



UNIVERSIDAD DEL SURESTE CAMPUS TABASCO

Lic. En Enfermería

Alumno

Ángel Gabriel Arcos Álvaro

Materia:

Patología del adulto

Docente:

Juana Inés Hernández

Actividad de equipo

“investigación sobre las patologías respiratorias”

INTROSUCCION

Es primordial conocer de las patologías que padece nuestro organismo, una de ellas son las respiratorias que son la alteración de sus funciones. Las vías respiratorias se dividen en dos partes las vías respiratorias superiores e inferiores en las que se logran identificar qué zona respiratoria está afectada.

Las infecciones pueden ser de tipo viral como las siguientes, metapneumovirus humano, en un 5 % se aíslan bacterias como la micoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae o Bordetella pertussis. En pacientes con patología crónica de base se identifican Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae o Moraxella catarrhalis; así determinar que procedimiento de salud se tiene que llevar a cabo.

Por otro lado, las patologías cardíacas son distintas, cabe mencionar que afectan al mismo sistema, pero de diferente manera, afectando principalmente al corazón y los vasos sanguíneos, tales como anemia, leucemia, mieloma múltiple y linfoma. Otro padecimiento es sobre la Neumonía que es una infección del parénquima pulmonar y debe de tratarse con un tratamiento adecuado.

De esta manera a continuación se presentarán las siguientes patologías para poder comprender las características de cada padecimiento, y sus tratamientos.

PATOLOGIAS

Disfunción cardiaca

Se define a la insuficiencia cardiaca como el estado fisiopatológico y clínico en el cual el corazón es incapaz de aportar la sangre necesaria, desacuerdo a los requerimientos metabólicos periféricos. Se pueden identificar algunas enfermedades prevalentes como, hipertensión arterial, enfermedad coronaria, diabetes mellitus y las valvulopatías.

Su *etiología* abarca, que las 3 principales causas son, la cardiopatía hipertensiva, la cardiopatía isquémica asociada con un infarto previo y la miocardiopatía dilatada.

Fisiopatología: se alteran los miocitos ocasionando insuficiencia cardiaca, estos pierden su capacidad de contracción normal debido a cambios bioquímicos y mecanismos fisiológicos como la disminución de oxígeno para el miocardio, lo que altera el funcionamiento celular, como en la enfermedad coronaria.

Disfunción vascular

Arteria y venas periféricas transportan sangre hacia los tejidos del cuerpo (musculo de los brazos y piernas y los órganos del abdomen). La EVP puede afectar también a arterias que llevan sangre a la cabeza (enfermedad de arterias carótidas). Cuando esta afecta a las arterias y no venas se les conoce como "enfermedad arterial periférica". Los principales tipos de EVP son los coágulos sanguíneos, la hinchazón (inflamación), el estrechamiento y la obstrucción de los vasos sanguíneos.

Las enfermedades de arteria pueden ocasionar: Obstrucciones arteriales, Aneurismas aórticos, Enfermedad de Buerger, fenómeno de Raynaud.

Las enfermedades de venas pueden ocasionar, Coágulos sanguíneos venosos, Embolia pulmonar, Flebitis y varices.

Alteración de las células sanguíneas

Anemias

Los glóbulos rojos portan hemoglobina, proteína rica en hierro para transportarla a los tejidos del cuerpo humano. Si los valores normales de hemoglobina caen, entonces sufrimos de anemia. Para estar en el rango normal de hemoglobina es necesario que los órganos sean funcionales y cuentes con aportaciones de vitaminas como el ácido fólico, la vitamina B12 y el hierro.

Los signos y síntomas varían según el tipo de anemia, causa y salud que presente la persona, esta puede estar asociada a otros desordenes del organismo (hemorragia, ulcera gastroduodenal, insuficiencia renal, cáncer, etc).

Leucemias

Es el tipo de tumor maligno que se presenta en las células precursoras de la sangre. Su origen cede de la medula ósea y en ocasiones afectan a los tejidos del sistema inmune (ganglios, hígado y bazo) y órganos que invade por el torrente sanguíneo (medula espinal, cerebro y testículos).

Linfomas

En el sistema linfático circula la linfa, un líquido que lleva nutrientes, desechos y leucocitos, del sistema linfático por el cuerpo. Se desconoce su origen, pero, cuando se multiplican de modo anómalo o no mueren cuando deberían, los ganglios u otros órganos corren el riesgo de padecer esta enfermedad. Cabe destacar que no son contagiosos ni hereditarios.

Mieloma múltiple

Otro tipo de tumor del sistema linfático. En la que la proliferación de las células plasmáticas, encargadas de producir los anticuerpos que previenen infecciones y sustancias extrañas. El mieloma es de una familia tumoral cancerosa que se acumula y produce continuamente el mismo anticuerpo en cantidades elevadas a las normales.

Células plasmáticas se hayan en la médula ósea, por lo que, si existe un aumento exagerado, estas invaden y destruyen el tejido de su alrededor produciendo agujeros en los huesos (lesiones osteolíticas).

El anticuerpo se llama paraproteína o componente monoclonal y se puede detectar en el suero de la orina del paciente que sufre la enfermedad. Esta enfermedad suele afectar a personas mayores de los 40 años.

Disfunción respiratoria

Insuficiencia respiratoria, cuando el órgano es incapaz de mantener un equilibrio entre el aporte de O₂ de los tejidos y la eliminación de los productos residuales CO₂, no consiguiendo niveles suficientes de presión parcial de O₂ arterial (es decir hipoxemia con PaO₂ inferiores a 70-80 mmHg u 8 kPa) y manteniendo valores excesivamente elevados de presión parcial de CO₂ arterial (PaCO₂ superior a 45 mmHg o 6 Kpa, lo que se conoce como hipercapnia).

Problemas de las vías aéreas superiores. Inflamaciones

Cuando vías respiratorias se estrechan o bloquean.

1. **Inflamación:** Reacción en una parte del organismo en los tejidos de un órgano que se caracteriza por enrojecimiento en la zona, aumento de su volumen, dolor, sensación de calor y trastornos funcionales que puede estar provocada por agentes patógenos o sustancias irritantes.
2. **Rinitis:** Afección de la mucosa nasal que produce estornudos, picor, obstrucción, secreciones nasales y falta de olfato.
3. **Sinusitis:** inflamación de la mucosa de los senos paranasales, que puede ser a causa de hongos, bacteria o virus, o también por una alergia. Se determina mediante la presencia de dolor y presión en los ojos y en zona maxilofacial, secreción y congestión nasal, pérdida parcial del sentido del olfato, fatiga, malestar general, cefalea, fiebre, dolor de garganta y tos.
4. **Laringitis:** Inflamación de la laringe que puede tener un origen no infeccioso, ya que se presenta irritación en las cuerdas bucales al gritar. Sus síntomas son; disfonía y voz ronca que puede llegar a la afonía, tos irritativa con escasa producción de mucosa o flema. En niños pequeños puede obstruirse la laringe y producir un estridor que puede impedir respirar y generar una laringitis obstructiva.

Problemas de las vías aéreas inferiores

Afección mas profunda que afecta el árbol bronquial tras una infección de la vía aérea; también se es caracterizado por la presencia de tos, a veces productiva, que puede prolongarse alrededor de 3-4 semanas.

Se estima que en mas del 90% de los casos es vírica (influenza A y B, coronavirus 1-3, rinovirus, virus respiratorio sincitial, metapneumovirus humano). En un 5 % se aíslan bacterias como la micoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae o Bordetella pertussis. En pacientes con patología crónica de base se identifican Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae o Moraxella catarrhalis

Se caracteriza por la presencia de tos, con empeoramiento nocturno que persiste 5 días y puede durar hasta 4-6 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).

La determinación de la proteína C reactiva (PCR), junto con la situación clínica (edad, gravedad de la bronquitis aguda, comorbilidad) pueden ayudar a determinar la gravedad de la infección respiratoria de esta manera se diferencia de otras entre as infecciones mas graves.

Se aconseja la realización de radiografía de tórax si se sospecha de infección neumónica.

Tratamiento:

Solo del 1-5% se les justifica antibiótico para evitar las complicaciones del paciente de riesgo (edad avanzada con comorbilidad importante asociada).

Tratamiento sintomático:

Puede pautarse con tratamiento asintomático con antitérmicos/analgésicos comunes. No es recomendable el uso generalizado de antihistamínicos, antitusígenos, agonistas, adrenérgicos o corticoides inhalados u orales, expectorantes y mucolíticos.

Los adrenérgicos inhalados pueden disminuir los síntomas, incluido la tos aguda, en los casos de obstrucción del flujo aéreo en pacientes con hiperreactividad de las vías respiratorias.

Tratamiento antibiótico:

En la bronquitis aguda, como norma general, no se recomienda la antibioterapia, el tratamiento inicial con antibióticos podría valorarse en casos de:

- Elevadas sospechas de etiología bacteriana (valor de PCR capilar 100mg/litro).
- Mayores de 65 o 80 años con los siguientes criterios: con mayores hospitalizaciones en el año previo, diabetes mellitus, insuficiencia cardiaca congestiva o uso de concurrentes corticoides orales.

- Sospecha clara de infección por *B. pertussis* (tos de origen infeccioso de 2 semanas de duración con al menos uno de estos signos: toses paroxísticas, estridor inspiratorio o vómitos provocados por la tos).
- Empeoramiento de la bronquitis aguda a lo largo de las 2 primeras semanas, se considera empeoramiento el deterioro progresivo del malestar general, la aparición de fiebre o el aumento de la tos o dificultad respiratoria.

Neumonía adquirida en la comunidad

Es una infección aguda del parénquima pulmonar que se manifiesta por signos y síntomas de infección respiratorias de vías bajas que se presentan en pacientes no hospitalizados.

La incidencia es irreconocible, pero se oscila que, entre 1,6 y 13,4 casos por 1000 habitantes al año, con variabilidad geográfica y de edad con un aumento mayor en personas mayores de 75 años.

Los factores de riesgo más significativos varían dependiendo la edad y la comorbilidad; entre ellas se encuentran (EPOC, diabetes, enfermedad cardiovascular y renal principalmente). La mortalidad global oscila entre 5-10% y en pacientes atendidos a AP es inferior al 1%.

Microbiología:

S. pneumoniae es el patógeno más frecuente causante de la neumonía. *M. pneumoniae*, *H. influenzae*, *Legionella spp.*, y los bacilos entéricos gramnegativos pueden aumentar su frecuencia en función de las características del paciente.

Diagnóstico clínico

Clínica compatible con infección respiratoria baja en presencia de un infiltrado (alveolar o intersticial), en la radiografía de tórax, no atribuible a otra causa.

Tratamiento

Debe ser siempre la administración precoz de un antibiótico de forma empírica, esta elección se basará en la posible etiología, nivel de residencias locales teniendo en cuenta la gravedad de la neumonía y las comorbilidades.

En casos en los que no se requiera la integración hospitalaria, el tratamiento de elección en la mayoría de los casos es la *amoxicilina* a dosis elevadas. La amoxicilina/acido clavulánico o las fluoroquinolonas estarían indicadas en casos de sospecha de etiología por gramnegativos. En estos casos, la fluoroquinolona sería el tratamiento de 2da elección para reducir el riesgo de resistencias.

En pacientes menores de 50 años, sin comorbilidad crónica y con elevada sospecha de neumonía por *M. pneumoniae* podría iniciarse el tratamiento con *macrólidos* en monoterapia.

Intervenciones y Cuidados de enfermería.

- Canalización de vía venosa periférica y extracción de muestra sanguínea para analítica urgente más GSA.
- Administración de medicación y oxigenoterapia a alto flujo.

- Toma de constantes vitales. Realización de ECG y Rx de Tórax portátil.
- Monitorización hemodinámica completa.
- Toma de constantes.
- Vigilancia de la disnea, episodios de dolor torácico, disnea, instauración de alguna arritmia.
- Apertura de gráfica, hoja de tratamiento y observación de enfermería, petición de cama en la Unidad especial.
- Información, comunicación y apoyo al paciente y a la familia, entrega de efectos personales.
- Registro de necesidades alteradas detectadas, diagnósticos de enfermería, objetivos e intervenciones realizadas hasta el momento.
- Traslado a la Unidad Especial manteniendo la vigilancia en el estado del paciente y la continuidad del tratamiento

00146 Ansiedad R/C el problema respiratorio, con la aplicación del tratamiento, con el entorno y riesgo de muerte, con el deterioro de la comunicación verbal, con la hospitalización M/P preocupación creciente, miedo de consecuencias inespecíficas, sueño discontinuo.

00030 Deterioro del intercambio gaseoso R/C: desequilibrio ventilación- perfusión M/P: disnea, somnolencia, agitación, hipercapnia, hipoxemia, diaforesis.

00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico R/C: déficit de conocimientos M/P: Verbalización no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen terapéutico en los hábitos diarios.

00092 Intolerancia a la actividad R/C: Desequilibrio entre aportes y demandas de Oxígeno M/P: Malestar, disnea de esfuerzo, HTA y taquicardia en respuesta a la actividad.

Conclusión

Es importante conocer cada patología de las antes ya mencionadas, nos ayuda a identificar en que tipo de vía aérea está afectando, característica, signos y síntomas y mediante estudios identificar qué es lo que lo causa, llevando a cabo intervenciones de enfermería precisas y adecuadas.

Referencia bibliográfica:

http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA_EPOCA/2008/febrero/planificacioncuidados.pdf

<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/files/asignatura/d33413934e1f0e167d98411b03e9c427.pdf>