebre alta que han alcanzado los 38.5°C, dificultad para tragar y malestar general. Al examen físico, amígdalas están hiperémicas (enrojecidas), hipertróficas, con presencia de exudado purulento blanco-amarillento en las criptas amigdalinas y las mucosas orales están enrojecidas. A nivel de cuello presenta adenopatías cervicales de 1.5 cm aproximadamente dolorosas a la palpación, móviles y de consistencia blanda, principalmente en las cadenas anteriores y submandibulares. Se sospecha un cuadro de faringoamigdalitis bacteriana, Se solicitaron exámenes de laboratorio, incluyendo un hemograma completo, que reveló leucocitosis con neutrofilia, lo cual es consistente con una infección bacteriana. La proteína C reactiva (PCR) y la velocidad de sedimentación globular (VSG) también estuvieron elevadas, indicando un proceso inflamatorio agudo. Además, se realizó un test rápido de antígeno para estreptococo, que resultó positivo, confirmando la presencia de infección estreptocócica. Finalmente, se descartó la mononucleosis infecciosa a través de una prueba de Monospot y serologías específicas para el virus de Epstein-Barr, que fueron negativas. y se prescribe un tratamiento antibiótico. Además, se indican medidas no farmacológicas, como la hidratación adecuada, reposo y control de la fiebre con medios físicos. Se recomienda seguimiento en 48 horas para evaluar la respuesta al tratamiento y descartar complicaciones.

Palabras claves: Faringoamigdalitis, Exudado, Adenopatías, Leucocitosis, Estreptococo, Antibiótico



ABSTRACT

A 6-year-old male patient with no outstanding pathologic history comes to the emergency department with his mother, who reports that her son presents a clinical picture that started 24 hours ago with sore throat, high fever that has reached 38.5°C, difficulty in swallowing and general malaise. On physical examination, tonsils are hyperemic (reddened), hypertrophic, with presence of purulent white-yellowish exudate in the tonsillar crypts and the oral mucous membranes are reddened. At the neck level, he presents cervical lymphadenopathies of approximately 1.5 cm, painful to palpation, mobile and of soft consistency, mainly in the anterior and submandibular chains. Pharyngotonsillitis is suspected. Laboratory tests were requested, including a complete blood count, which revealed leukocytosis with neutrophilia, consistent with bacterial infection. C-reactive protein (CRP) and erythrocyte sedimentation rate (ESR) were also elevated, indicating an acute inflammatory process. In addition, a rapid streptococcal antigen test was performed and was positive, confirming the presence of streptococcal infection. Finally, infectious mononucleosis was ruled out through a Monospot test and specific serologies for Epstein-Barr virus, which were negative, and antibiotic treatment was prescribed. In addition, non-pharmacological measures are indicated, such as adequate hydration, rest and fever control with physical means. Follow-up in 48 hours is recommended to evaluate the response to treatment and to rule out complications.

Key words: Tonsillopharyngitis, Exudate, Adenopathies, Leukocytosis, Streptococcus, Antibiotic



firmado electrónicamente por:
**CARMITA EMPERATRIZ
 ECHEVERRÍA CHÁVEZ**

Reviewed by:
 MSc. Carmita Emperatriz Echeverría Chávez
CAPACITADOR-CAI
 August 28, 2024



Tabla De Contenido

1. DATOS DE FILIACIÓN (PROPORCIONADO POR LA MADRE DEL FAMILIAR)	14
2. MOTIVO DE CONSULTA	14
3. ANTECEDENTES PERSONALES.....	14
3.1. Antecedentes clínicos.....	14
3.2. Antecedentes quirúrgicos	14
3.3. Antecedentes prenatales, natales y posnatales	15
3.3.1. Antecedentes prenatales	15
3.3.2. Antecedentes natales	15
3.3.3. Antecedentes posnatales	15
3.4. Inmunización	16
3.5. Hábitos tóxicos	16
3.6. Hábitos fisiológicos	16
4. ANTECEDENTES FAMILIARES.....	17
5. HISTORIA PSICOSOCIAL.....	17
5.1. Caracterización de la familia.....	17
5.2. Funcionamiento de la familia	17
5.3. Condiciones materiales y de vida	17
5.4. Red de apoyo	18
5.5. Otros riesgos	18
6. ENFERMEDAD ACTUAL.....	18
7. EXAMEN FÍSICO.....	19
7.1. Examen físico general	19
7.1.1. Biotipo	19
7.1.2. Constantes vitales	19
7.1.3. Antropometría.....	19
7.1.4. Piel y Faneras.....	20
7.1.5. Mucosas	20
7.1.6. Tejido celular subcutáneo.....	20
7.2. Examen físico regional	21
7.2.1. Cabeza	21
7.2.2. Cuello	21



7.2.3.	Tórax	22
7.2.4.	Abdomen	22
7.2.5.	Columna vertebral	22
7.2.6.	Extremidades.....	22
7.3.	Examen físico por sistemas	22
7.3.1.	Sistema osteomioarticular (SOMA).....	22
7.3.2.	Exploración del tórax y del sistema respiratorio.....	23
7.3.3.	Exploración del sistema circular.....	24
7.3.4.	Sistema arterial periférico	24
7.3.5.	Sistema venoso periférico.....	25
7.3.6.	Exploración del sistema nervioso.....	25
7.3.7.	Exploración del sistema digestivo	25
7.3.8.	Exploración del sistema linfático y bazo.....	26
7.3.9.	Exploración del sistema urinario	26
7.3.10.	Exploración del sistema genital masculino	26
8.	DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO.....	27
8.1.	Síndrome Febril Infeccioso	27
8.2.	Síndrome de infección respiratoria alta aguda.....	27
9.	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	28
9.1.	Faringoamigdalitis Viral	28
9.2.	Mononucleosis Infecciosa (Virus de Epstein-Barr).....	28
9.3.	Herpangina	28
9.4.	Fiebre escarlatina	29
10.	DIAGNOSTICO PRESUNTIVO	29
11.	EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	29
11.1.	Test rápido de antígeno para estreptococo	29
11.2.	Cultivo de garganta	29
11.3.	Hemograma completo.....	29
11.4.	PCR y VSG	30
11.5.	Prueba de monospot y serologías específicas para el virus de Epstein-Barr: 30	
12.	DIAGNOSTICO DEFINITIVO	30
12.1.	Faringoamigdalitis Bacteriana por Streptococcus pyogenes	30



13.	TRATAMIENTO	31
13.1.	Tratamiento Farmacológico.....	31
13.1.1.	Antibióticos.....	31
13.1.2.	Analgésicos y Antipiréticos.....	31
13.1.3.	Monitoreo.....	31
13.2.	Medidas No Farmacológicas.....	31
13.2.1.	Hidratación Adecuada.....	31
13.2.2.	Alimentación Blanda y Fría	31
13.2.3.	Reposo Relativo.....	32
13.2.4.	Humificación del Ambiente.....	32
13.2.5.	Gargarismos con Solución Salina	32
13.2.6.	Compresas frías.....	32
13.2.7.	Monitoreo y Seguimiento.....	32
13.3.	Complicaciones.....	33
13.3.1.	Complicaciones no supurativas.....	33
13.4.	Prevención de enfermedades y lesiones.....	34
14.	ANEXOS.....	35
14.1.	Prueba de percepción de funcionamiento familiar	35
14.2.	Curva de peso por edad.....	36
14.3.	Estatura por edad.....	37
14.4.	IMC.	38
14.5.	Resultados de hemograma.	39
14.6.	Resultado de Proteína C Reactiva	40
14.7.	Resultado de Velocidad de Sedimentación Globular.....	41
14.8.	Test rápido de Antígeno para Estreptococo.	42
14.9.	Cultivo de Garganta.	43
14.10.	Prueba de Monospot y Serologías Específicas para el Virus de Epstein-Barr. 44	
15.	BIBLIOGRAFIA	45



