



**NOMBRE DEL ALUMNO(A): ADILENY LOPEZ ROBLERO**

**CATEDRATICO(A): FELIPE ANTONIO MORALES**

**TRABAJO: CUADRO SINOPTICO**

**MATERIA: ENFERMERIA GERONTOGERIATRICA**

**GRADO: 6TO CUATRIMESTRE**

**GRUPO: "B"**

**COMITAN DE DOMINGUEZ CHIAPAS A 29 /07/2021**

**PROBLEMAS  
RESPIRATORIOS**

**Asma**

Es una enfermedad que provoca que las vías respiratorias se hinchen y se estrechen.

Enfermedad inflamatoria crónica de la vía aérea, caracterizada por Inflamación, hiperactividad bronquial que lleva a episodios recurrentes de sibilancias y broncoespasmo.

**Etiología  
Multifactorial:**

Antecedente de atopía familiar en el 80% de casos interactúan varios factores para su expresión clínica

Existen diversos mecanismos desencadenantes tanto alérgenos intra como extra domiciliarios y contaminantes ambientales, tabaquismo pasivo y activo.

Fisiopatología Alérgica (mayor frecuencia): En el 70% de casos se puede encontrar una sensibilización a Aero alérgenos con producción de IgE alérgeno específica.

**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.

Se clasifica como Intermitente, Leve Persistente, Moderada Persistente, y Grave Persistente basados en la frecuencia y gravedad de signos y síntomas.

**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.

**Los desencadenantes comunes del asma incluyen:**

- Animales (caspas o pelaje de mascotas)
- Ácaros del polvo

- Ciertos medicamentos (ácido acetilsalicílico o aspirin 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

# Neumonía

La neumonía es un proceso inflamatorio agudo del parénquima pulmonar de origen infeccioso.

Nosotros consideraremos las neumonías adquiridas en la comunidad (NAC) o extra hospitalarias en pacientes inmunocompetentes, incluidos los infectados por VIH (no SIDA), y en otros capítulos se tratarán los otros tipos de neumonías.

## NAC

Las NAC representan un problema de salud importante, que han motivado que las principales sociedades mundiales relacionadas con el problema publiquen de manera periódica.

Las NAC tienen una incidencia en nuestro país de 1,62 casos por 1.000 habitantes y año, estimándose que un médico de familia puede ver entre 6 y 10 casos al año.

Los agentes etiológicos varían según consideremos las NAC en pacientes ambulatorios, ingresados en planta o ingresados en UCI.

## DIAGNÓSTICO CLÍNICO

El diagnóstico de neumonía se basa en la presencia de fiebre, sintomatología respiratoria variable y nuevas anomalías en la radiografía de tórax.

La radiografía de tórax, posteroanterior y lateral, es imprescindible para establecer el diagnóstico.

El laboratorio general nos ayudará a completar la valoración del paciente y decidir dónde realizaremos su tratamiento, de manera ambulatoria o ingresada en el hospital.

El laboratorio general nos ayudará a completar la valoración del paciente y decidir dónde realizaremos su tratamiento.

Su determinación en pacientes ambulatorios es opcional, deberíamos considerarla si existe enfermedad cardiorrespirato.

## DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO

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.

La obtención de una muestra para el diagnóstico microbiológico no debe retrasar el tratamiento antibiótico.

Las técnicas invasivas se consideran si a las 72 horas de tratamiento empírico aparentemente correcto no hay mejoría, o al ingreso en pacientes con neumonía grave, con objeto de hacer un diagnóstico precoz.

## PROCEDIMIENTOS NO INVASIVOS

La tinción de Gram. y el cultivo del esputo o aspirado bronquial reciente (de menos de 30 minutos) antes de iniciar el tratamiento antibiótico.

El cultivo del esputo es diagnóstico si se aísla *Mycobacterium tuberculosis* o *Legionella pneumophila*, aunque requieren medios especiales y tienen crecimiento lento.

El neumococo es el germen aislado en más de la mitad de los casos. Un hemocultivo positivo tiene valor etiológico y pronóstico.

## PROCEDIMIENTOS INVASIVOS

La fibrobroncoscopia es la técnica más empleada porque generalmente estos pacientes están intubados.

La biopsia pulmonar se considera excepcionalmente en neumonía con mala evolución si con las técnicas anteriores no se obtiene un diagnóstico o si se sospecha una enfermedad no infecciosa asociada.

Necesita de medios y personal especializados y es más molesta en pacientes con neumonía y no intubados. Pocos estudios la han estudiado en pacientes con NAC.

# BRONQUITIS

La 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.

Cuando los bronquios están inflamados o infectados entra menos aire a los pulmones y también sale menos cantidad.

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.

## Causas

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.

## 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 que hemos controlado el estornudo o la tos puede transmitir el microbio.

## Síntomas

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.

Los síntomas de la bronquitis crónica empeoran cuando aumentan las concentraciones de dióxido sulfúrico y de otros contaminantes en el aire.

Cuando el paciente finalmente va al médico, muchas veces sus pulmones ya están lesionados y el riesgo de padecer problemas respiratorios graves o de sufrir un fallo cardíaco es elevado.

# 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.

Es una enfermedad que no siempre se llega a diagnosticar, y puede ser mortal.

## Factores de riesgo

La principal causa de la EPOC es la exposición al humo del tabaco (fumadores activos y pasivos).

## 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.

- La exposición laboral a polvos y productos químicos (vapores, irritantes y gases);
- las infecciones repetidas de las vías respiratorias inferiores en la infancia.

## Síntomas

Sus síntomas más frecuentes son la disnea (dificultad para respirar), la tos crónica y la expectoración (con mucosidad).

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.

# TUBERCULOSIS

Es una enfermedad ampliamente conocida, con pautas claras de diagnóstico y tratamiento.

El objetivo de este capítulo es ayudar a establecer conceptos claros y pautas de actuación bien definidas para un mejor diagnóstico y tratamiento de la TBC.

La infección tuberculosa es el resultado del contacto de *Mycobacterium tuberculosis* con un determinado individuo.

Las personas infectadas no presentan ni síntomas, ni signos ni hallazgos radiológicos que sugieran enfermedad activa.

## Prueba de la Tuberculina

La PT positiva no es sinónimo de enfermedad tuberculosa, sólo indica contacto previo con el bacilo tuberculoso.

La PT se realiza según la técnica de Mantoux por administración intradérmica en cara anterior del antebrazo de 2 unidades de tuberculina PPD RT23.

## DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD TUBERCULOSA

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

El contexto clínico y los hallazgos radiológicos y analíticos pueden hacer sospechar el diagnóstico y poner en marcha los procedimientos para la obtención de muestras adecuadas para el diagnóstico bacteriológico.

## Manifestaciones Clínicas

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.

El retraso en el diagnóstico provoca aumento de la morbilidad y las secuelas así como aumento de la posibilidad de contagio a otras personas.

Los síntomas de enfermedad tuberculosa puede ser agudos, subagudos o crónicos.

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.

## MANIFESTACIONES RADIOLÓGICAS

Las imágenes radiológicas pueden sugerir el diagnóstico de TBC pero no establecerlo por sí mismas.

La radiología de tórax en el diagnóstico de TBC es una técnica muy sensible pero poco específica

El espectro de manifestaciones radiológicas de la TBC pulmonar es muy amplio, aunque pueden reconocerse patrones radiológicos concretos relacionados con la forma clínica de presentación.