

eficaz, pero más dolorosa que la aspiración con aguja.

La amigdalectomía es una opción para quienes no son candidatos para aspiración con aguja o incisión y drenaje. El riesgo de hemorragia postamigdalectomía para tratar un absceso periamigdalino es mayor que en la amigdalectomía programada, quizá debido al uso previo de ácido acetilsalicílico para aliviar el dolor.

Atención de enfermería

Si el paciente requiere intubación, cricotiroidotomía o traqueotomía para tratar la obstrucción de las vías respiratorias, el personal de enfermería debe asistir en el procedimiento y apoyar a los pacientes antes, durante y después de éste. Además, se requiere su ayuda en la aspiración con aguja, cuando esté indicada.

El personal de enfermería debe recomendar a las personas el uso de anestésicos tópicos prescritos y ayudarlas con las irrigaciones faríngeas o el uso frecuente de enjuagues bucales o gárgaras con soluciones salinas o alcalinas a temperaturas de 40-43 °C. Las gárgaras cuidadosas con solución salina normal fría pueden aliviar el malestar posterior al procedimiento quirúrgico; el paciente debe permanecer en una posición erecta y expectorar hacia adelante. Se recomienda a los sujetos realizar gárgaras *con cuidado*, a intervalos de cada 1-2 h durante 24-36 h. Por lo general, el paciente tolera bien los líquidos fríos o a temperatura ambiente. Deben proporcionarse líquidos adecuados para tratar la deshidratación y prevenir su recurrencia.

El personal de enfermería debe mantenerse alerta a las complicaciones e instruir al individuo acerca de los signos y síntomas que el médico debe atender con prontitud. Al dar de alta al paciente, el personal de enfermería proporciona instrucciones verbales y por escrito con respecto a los alimentos que debe evitar, el retorno al trabajo y la importancia de disminuir o abandonar el tabaquismo; también se debe reforzar la necesidad de continuar con una buena higiene bucal.

Laringitis

La **laringitis**, una inflamación de la laringe, suele ser resultado del uso excesivo de la voz o la exposición a polvo, sustancias químicas, humo y otros contaminantes; también puede ser parte de una IRA. Asimismo, quizá se genere por una infección aislada que afecta sólo las cuerdas vocales, o relacionarse con reflujo gastroesofágico (laringitis por reflujo).

Con frecuencia, la laringitis se debe a los agentes patógenos que originan el resfriado común y la faringitis; la causa más frecuente es un virus. La laringitis se acompaña a menudo de rinitis alérgica o faringitis. Puede haber invasión bacteriana como entidad patológica secundaria. En ocasiones, el inicio de la infección se relaciona con la exposición a cambios bruscos de temperatura, deficiencias en la dieta, desnutrición o inmunodepresión. La laringitis vírica es frecuente en el invierno y se transmite con facilidad a otras personas.

Manifestaciones clínicas

Los signos de laringitis aguda incluyen ronquera o **afonía** (pérdida completa de la voz) y tos intensa. La laringitis crónica se manifiesta con ronquera persistente. Otros signos de laringitis aguda incluyen el inicio súbito que empeora por el viento frío y seco. La faringe causa mayores síntomas por la mañana y mejora cuando los pacientes se encuentran bajo techo en un clima cálido. En ocasiones, el sujeto tiene tos seca y dolor faríngeo que aumentan en las horas de la noche. En presencia de alergia, la úvula está visiblemente edematosa. Muchas personas también informan un “cosquilleo” en la garganta que se agrava por el aire o los líquidos fríos.

Tratamiento médico

El tratamiento de la laringitis aguda incluye reposo de la voz, evitar irritantes (entre otros, el tabaco), descanso e inhalación de vapor frío o un aerosol. Se debe instituir un régimen antibacteriano apropiado si la laringitis es grave o forma parte de una infección respiratoria más extensa causada por bacterias. La mayoría de los pacientes se recuperan con tratamiento conservador; sin embargo, la laringitis tiende a ser más grave en los ancianos y puede complicarse con neumonía.