DISCUSIÓN DE CASO CLINICO

1. DATOS DE FILIACIÓN (PROPORCIONADO POR LA MADRE DEL FAMILIAR)

- Nombre completo: XXXXX XXXXXX
- Edad: 6 años
- Sexo: Masculino
- Etnia: Mestizo
- Religión: Católico
- Grupo sanguíneo: ORH +
- Lugar y fecha nacimiento: Ibarra
- Lateralidad: Diestro
- Orientación sexual: No aplica
- Identidad de género: No aplica
- Discapacidad (tipo y %): No tiene
- Estado civil: No aplica
- Ocupación: Estudiante
- Instrucción: Educación primaria
- Dirección: Ibarra
- Residencia habitual (Rural o urbano): Urbano
- Teléfono: XXX-XXX-XXXX

2. MOTIVO DE CONSULTA

“Dolor de garganta”

“Fiebre”

“Malestar general desde hace 2 días”

3. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. Antecedentes clínicos

No alergias

No enfermedades crónicas.

3.2. Antecedentes quirúrgicos

No refiere.



3.3. Antecedentes prenatales, natales y posnatales

3.3.1. Antecedentes prenatales

Controles prenatales: 7

Ecografías: 7 que mostraron un desarrollo fetal adecuado sin anomalías.

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: O Rh+

3.3.2. Antecedentes natales

Sexo: masculino

Edad gestacional: 39 semanas de gestación

Tipo de parto: Parto vaginal

Medidas antropométricas: peso 3.200 gramos, tallas: 50 cm y perímetro cefálico: 34 cm.

Apgar: 8 al primero minuto y 9 a los 5 minutos

Tipo de sangre: O Rh+

Llanto inmediato: Si

Apego precoz: Si

Alojamiento conjunto: Si

3.3.3. Antecedentes posnatales

Historia de alimentación:

- Alimentación Materna: leche materna paciente fue alimentado exclusivamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida.
- Alimentación complementaria: A partir de los 6 meses, se introdujeron alimentos sólidos de manera progresiva mientras se continuó con la lactancia materna hasta los 2 años. La alimentación complementaria incluyó: **Papillas de Cereales:** Avena, arroz, maíz y trigo, fortificados con hierro. **Purés de Frutas y Verduras:** Manzana, pera, plátano, zanahoria, calabaza, espinaca y brócoli. **Proteínas Blandas:** Pollo, pavo y pescado bien cocidos y triturados.



Legumbres: Lentejas, frijoles y garbanzos bien cocidos y triturados. **Lácteos:**

Yogur natural y queso fresco en pequeñas cantidades a partir del primer año.

3.4. Inmunización

Esquema de vacunación completo.

Tabla 1: Esquema De Vacunación

Vacunas	Dosis	Edad de colocación
BCG	1	24 horas de nacido
Hepatitis B	1	10 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	1	7 meses
Difteria, Tétanos, Tosferina (DPT)	1	18 meses
Vacuna bivalente oral contra la polio (bOPV)	1	18 meses
Sarampión, Rubeola, Parotiditis (SRP)	2	12 y 18 meses
Fiebre Amarilla (FA)	1	12 meses
Varicela	1	15 meses
Influenza Estacional Triv. Pediátrica	1	18 meses
Influenza Estacional Triv. Pediátrica	1	2 años y 1 mes
Influenza Estacional Triv. Pediátrica	1	3 años y 5 meses
DPT	1	5 años
bOPV	1	5 años y 4 meses

3.5. Hábitos tóxicos

No refiere.

3.6. Hábitos fisiológicos

Alimentación: dieta balanceada, con tres comidas principales y dos meriendas al día, su dieta incluye;

Desayuno: Avena con leche, una fruta (generalmente plátano o manzana) y un vaso de jugo natural.



Almuerzo: Proteína (pollo, pescado o carne) vegetales, arroz o pasta, y una pieza de fruta.

Cena: Sopa o ensalada, un sándwich o un plato de pasta, y una porción de yogur.

Meriendas: Galletas integrales, frutas, o un pequeño sándwich.

Hidratación: Bebe alrededor de 1.5 litros de agua al día, además jugos naturales y leche.

Sueño: Duerme aproximadamente 10 horas por noche, patrón de sueño se acuesta a las 8:00 PM y se despierta a las 6:00 AM, no presenta dificultad para conciliar el sueño y no se despierta durante la noche, el sueño es reparador y sin interrupciones.

Actividad física: Juega al aire libre todos los días después de la escuela durante aproximadamente 1 hora, actividad como correr, andar en bicicleta y jugar futbol.

Higiene personal: Baño diario, se cepilla los dientes todos los días, después de cada comida principal, mantiene uñas cortas y limpias, y se lava las manos con regularidad.

Micción: 5 a 6 veces al día de color amarilla, con buena hidratación diaria.

Deposición: Regular, una vez al día de consistencia semidura con gritas en la superficie Bristol 3 (normal).

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

No refiere

5. HISTORIA PSICOSOCIAL

5.1. Caracterización de la familia

Tamaño: mediana (4 a 6 miembros)

Ontogénesis: familia nuclear biparental

Numero de generaciones: bigeneracional

Etapas del ciclo vital: familia en extensión

5.2. Funcionamiento de la familia

Puntuación FF-SL: Resultado del instrumento de auto evaluación 60 puntos que es una familia funcional. “ver en anexo13.1.”

5.3. Condiciones materiales y de vida

Condiciones de la vivienda: El apartamento adecuado de bloque reforzado estucado y pintado y piso de madera, con tres habitaciones, sala, cocina y baño. No presenta problemas estructurales ni de hacinamiento. El equipamiento doméstico incluye acceso a agua potable, electricidad y electrodomésticos básicos (refrigerador, estufa, etc.).



Calidad del agua de consumo: Agua potable proporcionada por el sistema municipal, de buena calidad.

Eliminación de desechos: Sistema de recolección de basura eficiente, con separación de residuos reciclables. Además, alcantarillado.

Animales intradomiciliarios: La familia tiene un gato como mascota, que esta vacunado y desparasitado regularmente.

5.4. Red de apoyo

Familia extendida y amigos: Abuelos maternos viven en una ciudad cerca y visitas regularmente. Además, cuentan con apoyo de amigos cercanos.

Comunidad: Familia participa en actividades comunitarias y en la iglesia local, donde tienen un círculo de apoyo sólido.

Escuela: Asiste a escuela primaria, donde los maestros están atentos a las necesidades de los estudiantes y ambiente preescolar positivo.

5.5. Otros riesgos

Seguridad del entorno: Zona de vivienda segura.

Exposición a sustancias tóxicas: No se reporta exposición a sustancias tóxicas.

Violencia intrafamiliar: No se reporta.

Riesgos ambientales: No se reportan riesgos ambientales significativos.

6. ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente masculino de 6 años de edad, acude con su madre al servicio de emergencia quien refiere, que su hijo presenta un cuadro clínico iniciado hace 24 horas con dolor de garganta, fiebre alta, dificultad para tragar y malestar general. El dolor de garganta es de intensidad moderada a severa, descrito como un dolor punzante y constante localizado en la región faríngea, que empeora significativamente al intentar tragar alimentos sólidos o líquidos, lo que ha llevado al paciente a no ingerir alimentos. No hay irradiación del dolor a otras partes del cuerpo y no se alivia con la ingesta de líquidos o alimentos suaves. La fiebre ha sido persistente desde el inicio de los síntomas, alcanzando picos de hasta 38.5°C, y responde parcialmente a la aplicación de paños húmedos en la frente. La madre ha tomado la temperatura regularmente con un termómetro digital, confirmando la persistencia de la fiebre alta. Además, ha presentado adenopatías cervicales dolorosas al tacto. No se han observado síntomas respiratorios



como tos, rinorrea, prurito ocular o epífora. Además, refiere dolor abdominal de manera difusa, especialmente en la región periumbilical y en la fosa iliaca derecha. La madre también menciona que el niño ha estado más irritable y llora cuando se le toca el abdomen. No se ha reportado náusea ni vómito, y el número de deposiciones se ha mantenido normal, sin cambios en el aspecto o consistencia. Ante la dificultad para tragar, el paciente ha mostrado irritabilidad al momento de ingerir alimentos, dejando de comer debido al dolor. La madre ha intentado aliviar la fiebre con paños húmedos y no ha administrado ningún tipo de medicación antes de acudir al servicio de emergencia. Actualmente, paciente se encuentra irritable, con fiebre persistente, escalofrió, palidez y sudoración, y más somnoliento de lo habitual debido al malestar general.

7. EXAMEN FÍSICO

7.1. Examen físico general

7.1.1. Biotipo

Mesomorfo

7.1.2. Constantes vitales

Tensión Arterial: 90/60 mmHg

Frecuencia Respiratoria: 22 rpm

Frecuencia Cardiaca: 110 lpm

Saturación de O₂: 98%

Temperatura: 38.5 °C

7.1.3. Antropometría

Peso: 22 Kg

Según la curva de crecimiento de peso para la edad se encuentra dentro del rango de lo normal por encima de la desviación 0 (mediana).

Talla: 119 cm

Según la curva de crecimiento de altura para la edad se encuentra dentro del rango de lo normal por encima de la desviación 0 (mediana).

IMC: 15.53

Si el IMC se encuentra entre el percentil 5 y el percentil 85, se considera que el niño tiene un peso saludable.



7.1.4. Piel y Faneras

Piel de color blanco rosado (normocoloreada), tibia (normotérmica), seca sin pliegue cutáneo prolongado cuando se pellizca (normohídrica), lisa, de turgencia, elasticidad, grosor y movilidad adecuada, con buena higiene y sin lesiones.

- Pelo buena higiene: de color y pigmentación, cantidad, textura y distribución adecuadas.
- Uñas buena higiene: superficie dorsal ligeramente convexa, color uniforme excepto la diferencia entre la lúnula y el resto, tiempo de llenado capilar menor a 3 segundos.

7.1.5. Mucosas

Mucosas húmedas y rosadas. Las encías están de aspecto saludable, sin signos de inflamación, sangrado o ulceraciones. La lengua es de color rosado, sin saburra ni lesiones visibles. En la cavidad bucal no se observan placas ni lesiones. Las amígdalas están hiperémicas (enrojecidas), hipertróficas, con presencia de exudado purulento blanco-amarillento en las criptas amigdalinas. El paladar duro y blando están libres de lesiones, mientras que la úvula está hiperémica sin desviación. La mucosa nasal no presenta secreciones visibles ni signos de rinorrea o congestión. Las conjuntivas oculares están rosadas y húmedas, sin signos de ictericia, hemorragias o palidez.

7.1.6. Tejido celular subcutáneo

El tejido celular subcutáneo presenta una distribución uniforme y adecuada para su edad y biotipo, con consistencia blanda y homogénea, sin presencia de endurecimientos anormales ni masas palpables. No se observa edema en las extremidades ni en otras partes del cuerpo, y la piel sobre el tejido subcutáneo no muestra signos de hinchazón. La temperatura de la piel y del tejido subcutáneo es ligeramente elevada, acorde con la fiebre sistémica presente, sin áreas de hipertermia o hipotermia localizadas. Al tacto, no reporta dolor ni hipersensibilidad en el tejido subcutáneo. La piel mantiene una coloración normal, sin áreas de eritema, cianosis ni decoloración, y parece bien hidratada, sin signos de sequedad o descamación. Además, la elasticidad de la piel y del tejido subcutáneo es buena, regresando rápidamente a su posición original después de ser pinchados suavemente.



7.2. Examen físico regional

7.2.1. Cabeza

Cráneo normocéfalo, simétrico y de tamaño adecuado para su edad, sin deformidades ni protuberancias. Cabello castaño claro, de distribución uniforme, textura fina y bien cuidado, sin signos de alopecia, fragilidad capilar ni infestaciones. El cuero cabelludo sin lesiones, eritema, escamas ni secreciones anormales, y no se palpan nódulos ni áreas de sensibilidad aumentada. La frente es amplia y simétrica, sin cicatrices, lesiones o arrugas prematuras, con piel de coloración adecuada. Los ojos alineados en sus órbitas, sin signos de estrabismo, con párpados sin edema, eritema ni ptosis, y la apertura y cierre de los párpados es adecuado y simétrico. Las conjuntivas palpebrales y bulbares son rosadas y húmedas, sin signos de ictericia, hemorragias ni palidez. Las escleras eritematosas en ambos ojos, sin lesiones visibles. Las pupilas son isocóricas, reactivas a la luz y acomodación, con reflejo fotomotor directo y consensuado presente. La nariz forma y tamaños adecuados, sin deformidades ni desviaciones del tabique nasal, con mucosa nasal húmeda y rosada, sin signos de inflamación, secreción purulenta ni costras, y cornetes sin hipertrofia, con permeabilidad adecuada de las fosas nasales. Los pabellones auriculares simétricos, de tamaño y forma adecuados, sin deformidades, tumefacción ni lesiones, y los conductos auditivos están limpios, sin cerumen impactado, secreciones ni signos de inflamación. Las membranas timpánicas son perladas y móviles a la otoscopia, sin signos de perforación, eritema o exudado. Los labios son simétricos, bien hidratados, sin fisuras, úlceras ni lesiones. La dentición es adecuada para su edad, sin caries visibles ni placa dental, y las encías son rosadas, sin signos de inflamación, sangrado ni retracción. La lengua es de color rosado, sin saburra, úlceras ni lesiones, con movilidad adecuada en todas direcciones. Las mucosas orales están húmedas y rosadas, sin placas ni lesiones, las amígdalas están hiperémicas con exudado purulento blanco-amarillento en las criptas amigdalinas, y la orofaringe está hiperémica con inflamación marcada y presencia de exudado purulento. El paladar duro y blando están libres de lesiones, con áreas de enrojecimiento en el paladar blando, y la úvula está hiperémica, sin desviación.

7.2.2. Cuello

El cuello tiene forma y simetría normales, sin masas visibles, con movilidad completa y sin restricciones en todas las direcciones, y presenta adenopatías cervicales de 1.5 cm



aproximadamente dolorosas a la palpación, móviles y de consistencia blanda, principalmente en las cadenas anteriores y submandibulares.

7.2.3. Tórax

Las mamas y axilas, no se encuentran alteraciones en la inspección ni en la palpación, sin masas palpables, cambios cutáneos anormales, ni adenopatías axilares evidentes.

