



Universidad Del Sureste  
Carretera Villahermosa tabasco Pob.Dosmontes

**Docente:** Juana Inés Hernández López

**Alumno:** José Leonardo Arias Cruz

**Materia:** Enfermería Clínica II

**Grupo:** G

**Cuatrimestre:** 5to

**Producto:** investigación Y mapa conceptual de  
Ventilación mecánica invasiva y no invasiva

# Investigación

## Secreción

En biología, se llama secreción (del latín *secretio*) al proceso por el que una célula o un ser vivo vierte al exterior sustancias que realizan su función fuera de la célula. También se llama secreción a la sustancia liberada. El acto de verter una secreción se llama segregar. La secreción es inicialmente un proceso celular, en el que determinadas sustancias pasan del citoplasma al exterior por ósmosis o por exocitosis (esto último solo se encuentra en células eucariotas).

## Espujo

Secreción procedente de la nariz, la garganta o los bronquios que se escupe de una vez por la boca en una expectoración

## Toracocentesis

La toracocentesis es la punción quirúrgica de la pared torácica para evacuar por aspiración el líquido acumulado en la cavidad pleural

## Broncoscopia

En la broncoscopia flexible, el médico introduce un tubo delgado y flexible a través de la boca o la nariz hasta los pulmones. Una luz y una pequeña cámara en el broncoscopio permiten que el médico mire dentro de las vías respiratorias de los pulmones

## Biopsia

Una **biopsia** es un procedimiento que se realiza para extraer una pequeña muestra de tejido o de células del cuerpo para su análisis en un laboratorio.

## Oxigenoterapia

La oxigenoterapia es una medida terapéutica que consiste en la administración de oxígeno a concentraciones mayores que las que se encuentran en aire del

ambiente, con la intención de tratar o prevenir los síntomas y las manifestaciones de la hipoxia

## **Sinusitis**

La sinusitis aguda puede ser ocasionada por un resfrío o alergias, y puede desaparecer sola. La sinusitis crónica dura hasta ocho semanas y puede ser ocasionada por una infección o neoplasias. Los síntomas incluyen dolor de cabeza, dolor facial, secreción nasal y congestión nasal. La sinusitis aguda generalmente no necesita ningún tratamiento aparte del alivio sintomático con analgésicos, descongestivos nasales y lavados nasales con solución salina. La sinusitis crónica puede requerir el uso de antibióticos.

## **Rinitis**

Irritación y también inflamación de la membrana mucosa en la nariz.

### **TIPOS MÁS COMUNES**

Resfriado común

Infección viral común de la nariz y la garganta.

Rinitis alérgica

Reacción alérgica que provoca ojos llorosos y comezón, estornudos y otros síntomas similares.

## **Laringitis**

La laringitis es la inflamación de la caja de voz (laringe) por uso excesivo, irritación o infección. Dentro de la laringe se encuentran las cuerdas vocales, dos pliegues de membrana mucosa que cubren el músculo y el cartílago

## **Faringitis**

Dolor o irritación en la garganta que puede ocurrir o no al tragar. A menudo acompaña a las infecciones, como un resfriado o la gripe.

## CAUSAS COMUNES

El dolor de garganta puede tener causas que no se deben a una enfermedad subyacente. Por ejemplo, quemaduras por alimentos calientes, tener la boca muy seca o dormir con la boca abierta

## **Traqueítis**

La traqueítis es una infección de la tráquea que provoca una inflamación que hace que se estreche sobre todo en el caso de los niños, por lo que los afectados, además de otros síntomas como tos y fiebre, experimentan dificultades para respirar ya que la tráquea es un tubo que une la laringe con los bronquios

## **Bronquitis**

Inflamación del revestimiento de los conductos bronquiales que transportan el aire dentro y fuera de los pulmones. La bronquitis aguda es ocasionada por una infección respiratoria, como un resfrío, y suele desaparecer sola. Los síntomas de bronquitis incluyen tos con mucosa espesa y dificultad para respirar. El tratamiento suele incluir remedios para el alivio de la tos, que puede durar varias semanas. En general, no se recomienda el uso de antibióticos

# Respiración artificial

La respiración artificial es la ventilación asistida mediante diversas técnicas en una persona que ha dejado de respirar o se le dificulta hacerlo

## Métodos manuales

Los métodos manuales de respiración artificial no requieren equipo alguno especial, basta con saber expandir y comprimir alternativamente la caja torácica. El procedimiento manual más eficaz consiste en la presión alternativa de la espalda y elevación de los brazos

## Boca a boca

Colocar a la víctima boca arriba.

Ponerle la mano en el cogote y levantarlo con ella al cuello, echándole la cabeza hacia atrás, sosteniendo la por la frente con la otra mano y tirándole a barbilla hacia arriba de forma que la cabeza quede totalmente inclinada hacia atrás.

Apoyar herméticamente la boca sobre la de la víctima y, tapando la nariz, soplar con fuerza (si se trata de un niño soplar a la vez sobre la boca y la nariz).