El tratamiento para la laringitis crónica incluye reposo de la voz, eliminación de toda infección primaria del aparato respiratorio y cese del tabaquismo (incluido el pasivo). Pueden administrarse corticoesteroides tópicos inhalados, como el dipropionato de beclometasona. Estas preparaciones tienen pocos efectos sistémicos o a largo plazo, pero disminuyen las reacciones inflamatorias locales. El tratamiento típico de la laringitis por reflujo incluye suministrar una vez al día inhibidores de la bomba de sodio y potasio (como omeprazol).

Atención de enfermería

El personal de enfermería indica al paciente que descanse la voz y que mantenga un ambiente bien humidificado. Si hay secreción laríngea durante los episodios agudos, se sugiere usar expectorantes e ingerir 2-3 L de líquido todos los días para adelgazar las secreciones. La enfermera o enfermero debe insistir sobre la importancia de tomar los medicamentos prescritos, incluidos los inhibidores de la bomba de sodio y potasio, y usar la presión positiva continua en las vías respiratorias a la hora de dormir si se prescribió para apnea obstructiva del sueño. En los casos con infección, el personal de enfermería informa al paciente que los síntomas de la laringitis suelen prolongarse 7-10 días después de terminar el tratamiento antibiótico. También debe indicar los signos y síntomas que requieren la atención del médico, como dolor faríngeo al hablar, dificultad para deglutir saliva, hemoptisis y respiración ruidosa. El paciente debe saber que la ronquera continua después de reposar la voz y la laringitis que persiste durante más de 5 días pueden ser signos de cáncer, por lo que deberá notificarlas.

PROCESO DE ENFERMERÍA

El paciente con infección de las vías respiratorias superiores

Valoración

El expediente clínico puede revelar signos y síntomas de cefalea, irritación faríngea, dolor alrededor de los ojos y a un lado de la nariz, dificultad para deglutir, tos, ronquera, fiebre, congestión nasal, malestar general y fatiga. Como parte de la valoración, se debe determinar cuándo iniciaron los síntomas, qué los desencadena, qué los alivia y, si es el caso, qué los agrava. El personal de enfermería también debe determinar cualquier antecedente de alergia o la existencia de alguna enfermedad concomitante. La inspección puede revelar hinchazón, lesiones o asimetría de la nariz, así como sangrado o secreciones. El personal de enfermería inspecciona la mucosa nasal en busca de posibles datos anómalos de la rinitis crónica, como mayor enrojecimiento, hinchazón, exudado y pólipos nasales. También se puede inflamar la mucosa de los cornetes nasales (abultada) y parecer pálida, gris y azulada. Se palpan los senos frontal y maxilar para identificar si hay dolor, lo cual sugeriría inflamación; después se inspecciona la faringe, para lo cual se pide al individuo mantener la boca abierta y respirar de manera profunda. Los signos de anomalía son eritema, asimetría o indicios de secreción, ulceración o crecimiento de las amígdalas y la faringe. Es necesario palpar los ganglios linfáticos del cuello en busca de crecimiento y dolor.

Diagnóstico

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Con base en los datos de la valoración, los diagnósticos de enfermería más importantes incluyen los siguientes:

- Limpieza ineficaz de las vías respiratorias debida a producción excesiva de moco secundaria a secreciones retenidas e inflamación.
- Dolor agudo relacionado con irritación de las vías respiratorias superiores, como consecuencia de alguna infección.
- Comunicación verbal alterada por cambios fisiológicos e irritación de las vías respiratorias superiores a causa de infección o tumefacción.
- Volumen de líquido deficiente debido a disminución de la ingesta de líquidos e incremento de la pérdida de éstos a causa de diaforesis por fiebre.
- Conocimiento deficiente de la prevención de las IRA, el plan terapéutico, el procedimiento quirúrgico o la atención postoperatoria.

PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES/POSIBLES COMPLICACIONES

Con base en los datos de la valoración, las posibles complicaciones incluyen:

- Septicemia
- Meningitis o absceso cerebral
- Absceso periamigdalino, otitis media y rinosinusitis

Planificación y objetivos

Los principales objetivos para los pacientes pueden incluir conservación de la vía respiratoria permeable, alivio del dolor, mantener medios eficaces de comunicación, hidratación normal, conocimiento de la prevención de infecciones

en las vías respiratorias superiores y ausencia de complicaciones.

Intervenciones de enfermería

CONSERVAR LA VÍA RESPIRATORIA PERMEABLE

La acumulación de secreciones puede obstruir las vías respiratorias en personas con una infección de las vías respiratorias superiores. Como resultado, hay cambios en el patrón respiratorio y el trabajo de la respiración se incrementa para compensar el bloqueo. El personal de enfermería puede aplicar varias medidas para adelgazar las secreciones espesas o mantenerlas húmedas, de manera que puedan expectorarse con facilidad. El incremento de la ingesta de líquido ayuda a adelgazar el moco. Los vaporizadores o la inhalación de vapor también adelgaza las secreciones y reduce la inflamación de las mucosas. El personal de enfermería instruye a los individuos acerca de la mejor posición para aumentar el drenaje de los senos paranasales, lo cual depende a su vez del sitio de la infección o inflamación. Por ejemplo, la posición erecta mejora el drenaje en casos de sinusitis o rinitis. En algunas afecciones, los medicamentos tópicos o sistémicos ayudan a aliviar la congestión nasal o faríngea.

PROMOVER LA COMODIDAD

Las IRA casi siempre generan molestias circunscritas. En la rinosinusitis, puede sentirse dolor en el área de los senos paranasales o quizá surja una cefalea generalizada. En la faringitis, la laringitis y la amigdalitis, se produce dolor faríngeo. El personal de enfermería alienta al paciente a tomar analgésicos, como el paracetamol con codeína, según lo prescrito, para aliviar esta molestia. Se puede usar una escala de clasificación de la intensidad del dolor (véase el [cap. 12](#)) para valorar la eficacia de las mediciones del alivio del dolor. Otras medidas útiles incluyen el uso de anestésicos tópicos para el alivio sintomático de las vesículas del herpes simple (véase el [cuadro 22-3](#)) y la irritación faríngea, bolsas calientes para disminuir la congestión en la sinusitis y promover el drenaje, así como gárgaras con agua tibia o irrigaciones para disminuir el dolor faríngeo. El personal de enfermería debe insistir en que el reposo mitiga el malestar generalizado y la fiebre que acompañan a muchas enfermedades de las vías respiratorias superiores (en especial rinitis, faringitis y laringitis). Para el cuidado postoperatorio después de la amigdalectomía y adenoidectomía, un collar helado puede reducir la tumefacción y la hemorragia.

PROMOVER LA COMUNICACIÓN

Las infecciones en las vías respiratorias superiores pueden causar ronquera o pérdida del habla. El personal de enfermería debe recomendar a los pacientes abstenerse lo más posible de hablar o, en todo caso, comunicarse por escrito. Los esfuerzos mayores sobre las cuerdas vocales retrasan el retorno completo de la voz. Por ello, el personal de enfermería recomienda al paciente y sus familiares el uso de formas alternativas de comunicación, como un cuaderno de apuntes o una campana para pedir ayuda.

ESTIMULAR LA INGESTA DE LÍQUIDOS

Las infecciones de las vías respiratorias superiores generan pérdida de líquido. Además, el dolor faríngeo, el malestar general y la fiebre pueden disminuir el deseo del paciente de comer y beber. Por ello, el personal de enfermería proporciona una lista de alimentos fáciles de ingerir que incrementan el aporte calórico durante la fase aguda de la enfermedad, entre los que figuran sopas, budín, yogurt, requesón, bebidas ricas en proteína, agua, hielo y paletas heladas. Se recomienda a los pacientes beber 2-3 L de líquido al día durante la etapa aguda de la infección de las vías respiratorias, salvo si está contraindicado, para adelgazar las secreciones y favorecer el drenaje. El líquido (caliente o frío) puede tener un efecto calmante según el padecimiento.

PROMOCIÓN DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA, BASADA EN LA COMUNIDAD Y DE TRANSICIÓN



Capacitación de los pacientes sobre el autocuidado. La **prevención** de la mayoría de las infecciones de las vías respiratorias superiores es un reto debido al gran número de causas posibles. Debido a que casi todas las IRA se transmiten por el contacto de las manos, el personal de enfermería debe instruir al paciente y sus familiares en algunas técnicas para reducir la propagación de la infección, como la técnica del lavado frecuente de manos. Se aconseja al paciente no entrar en contacto con personas en riesgo de adquirir una infección respiratoria grave (ancianos, personas inmunodeprimidas y aquellos con problemas de salud crónicos).

El personal de enfermería enseña a los pacientes y sus familias ciertas estrategias para aliviar los síntomas de IRA. Es importante reforzar la necesidad de concluir el esquema terapéutico, en particular cuando se prescriben antibióticos.

Atención continua y de transición. La derivación para atención domiciliaria, comunitaria o transitoria es infrecuente. Sin embargo, puede ser útil para las personas con problemas de salud, antes de iniciarse la infección respiratoria y para individuos incapaces de efectuar el autocuidado sin ayuda. En tales circunstancias, el personal de enfermería de atención domiciliaria evalúa el estado respiratorio del paciente y sus progresos durante la recuperación. El personal de enfermería puede sugerir a los adultos mayores y aquellos en mayor riesgo de infección respiratoria la vacunación anual antineumocócica y contra la influenza. A los pacientes con estado de salud alterado, se sugiere realizar una visita de seguimiento con el médico de atención primaria, a fin de verificar que se ha resuelto la infección respiratoria.

VIGILANCIA Y TRATAMIENTO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES

Las complicaciones importantes de las IRA son infrecuentes, pero el personal de enfermería debe conocerlas y valorar al paciente para detectarlas. Puesto que la mayoría de las personas con IRA se tratan en el hogar, se deben instruir (y también a sus familiares) para vigilar los signos y síntomas y solicitar atención médica inmediata si la enfermedad no mejora o el estado físico parece empeorar.

La septicemia o la meningitis pueden desarrollarse en personas con estado

inmunitario alterado o en quienes tienen una infección bacteriana aguda. El paciente y el cuidador reciben instrucciones para buscar atención médica si el estado no mejora en los días posteriores al inicio de los síntomas, si aparecen síntomas inusuales o si la condición se deteriora. Asimismo, se ofrece información acerca de los signos y síntomas que requieren mayor atención: fiebre persistente o alta, dificultad para respirar, confusión y aumento de la debilidad y el malestar general. El paciente con septicemia requiere atención especializada para tratar la infección, estabilizar los signos vitales y prevenir o tratar el choque séptico (véase el [cap. 14](#)). El deterioro del estado del paciente exige medidas de cuidado intensivo (p. ej., vigilancia hemodinámica y administración de medicamentos vasoactivos, líquidos i.v., apoyo nutricional, corticoesteroides) para vigilar su estado y apoyar los signos vitales. Es posible suministrar dosis altas de antibióticos para combatir los microorganismos causales. El papel del personal de enfermería es vigilar los signos vitales, el estado hemodinámico y los valores de laboratorio, proporcionar el tratamiento necesario, aliviar el malestar físico y dar explicaciones, capacitación y apoyo emocional a pacientes y familiares.

El absceso periamigdalino puede surgir después de una infección aguda de las amígdalas. Se requiere tratamiento para el drenaje del absceso, antibióticos para la infección y anestésicos tópicos e irrigaciones faríngeas para aliviar el dolor y la irritación faríngea. El seguimiento riguroso asegura que el absceso se haya resuelto; a veces se requiere la amigdalectomía. El personal de enfermería ayuda a los pacientes en la aplicación de irrigaciones faríngeas y los instruye (junto con sus familiares) acerca de la importancia de apegarse al plan terapéutico prescrito y las citas de seguimiento recomendadas.

En algunas situaciones graves, el absceso periamigdalino puede progresar a meningitis o absceso cerebral. El personal de enfermería valora los cambios en el estado mental, que van desde alteraciones leves de personalidad y somnolencia, hasta coma, rigidez de nuca y signos de foco neurológico que señalan incremento del edema cerebral alrededor del absceso (véase el [cap. 69](#)). En estas condiciones, suele haber convulsiones tónico-clónicas que hacen necesarias las medidas de cuidado intensivo. Pueden usarse dosis altas de antibióticos para atacar al microorganismo causal. El trabajo del personal de enfermería es similar al del cuidado de personas con septicemia en un ámbito de cuidados intensivos. El personal vigila el estado neurológico del paciente e informa de inmediato al médico los cambios identificados.

Los casos de IRA pueden generar otitis media y rinosinusitis. Se debe instruir a los pacientes y familiares acerca de los signos y síntomas de otitis media y rinosinusitis, y sobre la importancia de cumplir con las visitas de seguimiento con el médico de atención primaria para asegurar la evaluación y el tratamiento adecuados de estas enfermedades.

Evaluación

Se espera que los pacientes puedan:

1. Mantener una vía respiratoria permeable mediante el control de las secreciones:

- a. Informa disminución de la congestión.
- b. Asume la mejor posición para facilitar el drenaje de secreciones.
- c. Aplica medidas de autocuidado de modo apropiado y constante para el tratamiento de las secreciones durante la fase aguda de la enfermedad.
2. Informa alivio del dolor y el malestar con base en una escala de intensidad de dolor:
 - a. Aplica medidas de bienestar: analgésicos, bolsas calientes, gárgaras, reposo.
 - b. Demuestra realizar una higiene bucal adecuada.
3. Muestra capacidad para comunicar necesidades, deseos, nivel de bienestar.
4. Mantiene una ingesta adecuada de líquidos y alimentos.
5. Utiliza estrategias para prevenir infecciones de vías respiratorias superiores y reacciones alérgicas:
 - a. Demuestra conocer la técnica de higiene de las manos.
 - b. Identifica el valor de la vacuna contra la influenza.
6. Demuestra un nivel óptimo de conocimientos y autocuidado.
7. Está libre de signos y síntomas de infección:
 - a. Muestra signos vitales normales (temperatura, pulso, frecuencia respiratoria, y presión arterial).
 - b. Se mantiene libre de secreciones purulentas.
 - c. No presenta dolor en oídos, senos paranasales o faringe.
 - d. Carece de signos de inflamación.
8. Se encuentra libre de complicaciones:
 - a. Sin signos de septicemia: fiebre, hipotensión, deterioro del estado cognitivo.
 - b. Signos vitales y estado hemodinámico normales.
 - c. Sin evidencia de alteración neurológica.
 - d. Sin signos de desarrollo de absceso periamigdalino.
 - e. Resolución de IRA sin aparición de otitis media o rinosinusitis.
 - f. Sin signos ni síntomas de absceso cerebral.

OBSTRUCCIÓN Y TRAUMATISMO DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES

Apnea obstructiva del sueño

La *apnea obstructiva del sueño* (AOS) es una alteración caracterizada por episodios recurrentes de obstrucción de las vías respiratorias superiores y reducción de la ventilación; se define como el cese de la respiración (**apnea**) durante el sueño, por lo general, causado por obstrucción repetitiva en las vías respiratorias superiores. La prevalencia estimada de la AOS es de alrededor del 26% en los adultos entre las edades de 30 y 70 años (Peppard, Young, Barnet, et al., 2013). Se considera que entre el 4 y 9% de las mujeres y entre el 9 y 24% de los hombres en los Estados Unidos tienen AOS, y que hasta el 90% no se diagnostica; el aumento de estas tasas se ha