7.2.4. Abdomen

Abdomen plano, simétrico, sin distensión evidente ni cicatrices quirúrgicas visibles, ni dolor o protrusiones con la respiración espontánea ni con la tos provocada; piel intacta, sin lesiones. Auscultación: ruidos hidroaéreos activos, audibles y normales, en todos los cuadrantes. No ruidos vasculares. Percusión: sonoridad del abdomen en su conjunto, adecuado. Palpación: doloroso a la palpación profunda de manera difusa, no masas palpables, ni signos de defensa muscular involuntaria.

7.2.5. Columna vertebral

La columna cervical alineada, sin desviaciones evidentes ni deformidades visibles. No se observan cicatrices quirúrgicas, tumoraciones ni prominencias anormales en la región cervical, no presenta restricciones significativas en la movilidad cervical, se palpan las adenopatías cervicales reportadas en el examen físico general, evaluando su tamaño, forma, consistencia, movilidad y sensibilidad.

7.2.6. Extremidades

Extremidades superiores: extremidades simétricas y móviles, no edematizadas, pulsos periféricos presentes y adecuados, uñas: sin patología ni lesiones.

Extremidades inferiores: simétricos y móviles, no edematizados, pulsos periféricos presentes y adecuados, uñas: uñas: sin patología ni lesiones.

7.3. Examen físico por sistemas

7.3.1. Sistema osteomioarticular (SOMA)

Simetría estructural y alineación: Presenta una simetría estructural en todo el sistema osteomioarticular. Los huesos de ambas extremidades superiores e inferiores son simétricos en tamaño y forma. No se observan diferencias en la longitud de los miembros, y las estructuras óseas bilaterales son equivalentes en desarrollo y proporciones. Las clavículas, escápulas y costillas son simétricas, sin irregularidades palpables o diferencias entre el lado derecho e izquierdo. La alineación de la columna vertebral es adecuada, sin signos de escoliosis, cifosis ni lordosis anormales.



Facilidad y amplitud del movimiento: Presenta una amplitud de movimiento completa en todas las articulaciones evaluadas. Las articulaciones de las extremidades superiores y de las extremidades inferiores permiten movimientos libres y sin restricciones.

Fuerza y tono muscular: Adecuada para su edad y simétrica en ambos lados del cuerpo. Los músculos presentan un tono muscular adecuado, sin signos de hipertonía o hipotonía, movimientos contra resistencia sin dificultad, y la evaluación de la fuerza muscular muestra una fuerza de 5/5 en todas las extremidades.

Masa muscular: Adecuada y simétrica, con un desarrollo muscular adecuado para su edad. Sin signos de atrofia muscular ni hipertrofia anormal. La palpación de los músculos no revela masas, nódulos ni áreas de endurecimiento.

Apariencia de la piel sobre las articulaciones: La piel es de coloración homogénea, sin lesiones, erupciones ni cicatrices visibles. No hay signos de inflamación, eritema, ni aumento de temperatura local sobre las articulaciones. La piel es elástica y tiene una turgencia adecuada, sin evidencias de deshidratación o cambios cutáneos.

Dolor, crepitación y deformidades: No muestra signos de dolor a la palpación o durante los movimientos activos y pasivos de las articulaciones. fricción anormal entre las superficies articulares. No se observan deformidades óseas ni articulares, y las articulaciones mantienen una apariencia adecuada y funcional.

7.3.2. Exploración del tórax y del sistema respiratorio.

Inspección: Se observa un tórax simétrico, cilíndrico y sin deformidades visibles, con movimientos respiratorios toracoabdominales, FR: 22 rpm, respiración adecuada con respiraciones de profundidad moderada, patrones ventilatorios adecuados, con movimientos de expansión torácica simétricos y adecuados.

Palpación: La expansibilidad torácica adecuada y simétrica en ambos hemitórax, no se detecta rigidez ni disminución de la elasticidad torácica, vibraciones vocales son palpables y simétricas en ambos lados del tórax, sin disminución ni aumento anormal que sugiera consolidación o derrame pleural.

Percusión: Sonoridad conservada en ambos campos pulmonares, no se perciben ruidos anormales que sugieran patología subyacente.

Auscultación: ruidos respiratorios son vesiculares y se escuchan de manera uniforme y simétrica en todas las áreas pulmonares, tanto en los campos pulmonares superiores como inferiores, anteriores y posteriores.



7.3.3. Exploración del sistema circular

Inspección: Se observa el choque de la punta en el quinto espacio intercostal izquierdo, línea media clavicular, correspondiente a su edad. No se detectan otros latidos visibles o pulsaciones anormales en la región precordial.

Palpación: La palpación del choque de la punta confirma su ubicación en el quinto espacio intercostal izquierdo, línea media clavicular. El choque de la punta es breve y no desplazado, con una fuerza adecuada. No se palpan vibraciones en la región precordial.

Percusión: La percusión del área precordial revela una matidez cardiaca que se extiende desde el borde esternal izquierdo hasta el quinto espacio intercostal izquierdo, línea media clavicular.

Auscultación: FC: 110 lpm, se auscultan ruidos cardiacos con un tono claro, timbre definido, intensidad adecuada y fuerza adecuada, además son audibles con buena intensidad y sin anormalidades en el tono o timbre. Se escucha claramente el primer ruido cardiaco (S1) con buena intensidad y fuerza, y el segundo ruido cardiaco (S2) también es audible, sin desdoblamientos anormales.

7.3.4. Sistema arterial periférico

Palpación de los pulsos: dureza del pulso temporal es adecuada, sin indicios de endurecimiento arterial, amplitud es adecuada y simétrica en ambos lados. El pulso carotideo es palpable en ambos lados del cuello, con una frecuencia regular y una amplitud fuerte y rítmica. los pulsos carotídeos son sincronizados con los pulsos temporales. La palpación del pulso axilar muestra una frecuencia y ritmo regulares, la amplitud es adecuada, y los pulsos son simétricos y sincrónicos en ambos brazos. El pulso braquial es palpable en la fosa antecubital, con una frecuencia y ritmo regulares. La palpación del pulso cubital revela una frecuencia y ritmo regulares. El pulso radial es fuerte y rítmico, amplitud es adecuada y simétrica en ambos brazos, los pulsos radiales son sincrónicos con los pulsos braquiales y cubitales. La palpación del pulso pedio muestra una frecuencia y ritmo regulares, amplitud es adecuada y simétrica en ambos pies. El pulso tibial posterior es palpable detrás del maléolo interno. La palpación del pulso poplíteo muestra una frecuencia y ritmo regulares, amplitud adecuada y simétrica en ambas rodillas. El pulso femoral es fuerte y palpable en la región inguinal, con una frecuencia de 110 latidos por minuto y un ritmo regular, pulsos femorales son sincrónicos con los pulsos poplíteos y pedios.



7.3.5. Sistema venoso periférico

No se observa ingurgitación yugular en reposo, al aplicar presión suave en el área hepática no se observa una elevación sostenida de las venas yugulares. Durante la inspección de las extremidades inferiores, no se detectan varices visibles ni microvarices, las venas superficiales no están dilatadas ni tortuosas.

7.3.6. Exploración del sistema nervioso

Estado mental: alerta y consciente, responde adecuadamente a estímulos, orientado en tiempo, espacio y persona, reconociendo adecuadamente su entorno comunicación de manera efectiva, con lenguaje apropiado para su edad, memoria a corto y largo plazo es adecuada, desarrollo del lenguaje es adecuado y utiliza vocabulario adecuado y estructura oraciones correctamente.

Facies: simétrica y no muestra signos de parálisis facial. Sus movimientos faciales son adecuados y proporcionales.

Marcha: La marcha adecuada, con un patrón de caminata simétrico y coordinado, no hay signos de cojera, arrastre de los pies o ataxia.

