



ASESOR ACADEMICO: LIC. FELIPE ANTONIO MORALES

NOMBRE DEL ALUMNO(A): RAMIREZ MENDEZ FRANKLIN

MATERIA EN CURSO: ENFERMERIA GERONTOGERIATRICA

TRABAJO A ENTREGAR: CUADRO COMPARATIVO/ UNIDAD II

GRADO Y GRUPO: 6° CUATRIMESTRE "C"



**UNIDAD II.- PROBLEMAS GERIÁTRICOS:**

**2.1.1.- ASMA:**

**CONCEPTO:**

○ Enfermedad inflamatoria crónica de la vía aérea, caracterizada por inflamación, hiperactividad bronquial que lleva a episodios recurrentes de sibilancias y broncoespasmo, se manifiesta por tos, disnea, opresión torácica, sibilancias, asociado a limitación variable del flujo aéreo que a menudo es reversible espontáneamente o con tratamiento.

**ETIOLOGIA MULTIFACTORIAL:**

○ Antecedente de atopia familiar en el 80% de casos interactúan varios factores para su expresión clínica, existen desencadenante alérgenos intra como extra domiciliarios y contaminantes ambientales, tabaquismo pasivo y activo, infecciones de la vía aérea superior, ejercicio, sensibilización ocupacional, cambios climáticos, reflujo gastroesofágico, dieta, obesidad.

**DIAGNOSTICO CLINICO:**

○ hay combinación de tos, sibilancias, dificultad respiratoria, de forma episódica y recurrente en un paciente con antecedente familiar de atopia padres atópicos, así mismo la posibilidad aumenta en un niño con otras enfermedades de origen atópico (Rinitis Alérgica, Dermatitis Atópica) Se clasifica como Intermitente, Leve Persistente, Moderada Persistente, y Grave Persistente basados en la frecuencia y gravedad de signos y síntomas, y espirometría en niños > de 5 años; en niños < 5 años no es valorable la espirometría.

**TRATAMIENTO A LA LARGO PLAZO:**

○ Esteroides inhalados, esteroides vía oral, Antileucotrienos, β2 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 (caspa 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) y Humo del tabaco

**2.1.2: NEUMONIA:**

**CONCEPTO:**

✚ Es un proceso inflamatorio agudo del parénquima pulmonar de origen infeccioso. Los microorganismos pueden llegar al pulmón por vías diferentes: micro aspiraciones de secreciones oro faríngeas (la más frecuente), inhalación de aerosoles contaminados, vía hemática o por contigüidad.

**DIAGNOSTICO CLINICO:**

✚ 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, porque síntomas parecidos pueden apreciarse en bronquitis aguda y otras enfermedades no infecciosas.

**TRATAMIENTO:**

✚ 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).

**FACTORES DE RIESGO:**

✚ Personas que tienen enfermedades pulmonares crónicas, diabetes, mala nutrición, abuso de consumo de alcohol, dificultad para deglutir, otros problemas de salud crónicos o problemas del sistema inmunológico. En las personas que fuman y aquellas expuestas al humo del tabaco.

**MEDIDAS GENERALES:**

✚ 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 ≥ 90% o PaO2 > 60 mmHg.

UNIDAD II.- PROBLEMAS GERIÁTRICOS:

BRONQUITIS

- CONCEPTO:**
  - ❖ 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).
- CAUSAS**
  - ❖ "La causa más frecuente de las bronquitis agudas son microorganismos que infectan y, en consecuencia, inflaman los bronquios, estos microbios responsables tienen diferente naturaleza -bacterias o virus-, encontrándose en nuestro entorno diario. Y explica Sandra Ros, neumóloga y miembro del Área de Enfermedades Infecciosas de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (Separ).
- SINTOMAS:**
  - ❖ 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.
- PREVENCIÓN:**
  - ❖ Se centra, fundamentalmente, en proteger la vía aérea en los ambientes fríos y cumplir las normas explicadas anteriormente para evitar el contagio", aconseja Ros.

- CONTAGIOS MEDIANTE 2 VIAS:**
1. **A través del aire: al toser y estornudar.** Por eso se recomienda proteger a los demás cubriendo nariz y boca en estos casos.
  2. **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.

- DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO**
- Un cultivo de esputo puede indicar la necesidad de otro tipo de antibióticos cuando los síntomas son persistentes o recurrentes o cuando la bronquitis es muy grave.
  - Hidratación, Antitérmicos Antibiótico e Inhaladores

EPOC

- CONCEPTO:**
  - 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.
- FACTORES DE RIESGO:**
  - 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.
- SINTOMAS:**
  - 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.
- DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO:**
  - 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.
  - 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. 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.
- RESPUESTA DE LA OMS:**
  - aumentar la sensibilización acerca de la epidemia mundial de enfermedades crónicas;
  - crear ambientes más saludables, sobre todo para las poblaciones pobres y desfavorecidas;
  - 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.

**UNIDAD II.- PROBLEMAS GERIÁTRICOS:  
TUBERCULOSIS:**

**CONCEPTO:**

Enfermedad ampliamente conocida, con pautas claras de diagnóstico y tratamiento, sorprende ver como con frecuencia se asiste a errores en conceptos elementales y en cuestiones de la práctica clínica diaria como la interpretación de la prueba de la tuberculina o los criterios para instauración de quimioprofilaxis.

**CONCEPTO DE INFECCION Y ENFERMEDAD 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.

**MANIFESTACIONES CLINICAS:**

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, ya que los síntomas de enfermedad tuberculosa puede ser agudos, subagudos o crónicos.

**MANIFESTACIONES RADIOLOICAS:**

No hay ningún signo ni patrón radiológico patognomónico de TBC, en 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; sólo algunas formas de TBC primarias y en pacientes VIH severamente inmunodeprimidos pueden tener radiografía de tórax normal.

**PRUEBA DE LA TUBERCULINA:**

Se basa en el resultado de la prueba de la tuberculina, 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.

**PRUEBA DE ENFERMEDAD TUBERCULOSA:**

El diagnóstico de la enfermedad tuberculosa es microbiológico, que también se requiere el aislamiento y cultivo de MT en muestras biológicas.

**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 broncogena e imágenes nodulares satélites. En pacientes VIH o diabéticos es más frecuente la afectación en lóbulos inferiores.

**TBC MILAR:**

El patrón radiológico típico se caracteriza por múltiples nódulos finos de tamaño inferior a 3 mm.- predominando en lóbulos inferiores.

**TBC EN PACIENTES VIH:**

Las manifestaciones son similares a las de la TBC post primaria, en caso de inmunosupresión severa predomina la afectación ganglionar y la diseminación hematogena.

**TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD TUBERCULOSA:**

Isoniazida (semidon)	5 mg/kg máximo 300 mg/día	15 mg/kg máximo 900
Rifampicina (rifaldin o rimactan)	10 mg/kg Máximo 600 mg/día	10 mg/kgg Máximo 600mg
Etambutol (myambutol 400)	25 mg/kg 2 meses y después 15 mg/kg Máximo 2,5 gr/día	50mg/kg Máximo 3 gr/día
estreptomicina	15 mg/kg Máximo 1gr/día	25-30 mg/kg Máximo 1 gr