



Mi Universidad

HNE

Oswaldo Daniel Santiz Hernández

Faringoamigdalitis y Tuberculosis

Segundo Parcial

Epidemiología I

Dr. Jesús Eduardo Cruz Domínguez

Licenciatura Medicina Humana

2 "A"

Comitán de Domínguez, Chiapas a 11 de octubre del 2024

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD (FARINGOAMIGDALITIS AGUDA)

Concepto: La faringoamigdalitis aguda es una infección de la faringe y las amígdalas

PERIODO PREPATOGENICO

PERIODO PATOGENICO

Factores del huésped: Afecta a ambos sexos y a todas las edades, pero es mucho más frecuente en la infancia.

Factores del agente: Colonización nasal por estreptococos del grupo A (EGA), Contacto con personas infectadas por EGA, Inmunodeficiencia, Uso de corticosteroides inhalados, Falta de inmunización o fracaso de la vacuna. Tabaquismo y exposición al humo de tabaco

Factores del ambiente: Contacto con las manos o con la persona enferma.

Horizonte Clínico:

Muerte

Secuelas o cronicidad: Absceso periamigdalino o retrofaríngeo

Complicaciones: Cianosis, estridor, sialorrea, disfagia, dificultad respiratoria.

S y S específicos: Garganta roja, Hiperemia e Hipertrofia amigdalina, Exudado amigdalino Purulento, Rash o urticaria.

Faringoamigdalitis estreptocócica: Crecimiento amigdalino o exudado, adenopatía cervical Anterior y fiebre de 38°C en ausencia de tos

S y S inespecíficos: Viral: odinofagia, tos, coriza, conjuntivitis y úlceras faríngeas.

Bacteria: Fiebre, Odinofagia, Adenopatía cervical anterior, exudado purulento y ausencia De tos.

Periodo de transmisión: Se transmite por el aire y en general se produce luego de un periodo de incubación de 2 a 36 horas.

Periodo de incubación: de 1 a 7 días

Lesión Tisular: N/A

Lugar de implantación: Faringe y Amígdalas

NIVELES DE PREVENCIÓN

PREVENCIÓN PRIMARIA

PREVENCIÓN SECUNDARIA

PREVENCIÓN
TERCIARIA

<p>Promoción a la salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar el contacto con personas infectadas • Lavarte las manos con frecuencia, especialmente antes de comer • No compartir cepillos de dientes ni utensilios para comer y beber • Cubrirte la boca al toser o estornudar 	<p>Protección específica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar los cambios bruscos de temperatura 	<p>Diagnóstico temprano</p> <p>El diagnóstico de faringoamigdalitis aguda es clínico. Un 90% de los casos de faringoamigdalitis aguda en los adultos es de etiología viral y los síntomas característicos son: odinofagia, tos, coriza, conjuntivitis y úlceras faríngeas. Los casos ocasionados por bacterias se caracterizan por la presencia de fiebre, odinofagia, adenopatía cervical anterior, exudado purulento y ausencia de tos.</p>	<p>Tratamiento oportuno</p> <p>Faringoamigdalitis viral. Faringoamigdalitis viral. El tratamiento es inicialmente sintomático durante los primeros tres días</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol 500mg VO cada 8hs de 3 a 5 días ó • Naproxeno 250 mg vía oral cada 12 horas de 3 a 5 días <p>TRATAMIENTO DE ERRADICACIÓN DE ESTREPTOCOCO BETA HEMOLÍTICO. HEMOLÍTICO.</p> <p>Es recomendable que el tratamiento de erradicación de estreptococo beta hemolítico inicie 9 días después de la enfermedad aguda. Se recomienda la utilización de penicilina con el siguiente esquema :</p>	<p>Limitación del daño</p> <p>Se recomienda informar al paciente en caso de que los síntomas no cedan en un periodo de 48 a 72hrs acudir al servicio médico para su revaloración. En estos casos es necesario descartar absceso y celulitis periamigdalinos.</p>	<p>Rehabilitación</p> <p>Se sugiere considerar ofrecer de 1 a 3 días de incapacidad en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con fiebre de 38° o más. • Actividad laboral que lo requiera.
--	---	--	---	---	--

			<p>Penicilina benzatínica de 1,200,000 UI IM cada 21 días por 3 meses.</p> <p>TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO</p> <p>Las medidas generales que se recomiendan para el manejo de los síntomas de los pacientes con faringoamigdalitis aguda son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la ingestión de líquidos. • Mantener una alimentación adecuada, si el paciente presenta ofrecer los alimentos en pequeñas cantidades. • Realizar gárgaras con agua salada preparada con un vaso con agua y ¼ de cucharada de 	
--	--	--	--	--

			bicarbonato.		
--	--	--	--------------	--	--

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD (TUBERCULOSIS)

Concepto: Es una afección bacteriana causada por la Mycobacterium tuberculosis contagiosa que compromete principalmente los pulmones, pero puede propagarse a otros órganos, que afecta el parénquima pulmonar con alto grado de contagiosidad, pero que sin embargo, es prevenible y curable.