Taxia: Coordinación adecuada de movimientos finos y gruesos. Puede realizar actividades como tocarse la nariz con los dedos y realizar movimientos alternos rápidos sin dificultad.

Praxia: No se observan dificultades en la realización de movimientos voluntarios y planificados. Juan puede ejecutar órdenes simples y complejas adecuadas a su edad.

Motilidad: La motilidad activa y pasiva de las extremidades es adecuada, sin restricción de movimiento. Los reflejos osteotendinosos son normales y simétricos.

Tono y trofismo: El tono muscular es adecuado y simétrico en todas las extremidades. No se detectan signos de hipertonía o hipotonía. El trofismo muscular es adecuado, sin signos de atrofia o hipertrofia.

Reflectividad y sensibilidad: Los reflejos osteotendinosos son normales y simétricos. Respuesta adecuada a estímulos táctiles y dolorosos, con sensibilidad intacta en todas las extremidades.

Exploración de pared craneales: Pares craneales conservados.

7.3.7. Exploración del sistema digestivo

Descrito en examen regional



7.3.8. Exploración del sistema linfático y bazo

Al inspeccionar las áreas comunes de ganglios linfáticos superficiales, no se observan ganglios linfáticos visiblemente agrandados. Las regiones cervical, axilar e inguinal no muestran signos de inflamación ni prominencia.

Región cervical: Se palpan ganglios linfáticos submandibulares y cervicales anteriores y posteriores. Se detectan varios ganglios linfáticos cervicales anteriores ligeramente agrandados, de aproximadamente 1,5 cm de diámetro, con una consistencia firme pero móvil. No son dolorosos al tacto y están bien delimitados.

Región axilar: No se palpan ganglios linfáticos axilares agrandados. Los ganglios linfáticos axilares son móviles, blandos y no dolorosos.

Región inguinal: No se palpan ganglios linfáticos inguinales agrandados. Los ganglios linfáticos inguinales son móviles, blandos y no dolorosos.

Región supraclavicular e infraclavicular: No se detectan ganglios linfáticos palpables en estas regiones.

Durante la palpación abdominal, no se detecta esplenomegalia, bazo no palpable.

7.3.9. Exploración del sistema urinario

Inspección: No se observan tumoraciones visibles en el hipocondrio ni en los flancos, no signos de agrandamiento renal unilateral o bilateral.

Palpación: La palpación bimanual de los riñones no revela masas ni agrandamiento. Los riñones no son palpables, adecuado en niños de esta edad, no se detecta peloteo renal, al aplicar la maniobra de Glenard, no se detectan riñones palpables, confirmando la ausencia de desplazamiento o agrandamiento renal. Al utilizar el método de Goelet, no se palpan los riñones, indicando que están dentro de los límites normales de tamaño y posición.

Percusión: palpación de los puntos renouretrales no produce dolor.

7.3.10. Exploración del sistema genital masculino

Inspección: no se observan alteraciones en la forma o tamaño. Los testículos están presentes en el escroto, no se detectan hidroceles, tumoraciones, ni signos de hipospadias o epispadias. No se observan adenopatías en la región inguinal.

Palpación: Testículos de tamaño adecuado para su edad, de consistencia homogénea y no dolorosos al tacto. El escroto es simétrico y no presenta signos de inflamación o edema. Prepucio retráctil y no presenta adherencias ni fimosis. El epidídimo se palpa



sin anomalías. El conducto deferente se palpa como una estructura fina y móvil, sin engrosamientos ni dolor. El cordón espermático es palpable sin nudosidades ni signos de varicocele. La uretra no presenta secreciones anómalas y la apertura uretral es de tamaño adecuado, sin signos de estenosis o inflamación. La palpación de los ganglios linfáticos inguinales no revela adenopatías. Los ganglios son móviles, blandos y no dolorosos al tacto. No se detectan hernias inguinales al inspeccionar y palpar las regiones inguinales.

8. DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO

8.1. Síndrome Febril Infeccioso

Explicación: Se define por la presencia de fiebre debido a una infección en el cuerpo. En este caso, la fiebre se asocia con una infección bacteriana localizada en la faringe y las amígdalas. Los síntomas incluyen fiebre alta persistente, escalofríos, sudoración, malestar general, y, en casos graves, signos de sepsis o bacteriemia si la infección se disemina.

Justificación: La fiebre alta persistente (38,5°C), acompañada de síntomas sistémicos como malestar general y escalofríos, indica una respuesta inflamatoria aguda del cuerpo a una infección bacteriana. La localización de la infección en la faringe y amígdalas y la respuesta inflamatoria sistémica son coherentes con este síndrome.

8.2. Síndrome de infección respiratoria alta aguda

Explicación: Este síndrome se refiere a infecciones agudas que afectan las vías respiratorias superiores, como la faringe, las amígdalas y la laringe. En este caso, se trata de una infección bacteriana de la faringe y las amígdalas. Los síntomas característicos incluyen fiebre, dolor de garganta, tos, congestión nasal, rinorrea y, en ocasiones, disfonía (cambio en la voz).

Justificación: El paciente presenta fiebre alta (39°C), dolor de garganta severo, amígdalas con exudado blanco, y linfadenopatía cervical dolorosa, lo cual es indicativo de una infección aguda de las vías respiratorias superiores. La presencia de congestión nasal y rinorrea, aunque no mencionada previamente, es común en las infecciones respiratorias agudas y puede estar implícita en el contexto clínico.



9. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

9.1. Faringoamigdalitis Viral

Las infecciones virales respiratorias, causadas por adenovirus, rinovirus y el virus de la influenza, pueden presentar síntomas similares al caso clínico, como dolor de garganta, fiebre baja a moderada, rinorrea, tos, congestión nasal, conjuntivitis y diarrea. Sin embargo, la fiebre de 38.5°C y el dolor intenso al tragar observados en la paciente, junto con la ausencia de exudados purulentos y la presencia de síntomas catarrales como rinorrea y tos, son más indicativos de una infección bacteriana. La fiebre alta, la irritabilidad significativa, y la tos que moviliza secreciones refuerzan la sospecha de una infección bacteriana. Además, la progresión de los síntomas sin mejoría y la falta de respuesta a medidas no farmacológicas también apuntan hacia una etiología bacteriana. Por lo tanto, se descarta una infección viral respiratoria debido a la gravedad de los síntomas y los hallazgos clínicos que sugieren una infección bacteriana más probable en este contexto.

9.2. Mononucleosis Infecciosa (Virus de Epstein-Barr)

La mononucleosis infecciosa, causada por el virus de Epstein-Barr, se presenta con dolor de garganta severo, fiebre alta, linfadenopatía cervical, fatiga extrema, hepatoesplenomegalia y exudados amigdalinos. Aunque algunos de estos síntomas coinciden con el cuadro clínico del paciente, como el dolor de garganta y la fiebre alta, existen diferencias clave. En la mononucleosis, la linfadenopatía suele ser más generalizada, afectando múltiples grupos de ganglios linfáticos, y la fatiga extrema es un síntoma destacado y persistente. Además, la presencia de hepatoesplenomegalia es común en la mononucleosis, mientras que en este caso no se observa evidencia de aumento del tamaño del hígado o del bazo.

9.3. Herpangina

La herpangina, causada por el virus Coxsackie del grupo A, se caracteriza por fiebre alta, dolor de garganta, disfonía, odinofagia y la presencia de aftas en la parte posterior del paladar, amígdalas y faringe. A diferencia de la faringoamigdalitis estreptocócica, que se manifiesta con exudado purulento blanco-amarillento en las amígdalas y carece de aftas y vesículas en la mucosa oral, la herpangina puede ir acompañada de síntomas gastrointestinales, como diarrea, debido a su etiología viral enterovírica. En contraste,



la faringoamigdalitis estreptocócica frecuentemente se asocia con dolor abdominal secundario a adenitis mesentérica. Por lo tanto, la presencia de exudado purulento en las amígdalas y la ausencia de aftas orales y vesículas en manos y pies sugieren que la herpangina es menos probable en este caso.

9.4. Fiebre escarlatina

El diagnóstico de fiebre escarlatina fue descartado debido a la ausencia de síntomas específicos clave que acompañan esta patología. Aunque el paciente presentaba fiebre alta y dolor de garganta, comunes en ambas afecciones, no se observaron el exantema áspero, la lengua de fresa, las líneas de Pastia ni la descamación posterior, que son característicos de la fiebre escarlatina. Estos hallazgos específicos son cruciales para diferenciar entre fiebre escarlatina y faringoamigdalitis estreptocócica. La presencia de *Streptococcus pyogenes* en el paciente, junto con la falta de los signos distintivos de fiebre escarlatina, confirmó el diagnóstico de faringoamigdalitis estreptocócica.

10. DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

Faringoamigdalitis Bacteriana por *Streptococcus Beta Hemolítico del Grupo A*

11. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

11.1. Test rápido de antígeno para estreptococo

Positivo: Confirma la presencia de antígenos de estreptococo del grupo A en la faringe del paciente, lo cual es indicativo de faringoamigdalitis estreptocócica. Resultado positivo indica la presencia de *Streptococcus pyogenes*.

11.2. Cultivo de garganta

Permite identificar el patógeno específico y realizar un antibiograma para guiar el tratamiento adecuado.

- *Streptococcus pyogenes* (beta-hemolítico del grupo A): El crecimiento de esta bacteria confirma la infección por estreptococo del grupo A.
- Sensibilidad a Antibióticos: La sensibilidad a penicilina y amoxicilina indica que estos antibióticos serían efectivos para tratar la infección.

11.3. Hemograma completo

Evaluar la respuesta inflamatoria e identificar signos de infección bacteriana.

- Leucocitos (15,500 / μ L): Elevados, lo que indica una respuesta inflamatoria o infecciosa.



- Neutrófilos (85%): Elevados, sugiriendo una infección bacteriana.
- Linfocitos (10%): Disminuidos, lo cual es común en infecciones bacterianas agudas.
- Hemoglobina, Hematocrito y Plaquetas: Dentro de los rangos normales.

Interpretación: Un aumento en los leucocitos y una neutrofilia sugiere una infección bacteriana, compatible con faringoamigdalitis bacteriana.

11.4. PCR y VSG

Evaluar el grado de inflamación y además Evaluar la presencia de inflamación.

- PCR (50 mg/L): Elevada, indicando una inflamación significativa, común en infecciones bacterianas.
- VSG (40 mm/h): Elevada, lo cual es un marcador de inflamación crónica o aguda.

11.5. Prueba de monospot y serologías específicas para el virus de Epstein-Barr:

Es una prueba rápida que ayuda a diferenciar entre la faringoamigdalitis bacteriana y la mononucleosis infecciosa. La detección de anticuerpos IgM e IgG contra componentes del virus de Epstein-Barr (EBV) permite confirmar o descartar una infección reciente o pasada por este virus.

- Negativo para Monospot: Descarta la mononucleosis infecciosa, una infección viral que puede presentar síntomas similares a los de la faringoamigdalitis estreptocócica.
- Serologías para EBV (IgM e IgG Negativas, Anti-EBNA Negativo): Indica que el paciente no ha tenido una infección reciente ni pasada por el virus de Epstein-Barr, descartando así la mononucleosis infecciosa.

12. DIAGNOSTICO DEFINITIVO

12.1. Faringoamigdalitis Bacteriana por *Streptococcus pyogenes*

El diagnóstico definitivo se basa en los hallazgos clínicos y se confirma mediante pruebas de laboratorio:

Historia clínica: Dolor de garganta severo, fiebre alta (39.2°C), exudados purulentos en amígdalas, linfadenopatía cervical dolorosa, ausencia de tos.

Pruebas diagnósticas:

- Test rápido de antígeno para estreptococo: Resultado positivo.



- Cultivo de garganta: Aislamiento de Streptococcus pyogenes.
- Hemograma: Leucocitosis con predominio de neutrófilos puede apoyar el diagnóstico.

13. TRATAMIENTO

13.1. Tratamiento Farmacológico

El tratamiento para la faringoamigdalitis bacteriana por Streptococcus pyogenes incluye:

13.1.1. Antibióticos

- Penicilina V: 25-50 mg/kg/día en dosis divididas cada 8-12 horas por 10 días.
- Amoxicilina: 50 mg/kg/día en dosis divididas cada 12 horas por 10 días. Alternativa de elección por su buena tolerancia y sabor.

En caso de alergia a penicilina:

- Azitromicina: 10 mg/kg una vez al día por 5 días.
- Clindamicina: 20-30 mg/kg/día en dosis divididas cada 8 horas por 10 días

13.1.2. Analgésicos y Antipiréticos

- Paracetamol: 10-15 mg/kg/dosis cada 4-6 horas según sea necesario para controlar la fiebre y el dolor.
- Ibuprofeno: 5-10 mg/kg/dosis cada 6-8 horas como alternativa para el control del dolor y la fiebre.

13.1.3. Monitoreo

- Evaluación clínica periódica: Para asegurar la respuesta al tratamiento y monitorear la evolución de los síntomas.
- Seguimiento de los síntomas: Observar cualquier cambio o complicación.

13.2. Medidas No Farmacológicas

13.2.1. Hidratación Adecuada

- Objetivo: Mantener una buena ingesta de líquidos para prevenir la deshidratación, que puede ser causada por fiebre y dificultad para tragar.
- Métodos: Ofrecer agua, sueros orales, jugos naturales diluidos, y bebidas frías o heladas para aliviar el dolor de garganta. Evitar bebidas irritantes como los cítricos sin diluir o las gaseosas.

13.2.2. Alimentación Blanda y Fría

- Objetivo: Reducir la irritación y el dolor al tragar.



- **Métodos:** Proporcionar alimentos fáciles de tragar y que no irriten la garganta, como purés, sopas frías, helados, yogures y gelatinas. Evitar alimentos muy calientes, picantes o ásperos.

13.2.3. Reposo Relativo

- **Objetivo:** Facilitar la recuperación del niño al disminuir la actividad física intensa.
- **Métodos:** Asegurar que el niño descanse lo suficiente y evite actividades que requieran mucho esfuerzo. Promover un ambiente tranquilo y cómodo para descansar.

13.2.4. Humificación del Ambiente

- **Objetivo:** Aliviar la irritación de la mucosa respiratoria y facilitar la respiración.
- **Métodos:** Utilizar un humidificador en la habitación del niño, especialmente durante la noche. Mantener una buena ventilación y evitar ambientes secos o muy fríos.

13.2.5. Gargarismos con Solución Salina

- **Objetivo:** Aliviar el dolor de garganta y reducir la inflamación.
- **Métodos:** Preparar una solución de agua tibia con sal (una cucharadita de sal en un vaso de agua) y hacer que el niño realice gargarismos suaves, si es capaz de hacerlo sin dificultad.

