



TEMA: DISFUNCIÓN CARDIACA Y DISFUNCIÓN RESPIRATORIA

MATERIA: PATOLOGÍA DEL ADULTO

ALUMNA: KARLA GUADALUPE MÉRITO GÓMEZ

DOCENTE: DOCTOR. VICTOR MANUEL NERY GONZALEZ

LICENCIATURA: ENFERMERÍA

CUATRIMESTRE: SEXTO CUATRIMESTRE.

PARCIAL: I

¿QUE ES?

La disfuncion cardiaca es una alteración en la capacidad del corazon para cumplir su función principal: Bombear sangre rica en oxígeno a los tejidos del cuerpo. Esta disfunción puede afectar la fuerza de contracción del corazón, su capacidad de llenado o ambos procesos y puede presentarse en diferentes grados de severidad.

TIPOS DE DISFUNCIÓN CARDÍACA

DISFUNCIÓN SISTOLICA:

- Ocurre cuando el musculo cardíaco pierde su fuerza para contraerse.
- El corazón no puede expulsar suficiente sangre con cada latido.
- Se caracteriza por una fracción de eyección reducida (la fracción de sangre que el corazón expulsa en cada latido es menor de lo normal)
- común en pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida.

DISFUNCIÓN DIASTOLICA

- El corazón no se relaja adecuadamente despues de contraerse.
- Impide que se llene correctamente de sangre entre latidos.
- A menudo se mantiene la fracción de eyección normal pero el volumen de sangre expulsado es insuficiente por mal llenado.

INSUFICIENCIA CARDIACA

La insuficiencia cardíaca es un síndrome clínico complejo que resulta de cualquier alteración estructural o funcional del corazón que impide su capacidad para llenarse o eyectar sangre de manera adecuada, lo que provoca un suministro insuficiente de oxígeno y nutrientes a los tejidos del cuerpo. Esta condición puede ser consecuencia de enfermedades que afectan el miocardio, las válvulas cardíacas, el pericardio, el endocardio o el ritmo cardíaco, y se manifiesta con síntomas como disnea (dificultad para respirar), fatiga, edema y reducción en la tolerancia al ejercicio, entre otros.

TIPOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA

1. Según la función cardíaca

- **Insuficiencia cardíaca sistólica**
 - El corazón no se contrae con suficiente fuerza.
 - Disminuye la fracción de eyección (<40%).
 - Común en pacientes con infarto previo.
- **Insuficiencia cardíaca diastólica**
 - El corazón no se relaja ni llena bien durante la diástole.
 - Fracción de eyección normal o preservada (>50%).
 - Frecuente en ancianos, hipertensos y mujeres.
- **Mixta**
 - Compromete tanto la contracción como el llenado del corazón.
 - Es más grave y menos frecuente.

2. Según el lado del corazón afectado

- **Insuficiencia cardíaca izquierda**
 - Afecta al lado izquierdo del corazón (ventrículo izquierdo).
 - Provoca disnea, fatiga, edema pulmonar.
- **Insuficiencia cardíaca derecha**
 - Afecta al ventrículo derecho.
 - Causa edema en piernas, ascitis y distensión yugular.
- **Insuficiencia cardíaca global**
 - Compromete ambos lados del corazón.
 - Presenta síntomas combinados (pulmonares y periféricos).

3. Según la evolución clínica

- **Aguda**
 - Aparece bruscamente, suele ser grave.
 - Ej.: edema agudo de pulmón.
- **Crónica**
 - Se desarrolla progresivamente.
 - Requiere manejo a largo plazo.

EPIDEMIOLOGÍA

Epidemiología de la Disfunción Cardíaca

- **Prevalencia Global:** Más de 64 millones de personas afectadas a nivel mundial, con mayor prevalencia en países desarrollados.
- **Prevalencia en México:** Entre 1.3% y 2% de la población general; >10% en mayores de 65 años.
- **Incidencia:** 3–5 casos nuevos por cada 1,000 personas/año en adultos mayores.
- **Factores de Riesgo:** Hipertensión, enfermedades coronarias, diabetes, obesidad, sedentarismo y tabaquismo.
- **Mortalidad:** Alta tasa de mortalidad a 5 años, especialmente en insuficiencia cardíaca grave. Rehospitalización frecuente (20–30% en los primeros 30 días).
- **Impacto en la Salud:** Responsable de una alta carga hospitalaria y costos en el sistema de salud.

ETIOLOGÍA

1. **Enfermedad Arterial Coronaria:** Infartos previos que dejan cicatrices en el corazón.
2. **Hipertensión Arterial:** Aumento de la carga sobre el corazón, debilitando el músculo cardíaco.
3. **Enfermedades Valvulares:** Problemas en las válvulas cardíacas que afectan el flujo sanguíneo.
4. **Miocardopatías:** Enfermedades del músculo cardíaco, como la miocardopatía dilatada.
5. **Arritmias:** Trastornos del ritmo cardíaco que dificultan la función del corazón.
6. **Diabetes Mellitus:** Puede causar miocardopatía diabética.
7. **Factores Genéticos:** Predisposición hereditaria a enfermedades cardíacas.
8. **Infecciones:** Como la endocarditis o infecciones virales que dañan el corazón.
9. **Uso de Sustancias:** Alcohol y drogas como la cocaína pueden dañar el músculo cardíaco.
10. **Trastornos Endocrinos:** Hipotiroidismo o hipertiroidismo que afectan la función cardíaca.

CUADRO CLINICO

1. **Disnea:** Dificultad para respirar, especialmente al hacer ejercicio o durante la noche.
2. **Edema:** Hinchazón en piernas, tobillos, o abdomen debido a la acumulación de líquidos.
3. **Fatiga:** Cansancio extremo por la incapacidad del corazón para bombear sangre adecuadamente.
4. **Palpitaciones:** Sensación de latidos rápidos o irregulares del corazón.
5. **Tos y sibilancias:** Tos persistente y dificultad respiratoria por líquido en los pulmones.
6. **Congestión abdominal:** Distensión abdominal y náuseas por la acumulación de sangre en el tracto digestivo.
7. **Piel fría y sudorosa:** Circulación ineficiente que provoca sudoración excesiva y piel fría.
8. **Aumento de la frecuencia cardíaca:** Intento del corazón de compensar la disfunción.
9. **Cianosis:** Coloración azulada de la piel debido a la falta de oxígeno.

DIAGNOSTICO

1. Historia Clínica y Examen Físico

2. Pruebas Diagnósticas
 - **Electrocardiograma (ECG):** Para evaluar el ritmo cardíaco y detectar arritmias.
 - **Ecocardiograma:** Técnica clave para evaluar la función del corazón y la fracción de eyección (cantidad de sangre que el corazón expulsa con cada latido).
 - **Radiografía de tórax:** Para ver signos de edema pulmonar (líquido en los pulmones).
 - **Análisis de sangre:** Incluye biomarcadores como el BNP (péptido natriurético tipo B) que aumenta en casos de insuficiencia cardíaca.
 - **Pruebas de esfuerzo:** Para ver cómo responde el corazón al ejercicio.
 - **Cateterismo cardíaco:** Si se sospecha de enfermedad coronaria como causa subyacente.

TRATAMIENTO

1. Medicamentos:

- Inhibidores de la ECA y Betabloqueantes: Reducen la presión arterial y la carga sobre el corazón.
- Diuréticos: Eliminan el exceso de líquidos (edema).
- Antagonistas de la aldosterona: Previenen la retención de líquidos.
- ARNI: Mejora los síntomas de insuficiencia cardíaca.
- Digoxina: Ayuda a mejorar la contractilidad en algunos casos.

2. Cambios en el estilo de vida:

- Dieta baja en sal, ejercicio moderado, control del peso, y evitar alcohol y tabaco.

3. Dispositivos y Procedimientos:

- Marcapasos o desfibriladores en casos de arritmias graves.
- Rehabilitación cardíaca para mejorar la capacidad física.
- En casos graves, se puede considerar un trasplante de corazón o cirugía de revascularización (bypass coronario).

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Monitorear signos vitales y peso diario.
- Controlar líquidos y dieta baja en sal.
- Administrar medicamentos y vigilar efectos.
- Educar al paciente sobre síntomas de alarma y adherencia al tratamiento.
- Fomentar descanso y ejercicio moderado según tolerancia.

EPIDEMIOLOGÍA

- Afecta a más de 64 millones de personas en el mundo.
- Es más común en personas mayores de 65 años.
- En México, la prevalencia es de 1.3% a 2%, y más del 10% en adultos mayores.
- Principales causas: hipertensión, diabetes, obesidad y enfermedad coronaria.
- Alta mortalidad y frecuentes hospitalizaciones.
- Su incidencia va en aumento por el envejecimiento poblacional y las enfermedades crónicas.

ETIOLOGÍA

- **Enfermedad Arterial Coronaria** (infartos, aterosclerosis).
- **Hipertensión Arterial** (daño al corazón por trabajo excesivo).
- **Miocardopatías** (dilatadas, hipertróficas, restrictivas).
- **Enfermedades Valvulares** (estenosis o insuficiencia valvular).
- **Arritmias** (como la fibrilación auricular).
- **Diabetes Mellitus** (miocardopatía diabética).
- **Consumo de Alcohol y Drogas** (miocardopatía alcohólica).
- **Trastornos Endocrinos** (hipotiroidismo, hipertiroidismo).
- **Infecciones** (endocarditis, miocarditis).
- **Factores Genéticos** (predisposición hereditaria).

CUADRO CLINICO

- **Disnea:** Dificultad para respirar, especialmente al hacer ejercicio o en la noche.
- **Fatiga:** Cansancio extremo y falta de energía.
- **Edema:** Hinchazón en piernas, tobillos, abdomen y, en casos graves, en los pulmones.
- **Palpitaciones:** Aumento de la frecuencia cardíaca y ritmos irregulares.
- **Congestión abdominal:** Distensión o incomodidad por líquidos acumulados.
- **Cianosis:** Coloración azulada de los labios y uñas por falta de oxígeno.

DIAGNOSTICO

1. **Historia clínica:** Revisión de síntomas (disnea, fatiga, edema) y antecedentes médicos (hipertensión, diabetes).
2. **Examen físico:** Evaluación de signos como edema, ingurgitación yugular y rales pulmonares.
3. **Pruebas diagnósticas:**
 - Electrocardiograma (ECG): Para detectar arritmias.
 - Ecocardiograma: Evaluación de la fracción de eyección y función cardíaca.
 - Radiografía de tórax: Para ver edema pulmonar o agrandamiento del corazón.
 - Análisis de sangre: Medición de BNP.
4. **Clasificación NYHA:** Para clasificar la gravedad según los síntomas y capacidad funcional del paciente.

TRATAMIENTO

1. Medicamentos:

- Diuréticos: eliminan líquidos.
- IECA/ARA II: mejoran función cardíaca.
- Betabloqueantes: controlan el ritmo y reducen mortalidad.
- Espironolactona y Digoxina en casos seleccionados.

2. Estilo de vida:

- Menos sal y líquidos.
- Ejercicio moderado.
- Evitar alcohol y tabaco.

3. Dispositivos:

- Marcapasos o desfibrilador (DAI) en casos avanzados.

4. Trasplante cardíaco:

- En casos graves sin respuesta a tratamiento.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Monitoreo constante:

- Vigilar signos vitales (frecuencia cardíaca, presión arterial, respiración).
- Controlar el peso diario para detectar retención de líquidos.

Control de líquidos y dieta:

- Restringir la ingesta de líquidos y sal según lo indicado por el médico.
- Educar sobre dieta baja en sodio y control de líquidos.

Administración de medicamentos:

- Administrar fármacos como diuréticos, betabloqueantes e inhibidores de la ECA.
- Observar posibles efectos secundarios y adherencia al tratamiento.

Educación al paciente:

- Enseñar signos de alarma (disnea, edema, aumento de peso).
- Fomentar la adherencia al tratamiento y cambios en el estilo de vida (dieta, ejercicio).

Fomento del descanso y actividad física:

- Promover el reposo adecuado y evitar esfuerzos excesivos.
- Fomentar ejercicios leves y adecuados según el estado del paciente.

ARRITMIAS CARDIACAS

¿QUE ES?

Las arritmias cardíacas son trastornos del ritmo cardíaco que ocurren cuando el sistema eléctrico del corazón no funciona correctamente, lo que puede provocar que el corazón lata de manera demasiado rápida, lenta o irregular. Este sistema eléctrico está compuesto por un conjunto de impulsos eléctricos que controlan la frecuencia y el ritmo del corazón, asegurando que se produzca una contracción eficiente de las aurículas y los ventrículos para bombear la sangre.

TIPOS DE ARRITMIAS CARDIACAS

Taquiarritmias (latidos rápidos)

- Fibrilación auricular: Latido rápido e irregular en las aurículas.
- Flutter auricular: Latido rápido, pero más regular.
- Taquicardia supraventricular: Ritmo rápido originado en las aurículas.
- Taquicardia ventricular: Ritmo rápido desde los ventrículos.
- Fibrilación ventricular: Ritmo desorganizado; puede causar paro cardíaco.

Bradiarritmias (latidos lentos)

- Bradicardia sinusal: Latido lento desde el nodo sinusal.
- Bloqueo auriculoventricular (AV): Interrupción del impulso entre aurículas y ventrículos.

Otras

- Extrasístoles: Latidos anticipados (auriculares o ventriculares).
- Síndrome de Wolff-Parkinson-White: Vía eléctrica extra que causa taquicardia.
- Síndrome del seno enfermo: Fallos del marcapasos natural del corazón.

¿QUÉ RELACIÓN TIENEN ESTAS PATOLOGÍAS CON LA DISFUNCIÓN CARDIACA?

Las patologías de insuficiencia cardíaca y arritmias cardíacas están estrechamente relacionadas con la disfunción cardíaca, ya que todas afectan la función del corazón y, a menudo, se interrelacionan entre sí en los pacientes.

EPIDEMIOLOGÍA

- **Prevalencia:** Común, especialmente en personas mayores. La fibrilación auricular es la más frecuente, afectando al 2-3% de la población mundial.

Factores de riesgo:

- Edad avanzada.
- Enfermedades cardíacas (hipertensión, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca).
- Comorbilidades: Diabetes, obesidad, apnea del sueño.
- Estilo de vida: Fumar, alcohol, cafeína.

Sexo:

- Más frecuente en hombres (taquicardias ventriculares) y en mujeres mayores (fibrilación auricular).

Mortalidad: Aumenta el riesgo de ictus, insuficiencia cardíaca y muerte súbita cardíaca.

- **Tendencias:** La prevalencia aumenta con el envejecimiento de la población.

ETIOLOGÍA

1. **Enfermedades del corazón:** Infarto, insuficiencia cardíaca, valvulopatías.
2. **Trastornos eléctricos:** Alteraciones en el sistema de conducción o vías accesorias.
3. **Desequilibrios electrolíticos:** Potasio, magnesio o calcio anormales.
4. **Problemas hormonales:** Hiper o hipotiroidismo.
5. **Fármacos y sustancias:** Medicamentos, cafeína, alcohol o drogas.
6. **Estrés físico o emocional:** Puede desencadenar arritmias.
7. **Factores genéticos:** Algunas arritmias son hereditarias.

CUADRO CLINICO

Las arritmias pueden presentarse con una amplia gama de síntomas, que dependen de su tipo, duración, frecuencia y del estado general del paciente.

Síntomas Generales Comunes

- **Palpitaciones:** Latidos rápidos, lentos o irregulares percibidos por el paciente.
- **Fatiga o debilidad:** Por disminución del gasto cardíaco.
- **Disnea (dificultad para respirar):** Más frecuente en arritmias rápidas.
- **Mareos o sensación de desvanecimiento:** Relacionados con bradicardias o pausas prolongadas.
- **Síncope:** Pérdida breve de la conciencia, asociada a arritmias severas.
- **Dolor torácico:** Puede aparecer por esfuerzo cardíaco o isquemia secundaria.
- **Sudoración excesiva y ansiedad:** Comunes en taquiarritmias.

Historia clínica y examen físico

- Evaluación de síntomas (palpitaciones, mareo, síncope).
- Revisión de antecedentes médicos y factores de riesgo.

Electrocardiograma (ECG)

- Principal herramienta para identificar el tipo de arritmia y su origen.

Monitoreo cardíaco

- Holter de 24-48 h o monitor de eventos para detectar arritmias intermitentes.
- Loop recorder para casos prolongados o inexplicables.

Pruebas complementarias

- Ecocardiograma: Evalúa estructura y función cardíaca.
- Prueba de esfuerzo: Detecta arritmias inducidas por ejercicio.
- Estudio electrofisiológico: Localiza el foco exacto de la arritmia.

Análisis de laboratorio

- Electrolitos, función tiroidea y marcadores cardíacos.

DIAGNOSTICO

TRATAMIENTO

Arritmias supraventriculares:

- Medicamentos: Antiarrítmicos (Ej. Amiodarona), Betabloqueantes (Ej. Metoprolol), Anticoagulantes (Ej. Warfarina).
- Cardioversión eléctrica: Para restablecer el ritmo normal.
- Ablación con catéter: Para eliminar áreas problemáticas del corazón.

Arritmias ventriculares:

- Desfibrilación: Choque eléctrico para fibrilación ventricular.
- Antiarrítmicos (Ej. Lidocaína), Marcapasos en bradicardia grave.

Bradicardia:

Marcapasos: Implante temporal o definitivo.

Tratamientos generales:

- Control de factores de riesgo (hipertensión, diabetes).
- Monitoreo continuo en casos graves.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

1. **Monitoreo:** Controlar frecuencia cardíaca, ritmo y signos vitales.
2. **Evaluación:** Observar síntomas como palpitaciones, mareos y síncope.
3. **Educación:** Informar sobre el tratamiento, medicamentos y cambios en el estilo de vida.
4. **Medicamentos:** Administrar antiarrítmicos y anticoagulantes según indicación.
5. **Emergencias:** Iniciar RCP y desfibrilación en casos críticos.
6. **Post-procedimiento:** Monitorizar al paciente después de procedimientos como cardioversión o ablación.

INSUFICIENCIA CARDIACA Y DISFUNCIÓN CARDIACA

- Insuficiencia cardíaca es una condición en la cual el corazón no puede bombear sangre de manera eficaz, lo que lleva a una disminución del gasto cardíaco.
- Esta disfunción en el corazón puede ser sistólica (donde el corazón no se contrae lo suficiente) o diastólica (cuando el corazón no se relaja completamente para llenarse de sangre).
- La insuficiencia cardíaca genera un círculo vicioso, donde la disfunción cardíaca predispone a otros problemas, como arritmias, debido a la sobrecarga de trabajo que experimentan las cavidades del corazón.

ARRITMIAS CARDIACAS Y DISFUNCIÓN CARDIACA

- Las arritmias son trastornos en el ritmo del corazón y pueden ser causa o consecuencia de la disfunción cardíaca.
- Arritmias ventriculares (como la taquicardia ventricular o fibrilación ventricular) son comunes en la insuficiencia cardíaca avanzada y pueden desencadenar una parada cardíaca súbita.
- La fibrilación auricular (FA), una de las arritmias más frecuentes, puede surgir debido a la dilatación de las aurículas, que es común en pacientes con insuficiencia cardíaca, y puede empeorar la disfunción del ventrículo izquierdo, reduciendo aún más el gasto cardíaco.

CAUSA Y EFECTO

- Insuficiencia cardíaca puede alterar la estructura y la función del corazón, creando un entorno propenso para el desarrollo de arritmias, debido a cambios en la elasticidad del músculo cardíaco, el volumen de llenado ventricular y la presión intracardíaca.
- Las arritmias pueden empeorar la insuficiencia cardíaca al disminuir aún más la eficiencia del bombeo cardíaco. Por ejemplo, una taquicardia rápida o irregular puede impedir que el corazón se llene adecuadamente, lo que empeora la dilatación ventricular y la disfunción sistólica.

INTERACCIÓN ENTRE AMBAS PATOLOGÍAS

- Arritmias como la fibrilación auricular aumentan el riesgo de insuficiencia cardíaca y viceversa. La insuficiencia cardíaca puede generar arritmias debido a la alteración de la mecanobiología cardíaca.
- Ambas patologías se retroalimentan: la insuficiencia cardíaca puede inducir arritmias debido a cambios estructurales y eléctricos del corazón, y las arritmias pueden agravar la insuficiencia cardíaca al interrumpir el flujo sanguíneo adecuado.

¿QUE ES?

La disfunción respiratoria ocurre cuando el sistema respiratorio no puede mantener niveles adecuados de oxígeno en la sangre (hipoxemia) o eliminar dióxido de carbono de manera eficiente (hipercapnia). Esto puede derivarse de diversas condiciones, ya sean agudas o crónicas, que afectan el aparato respiratorio en su conjunto o de manera localizada.

TIPOS DE DISFUNCIÓN RESPIRATORIA

Disfunción Respiratoria Tipo I (Hipoxémica):

- Caracterizada por la baja concentración de oxígeno en la sangre (hipoxemia), a pesar de que el dióxido de carbono puede estar en niveles normales.
- Común en neumonías, edema pulmonar o síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA).

Disfunción Respiratoria Tipo II (Hiperclápnica):

- Caracterizada por elevados niveles de dióxido de carbono en la sangre (hipercapnia), debido a la incapacidad de los pulmones para eliminarlo correctamente.
- Se presenta en enfermedades como enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma severo o arresto respiratorio.

Disfunción Respiratoria Mixta:

- Combinación de hipoxemia y hipercapnia. Puede ocurrir en enfermedades graves como neumonitis, insuficiencia respiratoria aguda o enfermedades pulmonares avanzadas.

RINOFARINGITIS

La rinofaringitis, también conocida comúnmente como resfriado común, es una infección viral que afecta principalmente las vías respiratorias superiores, es decir, la mucosa nasal y la faringe. Es una de las condiciones más comunes de las vías respiratorias, particularmente durante las temporadas de clima frío, y suele ser autolimitada, con una duración de síntomas que varía entre 7 y 10 días.

TIPOS DE RINOFARINGITIS

- Rinofaringitis viral: Causada por virus respiratorios (como rinovirus y coronavirus).
- Rinofaringitis bacteriana: Ocurre cuando una infección viral se complica con bacterias.
- Rinofaringitis alérgica: Relacionada con reacciones a alérgenos como polen o polvo.
- Rinofaringitis crónica: Persistente, generalmente por infecciones repetidas o condiciones subyacentes.
- Rinofaringitis aguda: Forma común y de corta duración, generalmente resuelta en 7-10 días.
- Rinofaringitis postviral: Síntomas persistentes después de la infección viral.

EPIDEMIOLOGÍA

- La disfunción respiratoria afecta a personas de todas las edades, pero tiene una mayor prevalencia en adultos mayores, especialmente aquellos con antecedentes de enfermedades pulmonares crónicas (como EPOC y asma).
- A nivel mundial, infecciones respiratorias agudas y neumonías siguen siendo una de las principales causas de mortalidad respiratoria, especialmente en niños pequeños y personas mayores.
- En países de ingresos bajos y medianos, las tasas de disfunción respiratoria son más altas debido a la contaminación del aire, falta de acceso a atención médica adecuada y a la prevalencia de enfermedades respiratorias no tratadas o mal tratadas.

ETIOLOGÍA

- **Factores ambientales:** Exposición al humo de tabaco, contaminación del aire y productos químicos industriales pueden afectar la función respiratoria y causar enfermedades crónicas.
- **Factores hereditarios:** Condiciones como la fibrosis quística o la alfa-1 antitripsina deficiencia predisponen a la disfunción respiratoria crónica.
- **Infecciones respiratorias:** La neumonía y bronquitis son causas comunes de disfunción respiratoria aguda. En las últimas décadas, la pandemia de COVID-19 ha exacerbado las tasas de insuficiencia respiratoria, especialmente en personas con comorbilidades.
- **Trastornos neuromusculares:** Enfermedades como la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) o miastenia gravis afectan los músculos respiratorios, llevando a una ventilación inadecuada.
- **Trastornos cardiovasculares:** La insuficiencia cardíaca puede causar edema pulmonar, que afecta la ventilación y el intercambio gaseoso.

CUADRO CLINICO

La severidad de los síntomas depende de la causa subyacente, pero los síntomas comunes incluyen:

- **Disnea:** Dificultad para respirar que empeora con la actividad o incluso en reposo.
- **Cianosis:** Coloración azul en labios, cara o extremidades debido a la falta de oxígeno.
- **Aumento del trabajo respiratorio:** Respiración rápida o laboriosa, uso de los músculos accesorios de la respiración.
- Tos crónica y esputo espeso.
- Confusión mental o letargo debido a la hipoxemia o hipercapnia.
- Taquicardia y presión arterial baja en casos graves, lo que puede indicar shock o insuficiencia respiratoria severa.

DIAGNOSTICO

Además de las pruebas iniciales como la radiografía de tórax y gasometría arterial, otras pruebas que pueden ser necesarias incluyen:

- **Tomografía computarizada (TC)** para detectar lesiones pulmonares ocultas o enfermedades pulmonares intersticiales.
- **Electrocardiograma (ECG)** para evaluar posibles complicaciones cardiovasculares asociadas a la disfunción respiratoria.
- **Espirometría** para medir la función pulmonar en enfermedades obstructivas.
- **Análisis de sangre** para descartar infecciones bacterianas o virales que puedan contribuir a la disfunción respiratoria.

TRATAMIENTO

El tratamiento varía según la causa subyacente de la disfunción respiratoria, pero puede incluir:

- **Oxigenoterapia:** Es el tratamiento principal para mantener niveles adecuados de oxígeno en la sangre (saturación > 90%).
- **Ventilación no invasiva** (como CPAP o BiPAP) en casos de insuficiencia respiratoria moderada a grave.
- **Ventilación mecánica:** En situaciones críticas donde el paciente no puede mantener la respiración por sí mismo.
- **Antibióticos o antivirales:** En infecciones bacterianas o virales.
- **Broncodilatadores y esteroides:** En enfermedades respiratorias como asma o EPOC.
- **Diuréticos:** En caso de edema pulmonar por insuficiencia cardíaca.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- **Monitoreo constante:** Control de signos vitales, saturación de oxígeno, y respiración.
- **Administración de oxígeno:** Según indicaciones médicas.
- **Control de la secreción:** Fomentar la tos productiva, administrar mucolíticos si es necesario.
- **Posicionamiento:** Colocar al paciente en una posición cómoda, generalmente en posición semi-Fowler o sentado.
- **Educación al paciente:** Enseñar técnicas de respiración, evitar el tabaquismo y otros factores de riesgo, adherirse a tratamientos.
- **Monitoreo de efectos adversos:** Vigilar posibles efectos secundarios de los medicamentos, como efectos de los esteroides o antibióticos.
- **Manejo de emergencias:** En casos de insuficiencia respiratoria aguda, aplicar maniobras de resucitación si es necesario.
- **Prevención de infecciones:** Realizar higiene respiratoria adecuada, como el lavado de manos y el uso de mascarillas si hay riesgo de infección.

EPIDEMIOLOGÍA

La rinofaringitis es una de las infecciones más comunes, con un impacto significativo en la salud pública, especialmente en los meses de invierno. Afecta a personas de todas las edades, pero los niños y los adultos jóvenes son los más propensos. Se estima que un adulto promedio puede sufrir de 2 a 4 episodios al año, mientras que los niños pueden tener hasta 6 a 10 resfriados anuales. Las tasas de incidencia son mayores en lugares con alta densidad de población (escuelas, guarderías, oficinas) y entre personas con sistemas inmunológicos comprometidos o condiciones preexistentes.

- Alta incidencia en invierno debido a las bajas temperaturas, lo que favorece la supervivencia y transmisión de virus respiratorios.
- Mayor prevalencia en personas que fuman, en áreas con alta contaminación ambiental o en personas con alergias respiratorias.

ETIOLOGÍA

- **Rinovirus:** Causa más frecuente de resfriados comunes, especialmente en adultos y niños mayores.
- **Coronavirus:** Además de su implicación en el COVID-19, el coronavirus común puede causar resfriados.
- **Virus de la influenza:** Causa resfriados más severos, con síntomas como fiebre alta y dolores musculares.
- **Adenovirus:** Causa frecuente en infecciones respiratorias, especialmente en niños.
- **Parainfluenza y virus sincitial respiratorio (VSR):** Frecuentes en niños, sobre todo en invierno.

En menor medida, bacterias como Streptococcus pneumoniae y Haemophilus influenzae pueden causar complicaciones bacterianas secundarias (como sinusitis o otitis media) tras una infección viral inicial.

CUADRO CLINICO

1. **Congestión nasal:** La nariz se obstruye debido a la inflamación de la mucosa nasal.
2. **Secreción nasal:** Inicialmente clara, puede volverse espesa y amarillenta o verdosa si hay una complicación bacteriana.
3. **Dolor de garganta:** Sensación de irritación o rascado, generalmente leve.
4. **Tos:** Al principio seca, pero puede volverse productiva a medida que avanza la infección.
5. **Estornudos:** A menudo frecuentes al comienzo de la infección.
6. **Fatiga:** Sensación general de debilidad y cansancio.
7. **Fiebre:** Común en niños, generalmente de bajo grado (menos de 38°C).
8. **Malestar general:** Sensación de enfermedad o incomodidad.

Los síntomas son generalmente autolimitados y duran entre 7 y 10 días, aunque la tos puede persistir por más tiempo en algunos casos.

DIAGNOSTICO

1. **Examen físico:** Inspección de la mucosa nasal y la garganta para detectar signos de inflamación o secreción.
2. **Cultivos o PCR:** En casos raros, si hay sospecha de infecciones bacterianas secundarias o si los síntomas son atípicos, se pueden realizar pruebas de diagnóstico para identificar la causa exacta.
3. **Radiografía de tórax:** Si hay signos de complicaciones graves (como neumonía), una radiografía de tórax puede ser útil.
4. **Análisis de sangre:** En casos graves, para evaluar la posible presencia de infecciones bacterianas secundarias.

TRATAMIENTO

- Reposo y buena hidratación.
- Paracetamol o ibuprofeno para fiebre y malestar.
- Descongestionantes y soluciones salinas para aliviar la nariz tapada.
- Jarabes para la tos, según el tipo de tos.
- Antihistamínicos, si hay síntomas alérgicos.
- Antibióticos solo si hay complicaciones bacterianas.

AMIGDALITIS

La amigdalitis es una condición médica caracterizada por la inflamación e infección de las amígdalas palatinas, que son estructuras de tejido linfóide ubicadas en ambos lados de la parte posterior de la garganta. Las amígdalas forman parte del sistema inmunológico y actúan como una primera línea de defensa frente a microorganismos que ingresan por la boca o la nariz. Su función es atrapar y neutralizar bacterias y virus, aunque en algunos casos, estos mismos agentes patógenos pueden infectarlas, provocando inflamación.

TIPOS DE AMIGDALITIS

1. Aguda

De aparición súbita, dura menos de 2 semanas. Causada por virus o bacterias. Síntomas intensos.

2. Crónica

Inflamación persistente de las amígdalas. Síntomas leves pero duraderos. Puede causar mal aliento y molestias frecuentes.

3. Recurrente

Varios episodios de amigdalitis aguda en un año (ej. 3-5 o más). Puede requerir amigdalectomía.

4. Viral

Causada por virus. Más común. Síntomas leves a moderados. No necesita antibióticos.

5. Bacteriana

Causada por bacterias (como *Streptococcus pyogenes*). Más grave. Requiere antibióticos. Puede causar complicaciones si no se trata.

EPIDEMIOLOGÍA

- Más común en niños entre 3 y 15 años.
- Aumenta en épocas frías (otoño-invierno).
- La amigdalitis viral es más frecuente que la bacteriana.
- *Streptococcus pyogenes* (bacteriano) es la principal causa en escolares.
- Altamente contagiosa por gotitas de saliva o contacto con superficies contaminadas

ETIOLOGÍA

Virales (más comunes):

- Adenovirus
- Rinovirus
- Virus de Epstein-Barr (mononucleosis)
- Virus de la gripe (influenza)
- Coronavirus

Bacterianas:

- *Streptococcus pyogenes* (grupo A) – causa de faringoamigdalitis estreptocócica
- *Staphylococcus aureus*
- *Haemophilus influenzae*

CUADRO CLINICO

- Dolor de garganta severo
- Mal aliento (halitosis)
- Fiebre (alta en casos bacterianos)
- Dolor de cabeza
- Dificultad para tragar (odinofagia)
- Voz apagada o ronca
- Amígdalas rojas e inflamadas
- Dolor cervical por ganglios inflamados
- Presencia de pus o placas blanquecinas
- Fatiga y malestar general
- Inflamación de ganglios del cuello
- Pérdida de apetito (en niños)

DIAGNOSTICO

Historia clínica + examen físico:

- Evaluación visual de garganta y amígdalas.
- Palpación de ganglios cervicales.

Pruebas específicas:

- Prueba rápida de antígeno estreptocócico: resultado en minutos.
- Cultivo faríngeo: más preciso; confirma infección estreptocócica.
- Hemograma: leucocitosis sugiere origen bacteriano.
- Monotest: si se sospecha mononucleosis.

TRATAMIENTO

Amigdalitis viral:

- Reposo
- Líquidos abundantes
- Analgésicos y antipiréticos (paracetamol, ibuprofeno)
- Gárgaras con agua tibia y sal

Amigdalitis bacteriana:

- Antibióticos: penicilina, amoxicilina (10 días), o macrólidos si hay alergia.
- Control de la fiebre y el dolor (antitérmicos, antiinflamatorios)
- Iniciar antibióticos solo con confirmación o alta sospecha clínica

Casos graves o recurrentes:

- Amigdalectomía (cirugía para extraer las amígdalas)

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Valoración

Evaluar signos vitales, dolor, fiebre, y dificultad para tragar.

Cuidados generales

Fomentar el reposo y la hidratación adecuada.

Manejo del dolor

Administrar analgésicos prescritos y observar respuesta.

Medicación

Supervisar el cumplimiento del tratamiento antibiótico.

Educación

Enseñar al paciente y familiares sobre higiene (lavado de manos, evitar compartir utensilios), completar tratamiento.

Nutrición

Sugerir dieta blanda y fría si hay dificultad para tragar.

Prevención de contagio

Aislamiento si es necesario, uso de mascarilla en fase aguda.

EPIDEMIOLOGÍA

- Alta prevalencia mundial, especialmente en niños menores de 5 años, adultos mayores y personas inmunodeprimidas.
- Causa frecuente de hospitalización y mortalidad, sobre todo en países en desarrollo.
- Neumonía nosocomial: frecuente en pacientes con ventilación mecánica o enfermedades crónicas.
- Mayor incidencia en invierno, por virus respiratorios como la influenza.

ETIOLOGÍA

Bacterianas (más comunes):

- *Streptococcus pneumoniae* (más común en adultos)
- *Haemophilus influenzae*
- *Staphylococcus aureus* (incluye MRSA)
- *Klebsiella pneumoniae* (común en alcohólicos)

Virales:

- Virus de la influenza (gripe)
- SARS-CoV-2 (COVID-19)
- Virus sincitial respiratorio (VSR)
- Adenovirus

Fúngicas (más raras):

- *Pneumocystis jirovecii* (en VIH+)
- *Aspergillus* spp. (en inmunodeprimidos)

CUADRO CLINICO

- Tos (con o sin esputo)
- Fiebre alta
- Dificultad para respirar (disnea)
- Fatiga, malestar general
- Dolor torácico (pleurítico)
- Escalofríos
- Taquipnea y cianosis (en graves casos)
- Dolor muscular y articular
- Sibilancias o estertores
- Confusión o letargo (especialmente en ancianos)

DIAGNOSTICO

Examen físico:

- Auscultación: estertores, crepitantes, soplos.
- Percusión: matidez.
- Inspección: signos de dificultad respiratoria.

Estudios complementarios:

- Radiografía de tórax: infiltrados alveolares o intersticiales.
- Hemograma: leucocitosis (bacteriana).
- PCR y Procalcitonina (indican inflamación e infección bacteriana).
- Cultivo de esputo o PCR para identificar el agente causal.

TRATAMIENTO

- Bacteriana:
- Antibióticos: Amoxicilina, Azitromicina o Ceftriaxona.
- Viral:
- Sintomático: Antipiréticos, analgésicos, reposo.
- Antivirales: (Ej. Oseltamivir para influenza).
- Fúngica:
- Antimicóticos: Fluconazol, Amfotericina B.
- Aspirativa:
- Antibióticos: Clindamicina, Piperacilina-tazobactam.
- Soporte Respiratorio:
- Oxígeno y ventilación mecánica si es necesario.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

1. Monitoreo:

- Controlar signos vitales (frecuencia respiratoria, oxígeno, temperatura).

2. Manejo respiratorio:

- Administrar oxígeno y fomentar respiración profunda.

3. Manejo del dolor:

- Administrar analgésicos para aliviar el dolor torácico.

4. Prevención de complicaciones:

- Monitorizar insuficiencia respiratoria y aspirar secreciones si es necesario.

5. Educación al paciente:

- Instruir sobre el cumplimiento del tratamiento y medidas de higiene.

NEUMONIA

La neumonía es una infección aguda del parénquima pulmonar, caracterizada por la inflamación de los alvéolos y los espacios intersticiales del pulmón, causada por microorganismos como bacterias, virus, hongos o parásitos. Esta inflamación provoca que los alvéolos (pequeños sacos de aire donde ocurre el intercambio gaseoso) se llenen de líquido o pus, lo que interfiere con la oxigenación normal de la sangre y puede comprometer la función respiratoria.

TIPOS DE NEUMONIA

Neumonía adquirida en la comunidad (NAC)

Se adquiere fuera del hospital. Causa más frecuente: *Streptococcus pneumoniae*.

2. Neumonía nosocomial (intrahospitalaria)

Se desarrolla ≥48 h después de la hospitalización. Causada por bacterias resistentes.

3. Neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV)

Aparece ≥48-72 h tras intubación. Alta mortalidad.

4. Neumonía aspirativa

Inhalación de alimentos, vómito o saliva hacia los pulmones. Común en pacientes con disfagia.

5. Neumonía atípica

Causada por *Mycoplasma*, *Chlamydia*, *Legionella*. Síntomas leves o no específicos.

6. Neumonía viral

Causada por virus (influenza, VSR, COVID-19). Más frecuente en niños y ancianos.

7. Neumonía fúngica

En inmunodeprimidos (VIH, cáncer). Ej: *Pneumocystis jirovecii*, *Aspergillus*.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. <https://cardioalianza.org/las-enfermedades-cardiovasculares/insuficiencia-cardiaca/>
2. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/heart-failure/symptoms-causes/syc-20373142>
3. <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/insuficiencia-cardiaca.html>
4. <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/arritmias.html>
5. <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/arritmias-cardiacas>
6. <https://www.gob.mx/salud/articulos/la-arritmia-padecimiento-frecuente-entre-la-poblacion>
7. <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/neumonia>
8. <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/neumonia>
9. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/tonsillitis/symptoms-causes/syc-20378479>
10. <https://www.danilomantilla.org/post/amigdalitis>