Retirar la boca y repetir la maniobra

# Traqueotomía

## Traqueotomía de urgencia

Es la más realizada y está indicada en las insuficiencias respiratorias agudas altas, como las producidas por:

- Cuerpos extraños laríngeos
- Edemas de la laringe
- Edemas de la base de la lengua
- Epiglotis
- Estenosis laríngea o subglótica
- Malformaciones congénitas
- Neoplasias laríngeas
- Parálisis de cuerdas vocales
- Traumatismos laríngeos
- Difteria laríngea y otras infecciones agudas
- Traumatismos craneoencefálicos

## Traqueotomía electiva

Es la que se realiza en forma preventiva cuando se espera, debido a la enfermedad de base, un empeoramiento de la ventilación, entre ellas tenemos las que se hacen en:

- Preoperatorio de grandes intervenciones, neuroquirúrgicas y del cuello
- Previo a la irradiación del cáncer laríngeo
- Enfa
- La media o transístmica
- La inferior o baja

## Procedimiento

A diferencia de la traqueostomía percutánea que suele efectuarse en la unidad de cuidados intensivos, la traqueostomía suele efectuarse en el quirófano, donde se controla satisfactoriamente la ventilación del paciente y se mantiene una técnica aséptica

## Material

**Tubo de la cánula**

**Endocánula**

**Guía**

**Balón de neumotaponamiento**

**Línea de inflado**

**Balón piloto**

**Aletas de sujeción**

**Cinta de fijación**

# Intubación Endotraqueal

## Instrumental

**Laringoscopio** : Se utiliza para exponer la glotis. Tiene dos partes: el mango que contiene las pilas, y la pala con una fuente de luz colocada en el tercio distal. El punto de conexión entre la pala y el mango es el ajuste, donde tiene lugar el contacto eléctrico

**Tubo endotraqueal** : El extremo proximal tiene un adaptador universal de 15 mm al que se ajustan los dispositivos de ventilación con presión positiva. El balón de neumotaponamiento aparece en el extremo distal y debe ser de baja presión y alto volumen

**Fiador** : Varilla maleable que se introduce en el interior del tubo, en situaciones de intubación difícil, para dar rigidez al mismo. Instrumentación adicional

**Jeringa de 10 mL** para inflado del manguito

**Pinzas de Magill** para retirar cuerpos extraños o para facilitar el control de la punta

**Sistema de aspiración**

**Cánula orofaríngea**

**Sistema mascarilla-ambú**

## Técnica

La intubación puede ser nasotraqueal (introduciendo el tubo por una de las ventanas nasales) u orotraqueal, que es más usada.

Tras comprobar que todo el material está preparado, ante un enfermo consciente se procederá a sedar y relajar. Mientras hace efecto la medicación. Para conseguir una visualización directa de la laringe es necesario alinear tres ejes: el de la boca, el de la laringe y el de la tráquea. Para ello se extiende la cabeza y se flexiona ligeramente el cuello

Suspender la ventilación para iniciar la intubación, que deberá realizarse de la manera más breve, y en caso de demorarse, suspender la maniobra para ventilar de nuevo.

Se avanzará el tubo hasta la desaparición del neumotaponamiento. Si por las características de la glotis (intubación difícil), no puede dirigirse la punta del tubo hacia la misma, se puede utilizar el fiador colocándolo en el interior del tubo de forma que no sobresalga por su extremo distal y dando forma al tubo orotraqueal (generalmente en forma de "L")

Después del inflado del balón de neumotaponamiento se procede a la ventilación y oxigenación del paciente. Durante la ventilación se ausculta el tórax en la línea medioaxilar para comprobar los sonidos en ambos lados, que han de ser simétricos. También se ausculta el área epigástrica por si hubiera sonidos de borboteo, lo que indicaría intubación esofágica.

## Complicaciones

Las complicaciones de esta técnica pueden ser muy diversas, siendo frecuentes las complicaciones derivadas de su realización, como la parada cardiorrespiratoria por hipoxia en intubación prolongada; aspiración del contenido gástrico; la lesión medular; la intubación esofágica o la intubación selectiva de bronquio derecho; el traumatismo en vía aérea superior o esófago, incluida la ruptura y las arritmias cardiacas

Cuando la intubación se ha realizado existen otras complicaciones, como la obstrucción del tubo; la extubación; el sangrado en vía aérea. Y existen otras tras la retirada del mismo, como el laringoespasmio; las estenosis traqueales o la parálisis de cuerdas vocales.

# Ventilación Mecánica

## Modo de ventilación

### Modalidad controlada CMV

Suministrar al paciente ventilación de forma controlada

Efecto de droga para sedación

Por condiciones patológicas de la misma

Implica la no participación de la iniciación de respiración

Modalidad de respiración controlado

### Modalidad Asistida ACV

Permite al paciente respira, La frecuencia respiratoria es preestablecida

Si no hay esfuerzo por el paciente

El ventilador controla la respiración a los parámetros fijados

Si el ventilador siente sensibilidad

Liberar igualmente a la respiración del parámetro

Modalidad de presión controlada