13.2.6. Compresas frías

- **Objetivo:** Reducir la fiebre y proporcionar confort.
- **Métodos:** Aplicar compresas frías en la frente, el cuello y las axilas del niño para ayudar a bajar la fiebre. Cambiar las compresas con regularidad para mantener el efecto frío.

13.2.7. Monitoreo y Seguimiento

- **Seguimiento inicial dentro de 2 a 3 días:**
Evaluar la respuesta inicial al tratamiento antibiótico. Verificar si los síntomas han mejorado, si la fiebre ha disminuido y si el dolor de garganta ha reducido. Asegurarse de que el paciente esté tolerando bien el medicamento sin efectos secundarios significativos.
- **Seguimiento Posterior a los 7 días:**



Evaluar la resolución completa de los síntomas. Confirmar que el paciente haya completado el curso completo de antibióticos. Revisar los resultados de cualquier examen complementario realizado, si es necesario. Detectar cualquier signo de complicaciones tempranas que puedan haber surgido.

13.3. Complicaciones

13.3.1. Complicaciones no supurativas

- La glomerulonefritis postestreptocócica está vinculada a infecciones causadas por cepas específicas nefritogénicas del estreptococo betahemolítico del grupo A (EbhGA), como los serotipos 12 y 49. Su manifestación clínica varía desde hematuria microscópica sin síntomas hasta un síndrome nefrítico agudo, que se distingue por hematuria, proteinuria, edema, hipertensión arterial e insuficiencia renal aguda. En raras ocasiones, es una secuela directa de la faringitis por EbhGA y no hay evidencia que sugiera que el uso de antibióticos prevenga su desarrollo. Generalmente, el pronóstico es favorable.
- La psoriasis guttata es una respuesta inmune anómala que se manifiesta con la aparición repentina de pequeñas lesiones cutáneas redondeadas, resultantes de la infiltración de células inflamatorias y la proliferación de queratinocitos. En el 56-97% de los casos, la infección faríngea aguda por estreptococo betahemolítico del grupo A (EbhGA) precede a la formación de estas lesiones.
- En el absceso periamigdalino, es común el dolor intenso y unilateral, con desplazamiento de la úvula y la amígdala afectada hacia la línea media, junto con trismo y disfagia. La infección generalmente es polimicrobiana, involucrando anaerobios como *Fusobacterium* spp. y *Prevotella* spp. La antibioterapia endovenosa precoz puede evitar el drenaje quirúrgico, que es necesario si hay compromiso respiratorio o falta de mejoría tras 48-72 horas de tratamiento oral.
- La fascitis necrotizante puede originarse por diseminación hematógena del EbhGA desde la orofaringe. Se presenta con dolor intenso en la zona afectada, posible eritema y rápido incremento del dolor, asociado a fiebre, taquicardia, malestar general y mialgias. La exploración quirúrgica es esencial para el diagnóstico y tratamiento.

**13.4. Prevención de enfermedades y lesiones**

Es importante informar a los padres y cuidadores que nunca deben dejar al niño solo en casa.

- Prevención de infecciones
- Prevención de caídas
- Prevención de quemaduras
- Prevención de lesiones de tránsito
- Prevención de asfixia
- Prevención de ahogamiento
- Prevención de intoxicaciones



14. ANEXOS

14.1. Prueba de percepción de funcionamiento familiar

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia				X	
2. En mi casa predomina la armonía					X
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades				X	
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana				X	
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa			X		
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					X
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles				X	
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan				X	
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado				X	
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones				X	
11. Podemos conversar diversos temas sin temor			X		
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					X
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					X
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos					X

Imagen 1: Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)



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



14.2. Curva de peso por edad.

Niños

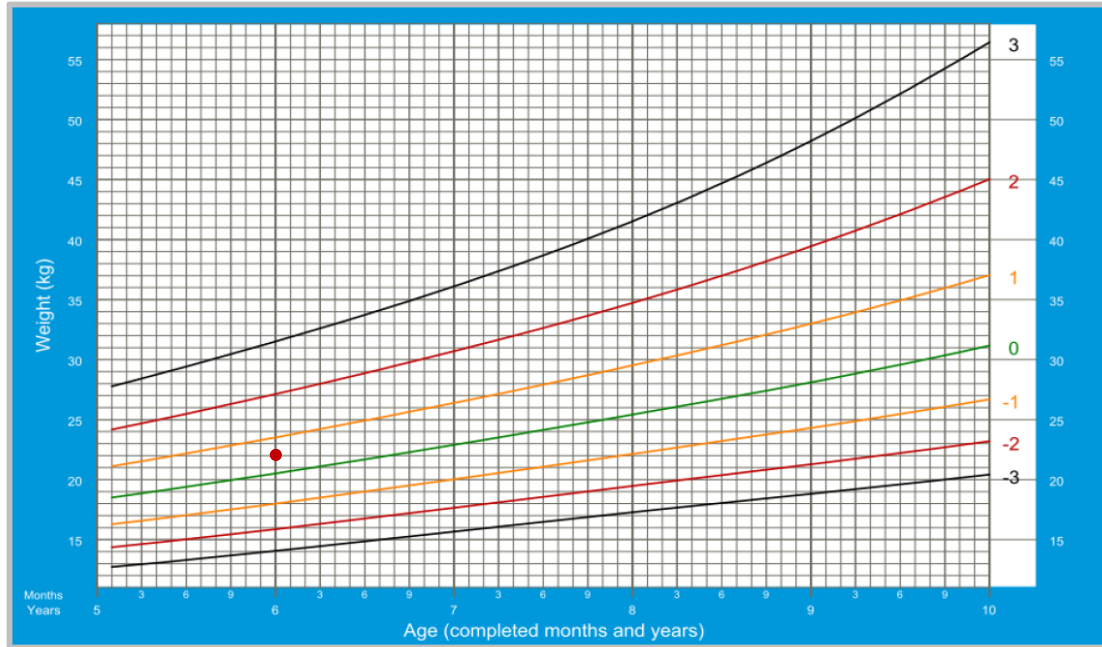


Ilustración 1: Organización Mundial de la Salud, «Growth reference data for 5-19 years» Sin Data. [En línea].



14.3. Estatura por edad.

Niños

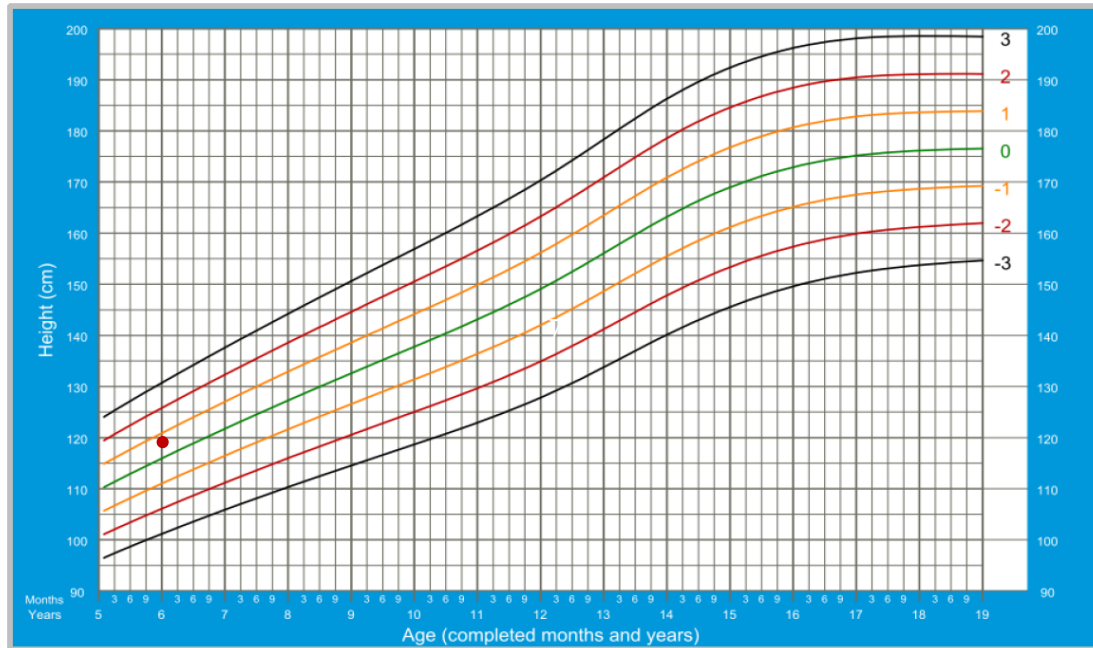


Ilustración 2: Organización Mundial de la Salud, «Growth reference data for 5-19 years» Sin Data. [En línea].



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



14.4. IMC.

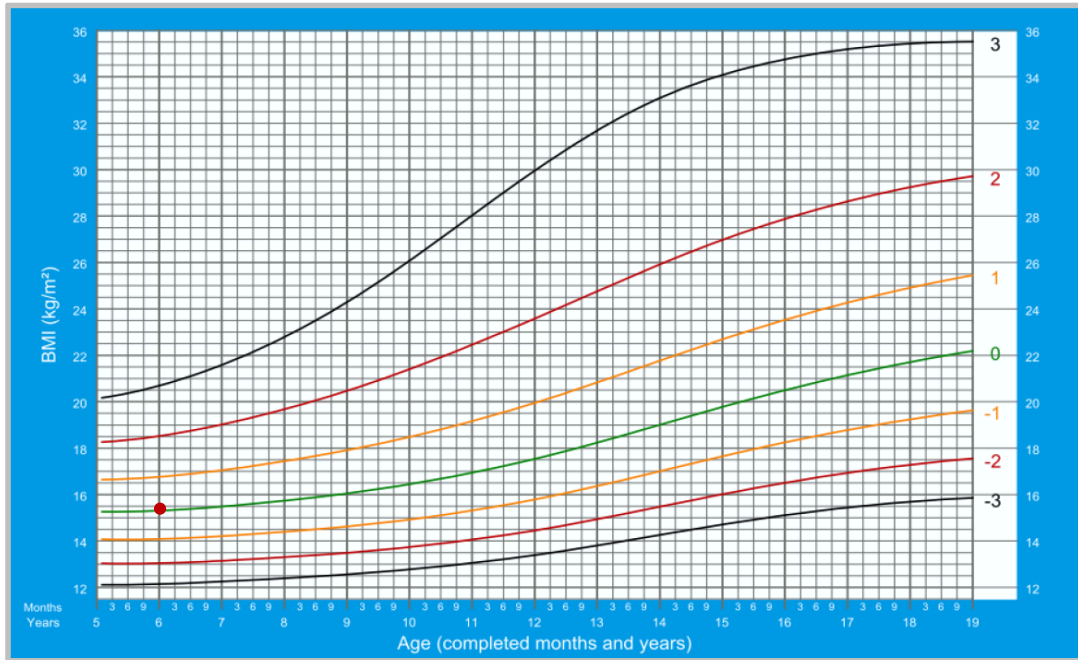


Ilustración 3: Organización Mundial de la Salud, «Growth reference data for 5-19 years» Sin Data. [En línea].



14.5. Resultados de hemograma.

Tabla 2: Resultados de hemograma

Parámetro	Resultado del Paciente	Valores Normales
Hemoglobina (Hb)	12.5 g/dL	11.5-15.5 g/dL
Hematocrito (Hct)	37%	35-45%
Leucocitos	15,500 / μ L	4,500-13,500 / μ L
Neutrófilos	85%	40-70%
Linfocitos	10%	20-40%
Monocitos	3%	2-8%
Eosinófilos	1%	1-4%
Basófilos	1%	0-1%
Plaquetas	300,000 / μ L	150,000-450,000 / μ L
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	85 fL	80-95 fL
Hemoglobina Corpuscular Media (HCM)	28 pg	27-31 pg
Concentración de Hemoglobina Corpuscular Media (CHCM)	33 g/dL	32-36 /dL

**14.6. Resultado de Proteína C Reactiva***Tabla 3: Resultado de PCR*

Parámetro	Resultado del Paciente	Valores Normales
PCR	50 mg/L	<10 mg/L

**14.7. Resultado de Velocidad de Sedimentación Globular***Tabla 4: Resultado de VSG*

Parámetro	Resultado del Paciente	Valores Normales
VSG	40 mm/h	0-20 m/h



14.8. Test rápido de Antígeno para Estreptococo.

Tabla 5: Resultado de Test rápido de Antígeno para Estreptococo

Prueba	Resultado del Paciente	Interpretación
Test Rápido de Antígeno	Positivo	Indica la presencia de antígenos de estreptococo del grupo A, confirmando una infección estreptocócica.



14.9. Cultivo de Garganta.

Tabla 6: Resultado de Cultivo de Garganta

Prueba	Resultado del Paciente	Interpretación
Cultivo de Exudado Faríngeo	Streptococcus pyogenes (beta-hemolítico del grupo A)	Crecimiento de estreptococo del grupo A, confirmando el diagnóstico de faringoamigdalitis estreptocócica.
Sensibilidad a Antibióticos	Sensible a penicilina y amoxicilina	Indica que el estreptococo es susceptible al tratamiento con estos antibióticos.



14.10. Prueba de Monospot y Serologías Específicas para el Virus de Epstein-Barr.

Prueba	Resultado del Paciente	Interpretación
Prueba de Monospot	Negativo	Descarta la mononucleosis infecciosa.
Anti-VCA IgM	Negativo	Indica que no hay infección reciente por EBV.
Anti-VCA IgG	Negativo	Indica que no hay infección pasada por EBV.
Anti-EBNA	Negativo	Indica que no hay exposición pasada al virus de Epstein-Barr.



15. BIBLIOGRAFIA

1. Llanio Navarro R, Perdomo González G, Arús Soler E, Fernández Naranjo A, Fernández Sacasas JA, Matarama Peñate M, et al. Propedéutica clínica y semiología médica. 1ª ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.
2. Guarderas C, Peñafiel W, Arias Castillo VA, Davalos Valdivieso H. El Examen Médico, Texto de enseñanza. 3ª ed. Ecuador: Universidad Central del Ecuador; 1995. 984 p.
3. Argente H, Álvarez ME. Semiología Médica. 3a ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2021. [citado 16 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.medicapanamericana.com/co/libro/semiologia-medica-3ed>.
4. Piñeiro Pérez R, Álvez González F, Baquero-Artigao F, Cruz Cañete M, de la Flor i Bru J, Fernández Landaluce A, et al. Actualización del documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. Un Pediatr (Barc) [Internet]. 2020;93(3):206.e1-206.e8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.05.004>
5. J. Guerreo-Fdez / A. Cartón Sánchez / A. Barreda Bonis / J. Menéndez Suso / J. Ruiz Domínguez. MANUAL DE DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICA EN PEDIATRIA 6 ED LIBRO VERDE Hospital Infantil LA PAZ. N° Edición: Julio 2017 EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA, S.A. 2017
6. Ministerio de Salud Pública. Atención integral a la niñez. Manual. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2018. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
7. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) Clínico Cuadros de Procedimientos. Actualización 2017. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP; 2017