



Mi Universidad

Historia

Danessa Suquey Vázquez Alvarado

Historia

Segundo parcial

Epidemiología

DR. Jesús Eduardo Cruz Domínguez

Medicina humana

Segundo semestre

DEFINICIÓN DEFINICIÓN DE FARINGOAMIGDALITIS

La faringoamigdalitis aguda es una infección de la faringe y de las amígdalas que se caracteriza por garganta roja de más de cinco días de duración, afecta a ambos sexos y a todas las edades pero es mucho más frecuente en la infancia.

FACTORES DE RIESGO

Los siguientes factores se asocian a un riesgo mayor para desarrollar faringoamigdalitis aguda:

- Tabaquismo y exposición al humo de tabaco.
- Contacto con pacientes con faringoamigdalitis o con portadores asintomáticos de Streptococcus beta-hemolítico del Grupo A (EBHGA).
- Antecedente de haber padecido reflujo gastroesofágico.

DIAGNÓSTICO TEMPRANO

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.

INTERROGATORIO

Los síntomas que se deben investigar son:

- Fiebre
- Cefalea
- Anorexia
- Rinorrea y cambios en las características de la secreción nasal
- Tos
- Disfonía
- Vómito
- Dolor abdominal

EXPLORACIÓN

Durante la exploración física se recomienda evaluar al paciente en búsqueda de los siguientes síntomas:

- Hiperemia conjuntival
- Adenopatía cervical anterior
- Congestión nasal
- Hiperemia e hipertrofia amigdalina
- Exudado amigdalino purulento
- Rash o urticaria

<p>EXAMENES DE LABORATORIO EXAMENES DE LABORATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se recomienda realizar en forma rutinaria la prueba de antígeno rápido de inmunoensayo para identificar EBHGA como complemento para el diagnóstico de un cuadro de faringoamigdalitis aguda. • El cultivo del exudado de la faringe se recomienda en los casos de recurrencia que no mejoran con el tratamiento. 	<p>TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</p> <p>Faringoamigdalitis viral. Faringoamigdalitis viral.</p> <p>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>Faringoamigdalitis bacteriana. Faringoamigdalitis bacteriana.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilina ácido clavulánico 500 mg c/8 hrs. 10 días • Cefalosporina de primera generación 10 días • Clindamicina 600 mg/día en 2–4 dosis por 10 días • Cuando se disponga de penicilina procainica puede aplicarse el siguiente esquema: Penicilina compuesta de 1,200,000 UI una aplicación cada 12 horas por dos dosis, seguidas de 3 dosis de penicilina procaínica de 800,000 UI cada 12 horas intramuscular.
<p>TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO</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. 	

Definición de tuberculosis

Se entiende por Tuberculosis pulmonar a la enfermedad infecto-contagiosa producida por micobacterias del complejo *Mycobacterium tuberculosis* (*M. hominis*, *M. bovis*, *M. africanum*), que afecta el parénquima pulmonar con alto grado de contagiosidad, pero que sin embargo, es prevenible y curable.

FACTORES DE RIESGO

- Contacto cercano con pacientes con TBP.
- lactantes y niños menores de 4 años:
- 3) Contactos cercanos familiares o decongregaciones.
- 4) personas que se encuentran durante procedimientos médicos en personas con TB activa.
- 5) Todas las personas nombradas por el paciente como contactos cercanos durante el periodo infeccioso.

DIAGNÓSTICO TEMPRANO

El examen microscópico del esputo, es un estudio altamente específico para el diagnóstico de TBP, por tres razones.

- 1) Método más rápido para determinar si una persona tiene TBP.
- 2) Identifica a los pacientes con mayor riesgo de morir por esta enfermedad.
- 3) Identifica los pacientes con mayor riesgo de transmitir la enfermedad.

inmediata:

- Tinción con bacilos ácido-alcohol resistentes o cultivo positivo.
- Identificación de *M. tuberculosis* en cualquier muestra.
- Sensibilidad antimicrobiana de *M. tuberculosis*, especialmente cuando los aislamientos sean resistentes.

INTERROGATORIO

Los síntomas:

Los síntomas clínicos en el diagnóstico de TBP son ambiguos, sin embargo se requiere la búsqueda intencionada en niños de: Tos ≥ 2 semanas en ausencia de otra causa, fiebre, pérdida de peso o falla para crecer. En adultos: Tos persistente ≥ 2 semanas, productiva, en ocasiones acompañada de hemoptisis, con síntomas adicionales como fiebre vespertina o nocturna, sudoración nocturna, pérdida de peso, astenia, adinamia. En personas con tos sin explicación y ataque al estado general y en pacientes con neumonías adquiridas en la comunidad que no mejoraron después de 7 días de

tratamiento. Los datos clínicos como pérdida de peso o falla para crecer en niños, fiebre inexplicable y tos persistente por más de dos semanas, que puede ir acompañada de hemoptisis, con algunos síntomas adicionales como fiebre vespertina o nocturna, sudoración nocturna, pérdida de peso, astenia, adinamia y ataque al estado general, en adultos, debe investigarse tuberculosis pulmonar.

<p>Tratamiento primario Acortado, Estrictamente Supervisado (TAES)</p> <p>Fase Intensiva: Diario de lunes a sábado por 10 semanas hasta completar 60 dosis. En una sola toma</p> <p>Medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rifampicina • Isoniacida • Piracinamida • Etambutol (a) <p>Fase de Sostén: Intermitente: Una dosis 3 veces por semana, lunes, miércoles y viernes, por 15 semanas hasta completar 45 dosis. Una sola toma.</p> <p>Medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Isoniacida • Rifampicina 	<p>TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO</p> <p>En pacientes con fracaso terapéutico, la persistencia de zonas alveolares destruidas con bronquiectasias, hemoptisis masiva, estenosis bronquial irreversible y fístula broncopleural, es una indicación para tratamiento quirúrgico. Es indispensable efectuar el seguimiento clínico y radiológico en forma estrecha, para detectar en forma oportuna complicaciones o fracaso terapéutico que requieran de otro tipo de intervenciones.</p>
--	--

Referencia

Guía de Referencia Rápida: Diagnóstico y Tratamiento de Faringoamigdalitis Aguda recuperado en <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/073GRR.pdf>

Guía de Referencia: Rápida Diagnóstico y Tratamiento de Casos Nuevos de Tuberculosis Pulmonar recuperado en <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/070GRR.pdf>.