

ANTES DE LA ENFERMEDAD

MUERTE

DEFINICIÓN: es una enfermedad causada por una bacteria llamada M. tuberculosis que afecta preferentemente a los pulmones.

AGENTE

MIHICI
AMB ENTE

HUESPED

Agente causal: Mycobacterium tuberculosis
Reservorio: El ser humano
Huésped: niños de 5 años, adultos mayores y personas inmunocomprometidas
Vía de entrada: Boca, nariz, heridas

Estimulo

PERIODO PREPATOGENICO

LATENCIA: Únicamente cuando el hombre sano infectado desarrolla la enfermedad es cuando se convierte en fuente de infección

SECUELAS: Calcificaciones ganglionares.-Bronquiectasias con expectoración purulenta y/o hemoptisis, y obstrucción secundaria a cicatrización por endobronquitis tuberculosa, que puede simular cuadro de asma o de epoc.

DAÑO: lesiones parenquimatosas, Lesiones de la vía aérea, Lesiones vasculares, Lesiones mediastínicas, Lesiones pleurales, Lesiones de la pared torácica.

SIGNOS Y SINTOMAS: **INESPECIFICOS:** Debilidad o fatiga, Pérdida de peso, Falta de apetito, Escalofríos, Fiebre. **ESPECIFICOS:** Tos intensa que dura 3 semanas o más, Dolor en el pecho, Tos con sangre o esputo

PERIODO PRODROMICO; 2 a 10 semanas, si se considera el periodo desde el ingreso del bacilo en el organismo y el desarrollo de la positividad a la prueba de la tuberculina.

CAMBIOS TISULARES: Al cabo de 4 a 6 semanas desde el ingreso de la micobacteria tuberculosa y cuando la masa de linfocitos en presencia del antígeno es suficientemente numerosa en el sitio donde la bacteria se replica activamente

<p>FOMENTO A LA SALUD: Inisoniacida (tratamiento para tuberculosis latente o quimioprofilaxis) Se administra durante seis meses a los contactos menores de cinco años, con o sin antecedente de vacunación con BCG</p>	<p>PROTECCION ESPECIFICA: La vacuna BCG es una preparación de bacterias vivas atenuadas derivadas de un cultivo de bacilos de Calmette y Guérin (Mycobacterium bovis). (miliar y meníngea).</p>	<p>DIAGNOSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO: Toda persona con tos productiva ≥ 2 semanas se debe sospechar TBP Amplificación de ácidos nucleicos PCR- 10h no se usa para monitoreo prueba de la tuberculina (PPD) se considera positiva con ≥ 5 mm de induración o 10 si no es inmunocomprometido (tuberculosis latente) funciona con hipersensibilidad tipo IV</p>	<p>LIMITACIÓN DEL DAÑO: Tratamiento estrictamente monitoreado por personal de salud Seguir medidas preventivas</p>	<p>REHABILITACION: Rehabilitación pulmonar</p>
---	--	---	---	---

Prevección primaria

PREVENCIÓN SECUNDARIA

PREVENCIÓN TERCARIA

Faringoamigdalitis

Muerte

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

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

Agente
 Afecta a ambos sexos y a todas las edades pero es mucho más frecuente en la infancia

Huésped
 Ambiente: Contacto con las manos o con la persona enferma

Estimulo desencadenante:

Secuelas o Cronicidad: Absceso periamigdalino o retrofaringeo

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. Bacterial: 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

Prevención Primaria

Prevención secundaria

Prevención terciaria

Promoción de la salud	Protección específica	DX. precoz	TX oportuno	Limitación del daño	Rehabilitación
Se recomienda proporcionar información práctica acerca de las medidas generales de cuidado y prevención	Evitar la exposición a cambios bruscos de temperatura.	Historia clínica Dx laboratorio: Cultivo del exudado de la faringe Dx de gabinete.	Farmacológico: Paracetamol 500mg VO cada 8hs de 3 a 5 días Naproxeno 250 mg via oral cada 12 horas de 3 a 5 días Erradicación de estreptococo beta hemolítico: Penicilina benzatínica de 1,200,000 UI IM cada 21 días por 3 meses No farmacológico: 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	Se recomienda informar al paciente que en caso de que los síntomas no cedan en un periodo de 48 a 72hs acudir al servicio médico para su revaloración. En estos casos es necesario descartar absceso y celulitis periamigdalino	Rehabilitación Se sugiere considerar ofrecer de 1 a 3 días de incapacidad en los siguientes casos: * Pacientes con fiebre de 38 grados o más. * Actividad laboral que lo requiera.