



Nombre del alumno: Lizbeth De Coss Ruiz

Nombre del profesor: Lic. Yesenia Guadalupe Ovando Alegría

Materia: Enfermería Clínica II

Grado: 5to cuatrimestre

Grupo: A

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas a Febrero de 2021.

[Descripción breve](#)

[Dibujar su lector con un resumen de la participación. Normalmente es un breve resumen del documento.
Cuando esté listo para agregar contenido, haga clic aquí y empiece a escribir.]

ALTERACIONES DE LA PLEURA. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

Infecciones pulmonares. Atención de enfermería.

Una **infección** causa la inflamación de uno o ambos **pulmones**. Puede ser causada por un virus, bacteria, hongo u otros gérmenes. La **infección** generalmente se adquiere cuando una persona respira aire **que** contiene los gérmenes. El intercambio de gases con la atmósfera se realiza a través de una interface alveolocapilar, que constituye la superficie epitelial más extensa del organismo.

Barreras: Cuando se respira por la nariz, las bridas nasales son capaces de eliminar partículas mayores de 10-15 µm. En las vías aéreas superiores, las amígdalas y adenoides re- presentan áreas de tejido linfóide secundario y son zonas especialmente dotadas para la eliminación de sustancias extrañas debido a su gran población de leucocitos residentes.

Las secreciones bronquiales facilitan la eliminación de partículas a través del sistema mucociliar.

Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
 Evaluar el movimiento torácico.
 Observar si se producen respiraciones ruidosas
 Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
 Preparar el equipo de oxígeno y administrar mediante un sistema calefactado y Administrar oxígeno suplementario, según órdenes.
 Vigilar el flujo de litro de oxígeno.
 Instruir al paciente acerca de la importancia de dejar el dispositivo de aporte de oxígeno encendido.
 Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsímetro, gasometría en sangre arterial), si procede.

Insuficiencia respiratoria. Síndrome de distrés respiratorio del adulto (sdra).

La insuficiencia respiratoria es la incapacidad del aparato respiratorio para mantener un adecuado intercambio gaseoso necesario para atender las necesidades metabólicas del organismo.

Clásicamente se define la insuficiencia respiratoria (IR) cuando en reposo, vigilia y respirando aire ambiente, la presión arterial de O2 (PO2) es menor de 60 mmHg y/o la presión arterial de CO2 (PCO2) es mayor de 45 mmHg1.



Clasificación de la insuficiencia respiratoria:
Insuficiencia respiratoria aguda (IRA).
Insuficiencia respiratoria crónica (IRC).
Insuficiencia respiratoria crónica agudizada (IRCA).

Diagnóstico de la insuficiencia respiratoria aguda: a presencia de clínica respiratoria aguda las que nos hacen sospechar la existencia de IRA (disnea, dolor torácico agudo, hemoptisis, etc).

Gasometría arterial/ Pulsioximetría
Radiografía de tórax
 Gammagrafía o TAC (tomografía axial computarizada)

Tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda: En primer lugar el tratamiento de la enfermedad de base causante de la IRA (neumonía, TEP, etc) y en segundo lugar el tratamiento específico de la IRA

Tromboembolismo pulmonar (tep). Hipertensión pulmonar. Atención de enfermería 2.4.- Cáncer de pulmón. Cuidados de enfermería.

La TVP es la formación de un trombo en el interior de una vena a la cual ocluye parcial o totalmente, que se acompaña de fenómenos inflamatorios, tanto de la pared de la vena como de estructuras vecinas, entre ellas los nervios, los vasos y el sistema linfático.

Factores de riesgo: Los factores de riesgo tales como el tromboembolismo venoso previo, cirugía reciente (neurocirugía, cirugía ortopédica, de extremidades inferiores, cirugía oncológica pélvica, abdominal o torácica, trasplante renal y cirugía cardiovascular), obesidad (IMC > 25 kg/m2), inmovilización, malignidad (producción anormal de pro coagulantes o debido a la quimioterapia), la terapia hormonal de reemplazo postmenopáusica, anticonceptivos orales y edad avanzada identifican a los pacientes con bajo umbral para TEP

Fisiopatología: La TEP compromete el transporte eficiente de oxígeno (O2) y dióxido de carbono (CO2) a nivel pulmonar.

Cuadro clínico: La disnea, taquipnea y dolor torácico están presentes en el 97% de los pacientes con TEP sin enfermedad cardiopulmonar agregada.
 La presencia de dolor pleurítico, tos y hemoptisis a menudo sugieren un embolismo menor.

Diagnóstico: Un abordaje diagnóstico integral debe incluir, historia clínica adecuada, con exploración física completa correlacionada con estudios de laboratorio y gabinete.

Tratamiento: Una vez considerado el diagnóstico de TEP menor o submasiva, la anticoagulación se deberá iniciar de manera inmediata mientras se complementa el abordaje diagnóstico.