PERIODO PREPATOGENICO	PERIODO PATOGENICO
<p>Factores del huésped: Humano, Niños de 5 años, Adultos mayores y personas inmunodeprimidas.</p> <p>Factores del agente: Mycobacterium tuberculosis, la variedad hominis es la más frecuente (95%), siguiéndole en importancia la variedad bovis y por último las micobacterias “atípicas”, el bacilo tuberculoso es recto, inmóvil, gran positivo, no capsulado y ácido alcohol resistente. Contagio y transmisión por la vía aérea (minocrogotas) al toser una persona con TB, aunque también puede ocurrir por la leche de vaca tuberculosa, en raros casos el contagio es por la vía trasplacenteris o por la inoculación directa.</p> <p>Factores del ambiente: La edad pediátrica es la más afectada, al estado inmunitario (VIH/SIDA), antecedentes de una TB no tratada, otras condiciones médicas (diabetes, silicosis, gastrectomía, neoplasias, desnutrición, especialmente la carencia de proteínas como</p>	<p>Horizonte Clínico:</p> <p style="text-align: right;">Muerte:</p> <p>Secuelas o cronicidad: Calcificaciones ganglionares-bronquiectasias con expectoración purulenta y/o hemoptisis, y obstrucción Secundaria a cicatrización por endobronquitis tuberculosas, que Puede simular cuadro de asma o de EPOC. Cicatrices, recaídas, Tuberculoma, arteritis pulmonar.</p> <p>Complicaciones: Leves o graves (lesiones parenquimatosas, vía aérea, vasculares, pleurales, de la pared torácica.</p> <p>S y S específicos: Tos intensa que dura 3 semanas o más, dolor en el pecho, tos con sangre O esputo</p> <p>S y S inespecíficos: Debilidad o fatiga, pérdida de peso, falta de apetito, escalofríos, fiebre.</p> <p>Periodo de transmisión: Una persona con tuberculosis (TBC) puede contagiar la enfermedad durante varias semanas, siempre que no reciba un tratamiento adecuado. La tuberculosis se transmite por vía aérea, cuando una persona enferma expulsa microbios al estornudar, toser, hablar o reírse. Los microbios se quedan suspendidos en el aire y pueden ser inhalados por otras personas, que se infectan si los bacilos de Koch se instalan en sus pulmones.</p> <p>Periodo de incubación: El periodo de incubación, desde la infección hasta la aparición de la lesión primaria (positivización tuberculínica), es de 2 a 10 semanas y, sin embargo, el tiempo entre la infección y el desarrollo de la enfermedad puede ser de meses o años. El riesgo de padecer la enfermedad es mayor en los primeros 6-12 meses siguientes a la infección, especialmente en niños de corta edad.</p>

<p>influencia de la enfermedad, pacientes inmunodeprimidos).</p> <p>Via de entrada: Boca, Nariz y Heridas.</p>		<p>Lesión Tisular: A través de una reacción de hipersensibilidad retardada (DHT), que provoca necrosis granulomatosa típica con aspecto histológico de necrosis caseosa.</p> <p>Lugar de implantación: Pulmón</p>			
NIVELES DE PREVENCIÓN					
PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA			PREVENCIÓN TERCIARIA
<p>Promoción a la salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Platicas informativas • Educación sanitaria a la población • Promover hábitos alimenticios saludables • Concientizar sobre la importancia de la vacunación. • Inisoniacida 	<p>Protección específica</p> <ul style="list-style-type: none"> • La vacuna BCG es una preparación de bacterias vivas atenuadas derivadas de un cultivo de bacilos de Calmette y Guérin (<i>Mycobacterium bovis</i>), (miliar y meníngea). • Mejorar nivel nutricional • No fumar • Corregir malos hábitos 	<p>Diagnóstico temprano</p> <p>El diagnóstico clínico de Tuberculosis Pulmonar inicia con un examen clínico, aunado a factores de riesgo previamente señalados, que ante la sospecha se efectuara el estudio integral y la búsqueda intencionada de M. tuberculosis. Siendo el examen de esputo para la búsqueda de Bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) la prueba diagnóstica más importante en aquellos pacientes en</p>	<p>Tratamiento oportuno</p> <p>El tratamiento debe incluir fármacos bactericidas y bacteriostáticos que, combinados, proporcionan la cura microbiológica.</p> <p>Uso de</p> <ul style="list-style-type: none"> -Isoniacida -Rifampicina -Etambutol -Pirazinamida 	<p>Limitación del daño</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dejar adicciones • Uso de cubrebocas • Lavado de manos • Tratamiento preventivo para el cuidador 	<p>Rehabilitación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar complicaciones • Diagnóstico y tratamiento de las secuelas, oportuno y adecuado si estas se presentan • Control clínico de los pacientes • Alimentarse sanamente

		los que se sospecha TBP. <ul style="list-style-type: none">• Broncoscopia y bronco aspiración, Punción, biopsia pulmonar,etc.			
--	--	---	--	--	--

