

PATOLOGIA DEL PACIENTE

- **Materia: Patología del adulto.**
- **Catedrático: Dra. Martha Patricia Marín Lopez.**
- **Carrera: Enfermería**
- **Cuatrimestre: 6to Cuatrimestre.**
- **Alumno: Roblero Mateo Keyla Vianey.**

PATOLOGIAS DEL PACIENTE

Con el paso de los años, las personas mayores se vuelven más vulnerables y experimentan cambios en su metabolismo, y aparecen enfermedades, trastornos y/o patologías que afectan a la calidad de vida del mayor. Las personas mayores son un grupo de riesgo ante la aparición de ciertas enfermedades crónicas relacionadas con la edad. Por ello, cuando estemos en el campo laboral y tengamos la responsabilidad del cuidado a mayores o nos ocupamos de cuidar de algún ser querido debemos conocer todo lo que haga referencia a las necesidades y enfermedades que giran en entorno a las personas adultas y a sus cuidadores. Considero que estas enfermedades crónicas aquellas son de larga duración que progresan de forma lenta y aunque cualquier persona puede desarrollar una enfermedad de este tipo, independientemente de la edad que tenga, éstas son más comunes en los ancianos. Por este motivo, para cuidar de la salud de los mayores es imprescindible conocerlas e identificarlas para poder acudir al especialista ante cualquier signo de aparición de una de estas afecciones.

INSUFICIENCIA CARDIACA

La insuficiencia cardíaca (IC) es el estado fisiopatológico y clínico en el cual el corazón es incapaz de aportar sangre de acuerdo a los requerimientos metabólicos periféricos. Es un estado funcional en el cuál el corazón no es capaz de mantener un gasto cardíaco adecuado a las necesidades de los órganos periféricos, o lo hace solo a expensas de una serie de mecanismos compensadores. En la mayoría de los casos se debe a deterioro de la función ventricular izquierda, se caracteriza a su vez, por la presencia de síntomas cardinales, como la disnea, fatiga y retención de líquido. Las principales causas de la insuficiencia cardíaca son la enfermedad isquémica, la cardiopatía hipertensiva, las cardiomiopatías dilatadas y las valvulopatías. Esta afectación es un complejo problema que se origina de un desorden estructural o funcional y deteriora la capacidad de llenado o expulsión ventricular de la sangre. esta enfermedad es el progresivo remodelado desadaptativo del miocardio ; se inicia a partir de un episodio que produce una disminución en la capacidad de bomba del

corazón y en consecuencia, compromete la capacidad de los ventrículos de llenarse y bombear sangre de manera satisfactoria, las manifestaciones cardinales de la IC son disnea y fatiga, que pueden limitar la capacidad de realizar esfuerzo físico (intolerancia al ejercicio), y pueden culminar en procesos que conducen a la congestión pulmonar y sistémica, y al aumento de la resistencia vascular periférica. La insuficiencia cardíaca es principalmente una enfermedad de los ancianos. La prevalencia de la enfermedad por encima de los 65 años es del 6- 10%4 de la población, siendo el 80% de los pacientes, así mismo las 3 principales causas de IC son: la cardiopatía hipertensiva, la cardiopatía isquémica asociada con un infarto previo y la miocardiopatía dilatada. Desde el punto de vista fisiopatológico las alteraciones de los miocitos ocasionan la IC, estos pierden su capacidad de contracción normal debido a cambios bioquímicos, como en las miocardiopatías idiopáticas o debido a la alteración de los mecanismos fisiológicos que disminuyen la liberación de oxígeno para el miocardio, lo que altera el funcionamiento celular, como en la enfermedad coronaria.

DISFUNCION VASCULAR

Esta patología es un problema circulatorio frecuente en el que se ve reducido el flujo sanguíneo de las extremidades inferiores de manera significativa. Usualmente es causada por el depósito de grasa (aterosclerosis) en las arterias de que irrigan esos tejidos. Las arterias y venas periféricas transportan sangre hacia y desde los músculos de los brazos y las piernas y los órganos del abdomen. La EVP puede también afectar a las arterias que llevan sangre a la cabeza (ver Enfermedad de las arterias carótidas). Los principales tipos de EVP son los coágulos sanguíneos, la hinchazón (inflamación) y el estrechamiento y la obstrucción de los vasos sanguíneos. Las enfermedades de las arterias pueden ocasionar: Obstrucciones arteriales (incluso la enfermedad arterial periférica (PAD)), Aneurismas aórticos, Enfermedad de Buerger, Fenómeno de Raynaud Coágulos sanguíneos venosos (incluso la trombosis venosa profunda (TVP)), Embolia pulmonar, Flebitis y Várices.

Al igual que las arterias coronarias, las arterias periféricas pueden ser obstruidas por placa. La EVP puede deberse a una enfermedad denominada aterosclerosis, un proceso en el que se forma una sustancia cérea dentro de las arterias.

La obstrucción de las arterias periféricas de la región inferior del cuerpo ocasiona principalmente dolor y calambres en las piernas. Por otro lado los factores de riesgo de

aterosclerosis en las arterias periféricas son iguales a los de la aterosclerosis en las arterias coronarias. Se cree que el consumo de cigarrillos (tabaquismo), la diabetes, la presión arterial alta y los niveles elevados de colesterol dan lugar a la formación de placa. A menudo, la enfermedad arterial periférica puede ser controlada con simples cambios del estilo de vida tales como el dejar de fumar, hacer ejercicio regularmente y dieta adecuada, sumado al tratamiento médico de los factores de riesgo ya mencionados.

ALTERACIONES EN CÉLULAS SANGUÍNEAS

Anemias.

Los glóbulos rojos necesitan hemoglobina, proteína rica en hierro, para transportar el oxígeno por todo el cuerpo. Si la concentración de hemoglobina cae por debajo de lo normal, sufrimos anemia. Para mantener un nivel normal de glóbulos rojos es necesario que muchos órganos funcionen correctamente y cuenten con una adecuada aportación de ciertas vitaminas (sobre todo ácido fólico y vitamina B12) y hierro. Sus síntomas varían según el tipo de anemia, su causa o la salud del paciente. La anemia puede estar asociada a otros desórdenes del organismo (hemorragia, úlcera gastroduodenal, insuficiencia renal, cáncer, etc.), cuyos propios síntomas pueden aparecer en primer lugar. Asimismo, también influye el grado y la rapidez con que se contrae la anemia; si es leve o se desarrolla lentamente, puede que no notemos síntoma alguno.

Leucemias.

Es un tumor maligno de las células precursoras de la sangre. Se origina en la médula ósea y en ocasiones afecta a los tejidos del sistema inmune (ganglios, hígado, bazo) u otros órganos a los que invade a través del torrente sanguíneo (médula espinal, cerebro, testículos, etc.) Existen muchos tipos, como la leucemia linfoblástica aguda, la leucemia mieloide aguda y la leucemia linfocítica crónica, muchos pacientes con tipos de leucemia de desarrollo lento no tienen síntomas. Los tipos de leucemia de desarrollo rápido pueden presentar síntomas como fatiga, pérdida de peso, infecciones frecuentes, y sangrado o aparición de hematomas con facilidad.

Linfoma

El linfoma es un tipo de cáncer del sistema linfático, que es parte de la red del organismo que combate los gérmenes. El sistema linfático comprende los ganglios linfáticos (glándulas linfáticas), el bazo, el timo y la médula ósea, por el sistema linfático circula la linfa, líquido que lleva nutrientes, desechos y leucocitos del sistema linfático por el cuerpo. Cuando los linfocitos se multiplican de modo anómalo o no mueren cuando deberían, los ganglios u otros órganos linfáticos pueden sufrir un linfoma. Se sabe que las personas con un déficit en la inmunidad presentan un riesgo mayor de sufrirlo. Los linfomas no son contagiosos ni se heredan genéticamente.

Mieloma múltiple.

Es otro tipo de tumor del sistema linfático. Consiste en una proliferación de las células plasmáticas, encargadas de producir los anticuerpos que defienden al organismo de infecciones y sustancias extrañas. Las células plasmáticas se hallan en pequeña cantidad en la médula ósea, por lo que si su número aumenta en exceso invaden ésta y destruyen el tejido alrededor, produciendo agujeros en los huesos que se llaman lesiones osteolíticas. En el mieloma múltiple, una familia de células se convierte en tumoral: se acumula y produce continuamente el mismo anticuerpo, en cantidades muy superiores a las habituales. Este anticuerpo se llama paraproteína o componente monoclonal y se puede detectar en el suero o en la orina del paciente que sufre la enfermedad, el mieloma es menos frecuente que el linfoma, y afecta sobre todo a personas mayores, aunque puede aparecer a partir de los 40.

DISFUNCIÓN RESPIRATORIA

La difusión. Es el proceso mediante el cual se produce la transferencia de los gases respiratorios entre el alveolo y la sangre a través de la membrana alveolo-capilar. La función del aparato respiratorio es proporcionar un aporte correcto de oxígeno (O₂) a los tejidos, así como la eliminación de las sustancias tóxicas (dióxido de carbono –CO₂–) producidas a nivel celular. Para ello es necesario que funcionen correctamente diversos órganos y aparatos, y que exista entre ellos una adecuada coordinación.

La insuficiencia respiratoria es una afección en la cual su sangre no tiene suficiente oxígeno o tiene demasiado dióxido de carbono, cuando el organismo es incapaz de mantener equilibrio entre el aporte de O₂ a 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/o manteniendo valores excesivamente elevados de presión parcial de CO₂ arterial (PaCO₂ superior a 45 mmHg o 6 kPa, lo que se conoce como hipercapnia). Es, por tanto, un concepto funcional, no una enfermedad en sentido estricto, pudiendo deberse a muchos procesos no siempre pulmonar.

PROBLEMAS DE LAS VÍAS AÉREAS SUPERIORES. INFLAMACIONES

Esto se produce cuando las vías respiratorias aéreas superiores se estrechan o bloquean, dificultando la respiración. Las zonas de las vías respiratorias superiores que pueden resultar afectadas son la tráquea, la laringe o la garganta (faringe). Las vías respiratorias pueden estrecharse o bloquearse debido a muchas causas como: Reacciones alérgicas en las cuales la tráquea o la garganta se hinchan y cierran, incluso reacciones alérgicas a la picadura de abejas, al maní, a los antibióticos (penicilina) y los medicamentos para la presión arterial (inhibidores de la ECA), Reacciones y quemaduras químicas, Epiglotitis (infección de la estructura que separa la tráquea del esófago), Fuego o quemaduras por la inhalación de humo.

Inflamación: Reacción que se desencadena en una parte del organismo o en los tejidos de un órgano, caracterizada por un enrojecimiento de la zona, aumento de su volumen, dolor, sensación de calor y trastornos funcionales, La respuesta inflamatoria ocurre solo en tejidos conectivos vascularizados y surge con el fin defensivo de aislar y destruir al agente dañino, así como reparar el tejido u órgano dañado.

2.-rinitis: Irritación e inflamación de la membrana mucosa en la nariz.. Estos síntomas se presentan generalmente durante dos o más días consecutivos y a lo largo de más de una hora la mayoría de los días.

3.- sinusitis: Es la inflamación de la mucosa de los senos paranasales que puede ser causada por un hongo, una bacteria o un virus, o bien por una alergia. Sus síntomas son: dolor y presión en los ojos y en la zona maxilofacial, secreción y congestión nasal, pérdida

facial o total del sentido del olfato, fatiga y sensación de malestar general, cefalea, fiebre, dolor de garganta, tos.

4.- laringitis: Es una afección caracterizada por la inflamación de las cavidades alrededor de los conductos nasales, La causa más común de la laringitis es la infección viral, la laringitis puede ser breve (aguda) o persistente (crónica). Sus síntomas son; disfonía o voz ronca que puede llegar a la afonía (no poder hablar, tos irritativa con escasa producción de mucosa o flema, en caso de 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.

Es una infección que afecta a las vías respiratorias bajas o los pulmones. La importancia de las infecciones respiratorias de vías bajas puede subestimarse porque no están bien definidas. Esto 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 3-4 semanas. Se estima una incidencia de 44 casos/1.000 personas y año; es más frecuente en mujeres y en invierno. En más del 90% de los casos, la etiología es vírica (influenza A y B, parainfluenza, coronavirus 1-3, rinovirus, virus respiratorio sincitial y metapneumovirus humano). Se caracteriza por la presencia de tos, con empeoramiento nocturno que persiste durante 5 días y 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 se puede apreciar sibilancias o roncus modificables por la tos, sin signos de consolidación. Se acompaña de síntomas generales (fiebre, anorexia y artromialgias).

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 (neumonía o bronquitis aguda complicada) que se beneficiarían del tratamiento con antibióticos de los casos de bronquitis agudas Se aconseja la realización de radiografía de tórax si se sospecha infección neumónica (clínica grave, signos de consolidación parenquimatosa).

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). En el tratamiento sintomático Puede pautarse tratamiento sintomático con antitérmicos/analgésicos comunes. No se recomienda el uso de generalizado de antihistamínico, agonistas, adrenérgicos o corticoides inhalados u orales, expectorantes o mucolíticos ya que en la actualidad no existen ensayos de buena calidad que demuestren su utilidad. Los adrenérgicos inhalados pueden disminuir los síntomas incluida las tos aguda (4 semanas) en los casos de obstrucción del flujo aéreo.

En el tratamiento antibiótico de esta patología es un proceso autolimitado en la mayoría de las ocasiones. El uso de antibióticos en la bronquitis aguda no complicada no supone un beneficio significativo en cuanto a duración y/o gravedad de los síntomas, tanto en personas sanas como en los fumadores o en jóvenes con comorbilidades previas. En la bronquitis aguda, como norma general, no se recomienda la antibioterapia. El tratamiento inicial con antibióticos podría valorarse en caso de: Mayores de 65 años que presenten dos o más de los siguientes criterios, o bien, mayores de 80 años que presenten una o más: hospitalización en el año previo, diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca congestiva o uso concurrente de corticoides orales – Sospecha clara de infección por *B. pertussis* (tos de origen infeccioso de 2 semanas de duración con, al menos, uno de estos tres signos: tos paroxística, 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 y/o de la dificultad respiratoria. Las estrategias de prescripción diferida de antibióticos y la no prescripción reducen notablemente el consumo de antibióticos en infecciones respiratorias bajas no complicadas.

Cuidar de una persona mayor puede ser una tarea complicada si no disponemos del conocimiento necesario sobre el cuidado de ancianos, el envejecimiento y la enfermedad o patología que sufre el usuario a cuidar. Así que nosotros como estudiantes de enfermería debemos de tener en cuenta las patologías que presenta un adulto mayor porque cuando estemos en el campo laboral sabremos como poder tratar a un paciente con alguna patología.

FUENTE DE INFORMACION

- MARTHA PATRICIA MARIN LOPEZ. (2020). Patología del paciente. 01/07/20, de UDS Sitio web:
<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/files/asignatura/d33413934e1f0e167d98411b03e9c427.pdf>

BIBLIOGRAFIA BASICA Y COMPLEMENTARIA

- Grossman Sheila, Mattson Porth Carol. 2019. Porth Fisiopatología, alteraciones de la salud, conceptos básicos, 10ª. Edición. Editorial LWW
- Kasper L. Dennis (2017). —HARRISON Principios de medicina interna|| 19ª. Edición. McGraw Hill
- Kumar Vinay. 2018. Robbins Patología humana. 10ª. Edición. Elsevier
- Strayer S. David. 2016. Patología, fundamentos clinicopatológicos en medicina. 7ª. Edición. Editorial LWW
- Hammer D. Gary. 2019. Fisiopatología de la enfermedad. 8va. Edición. McGraw Hill
- Buckup Klaus, Buckup Johannes. —pruebas clínicas para patología ósea, articular y muscular||. 3ª. Edición. Editorial Elsevier Masson.
- Fogo, Agnes B. —atlas diagnóstico de patología renal||. 3ª. Edición. Editorial Elsevier.
- Damjanov Ivan. (2010). Patología. Elsevier España.