



Nombre del Alumno: Gloria Díaz Álvarez

Nombre del tema: Cuadro comparativo de IRAS

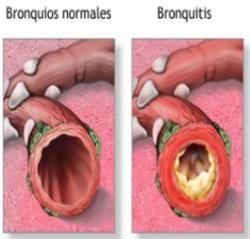
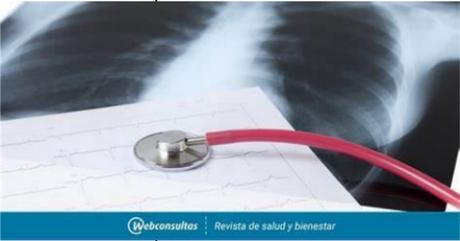
Parcial: 2

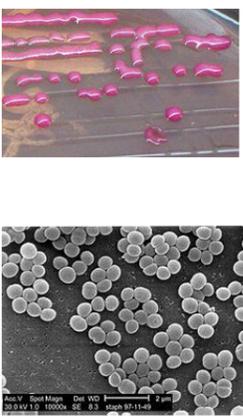
Nombre de la Materia: Patología del niño y del adolescente

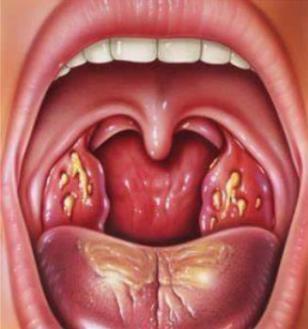
Nombre del profesor: Cecilia De La Cruz Sanchez

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 5to

ENFERMEDAD	ETIOLOGÍA	FISIOPATOLOGÍA	CUADRO CLINICO	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO	CUIDADOS DE ENF.	PREVENCIÓN	COMPLICACIONES
<p>Bronquitis: Es la hinchazón e inflamación de las vías aéreas principales que llevan aire hacia los pulmones. Esta hinchazón estrecha las vías respiratorias, lo cual dificulta la respiración. Otro síntoma de bronquitis es tos y tos con flemas. Aguda significa que los síntomas solo han estado presentes por un período corto.</p>  <p>#ADAM</p>	<p>Entre el 50% y el 90% de los episodios de bronquitis aguda son de origen viral. Los agentes más frecuentemente implicados son el virus para influenza (tipos 1 y 3), influenza (tipos A y B), virus respiratorio sincitial (VRS) y adenovirus. Los rinovirus, coronavirus, enterovirus, y los virus del sarampión y la rubéola son agentes etiológicos más raros.</p>	<p>Cualquiera que sea el origen del cuadro, el resultado es un edema de la mucosa bronquial y la producción de moco, lo que provocará un deterioro de la función mucosilla y una mayor adherencia bacteriana. Al contrario de lo que sucede en los cambios inflamatorios crónicos del asma, la inflamación de la bronquitis aguda es transitoria y habitualmente desaparece una vez resuelta la infección. La persistencia de fragmentos del genoma del virus en la mucosa bronquial durante largo tiempo después de una infección aguda, puede inducir la liberación de citosinas pro inflamatorias y otros mediadores por parte del epitelio respiratorio que condicionan una respuesta inflamatoria bronquial semejante a la asmática.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Obstrucción de los <u>alveolos</u> • Pitidos o sibilancias. • Fatiga. • Burbujeo • Dificultad respiratoria. • Ronquera. • Malestar general. 	<p>Durante los primeros días de la enfermedad, puede resultar difícil distinguir los signos y síntomas de la bronquitis de los de un resfriado. Radiografía de tórax. Examen de esputo. Prueba de la función pulmonar.</p>	<p>Si se considera que la bronquitis es una enfermedad bacteriana se trata con antibióticos. En casos de asma, suelen usarse inhaladores para evitar las asfixias broncodilatadores o la inflamación esteroides. Para los cortes en la respiración (disnea) debidos al broncoespasmo, suele usarse un inhalador de rescate de salbutamol. Existen otros inhaladores que pueden ser prescritos para un uso diario.</p>	<p>Valoración inicial del paciente y de los signos y síntomas que presenta. Vigilar las constantes vitales, la saturación de oxígeno y el nivel de conciencia. Asegurar la permeabilidad de la vía aérea y desobstruirla si es preciso: Aspiración de secreciones. Mejorando el trabajo respiratorio Colocarle en posición de semisentado o sentado. Tranquilizar al paciente y procurar que realice respiraciones efectivas.</p>	<p>Lo más importante es dejar de fumar o no empezar a hacerlo. Además, trate de evitar otros irritantes pulmonares, como el humo de otros fumadores, el polvo, los gases, los vapores y la contaminación del aire. Por ejemplo, cúbrase con una mascarilla la boca y la nariz cuando use pintura, removedor de pintura, barniz o cualquier otra sustancia que produzca gases intensos. Así se protegerá los pulmones. Lávese las manos con frecuencia para disminuir la exposición a todo tipo de microbios.</p>	<p>La bronquitis aguda puede volverse crónica. En niños pequeños, especialmente en bebés, la bronquitis aguda rara vez puede llevar a bronquiolitis obliterante (BO), una enfermedad grave a menudo causada por virus sincitial respiratorio (RS). Las ramificaciones finas del tracto respiratorio, los bronquiolos, se inflaman. Existe el riesgo de que los bronquiolos se cierren de modo que el aire respiratorio no penetre en los alvéolos para el intercambio de gases. La curación puede dejar pequeñas cicatrices en los pulmones. Estos cambios pueden interferir con la respiración y en años posteriores, entre otros, favorecen la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).</p>
<p>Neumonía: La neumonía es, por lo general, la infección aguda del parénquima pulmonar asociada a un nuevo infiltrado en la radiográfica de tórax. La neumonía puede afectar a un lóbulo pulmonar completo (neumonía lobular), a un segmento de lóbulo, a los alvéolos próximos a los bronquios (bronc</p>	<p>La neumonía puede clasificarse en: En función del agente causal: Neumonía estafilocócica. Neumonía por Klebsiella. Neumonía por Legionella.</p>	<p>Los virus necesitan invadir las células para su reproducción. Normalmente los virus llegan al pulmón a través del aire, siendo inhalados por la boca o la nariz, o al ingerir un alimento. Una vez en el pulmón, los virus invaden las células de revestimiento de las vías aéreas y los alvéolos. Esta invasión a menudo conduce a la muerte celular, ya sea directamente o por medio de apoptosis. Cuando el sistema</p>	<p>Generalmente, es precedida por una enfermedad como la gripe o el catarro común. Fiebre prolongada por más de tres días, en particular si es elevada. La frecuencia respiratoria aumentada: recién nacidos hasta menos de</p>	<p>El diagnóstico de neumonía se fundamenta tanto en la clínica del paciente como en resultado de la radiografía de tórax (Rx). Generalmente se usan Rx de tórax (posteroanterior y lateral), analítica sanguínea y cultivos microbiológicos de esputo y sangre. La radiografía de tórax es el diagnóstico estándar en hospitales y</p>	<p>La amoxicilina y La claritromicina o La doxiciclina La duración del tratamiento ha sido tradicionalmente de siete a diez días, pero cada vez hay más pruebas de que los cursos más cortos (tan corto como tres días) son suficientes. Entre los antibióticos para la neumonía adquirida en el hospital se pueden incluir la vancomicina, la</p>	<p>Auscultar los pulmones para comprobar si las vías aéreas se encuentran obstruidas por secreciones. Colocar al paciente en una posición adecuada y ayudarlo a andar para ayudar a movilizar las secreciones. Realizar Rx de tórax, gasometría y hemograma.</p>	<p>Hay dos vacunas disponibles para prevenir las infecciones producidas por la bacteria llamada neumococo, el tipo más frecuente de bacteria que causa neumonía. Las vacunas antineumocócicas son especialmente importantes para personas con alto riesgo de neumonía, que incluyen: Adultos de 65 años</p>	<p>Neumonía crónica Cuando hay una afectación en los alvéolos durante más de un mes sin que la enfermedad desaparezca ni haya mejora en los síntomas se habla de neumonía crónica. Neumonía necrotizante Entre las complicaciones de la neumonía encontramos la formación de unas cavidades en los tejidos del pulmón que acaban por destruir este órgano. Sepsis respiratoria</p>

<p>neumonía) o al tejido intersticial (neumonía intersticial). La neumonía hace que el tejido que forma los pulmones se inflame, se hinche y provoque dolor. Muchos pacientes con neumonía pueden ser tratados de forma ambulatoria sin requerir ingreso hospitalario.</p>		<p>inmune responde a la infección viral provoca más daño pulmonar. Los leucocitos, principalmente los linfocitos, activan una variedad de mediadores químicos de inflamación como son las citoquinas, que aumentan la permeabilidad de la pared bronquio alveolar permitiendo el paso de fluidos.</p>	<p>tres meses: más de 60 por minuto. Lactantes: más de 50 por minuto. Preescolares y escolares: más de 40 por minuto, Adultos: más de 20 por minuto.</p>	<p>clínicas con acceso a rayos En personas afectadas de otras enfermedades (como sida o enfisema) que desarrollan neumonía, la Rx de tórax puede ser difícil de interpretar. Un TAC u otros test son a menudo necesarios en estos pacientes para realizar un diagnóstico diferencial de neumonía.</p>	<p>tercera y cuarta generación de cefalosporinas, las carbapenemas, las fluoroquinolonas y los aminoglucósidos.</p>	<p>Valorar el estado de hidratación del paciente y cubrir las necesidades si hubiese. Administración de antibióticos según prescripción médica si fuese necesario. Tomar la temperatura corporal.</p>	<p>de edad o más. Niños de 2 años de edad o menos. Personas que tienen enfermedades crónicas (persistentes), problemas de salud serios a largo plazo o sistema inmunitario débil. Personas que tienen cáncer, VIH, asma, enfermedad de células falciformes o daño o resección del bazo.</p>	<p>Esta es otra complicación de la neumonía que puede resultar mortal, una afectación en todo global a todo el organismo, provocando una gran bajada en la tensión arterial, taquicardias y afectaciones a distintos órganos del cuerpo. Derrame pleural</p>
<p>FARINGITIS: Es la inflamación de la mucosa que reviste la faringe. Generalmente le acompañan síntomas como deglución difícil, amígdalas inflamadas y fiebre más o menos elevada. Existe faringitis crónica de larga duración y faringitis aguda, en esta última las causas más frecuentes son las infecciones víricas, y en algunas ocasiones, infecciones bacterianas o reacciones alérgicas. Los principales agentes causantes bacterianos son Streptococcus pyogenes y Haemophilus influenzae.</p>	<p>Virus: Rinovirus, adenovirus, coronavirus, y parainfluenza. Bacterias: Causadas principalmente por Streptococcus (comúnmente del Grupo B). Hongos: Resultado de manejo antibiótico indiscriminado y en algunas ocasiones reflejo de incompetencia del Sistema Inmunológico. No infecciosa: También puede ser causada por irritación mecánica, química o térmica.</p>	<p>La faringitis es la inflamación de la faringe y principalmente está vinculada a la amigdalitis, la inflamación de las amígdalas palatinas. Los indicios son distintos: sensación de picor, sequedad en la garganta y un dolor profundo y incomodo que inclusive impide tragar. El aspecto de la mucosa cambia a partir de un leve enrojecimiento con congestión vascular, hasta protuberancias de hipertrofia del tejido linfático, con producción de exudado purulento y formación de membranas y úlceras, todo ello dependiendo de la etiología, evolución y gravedad del proceso.</p>	<p>La faringitis produce dolor de garganta, espontáneo y al tragar (odinofagia), junto a tos irritativa. Las faringitis por virus suelen aparecer en el contexto de un resaca y, por tanto, estar asociadas a secreción y congestión nasal. Los resacas por virus no suelen producir fiebre ni ganglios en el cuello y no se suelen acompañar de placas en la garganta. Suele haber tos, un hallazgo infrecuente en las faringitis por bacterias.</p>	<p>Es difícil diferenciar entre una causa viral y una bacteriana de un dolor de garganta basándose únicamente en los síntomas, por lo que a menudo se realiza un frotis de garganta para descartar una causa bacteriana. Ausencia de tos Inflamación y sensibilidad de los ganglios linfáticos cervicales Temperatura superior a 38,0 °C (100,4 °F) Exudado o inflamación amigdalina Edad inferior a 15 años (se resta un punto si la edad es superior a 44 años).</p>	<p>Etiológico Antibióticos si es por bacterias. Amoxicilina es la primera elección Si hay candidiasis, antifúngicos (en gel). Si hay aftas bucales víricas, tratamiento y preparados especiales; si son bacterianas, penicilina.</p>	<p>Intervención de enfermería en la amigdalitis Relación Evaluar las constantes vitales del paciente al menos cada 4 horas. Ayudar a crear un diagnóstico preciso y controlar la eficacia del tratamiento médico, en particular de los antibióticos y antipiréticos administrados. Utilizar el antibiótico para tratar la infección bacteriana (amigdalitis), que es la causa subyacente de la hipertermia del paciente. Utilizar la medicación antifebril para estimular el hipotálamo y normalizar la temperatura corporal. Ofrecer un baño de esponja.</p>	<p>Si quieres saber cómo prevenir la faringitis debes tener en cuenta los hábitos de vida perjudiciales para la salud deben cambiarse durante las épocas de frío, que es cuando más se acostumbra a contraer esta enfermedad: reducir el consumo de tabaco y de alcohol es muy recomendable para evitar la aparición de faringitis.</p>	<p>Fiebre reumática. Es una complicación muy rara en la actualidad. Consiste en dolores articulares e inflamación de las válvulas del corazón después de haber padecido una faringitis por estreptococo. Glomerulonefritis aguda. Se trata de una inflamación aguda y grave del riñón que aparece después de una faringitis bacteriana. Abscesos (coleciones de pus) en diferentes zonas de la garganta. Se asocian con intenso dolor en la garganta y con casi imposibilidad para tragar junto a fiebre elevada. Infecciones en otras zonas cercanas a la garganta, como mastoiditis, otitis, sinusitis, neumonía o paso de gérmenes a la sangre.</p>

<p>Faringoamigdalitis Es un término médico que combina faringitis con amigdalitis, tanto bacteriana como viral. Es una de las infecciones más comunes en niños menores a 8 años.</p> 	<p>Es una enfermedad infecciosa y, por tanto, adquirida por contagio, bien a través del aire (al toser o estornudar) o bien por contacto directo.</p> <p>En la mayoría de los casos, los causantes son los virus: 90 % a 95 % de las veces en menores de 3 años y 50 % a 70 % de las veces en niños mayores de 5 años. En el resto de ocasiones están producidas por bacterias, siendo la más frecuente el estreptococo.</p>	<p>Cerca del 80 por ciento de las faringoamigdalitis son víricas y el resto son bacterianas. Dentro de estas últimas, la producida por el estreptococo beta hemolítico del grupo A (EBHGA) o <i>streptococcus pyogenes</i> es la más común (entre el 15 y el 30 por ciento de los casos). Esta patología tiene una gran presencia en menores de tres años cuando es vírica y tiene mayor incidencia en niños de entre 5 y 15 años cuando es bacteriana, aunque también puede aparecer entre los 15 y los 35 años.</p>	<p>En el caso de las amigdalitis producidas por un virus, los síntomas suelen ser de inicio gradual, con fiebre moderada, síntomas catarrales de intensidad variable y escasa afectación del estado general.</p>	<p>Como la evolución, el tratamiento y las complicaciones son diferentes, a veces hace falta un análisis microbiológico que confirme si la faringitis es bacteriana o no. Esto se puede hacer por medio de un cultivo faríngeo o con un test rápido de detección antigénica de <i>streptococcus pyogenes</i>. Se pueden cultivar las secreciones faríngeas para obtener un diagnóstico definitivo, aunque a veces resulta innecesario, o incluso imposible, por no poderse obtener suficiente muestra. El resultado de esta prueba tarda 24 horas en conocerse.</p>	<p>En las faringitis estreptocócicas el tratamiento de elección es la penicilina oral, cada ocho o diez horas, durante diez días. Con este tratamiento se reduce la posibilidad de contagio a las 24 horas del inicio del tratamiento, periodo en el que empieza a disminuir el dolor y la fiebre. Además, previene la fiebre reumática, así como las complicaciones supurativas locales. Una alternativa a la penicilina es la amoxicilina oral, cada ocho o doce horas, durante 10 días, dada su mayor variedad de presentaciones farmacéuticas, mejor sabor y tolerancia. En caso de alergia a la penicilina, se recomiendan otros antibióticos del grupo de los macrólidos.</p>	<p>El primer objetivo de los cuidados de Enfermería en relación con la amigdalitis será evitar la incidencia de esta enfermedad a través de campañas de información y concienciación. Los cuidados dirigidos al paciente irán dirigidos a controlar temperatura, aislamiento, secreciones y tratar la fiebre. También será necesario comprobar si hay problemas para el paciente con la vía oral.</p>	<p>Los gérmenes que provocan las infecciones virales y bacterianas son contagiosos, por lo tanto, para prevenirlas se requiere una buena higiene. Los especialistas recomiendan lavarse las manos con frecuencia, especialmente después de ir al baño o antes de comer y, sobre todo, después de toser o estornudar. Si no se puede, es aconsejable llevar siempre desinfectantes a base de alcohol de manos. Es importante, además, no compartir alimentos, vasos o cubiertos y evitar el contacto cercano con personas que puedan estar enfermas.</p>	<p>Fiebre reumática y glomerulonefritis aguda (una afectación del riñón). Sin embargo, actualmente estas complicaciones son raras. Un tipo particular de faringoamogdalitis estreptocócica es la escarlatina, en la que, además de las petequias en el paladar (muy típicas de este trastorno), aparece una erupción caracterizada por el enrojecimiento facial que respeta la zona nasolabial (aspecto de cara abofeteada) y pequeñas manchas en el tronco, como pequeños puntitos rojos rasposos al tacto, a veces más palpables que visibles y que tienden a tener un color más intenso en los pliegues de la piel como las axilas o las ingles.</p>
---	--	---	--	---	--	---	---	---

BIBLIOGRAFÍA

<https://es.wikipedia.org/wiki/Bronquitis>

<https://www.fisioterapia-online.com/glosario/bronquitis>

<https://todo-en-salud.com/2010/09/fisiopatologia-de-la-bronquitis-aguda>

<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bronchitis/diagnosis-treatment/drc-20355572>

<https://es.wikipedia.org/wiki/Neumon%C3%ADa#Fisiopatolog%C3%ADa>

<https://www.onsalus.com/complicaciones-de-la-neumonia-18995.html>

<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-neumonia/>

<https://es.wikipedia.org/wiki/Faringitis#Etiolog%C3%ADa>

<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/amigdalitis-cuidados-de-enfermeria/>

<https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/faringitis>

<https://www.mundodeportivo.com/uncomo/salud/articulo/como-prevenir-la-faringitis-30129.html>

<https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/infecciosas/faringoamigdalitis.html>