



PASIÓN POR EDUCAR

Nombre del Alumno: Yaneth Beatriz Álvarez Santiz.

Nombre del tema: cefalea, dificultad respiratoria, dolor de pecho

Parcial: 3er.

Nombre de la Materia: Prácticas profesionales.

Nombre del profesor: María del Carmen López Silba

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 9no.

Lugar y fecha: Comita de Domínguez, a 05 de julio de 2024

Introducción

Para este tema necesitamos conocer que tan grave son los problemas que a veces consideramos normal, o no le damos gran importancia.

Una de ellas es la cefalea conocida comúnmente como dolor de cabeza, que es la sensación dolorosa en cualquier parte de la cabeza, que va desde un dolor agudo a un dolor leve y puede ocurrir con otros síntomas. En ella existen diferentes tipos de cefalea: se encuentra la migraña, la cefalea tensional, cefalea por brotes y cefalea a causa de consumir muchos analgésicos. La se explicará cada uno de ellas en este trabajo, tanto como sus síntomas y cuidados de enfermería.

Encontramos también el dolor en el pecho que es un malestar en el pecho que puede incluir un dolor leve, una sensación de ardor o agobio, un dolor punzante agudo y dolor que se irradia hacia el cuello o los hombros. El dolor en el pecho puede tener causas que no se deben a una enfermedad subyacente. Por ejemplo, levantar mucho peso, realizar levantamiento de pesas, recibir un traumatismo en el pecho o tragarse un trozo grande de comida.

También encontramos la dificultad respiratoria que conocido en termino medico como disnea, la cual es una sensación de falta de aire. La dificultad para respirar puede involucrar: Respiración difícil, Respiración incómoda, Sentirse como si no estuviera recibiendo suficiente aire. No existe una definición estándar para la dificultad respiratoria. Algunas personas se sienten disneicas con solo hacer ejercicio leve (por ejemplo, subir escaleras), aunque no padezcan una afección médica. Otras pueden tener enfermedad pulmonar avanzada, pero nunca sentir falta de aliento. La dificultad para respirar es una sensación subjetiva: solo la persona que la siente puede decir si la tiene.

En el presente artículo se explicará cada uno de ellos.

Desarrollo

Las cefaleas (caracterizadas por dolores de cabeza recurrentes) son uno de los trastornos más comunes del sistema nervioso. Son trastornos primarios dolorosos e incapacitantes como la jaqueca o migraña, la cefalea tensional y la cefalea en brotes. También puede ser causada por muchos otros trastornos, de los cuales el consumo excesivo de analgésicos es el más común.

los tipos de cefalea son: La migraña, la cefalea tensional y la causada por consumo excesivo de analgésicos (cefalea de rebote) tienen importancia para la salud pública pues causan gran discapacidad y morbilidad en la población.

Migraña (jaqueca): Es una cefalea primaria, la migraña suele aparecer en la pubertad y afecta principalmente al grupo entre los 35 y los 45 años de edad, es dos veces más frecuente entre las mujeres que entre los hombres debido a influencias hormonales, está causada por la activación de un mecanismo encefálico que conduce a la liberación de sustancias inflamatorias y causantes de dolor alrededor de los nervios y vasos sanguíneos de la cabeza, la migraña es recurrente, a menudo dura toda la vida y se caracteriza por episodios recurrentes.

- Los episodios se caracterizan normalmente por:
 - cefalea:
 - de intensidad moderada a severa;
 - dolor de un solo lado de la cabeza y/o pulsátil;
 - empeora con la actividad física ordinaria;
 - puede durar desde algunas horas hasta 2 o 3 días;
 - náuseas (el síntoma conexo más característico);
 - los episodios se presentan con una frecuencia que varía entre uno al año y uno por semana;

- en los niños, los episodios suelen durar menos y los síntomas abdominales son más prominentes.

Cefalea tensional: Es la cefalea primaria más común. La cefalea tensional episódica, que se produce menos de 15 días al mes, se observa en más del 70% de ciertos grupos de población, la cefalea crónica, que se produce más de 15 días al mes, afecta al 1-3% de los adultos, la cefalea tensional a menudo empieza en la adolescencia y afecta más a las mujeres que a los hombres en una relación de 3:2. Puede guardar relación con el estrés o con problemas osteomusculares del cuello, cuando es episódica, los episodios duran por lo general unas pocas horas, pero pueden persistir varios días, la cefalea tensional crónica puede ser constante y es mucho más incapacitante que la forma episódica, el paciente describe esta cefalea a menudo como una especie de banda de presión u opresión alrededor de la cabeza, que a veces se irradia al cuello o desde este.

Cefalea en brotes: Es una cefalea primaria, es relativamente rara; afecta a menos de 1 en 1000 adultos; es más frecuente en los hombres que en las mujeres, con una relación de 6:1, generalmente se presenta a partir de los veintitantos años.

Se caracteriza por episodios recurrentes y frecuentes (hasta varias veces al día), breves, pero sumamente dolorosos, de cefalea y normalmente se concentran en torno a un ojo, que lagrimea y se enrojece; se acompaña de rinorrea u obstrucción de la fosa nasal del lado afectado, y el párpado puede estar caído, puede ser episódica o crónica.

Cefalea por uso excesivo de analgésicos (cefalea de rebote): Está causada por el consumo crónico y excesivo de medicamentos para combatir las cefaleas, es la forma más común de cefalea secundaria, puede afectar hasta un 7% de ciertos grupos de población, más a las mujeres que a los hombres, es una cefalea presente la mayor parte del tiempo, opresiva, persistente y generalmente peor al despertar.

Para tratar las cefaleas como es debido se necesita que los profesionales sanitarios estén bien capacitados, que la detección y el diagnóstico del trastorno sean exactos, que se proporcione tratamiento con medicamentos eficaces, y la prescripción de modificaciones sencillas del modo de vida y la educación del paciente. Estas son las clases principales de medicamentos específicos para tratar las cefaleas: analgésicos, antieméticos, antimigrañosos y productos profilácticos.

Cuidados generales de enfermería

- Asegurarse de que el/la paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes
- Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten las experiencias de dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos)
- Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas, antes de que se produzca el dolor o de que aumente, junto con las otras medidas de alivio del dolor
- Comprobar el esquema de sueño del/de la paciente y
- observar las circunstancias físicas (dolor) que interrumpen el sueño
- Ajustar el ambiente (luz, ruidos, temperatura, cama) para favorecer el sueño
- Identificar las medicaciones que el/la paciente está tomando para el sueño
- Enseñar al/a la paciente a realizar una relajación muscular auto génica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño
- Describir el proceso de la enfermedad
- Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad
- Instruir al/a la paciente acerca de la dosis, vía y duración de los efectos de cada medicamento
- Informar al/a la paciente de las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación
- Determinar con el/la paciente los objetivos de los cuidados
- Identificar, junto con el/la paciente, una fecha objetiva para la conclusión del acuerdo
- Identificar el problema del/de la paciente en términos de conducta
- Identificar la conducta que ha de cambiarse (conducta objetivo) en términos específicos, concretos

- Administrar refuerzos positivos en las conductas que han de incrementarse
- Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables (Ephpo, s.f.)

Dolor en el pecho

El dolor en el pecho aparece de muchas formas, desde una punzada intensa hasta un dolor sordo. A veces se puede sentir como una sensación de opresión o ardor. En otros casos, el dolor se desplaza por el cuello, llega a la mandíbula y luego se extiende a la espalda, o por un brazo o ambos.

Muchos problemas diferentes pueden ocasionar dolor en el pecho. Las causas que más ponen en riesgo la vida afectan el corazón o los pulmones. Dado que el dolor en el pecho puede deberse a un problema serio, es importante buscar ayuda médica de inmediato.

Síntomas

El dolor en el pecho puede ser diferente según lo que está desencadenando el síntoma. Por lo general, la causa no tiene nada que ver con el corazón, aunque no es fácil determinar esto sin consultar con un proveedor de atención médica.

Dolor de pecho relacionado con el corazón

El dolor en el pecho se suele asociar con las enfermedades cardíacas, pero muchas personas que tienen dichas enfermedades dicen que sienten una leve molestia que no necesariamente se identifica como dolor. La molestia en el pecho ocasionada por un ataque cardíaco u otro problema del corazón puede describirse de las siguientes maneras:

- Presión, opresión, ardor o presión en el pecho.
- Dolor aplastante o quemante que se extiende hacia la espalda, el cuello, la mandíbula, los hombros y uno o ambos brazos.

- Dolor que dura más de unos pocos minutos, empeora con la actividad, desaparece y vuelve a parecer, o varía en intensidad.
- Falta de aire.
- Sudor frío.
- Mareos, aturdimiento o desmayos.
- Ritmo cardíaco acelerado.
- Náuseas o vómitos.

Otros tipos de dolor de pecho

Puede ser difícil saber si el dolor en el pecho está relacionado con el corazón o está causado por otra cosa. Normalmente, es menos probable que el dolor en el pecho se deba a un problema cardíaco si ocurre con los siguientes síntomas:

- Un sabor agrio o la sensación de que los alimentos regresan a la boca
- Dificultad para tragar
- Dolor que mejora o empeora cuando cambias la posición del cuerpo
- Dolor que empeora cuando respiras profundo o cuando toses
- Sensibilidad cuando te oprimes el pecho
- Dolor que continúa por muchas horas

Los síntomas clásicos de la acidez estomacal (una sensación de ardor dolorosa detrás del esternón) se pueden producir debido a problemas en el corazón o en el estómago.

Causas

El dolor en el pecho tiene muchas causas posibles y todas necesitan atención médica.

Causas relacionadas con el corazón

Algunos ejemplos de causas de dolor en el pecho relacionadas con el corazón incluyen:

- **Angina de pecho.** Es un dolor en el pecho causado por un escaso flujo de sangre al corazón. Esto suele deberse a la acumulación de placas gruesas en las paredes internas de las arterias que transportan la sangre al corazón. Estas placas estrechan las arterias y restringen el suministro de sangre del corazón, especialmente durante la actividad física.
- **Ataque cardíaco.** Un ataque cardíaco deriva de una obstrucción del flujo sanguíneo al músculo cardíaco, a menudo ocasionada por un coágulo. La angina puede ser el principal síntoma de un ataque cardíaco.
- **Diseccción aórtica.** Esta afección que pone en riesgo la vida afecta a la arteria principal que sale del corazón, llamada aorta. Si las capas internas de este vaso sanguíneo se separan, la sangre se ve forzada a pasar entre las capas y puede causar la ruptura de la aorta.
- **Pericarditis, que es la inflamación de la membrana que rodea el corazón.** Esta afección generalmente ocasiona un dolor punzante que empeora al inhalar o al estar acostado.

Causas digestivas

El dolor en el pecho se puede producir a causa de trastornos del aparato digestivo, entre los que se encuentran los siguientes:

- **Acidez estomacal.** Se trata de una sensación de ardor dolorosa detrás del esternón. Se produce cuando el ácido gástrico pasa del estómago a la vía que conecta la garganta con el estómago. Esa vía se llama esófago.
- **Trastornos de deglución.** Los problemas del esófago pueden causar dificultad para tragar e incluso pueden hacer que sea doloroso.
- **Problemas en la vesícula biliar o en el páncreas.** Los cálculos biliares o la inflamación de la vesícula biliar o del páncreas pueden ocasionar un dolor estomacal que se extiende al pecho.

Causas musculares y óseas

Algunos tipos de dolor en el pecho se asocian con lesiones y otros problemas que afectan la estructura que forma la pared torácica. Estas afecciones incluyen:

- **Costocondritis.** En esta afección, el cartílago de la caja torácica, especialmente el cartílago que une las costillas al esternón, se inflama y produce dolor.
- **Dolores musculares.** Los síndromes de dolor crónico, como la fibromialgia, pueden causar dolor a largo plazo que afecta los músculos del pecho.
- **Lesión en las costillas.** Una costilla rota o con hematomas puede ocasionar dolor en el pecho.

Causas relacionadas con los pulmones

Muchos problemas pulmonares pueden ocasionar dolor en el pecho, como los siguientes:

- **Un coágulo sanguíneo en los pulmones, llamado embolia pulmonar.** Un coágulo sanguíneo que se atasca en una arteria del pulmón puede obstruir el flujo sanguíneo hacia el tejido pulmonar.
- **Inflamación de la membrana que recubre los pulmones, o pleuresía.** Esta afección puede causar un dolor en el pecho que empeora cuando inhalas o toses.
- **Colapso pulmonar.** El dolor en el pecho relacionado con un colapso pulmonar suele comenzar de repente y puede durar horas. Normalmente causa falta de aire. El colapso pulmonar se produce cuando el aire se filtra en el espacio entre el pulmón y las costillas.
- **Presión arterial alta en las arterias de los pulmones, llamada hipertensión pulmonar.** Esta afección repercute en las arterias que transportan sangre a los pulmones. Puede producir dolor en el pecho.

Otras causas

El dolor en el pecho también puede ser ocasionado por lo siguiente:

- **Ataque de pánico.** Si tienes períodos de miedo intenso junto con dolor en el pecho, es posible que estés sufriendo un ataque de pánico. Los síntomas de los ataques de pánico también incluyen latidos acelerados, respiración acelerada, sudoración abundante, falta de aire, náuseas, mareos y miedo a morir. Puede ser difícil diferenciar entre un ataque cardíaco y un ataque de pánico. Siempre debes buscar asistencia médica si no estás seguro de qué ocasiona el dolor en el pecho.
- **Culebrilla.** Esta afección puede causar dolor intenso y una franja de ampollas que van de la espalda a la zona del pecho.

Cuidados de enfermería

- Valorar el dolor inicial, localización, duración, irradiación y el comienzo de nuevos síntomas durante el episodio anginoso.
- Obtener un ECG de 12 derivaciones durante el episodio de dolor y después de éste.
- Valorar signos de hipoxemia mediante la saturación de pulso permanente.
- Ministran y evaluar eficacia de medicamentos prescritos.
- Mantener al enfermo en reposo absoluto hasta su mejoría clínica.
- Valorar frecuencia cardíaca y presión arterial mediante monitorización continua.
- Controlar y registrar signos vitales cada 2 horas durante las primeras 24 horas.
- Vigilar cambios hemodinámicos por medio del catéter de flotación cada 2 horas.
- Instalar y mantener una vía intravenosa para ministración de la terapéutica establecida.
- Mantener al enfermo en reposo absoluto con la cabecera elevada a 30 grados hasta su estabilización.

- Valorar cambios en el estado neurológico del enfermo.
- Vigilar el estado de oxigenación continuamente mediante oxímetro de pulso.
- Controlar la ingesta y excreción de líquidos cada hora y realizar balance por turno.

(Cardiología, s.f.)

Dificultad respiratoria

La disnea es la dificultad respiratoria o falta de aire. Es una sensación subjetiva y por lo tanto de difícil definición. La dificultad respiratoria es una afección que involucra una sensación de dificultad o incomodidad al respirar o la sensación de no estar recibiendo suficiente aire. Algunas personas pueden sentirse disneicas con sólo ejercicio leve (por ejemplo, subir escaleras), aunque no padezcan un trastorno específico. Otros pueden tener enfermedad pulmonar avanzada, pero nunca sienten falta de aliento. Las sibilancias son una de las formas de dificultad respiratoria en la cual usted produce un sonido chillón al exhalar.

La dificultad respiratoria tiene muchas causas diferentes, por ejemplo, una obstrucción de los conductos de la nariz, la boca o la garganta puede llevar a que se presente dificultad respiratoria.

La cardiopatía puede causar disnea si el corazón es incapaz de bombear suficiente sangre para suministrar oxígeno al cuerpo.

De hecho, si el cerebro, los músculos u otros órganos corporales no reciben suficiente oxígeno, se puede experimentar una sensación de disnea.

Algunas veces, el estrés emocional, como la ansiedad, puede llevar a que se presente dificultad respiratoria.

Las enfermedades en las que aparece con más frecuencia:

- Asma.

- Cáncer de pulmón.
- Edema agudo de pulmón.
- Infecciones pulmonares.
- Insuficiencia cardíaca.
- Tromboembolismo pulmonar.

La insuficiencia respiratoria aguda se define como el fallo del sistema respiratorio para realizar un intercambio gaseoso entre el oxígeno y el dióxido de carbono de forma eficaz, es decir, garantizando que las necesidades metabólicas del organismo estén cubiertas.

La EPOC es una enfermedad pulmonar que se caracteriza por una obstrucción del flujo aéreo, sus formas de presentación más características son la bronquitis crónica, que cursa con un estrechamiento progresivo de las vías respiratorias, y el enfisema, que se relaciona con la pérdida de elasticidad pulmonar y la posterior destrucción de las paredes alveolares.

El asma se define como una inflamación crónica de la vía aérea, lo que produce hiperreactividad bronquial y una limitación del flujo aéreo. Representa un importante problema de salud a nivel mundial. Cursa con síntomas característicos como son la tos, la disnea y las sibilancias.

La neumonía es otra de las enfermedades respiratorias más comunes, se define como una inflamación de los pulmones que se produce por la infección de estos, infección que puede ser producida por un virus o una bacteria.

Cuidados de enfermería

- Monitorización de las constantes vitales, según el grado de gravedad del paciente esta monitorización se hará de forma invasiva o no invasiva. Registro de la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial,

saturación de oxígeno, temperatura, glucemia capilar, presión venosa central...

- Vigilancia del patrón respiratorio: la frecuencia, la profundidad, el ritmo y la calidad de las respiraciones. Valorar además los ruidos que aparecen con la respiración ya que pueden ayudar a diagnosticar diferentes problemas.
- Valorar la utilización de la musculatura accesoria y la distensión yugular. Esta musculatura no interviene en un proceso respiratorio normal, entre los músculos que participan cuando se produce un aumento de trabajo respiratorio se encuentran: los escalenos, el esternocleidomastoideo, los músculos subclavios, los pectorales menor y mayor, el serrato anterior, el trapecio y el dorsal ancho.
- Valoración del estado de la piel, o realización de un control adecuado de la cianosis periférica. Registrar cambios en cuanto a palidez, cambios de temperatura con tendencia en este caso a la frialdad, cambios en la humedad, cianosis en los lechos ungueales y en los labios.
- Vigilancia y registro de la presencia de secreciones bronquiales, así como su aspecto. En caso de que fuese necesario se cultivaría una muestra de estas secreciones. Es importante además valorar si el paciente presenta reflejo tusígeno y/o si tiene fuerza para movilizar estas secreciones.
- Valoración del nivel de conciencia del paciente. Puede ocurrir que presente episodios de agitación psicomotriz o, por el contrario, que se encuentre con tendencia a la somnolencia.
- Debe favorecerse una adecuada expansión del tórax, a este efecto serán retirados objetos o ropa que dificulten este cometido.
- Colocar al paciente en una postura adecuada a su patología, en este caso se buscará una posición que favorezca la expansión torácica máxima, es decir, semi-Fowler o Fowler alta. O, dicho de otra forma, cabecero elevado a unos 30-45 grados.

- Evitar la sobrecarga de líquidos. Será necesario llevar a cabo un estricto balance hídrico. Se colocará una sonda vesical que permita llevar a cabo un control horario.
- Canalización de catéter arterial. Nos permite llevar un control más exacto de la tensión arterial, además será necesario realizar gasometrías arteriales de forma seriada para analizar los valores del pH, lactato, pO₂, pCO₂, etc... Esta medida aumentará el confort del paciente, pues disminuirá el número de punciones.
- Canalización de un acceso venoso periférico, o, según gravedad del paciente, un acceso central. Necesario para la administración intravenosa necesaria.
- Administración de oxigenoterapia en caso de que fuese necesario, el aporte de oxígeno deberá ser el mínimo que asegure una saturación de oxígeno por encima del 90% o una pO₂ por encima del 60%. Dependiendo de la situación clínica del paciente se utilizarán sistemas de oxigenoterapia de alto o bajo flujo, ventilación mecánica no invasiva o ventilación mecánica invasiva. En cualquiera de estos casos, deberá mantenerse una humidificación adecuada y deberá prevenirse la aparición de úlceras por presión iatrogénicas que pueden producir estos dispositivos.
- Vigilancia del estado nutricional del paciente. Inicialmente el paciente debe mantenerse en dieta absoluta. Hasta el momento en el que la reintroducción de la dieta se considere segura, debe mantenerse una adecuada hidratación y nutrición del paciente. Es importante tener en cuenta que en caso de que el paciente precise de algún preparado nutricional y su patología curse con hipercapnia, esta debe ser pobre en hidratos de carbono.
- La valoración nutricional de los pacientes que presentan EPOC y SDRA es especialmente importante ya que son los que presentan un mayor riesgo de desnutrición.

En pacientes críticos, la desnutrición mantiene la insuficiencia respiratoria y aumenta el tiempo de uso de la ventilación mecánica.

- Administración del tratamiento farmacológico prescrito. En este tipo de patología los fármacos de mayor uso son: fluidoterapia, broncodilatadores, agonistas B2-adrenérgicos, anticolinérgicos, corticoides, mucolíticos, antibióticos...
- Realización de las pruebas complementarias solicitadas por el médico: gasometría arterial, radiografía de tórax, electrocardiograma, analítica de sangre completa, etc
- Vigilancia de la permeabilidad de la vía aérea. Para ello se favorecerá el adecuado drenaje de las secreciones. Se valorará si el nivel de conciencia del paciente es el adecuado, en caso afirmativo se debe instruir al paciente en técnicas de respiración profunda, drenaje postural de secreciones, fisioterapia respiratoria, respiración diafragmática, etc.

En caso de que el paciente no presente un adecuado nivel de conciencia o no sea capaz de movilizar las secreciones por sí mismo puede ser necesario realizar una aspiración oro o nasotraqueal de las mismas. El sistema de aspiración debe estar montando en todo momento.

- Valoración del estado psíquico del paciente. Debe favorecerse un ambiente tranquilo y relajado y evitar la sobreestimulación sensorial. Aliviar en la medida de lo posible la ansiedad del paciente y su acompañante, mostrarse abierto a la resolución de dudas o inquietudes que puedan presentar. Si es necesario puede instruir al paciente en técnicas de respiración.

Conclusión

En este artículo abordamos temas sencillos e importante para nosotros como enfermeros, ya que en ella manejaremos diagnósticos diarios, así como los cuidados que aplicaremos siempre al paciente con estas patologías para beneficiar su salud e integridad.

La dificultad respiratoria es uno de los padecimientos que se atiende en el día a día, a la cual buscar cuidados adecuados puedes ayudar a la mejora de la respiración, así como el transporte de oxígeno al paciente, ayudar en el intercambio de gases.

El dolor en el pecho es algo común que nos sucede a diferentes personas, de diferentes edades, mayormente a pacientes que ya padecen una patología cardiaca, las manifestaciones clínicas varían desde leve a grave. El dolor de pecho se presenta en diferentes formas, desde una punzada intensa hasta un dolor sordo. En algunos casos, el dolor de pecho puede manifestarse como una sensación de opresión o ardor. En otros, el dolor se desplaza por el cuello, llega a la mandíbula y luego se irradia a la espalda o a un brazo o ambos.

La cefalea es algo común en la población a causa de tanto estrés, factores ambientales, y también puede deberse a problemas en el organismo. Tratar los síntomas y ayudar a la mejora de estas patologías logramos tener pacientes estables, y con una mayor satisfacción para nosotros como enfermeros.

Bibliografía

Cardiología, S. M. (s.f.). *https://www.medigraphic.com/*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2000/en001-4c.pdf>

Ephpo. (s.f.). Obtenido de http://www.ephpo.es/Procesos/Planes_Cuidados_Estandarizados_Procesos/Plan%20de%20Cuidados%20Cefaleas.pdf

uds. (s.f.). *Antología de practicas profesionales* . Obtenido de <https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/biblioteca/4f01ae8fc4adbaffe928ddf884d40f01.pdf>