Cáncer que comienza en los pulmones y que generalmente se manifiesta en los fumadores.

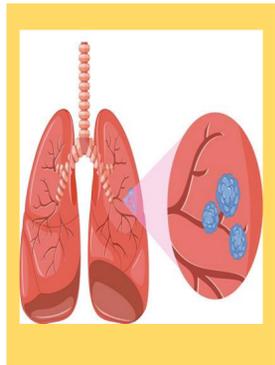
Los dos tipos principales de cáncer de pulmón son el cáncer de pulmón de células pequeñas y el cáncer de pulmón de células no pequeñas. **Las causas** del cáncer de pulmón pueden ser el tabaquismo, el tabaquismo pasivo, la exposición a ciertas toxinas y los antecedentes familiares.

Síntomas incluyen tos (a menudo con sangre), dolor en el pecho, sibilancia y pérdida de peso. Estos síntomas no suelen aparecer hasta que el cáncer está avanzado.

Diagnostico:
 Citología de esputo
 Radiografía de torax,
 Tomografía axial computarizada

Tratamientos varían, pero pueden incluir cirugía, radioterapia, quimioterapia, inmunoterapia y terapia farmacológica dirigida.

Cuidados de enfermería:
 Vigilancia, valorar las características de las secreciones: cantidad, color, consistencia, olor.
 Notificar al medico cambios.
 Vigilar la frecuencia, ritmo. Profundidad y esfuerzo de las respiraciones. Manejo de líquidos: mantener el equilibrio de líquidos.
 Manejo de las vías aéreas: asegurar la permeabilidad de la vía aérea, enseñar a toser de manera efectiva, administrar broncodilatadores, enseñar al paciente a utilizar los inhaladores prescritos. Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo.



Traumatismos torácicos. Neumo-hemotórax. Obstrucción de vía aérea.

La causa más frecuente de TT la constituyen, en el mundo occidental, los accidentes de tráfico (80-85%), seguidos de las caídas (caídas casuales, precipitaciones desde grandes alturas, etc.) que representan el 10-15%, y un grupo misceláneo (accidentes laborales, agresiones, accidentes deportivos, etc.) el 5%, aproximadamente.

Obstrucción de vía aérea: Una obstrucción de las vías aéreas se produce cuando algo impide que el aire entre en las vías aéreas de los pulmones y salga de ellas. En las personas que padecen de asma, las vías aéreas pueden obstruirse o bloquearse, ya que se hinchan, se estrechan y se taponan con flema espesa.

CLASIFICACIÓN: Traumatismos torácicos abiertos Son aquellos en los que existe una solución de continuidad de la pared torácica, con disrupción de la pleura visceral, acompañándose, generalmente, de laceración y contusión del pulmón subyacente.

Traumatismos torácicos cerrados Existe una afectación de las estructuras osteomusculares de la pared torácica y/o de los órganos intratorácicos por diversos mecanismos de producción: contusión directa, mecanismos de desaceleración y cizallamiento, o aumento de la presión intratorácica.

LESIONES DE LA PARED TORÁCICA: A/ FRACTURAS COSTALES: El mecanismo de producción puede ser por compresión anteroposterior de la caja torácica, produciendo la rotura en la zona lateral del arco costal.

LESIONES PLEUROPULMONARES: A/ NEUMOTÓRAX TRAUMÁTICO: puede ser acusado por la disrupción de la pleura parietal con entrada de aire ambiente en los casos de lesiones penetrantes.

LESIONES TRAQUEOBRONQUIALES: las lesiones de la tráquea o de los bronquios principales precisan reparación quirúrgica. Son producidas por heridas torácicas penetrantes o por traumatismos cerrados.

ROTURA DIAFRAGMÁTICA: es el traumatismo penetrante. Generalmente producidas tras accidentes de tráfico y, habitualmente, asociadas a otras importantes lesiones abdominales, pélvicas y torácicas.

ASFIXIA TRAUMÁTICA: La compresión brusca e intensa del tórax y abdomen superior produce un síndrome que se manifiesta con cianosis, hemorragia petequial y edema de la cabeza, cuello parte superior del tórax y conjuntivas, y en los casos más graves, edema cerebral.



ENFERMERÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA DEL APARATO CARDIOVASCULAR

Anatomofisiología.

El sistema circulatorio, que transporta líquidos por todo el organismo, se compone de los sistemas cardiovascular y linfático. El corazón y los vasos sanguíneos componen la red de transporte de la sangre, o sistema cardiovascular, a través del cual el corazón bombea la sangre por todo el vasto sistema de vasos sanguíneos del cuerpo.

CIRCUITOS VASCULARES: La circulación sistémica consiste en realidad en muchos circuitos en paralelo que sirven a las distintas regiones y/o sistemas orgánicos del cuerpo

EL MