

**Nombre de alumnos: Cristhian Najera Jimenez.**

**Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales.**

**Nombre del trabajo: Cuadro Sinóptico.**

**Materia: Enfermería Gerontogeriatrica.**

**Grado: 6to Cuatrimestre.**

**Grupo: "A"**

## UNIDAD 2

### 2.1.1 ASMA.

Es una enfermedad que provoca que las vías respiratorias se hinchen y se estrechen, esto hace que se presenten sibilancias, dificultad para respirar, opresión en el pecho y tos.

Se manifiesta por tos, disnea, opresión torácica, sibilancias, asociado a limitación variable del flujo aéreo que a menudo es reversible espontáneamente o con tratamiento.

**Fisiopatología Alérgica (mayor frecuencia):** En el 70% de casos se puede encontrar una sensibilización a Aero alérgenos con producción de IgE alérgeno específico, exposiciones subsecuentes activan la liberación de mediadores inflamatorios con producción de inflamación bronquial, broncoconstricción, e hiperreactividad de la vía aérea.

**Diagnóstico Clínico:** El diagnóstico de la enfermedad es generalmente clínico el cual es fuertemente sugerido si hay combinación de tos, sibilancias, dificultad respiratoria, de forma episódica y recurrente en un paciente con antecedente familiar de atopía padres atópicos.

Clasificación de enfermedad por Evolución Leve Intermitente, leve persistente, moderada persistente, severa persistente  
**Clasificación actual:** Asma controlada, parcialmente controlada y no controlada.  
Criterios de Hospitalización Asma aguda moderada que no responde al tratamiento convencional o exacerbaciones graves, antecedente de Hospitalización por asma grave, persistencia de la sintomatología después de 2hrs, saturación de oxígeno menor a 92%.

**Tratamiento a Largo Plazo:** Esteroides inhalados, esteroides vía oral, Antileucotrienos,  $\beta 2$  agonistas de Acción Prolongada, Cromonas, Teofilinas de Acción Prolongada, Inmunoterapia específica Combinación de glucocorticoide inhalado y un broncodilatador agonista B2 de acción prolongada.

Existen diversos mecanismos desencadenantes tanto alérgenos intra como extra domiciliarios y contaminantes ambientales, tabaquismo pasivo y activo, infecciones de la vía aérea superior predominantemente virales, ejercicio, sensibilización ocupacional, cambios climáticos, reflujo gastroesofágico, dieta, obesidad.

No Alérgica (menor frecuencia) otros mecanismos, ingestión de medicamentos principalmente AINES, autoinmunidad, sensibilización con alérgenos ocupacionales con mecanismo no mediado por IgE.

Diagnóstico por imágenes Rayos X convencionales son de poca ayuda, útiles en pacientes cuando necesitamos realizar algún diagnóstico diferencial.

Estabilización Inicial, Manejo en Urgencias Oxígeno para lograr una saturación de oxígeno igual o mayor a 95%.  $\beta 2$  agonista de acción corta, en nebulización 150 mcg Kg Dosis cada 20 minutos hasta 3 dosis o en inhalador de dosis medida (MDI presurizado) 2 inhalaciones cada 20 minutos por una hora

**Diagnóstico Diferencial**  
Infecciosas: Bronquiolitis (V. sincicial respiratorio), crup laríngeo (V para fluenzae), gérmenes atípicos, resfriado común. Otras: reflujo gastroesofágico, bronquiectasias por cualquier etiología, fibrosis quística, disfunción de cuerdas vocales, cuerpo extraño en vías aéreas, tumores, neumonía eosinófila, aspergilosis broncopulmonar, síndrome de Churg-Strauss, bronquiectasias.

**Los desencadenantes comunes del asma incluyen:** animales (caspa o pelaje de mascotas), ácaros del polvo, ciertos medicamentos (ácido acetilsalicílico o aspirín y otros AINE), cambios en el clima (con mayor frecuencia clima frío), químicos (en el aire o en los alimentos, ejercicio Moho, Polen, Infecciones respiratorias, como el resfriado común, emociones fuertes (estrés), humo del tabaco.

### 2.1.2 NEUMONIA

La neumonía es un proceso inflamatorio agudo del parénquima pulmonar de origen infeccioso Puede afectar a pacientes inmunodeprimidos o inmunocompetentes o ocurrir fuera del hospital o dentro de él (nosocomial), originando manejos y actitudes terapéuticas bien diferentes.

Los agentes etiológicos varían según consideremos las NAC en pacientes ambulatorios, ingresados en planta o ingresados en UCI, pero el Streptococcus pneumoniae sigue siendo con diferencia el germen más frecuente en todas las series y el que conlleva mayor mortalidad.

El diagnóstico de neumonía se basa en la presencia de fiebre, sintomatología respiratoria variable y nuevas anomalías en la radiografía de tórax, La fiebre aparece en la mayoría de los pacientes, la mayor parte de los cuales tienen taquipnea y crepitanes en la auscultación y en sólo un tercio se aprecian signos de consolidación.

La RX no es útil para diferenciar las neumonías bacterianas de las no bacterianas, pero puede sugerir una etiología específica (tuberculosis, absceso), detectar procesos asociados: (obstrucción endobronquial), o valorar la gravedad (afectación multilobar, derrame pleural).

Los procedimientos que utilizamos para llegar a un diagnóstico los llamamos invasivos o no invasivos en razón a las molestias y riesgos que sometemos a los pacientes. Todos tienen limitaciones y ninguno es capaz de detectar a todos los gérmenes y sólo aportan el diagnóstico en la mitad de los casos.

Un tercer factor a tener en cuenta es la resistencia local de los antibióticos, manteniéndose en nuestro país una sensibilidad disminuida del neumococo a la penicilina entre el 35 y 50% y una resistencia a los macrólidos en torno al 25-40%.

Todos los pacientes con NAC deben tomar líquidos abundantes, hacer reposo en cama mientras tengan fiebre, recibir tratamiento adecuado para la fiebre, dolor pleurítico, tos o disnea. Los pacientes ingresados pueden requerir oxigenoterapia para mantener una SpO2  $\geq$  90% o PaO2 > 60 mmHg, reposición de líquidos IV, drogas vasoactivas, ventilación mecánica no invasiva o ventilación mecánica invasiva.

En pacientes ambulatorios le siguen Micoplasma pneumoniae, virus y Chlamydia pneumoniae; en pacientes ingresados en planta se añaden las enterobacterias y la Legionella, y es más frecuente el Haemophilus influenzae; y en los ingresados en UCI, tras el neumococo surgen la Legionella, las enterobacterias y el Stafilococcus aureus como más frecuentes.

La radiografía de tórax, posteroanterior y lateral, es imprescindible para establecer el diagnóstico, porque síntomas parecidos pueden apreciarse en bronquitis aguda y otras enfermedades no infecciosas. Las alteraciones radiológicas deben ser de nueva aparición y podemos observar una condensación alveolar única, parcheada (bronconeumonía) o infiltrados intersticiales.

El laboratorio general no ayudará a completar la valoración del paciente y decidir dónde realizaremos su tratamiento, de manera ambulatoria o ingresado en el hospital.

**TRATAMIENTO:** Antibioterapia empírica inicia El tratamiento inicial de las NAC es empírico y dependerá de la gravedad del cuadro y de la etiología más probable, estableciéndose tres grupos bien definidos según el lugar más adecuado para su antibioterapia: grupo 1 (tratamiento domiciliario), grupo 2 (hospitalizado en planta) y grupo 3 (en la UCI)

Se han establecido unas recomendaciones con diferentes opciones terapéuticas, que deben iniciarse precozmente, en menos de 4-8 horas de realizado el diagnóstico porque disminuye la mortalidad y la estancia hospitalaria (Nivel II).

### 2.1.3 BRONQUITIS

Es el resultado de la inflamación de los conductos que transportan el aire al interior de los pulmones y de ellos de nuevo al exterior, para así llevar a cabo la respiración, estos conductos, que se conocen como bronquios (y conectan la tráquea a los pulmones), son también el canal de salida de las secreciones prevalencia e incidencia.

La bronquitis aguda es más frecuente en otoño e invierno, ya que se forman a este nivel, cuando los bronquios están inflamados o infectados entra menos aire a los pulmones y también sale menos cantidad, como consecuencia, se tose mucho expulsando esputo o flema.

La causa más frecuente de las bronquitis agudas son microorganismos que infectan y, en consecuencia, inflaman los bronquios, los microbios responsables tienen diferente naturaleza -bacterias o virus-, encontrándose en nuestro entorno diario.

La bronquitis se manifiesta habitualmente con tos, mucosidad con salida oral y, en ocasiones dificultad respiratoria como consecuencia de la reducción del calibre de los bronquios. Puede acompañarse también, en ocasiones, de fiebre, a partir de 37°C, o fiebre, a partir de 38°C.

La prevención se centra, fundamentalmente, en proteger la vía aérea en los ambientes fríos y cumplir las normas explicadas anteriormente para evitar el contagio".

Crónicas: se debe sospechar cronicidad cuando una persona padece más de dos episodios anuales de bronquitis, en este caso debe de ser valorado por el médico de familia y/o neumólogo.

Antitérmicos (medicamentos que reducen la temperatura): en caso de presentar fiebre, antibiótico: solo si se sospecha que la causa es una bacteria y únicamente prescrito por el médico, en los niños, la amoxicilina es el fármaco de elección habitual.

Se dice que la bronquitis es crónica cuando este tipo de tos es persistente y cuando no hay otra enfermedad subyacente que pueda explicar su origen.

El contagio se produce mediante dos vías: a través del aire: al toser y estornudar, por eso se recomienda proteger a los demás cubriendo nariz y boca en estos casos.

A través de contacto directo con piel o superficie que contenga el microbio: por ejemplo, la mano con la hemos controlado el estornudo o la tos puede transmitir el microbio. Frecuentemente, no somos conscientes de estos gestos cotidianos, de ahí la insistencia con el lavado de manos.

Los síntomas de la bronquitis crónica empeoran cuando aumentan las concentraciones de dióxido sulfúrico y de otros contaminantes en el aire, y lo hacen aún más cuando los afectados fuman.

Según el tiempo de duración o evolución: **Agudas:** de reciente aparición y poca duración.

Tratamientos: El tratamiento va dirigido al control y mejoría de los síntomas, así como a la causa sospechada: **Hidratación:** es importante la ingesta de líquidos, preferiblemente de agua.

**Inhaladores:** es el tratamiento que se administra a través de la vía respiratoria. Suelen recomendarse los que contienen corticoide y broncodilatador porque desinflan y dilatan los bronquios, aumentando su calibre para facilitar el paso del aire.

### 2.1.4 EPOC

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad pulmonar caracterizada por una reducción persistente del flujo de aire.

Los síntomas empeoran gradualmente y la disnea, que es persistente y al principio se asocia al esfuerzo, aumenta con el tiempo hasta aparecer en reposo.

La principal causa de la EPOC es la exposición al humo del tabaco (fumadores activos y pasivos), la exposición laboral a polvos y productos químicos (vapores, irritantes y gases), las infecciones repetidas de las vías respiratorias inferiores en la infancia.

**Síntomas:** La EPOC tiene una evolución lenta y generalmente se hace evidente a partir de los 40 o los 50 años de edad, sus síntomas más frecuentes son la disnea (dificultad para respirar), la tos crónica y la expectoración (con mucosidad). A medida que la enfermedad empeora, los esfuerzos del día a día como subir unos cuantos escalones o llevar una maleta, o incluso las actividades cotidianas, pueden hacerse muy difíciles.

**Diagnóstico y tratamiento:** La presencia de EPOC se sospecha en las personas que padecen los síntomas descritos anteriormente y se confirma mediante una prueba denominada espirometría, que mide el volumen de una espiración efectuada con un máximo esfuerzo y la rapidez con que se espira el aire.

El tratamiento más eficaz y menos costoso de la EPOC para los fumadores es, precisamente, dejar de fumar, ya que retrasa la evolución de la enfermedad y reduce la mortalidad por la enfermedad, en algunos casos, el tratamiento con corticosteroides inhalados es también beneficioso.

**Respuesta de la OMS:** La lucha contra la EPOC forma parte de las actividades generales de prevención y control de las enfermedades no transmisibles que lleva a cabo la Organización, cuyos objetivos son: aumentar la sensibilización acerca de la epidemia mundial de enfermedades crónicas; crear ambientes más saludables, sobre todo para las poblaciones pobres y desfavorecidas.

Es una enfermedad que no siempre se llega a diagnosticar, y puede ser mortal. A menudo, también se utilizan los términos bronquitis crónica y enfisema para referirse a ella.

Otros factores de riesgo son: la contaminación del aire de interiores (por ejemplo, la derivada de la utilización de combustibles sólidos en la cocina y la calefacción), la contaminación del aire exterior.

Los pacientes sufren frecuentes exacerbaciones, es decir, episodios más intensos de disnea, tos y expectoración, que pueden durar de días a semanas, estos episodios pueden ser muy incapacitantes, requieren atención médica de urgencia (incluso hospitalización) y, en ocasiones, pueden ser mortales.

La EPOC no se cura. Sin embargo, el tratamiento farmacológico y la fisioterapia pueden aliviar los síntomas, mejorar la capacidad de ejercicio y la calidad de vida y reducir el riesgo de muerte.

La disponibilidad de opciones diagnósticas y terapéuticas para la EPOC varía según los recursos, la OMS ha publicado unas directrices con recomendaciones específicas para el tratamiento de esta enfermedad en la atención primaria en entornos con pocos recursos.

reducir los factores de riesgo comunes de las enfermedades no transmisibles, tales como el consumo de tabaco y la exposición al humo del tabaco como fumador pasivo, la contaminación de interiores y de exteriores, así como las dietas malsanas y la inactividad física; prevenir las muertes prematuras y las discapacidades evitables relacionadas con las principales enfermedades no transmisibles.

### 2.1.5 TUBERCULOSIS

La infección tuberculosa es el resultado del contacto de Mycobacterium tuberculosis (MT) con un determinado individuo, dando lugar en su organismo a una respuesta inmune tipo hipersensibilidad celular retardada. Este estado de sensibilización se diagnostica mediante la prueba de la tuberculina.

El diagnóstico de infección tuberculosa se basa en el resultado de la prueba de la tuberculina (PT). Esta prueba pone de manifiesto un estado de hipersensibilidad del organismo frente a proteínas del bacilo tuberculoso adquirida por un contacto previo con el mismo, la vacunación previa (BCG) o el contacto previo con micro bacterias ambientales puede positivizar la PT.

El retraso en el diagnóstico provoca aumento de la morbilidad y las secuelas así como aumento de la posibilidad de contagio a otras personas, no hay síntomas ni signos patognomónicos de TBC que permitan diferenciarla de otras enfermedades broncopulmonares, los síntomas de enfermedad tuberculosa pueden ser agudos, subagudos o crónicos.

TBC pulmonar del adulto (secundaria) Se caracteriza por la afectación predominante en lóbulos superiores. Son características las lesiones cavitadas en lóbulos superiores, infiltrados cavitados, patrón de diseminación broncógena e imágenes nodulares satélites. La presentación radiológica puede ser a veces como condensación parenquimatosa difícil de distinguir de una neumonía bacteriana de otra etiología.

**El tratamiento** de la enfermedad tuberculosa tiene como premisas fundamentales, desde el punto de vista bacteriológico, es preciso asociar varios fármacos para prevenir la aparición de resistencias, toda monoterapia real o encubierta llevará ineludiblemente al fracaso y a la selección de resistencias, el tratamiento tiene que ser prolongado para evitar la recidiva, en base a las distintas velocidades de crecimiento de las poblaciones bacilares coexistentes.

Las personas infectadas no presentan ni síntomas, ni signos ni hallazgos radiológicos que sugieran enfermedad activa. Un 10-15% de estos individuos tienen riesgo de desarrollar enfermedad a lo largo de su vida.

El diagnóstico de la enfermedad tuberculosa es microbiológico. Requiere el aislamiento y cultivo de MT en muestras biológicas.

Los síntomas iniciales de la tuberculosis pulmonar son insidiosos y poco expresivos en la mayor parte de los casos, lo que puede llevar a demoras diagnósticas de varios meses, la demora media de diagnóstico de TBC es de unos tres meses en nuestro medio, considerándose que la demora aceptable para el diagnóstico de la TBC pulmonar no debe ser superior a 3 semanas.

Por otra parte, se trata de síntomas inespecíficos tales como pérdida de peso, sudoración nocturna, astenia, anorexia y fiebre o febrícula de evolución más o menos prolongada. Más orientativos pueden resultar síntomas respiratorios como tos, expectoración mucopurulenta o hemoptoica, hemoptisis, disnea o dolor torácico, en pacientes adultos con síntomas respiratorios persistentes como tos o expectoración de más de 15 días de evolución que no mejora con tratamiento o síndrome constitucional de origen no filiado es necesario descartar TBC pulmonar.

Tuberculosis miliar Puede ser una manifestación de enfermedad primaria o postprimaria, el patrón radiológico típico se caracteriza por múltiples nódulos finos de tamaño inferior a 3 mm, predominando en lóbulos inferiores.

La mala cumplimentación o el abandono del tratamiento favorecen la aparición de resistencias. Los fármacos para el tratamiento de la tuberculosis se clasifican en dos grupos en función de su eficacia, potencia y efectos tóxicos: Fármacos de primera línea: De elección para el tratamiento de casos iniciales: Bactericidas: isoniazida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z) y estreptomycin (S) -Bacteriostáticos: Etambutol (E).