



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

CAMPUS TABASCO

LIC. ENFERMERIA

DOCENTE: LIC. JUANA INES HERNÁNDEZ LÓPEZ

6TO CUATRIMESTRE GRUPO: Q

ALUMNO: CARLOS EDUARDO MAGAÑA OSORIO

PATOLOGIA EN EL ADULTO

INVESTIGACION

UNIDAD I PATOLOGIAS DEL PACIENTE

- 1.1 DISFUCION CARDIACA
- 1.2 DISFUCION VASCULAR
- 1.3 ALTERACIONES EN CELULAS SANGUINEAS
- 1.4 DISFUCION RESPIRATORIA
 - 1.4.1 PROBLEMAS DE LAS VIAS AEREAS
 - 1.4.2 PROBLEMAS DE LAS VIAS AEREAS INFERIORES

VILLAHERMOSA TABASCO, 30 DE JUNIO DEL 2020

INTRODUCCION

Analizaremos más acerca de las diferentes patologías que hoy en día son vulnerables los pacientes adultos en las diferentes áreas de su entorno familiar, social y laboral, para poder determinar las atenciones necesarias que el paciente adulto pueda requerir proporcionándoles una mayor atención en el cuidado de la salud y evitar que la enfermedad pueda extenderse y sea grave, dando así la importancia que tiene la enfermería en los cuidados de atención que el profesional de salud puede brindar.

También conoceremos más acerca de algunas de las enfermedades que pueden dañar la salud del paciente adulto, así como sus signos y síntomas y las medidas preventivas que el paciente debe tomar ante alguna situación de síntoma o malestar, y recurrir con un profesional de salud para una mejor atención necesaria.

Disfusión cardíaca

La insuficiencia cardíaca puede producirse cuando el corazón no bombea (sístole) o no se llena (diástole) correctamente.

La **etiología** de la **insuficiencia cardíaca** puede ser claramente definida en muchos casos por relación causa-efecto, como la presencia de isquemia miocárdica, valvulopatías, miocardiopatías, enfermedades congénitas, etc., mientras que otras veces la relación causa-efecto es sólo probable, como sucede en los pacientes con historia de hipertensión arterial, diabetes o fiebre reumática 4.

Fisiopatología

En la insuficiencia cardíaca, el corazón puede no proporcionarles a los tejidos la cantidad adecuada de sangre para cubrir sus necesidades metabólicas, y la elevación de la presión venosa pulmonar o sistémica relacionada con esta enfermedad puede promover la congestión de los órganos. Este cuadro puede deberse a trastornos de la función cardíaca sistólica o diastólica o, con mayor frecuencia, de ambas. Si bien la anomalía primaria puede ser un trastorno de la función de los miocardiocitos, también se producen modificaciones en el recambio del colágeno de la matriz extracelular. Los defectos cardíacos estructurales (p. ej., defectos congénitos, valvulopatías), los trastornos del ritmo cardíaco (incluso la taquicardia persistente) y el aumento de las demandas metabólicas (p. ej., debido a tirotoxicosis) también producen insuficiencia cardíaca.

Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida

La disfunción sistólica predominante es frecuente en la insuficiencia cardíaca secundaria a infarto de miocardio, miocarditis y miocardiopatía dilatada. Los pacientes con IC debida a un infarto de miocardio, una miocarditis o una miocardiopatía dilatada suele predominar la disfunción sistólica, que puede afectar principalmente al VI o al ventrículo derecho (VD); la insuficiencia ventricular izquierda suele culminar en una insuficiencia del VD.

Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada

La disfunción diastólica suele ser el resultado del compromiso de la relajación del ventrículo izquierdo (proceso activo), el aumento de la rigidez ventricular, una valvulopatía o una pericarditis constrictiva. La isquemia miocárdica aguda también provoca disfunción diastólica. La resistencia al llenado aumenta con la edad y refleja la pérdida tanto la disfunción de los miocardiocitos como la pérdida de ellos, y el aumento del depósito

intersticial de colágeno; en consecuencia, la disfunción diastólica es más frecuente en los ancianos. El cuadro de disfunción diastólica prevalece en la miocardiopatía hipertrófica, las enfermedades que producen hipertrofia ventricular (p. ej., hipertensión arterial, estenosis aórtica grave) y la infiltración del miocardio con material amiloideo. El llenado y la función del VI también pueden verse afectados cuando un incremento significativo de la presión en el VD desvía el tabique interventricular hacia la izquierda.

Causas

Las más comunes son:

- **Cardiopatía isquémica:** Las arterias del corazón sufren estrechamiento lo que dificulta el flujo de sangre.
- **Miocardiopatías:** Enfermedades que hacen dilatar al corazón y originan una pérdida de fuerza en el bombeo.
- **Valvulopatía:** Las válvulas del corazón no funcionan correctamente.
- **Arritmias:** los cambios de ritmo en los latidos pueden conducir a la insuficiencia cardiaca. También hay otras condiciones en las cuales el organismo demanda mayor cantidad de sangre. Por ejemplo, anemia, infecciones generalizadas, problemas de tiroides y aumento de la presión arterial.

Signos y síntomas

- Sensación de plenitud en el abdomen, falta de apetito e incluso anorexia.
- Mareo, confusión o pérdida de conciencia por lapsos breves.
- Fatiga excesiva que aumenta hasta el punto en que se presenta aún en estado de reposo.
- Falta de aire al realizar actividad física o ejercicios.
- Sensación de ahogo que muchas veces sobreviene cuando el paciente está acostado. Por eso debe incorporarse y dormir sentado.
- Tos seca y persistente.
- Retención de líquidos por disminución de la orina e hinchazón en el abdomen, piernas o tobillos

Diagnostico

Radiografía de tórax

La radiografía de tórax, puede sospecharse insuficiencia cardíaca en presencia de agrandamiento de la silueta cardíaca, derrame pleural, líquido en la cisura mayor y líneas horizontales en la periferia de los campos pulmonares posteroinferiores (líneas B de Kerley). Estos signos reflejan la elevación crónica de la presión en la aurícula izquierda y el engrosamiento crónico de los tabiques intralobulillares debido a edema. También puede hallarse congestión venosa del lóbulo superior del pulmón y edema intersticial o alveolar. En el examen minucioso de la silueta cardíaca, en la proyección lateral de la radiografía se puede ver el aumento específico del tamaño de los ventrículos y las aurículas. La radiografía también puede sugerir otros diagnósticos (p. ej., EPOC, neumonía, fibrosis pulmonar idiopática, cáncer de pulmón).

Ecocardiografía

La ecocardiografía puede ayudar a evaluar las dimensiones de las cámaras, la función de las válvulas, la FE e identificar anomalías del movimiento de la pared, hipertrofia del VI, la función diastólica, la presión en la arteria pulmonar, las presiones de llenado del VI y el VD, la función del VD y derrame pericárdico. También pueden detectarse trombos intracardiacos, tumores y calcificaciones dentro de las válvulas cardíacas, anillo mitral y anomalías de la pared aórtica. Las alteraciones localizadas o segmentarias del movimiento de la pared sugieren una enfermedad coronaria subyacente, pero también pueden identificarse en pacientes con miocarditis en parches. La ecocardiografía Doppler o color detecta las valvulopatías y los cortocircuitos de manera fiable.

Gammagrafía

La gammagrafía también puede contribuir a la evaluación de la función sistólica y diastólica, la presencia de infartos de miocardio previos e isquemia inducible o hibernación miocárdica.

La resonancia magnética (RM) cardíaca proporciona imágenes de las estructuras cardíacas y se usa cada vez más. La resonancia magnética cardíaca es útil para evaluar la causa de la enfermedad miocárdica y detectar la fibrosis miocárdica focal y difusa. La amiloidosis cardíaca, la sarcoidosis, la hemacromatosis y la miocarditis son causas de

insuficiencia cardíaca que pueden detectarse o sospecharse por hallazgos en la resonancia magnética cardíaca.

Tratamiento

- Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA). Estos medicamentos ayudan a las personas con insuficiencia cardíaca sistólica a vivir más tiempo y a sentirse mejor. Los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina son un tipo de vasodilatador, un medicamento que ensancha los vasos sanguíneos para disminuir la presión arterial, mejorar el flujo sanguíneo y disminuir la carga de trabajo del corazón. Algunos ejemplos son el enalapril (Vasotec), el lisinopril (Zestril) y el captopril (Capoten).
- Antagonistas del receptor de la angiotensina II. Estos medicamentos, como el losartán (Cozaar) y el valsartán (Diovan), tienen muchos de los beneficios de los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina. Pueden ser una alternativa para las personas que no pueden tolerar los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina.
- Betabloqueadores. Este tipo de medicamentos no solo disminuye el ritmo cardíaco y reduce la presión arterial, sino también limita o revierte parte del daño en el corazón si tienes insuficiencia cardíaca sistólica. Algunos ejemplos son el carvedilol (Coreg), el metoprolol (Lopressor) y el bisoprolol (Zebeta).

Estos medicamentos reducen el riesgo de algunos ritmos cardíacos anormales y disminuye la probabilidad de morir de forma inesperada. Los betabloqueadores pueden reducir los signos y síntomas de la insuficiencia cardíaca, mejorar la función del corazón y ayudar a vivir más tiempo.

- Diuréticos. Los diuréticos, a menudo llamados «píldoras de agua», hacen que orines con mayor frecuencia y evitan que el líquido se acumule en el cuerpo. Los diuréticos, como la furosemida (Lasix), también disminuyen el líquido en los pulmones, para que puedas respirar con mayor facilidad.
- Antagonistas de la aldosterona. Estos medicamentos son la espironolactona (Aldactone) y la eplerenona (Inspra). Estos son diuréticos que conservan el potasio y, además, tienen propiedades que pueden ayudar a las personas con insuficiencia cardíaca sistólica grave a vivir más tiempo.

- Inótrupos. Estos son medicamentos intravenosos utilizados en el hospital por personas con insuficiencia cardíaca grave para mejorar la función de bombeo del corazón y mantener la presión arterial.
- Digoxina (Lanoxin). Este medicamento, también conocido como digitálico, aumenta la fuerza de las contracciones del músculo cardíaco. También tiende a desacelerar los latidos del corazón. La digoxina reduce los síntomas de insuficiencia cardíaca que provoca la insuficiencia cardíaca sistólica. Es más probable que se administre a una persona con problemas de ritmo cardíaco, como la fibrilación auricular.

Cuidados de enfermería

1. Atender la esfera Psicológica padres y pacientes
2. Fisioterapia Respiratoria manteniendo el paciente en posición semisentada, ejercitando las extremidades.
3. Realizar examen físico evaluando periódicamente la aparición de los signos y síntomas de la enfermedad.
4. Mantener las vías aéreas permeables.
5. Monitorear y observar estrictamente los signos vitales (como frecuencia cardíaca, respiratoria y tensión arterial).
6. Valorar cambios respiratorios que son signos de mal pronóstico.
7. Registrar balance hidromineral estricto, pesando al paciente diariamente y restringir los líquidos
8. Evitar la sedación excesiva, para detectar fluctuaciones de la conciencia y trastornos respiratorios.
9. Ofrecer alimentos con buena presencia, rico en calorías e hiposódica.
10. Realizar aseo de cavidades, mantener la piel seca y limpia para evitar úlceras por presión.
11. Cumplimiento estricto de la terapéutica medicamentosa.

Disfusión vascular

La enfermedad vascular periférica es una señal de la acumulación de depósitos de grasa y calcio en las paredes de las arterias (aterosclerosis).

Etiología

Los factores de riesgo son los mismos que para la aterosclerosis: edad avanzada, hipertensión arterial, diabetes, dislipidemia (aumento de las concentraciones de lipoproteína de baja densidad [LDL]), tabaquismo (incluso pasivo) u otras formas de consumo de tabaco, y antecedentes familiares de aterosclerosis. La obesidad, el sexo masculino y el nivel elevado de homocisteína también se consideran factores de riesgo.

La aterosclerosis es una enfermedad sistémica y entre el 50 y el 75% de los pacientes con enfermedad de las arterias periféricas también presenta enfermedad coronaria o cerebrovascular clínicamente significativa. No obstante, la enfermedad coronaria puede ser silenciosa en parte porque la enfermedad arterial periférica puede evitar que el paciente realice esfuerzos suficientes para padecer una angina.

Fisiopatología

Se entiende como insuficiencia arterial periférica al conjunto de cuadros sindrómicos, agudos o crónicos, generalmente derivados de la presencia de una enfermedad arterial oclusiva, que condiciona un insuficiente flujo sanguíneo a las extremidades. En la gran mayoría de las ocasiones, el proceso patológico subyacente es la enfermedad arteriosclerótica, y afecta preferentemente a la vascularización de las extremidades inferiores, por lo que nos referiremos a esta localización.

El mecanismo fisiopatológico por el que se desarrolla la insuficiencia arterial se basa en la presencia de estenosis arteriales que progresan en su historia natural hasta provocar una oclusión arterial completa. Ello se traduce en un mayor o menor grado de desarrollo de las vías colaterales de suplencia. Cuando el desajuste entre las necesidades de los tejidos periféricos y el aporte de sangre se produce de manera más o menos abrupta (placa de alto riesgo), estaremos ante un cuadro de isquemia aguda de origen trombótico. Se han podido detectar diferencias en el comportamiento de la placa ateromatosa en relación con la localización anatómica. Las placas de alto riesgo de las arterias de las extremidades inferiores son muy estenóticas y fibrosas.

Signos y síntomas

- Calambres dolorosos en los músculos de las caderas, muslos o pantorrillas después de realizar ciertas actividades, como caminar o subir escaleras (claudicación).

- Entumecimiento o debilidad.
- Sensación de frío en la parte inferior de la pierna o en el pie, en especial en comparación con la otra extremidad.

Diagnostico

- **Examen físico.** Es posible que el médico encuentre signos de PAD durante un examen físico, como pulso débil o ausente debajo de una zona estrechada de la arteria, sonidos sibilantes (soplos) en las arterias que se pueden escuchar con un estetoscopio, evidencia de mala cicatrización de heridas en el área donde el flujo sanguíneo se ve restringido, y disminución de la presión arterial en la extremidad afectada.
- **Índice tobillo-brazo (ITB).** Esta es una prueba frecuente utilizada para diagnosticar PAD. Compara la presión arterial en el tobillo con la presión arterial en el brazo.

Para obtener una lectura de la presión arterial, el médico utiliza un tensiómetro regular y un dispositivo de ultrasonido especial para evaluar la presión y el flujo arterial.

- **Ecografía.** Las técnicas de diagnóstico por imágenes ecográficas especiales, como ecografía Doppler, pueden ser útiles para que el médico evalúe el flujo sanguíneo en los vasos sanguíneos y para que identifique las arterias bloqueadas o estrechadas.
- **Angiografía.** Mediante un tinte (material de contraste) inyectado en los vasos sanguíneos, esta prueba le permite al médico ver el flujo sanguíneo en las arterias en tiempo real. El médico puede rastrear el flujo del material de contraste mediante técnicas de diagnóstico por imágenes, como radiografías o procedimientos llamados angiografía por resonancia magnética (ARM) o angiografía por tomografía computarizada (ATC).
- **Análisis de sangre.** Se puede utilizar una muestra de sangre para medir el colesterol y los triglicéridos y para determinar la presencia de diabetes.

Tratamiento

- **Medicamentos que reducen el colesterol.** El objetivo de las personas que tienen la enfermedad arterial periférica es reducir el colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL), el colesterol “malo”, a menos de 100 miligramos por decilitro (mg/dL),

o a 2.6 milimoles por litro (mmol/L). El objetivo es aún menor si tienes factores de riesgo adicionales importantes para los ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares, en especial la diabetes o el consumo continuo de tabaco.

- **Medicamento para controlar el azúcar en sangre.** Si también tienes diabetes, se vuelve aún más importante controlar los niveles de azúcar (glucosa) en sangre. Habla con el médico acerca de cuáles son tus objetivos de azúcar en sangre y qué medidas debes tomar para alcanzarlos.
- **Medicamentos para prevenir coágulos de sangre.** El médico puede recetar un tratamiento diario con aspirinas u otro medicamento, como el clopidogrel (Plavix).
- **Medicamentos para aliviar los síntomas.** El cilostazol aumenta el flujo sanguíneo en las extremidades, ya que licúa la sangre y ensancha los vasos sanguíneos. Ayuda específicamente a tratar los síntomas de la claudicación, como el dolor en las piernas, para las personas que tienen la enfermedad arterial periférica.
- **Angioplastia.** En este procedimiento, se desliza un pequeño tubo hueco (catéter) a través del vaso sanguíneo hasta la arteria afectada. Allí, se infla un pequeño balón en la punta del catéter para reabrir la arteria y aplanar el bloqueo sobre la pared de la arteria, al mismo tiempo que esta se dilata y abre para aumentar el flujo sanguíneo.
- **Cirugía de bypass.** Tu médico podría crear un bypass con injerto utilizando un vaso sanguíneo de otra parte del cuerpo, o un vaso hecho con tejido sintético (artificial). Esto permite que la sangre circule, o se desvíe, alrededor de la arteria obstruida o estrechada.
- **Terapia trombolítica.** Si un coágulo sanguíneo te bloquea una arteria, el médico te puede inyectar un medicamento para disolver el coágulo dentro de la arteria hasta que este se desintegre.

Alteraciones en células sanguíneas

Los trastornos de las células sanguíneas producen consecuencias en los glóbulos rojos, los glóbulos blancos y en unas células más pequeñas que circulan por la sangre llamadas plaquetas. Estos tres tipos de células se forman en la médula ósea, que es el tejido blando que se encuentra en el interior de los huesos. Los glóbulos rojos transportan oxígeno a los

órganos y tejidos. Los glóbulos blancos combaten las infecciones que atacan el organismo. Las plaquetas intervienen en la coagulación de la sangre. Los trastornos de las células sanguíneas repercuten en la formación y el funcionamiento de uno o más de estos tipos de células.

Signos y síntomas

Trastornos de los glóbulos rojos

- cansancio
- falta de aire
- dificultad para concentrarse debido a la falta de sangre oxigenada en el cerebro
- debilidad muscular
- taquicardia

Trastornos de los glóbulos blancos

- infecciones crónicas
- cansancio
- pérdida de peso de origen desconocido
- sensación general de malestar

Trastornos de las plaquetas

- cortes o llagas que no cicatrizan o demoran mucho en cicatrizar
- sangre que no se coagula después de una herida o un corte
- piel propensa a la formación de hematomas
- sangrado de la nariz o de las encías de origen desconocido

Tratamiento

Medicamentos

Para los trastornos de las plaquetas, pueden usarse medicamentos como Nplate (romiplostim) para tratar los problemas de coagulación. En los trastornos de los glóbulos blancos, el uso de antibióticos permite combatir las infecciones. Las anemias causadas por

carencias pueden tratarse con suplementos nutricionales como hierro y vitamina B9 (folato) o B12 (cobalamina).

Intervención quirúrgica

Es posible realizar un trasplante de médula ósea para reparar o reemplazar la médula dañada. El trasplante consiste en la transferencia de células madre, generalmente de un donante, al cuerpo del paciente para que la médula ósea comience a producir células sanguíneas normales. Las transfusiones de sangre son otra opción para reemplazar las células sanguíneas perdidas o dañadas. El paciente recibe una infusión de sangre saludable proveniente de un donante.

Disfusión respiratorias

La insuficiencia respiratoria es una enfermedad en la cual disminuya los valores de oxígeno en la sangre o aumentan los dióxidos de carbono en la sangre de forma peligrosa.

- Las enfermedades que obstruyen las vías respiratorias, dañan el tejido pulmonar, debilitan los músculos que controlan la respiración o disminuyen el estímulo para respirar pueden causar insuficiencia respiratoria.
- Los pacientes pueden sufrir disnea, coloración azulada de la piel y estado de confusión o somnolencia.
- Los médicos emplean un sensor colocado en la punta del dedo (pulsioximetría) para detectar concentraciones bajas de oxígeno y análisis de sangre para detectar concentraciones elevadas de dióxido de carbono en la sangre.
- Se suministra oxígeno.
- A veces las personas afectadas necesitan un respirador hasta que se pueda tratar el problema subyacente.

La insuficiencia respiratoria aguda es una emergencia médica que puede tener su origen en una

- Enfermedad pulmonar crónica que empeora de repente
- Enfermedad pulmonar grave que evoluciona repentinamente en personas sanas

El síndrome de dificultad respiratoria aguda es un ejemplo de enfermedad pulmonar que evoluciona de repente.

La insuficiencia respiratoria crónica es un problema respiratorio progresivo que puede ser consecuencia de una enfermedad pulmonar de larga duración, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Signos y síntomas

La insuficiencia respiratoria hipoxémica y la insuficiencia respiratoria hipercárbica a menudo causan síntomas similares. Las personas afectadas suelen presentar dificultad respiratoria importante. Una concentración baja de oxígeno en la sangre causan dificultad respiratoria y producir así una coloración azulada de la piel (cianosis). Los niveles bajos de oxígeno y altos de dióxido de carbono, junto con un aumento de la acidez en la sangre, producen confusión y somnolencia. Si el impulso respiratorio es normal, el cuerpo trata de librarse por sí mismo del dióxido de carbono con una respiración profunda y rápida. Pero si los pulmones no funcionan con normalidad este tipo de respiración no resuelve el problema. Al final, el funcionamiento del cerebro y del corazón resultan afectados, causando somnolencia (a veces hasta el punto de perder el conocimiento) e irregularidad del ritmo cardíaco (arritmias); ambas situaciones pueden provocar la muerte.

Diagnostico

- Medidas de la cantidad de oxígeno y dióxido de carbono en la sangre
- Radiografía de tórax y otras pruebas para determinar la causa

El nivel de oxígeno en sangre puede medirse sin necesidad de extraer una muestra de sangre, utilizando un sensor colocado en un dedo de la mano o en el lóbulo de una oreja, un método denominado oximetría.

Un análisis de una muestra de sangre arterial confirmará el diagnóstico de insuficiencia respiratoria si muestra una concentración peligrosamente baja de oxígeno y/o peligrosamente elevada de dióxido de carbono.

Para determinar la causa de la insuficiencia respiratoria se realizan radiografías de tórax y usualmente otras pruebas.

Tratamiento

- Oxígeno complementario
- Ventilación mecánica
- Tratamiento de la causa

Problemas de las vías aéreas

Proceso inflamatorio auto limitado que afecta al árbol bronquial tras infección de la vía aérea, caracterizado por la presencia de tos, a veces productiva, que puede prolongarse a lo largo de 3 a 4 semanas.

Epidemiología. Se estima una incidencia de 44 casos/1.000 personas y año; es más frecuente en mujeres y en invierno.

Diagnóstico Clínico. Se caracteriza por la presencia de tos, con empeoramiento nocturno que puede durar hasta 4-6 semanas (media: 3 semanas), con producción de esputo amarillento o mucopurulento (50% de las bronquitis agudas). La tos puede estar acompañada de broncoespasmo (evidenciado por la reducción del FEV1 en 40% de las bronquitis agudas) o disnea leve. En la auscultación pulmonar podemos apreciar sibilancias o roncus modificables por la tos, sin signos de consolidación. Se acompaña de síntomas generales (fiebre, anorexia y artromialgias). No existe relación entre la etiología «no vírica» con la duración de la tos ni con el aspecto del esputo, aunque sea purulento. La sobreinfección bacteriana grave y, por tanto, el riesgo de neumonía asociado a la bronquitis aguda es poco frecuente en -5%); el riesgo, sin embargo, aumenta con la edad y comorbilidad.

Laboratorio y pruebas complementarias. La determinación de proteína C reactiva (PCR) junto con la situación clínica (edad, gravedad de la bronquitis aguda, comorbilidad), puede ayudar a determinar la gravedad de la infección respiratoria; así, se diferencia entre las infecciones más graves

Tratamiento. Se estima que solo en el 1-5% podría estar justificado el tratamiento antibiótico, para evitar las complicaciones en pacientes de riesgo (edad avanzada con comorbilidad importante asociada).

CONCLUSION

Finalizando con esta investigación de las diferentes patologías podemos darnos cuenta de la importancia que se tiene en los pacientes adultos y los diferentes factores que se interviene en los diferentes ámbitos que rodean al individuo, así como también la manera en la que el personal de enfermería interviene en las necesidades relativas a los cuidados paliativos que deben tomarse en cuenta para así poder brindar una buena atención personalizada.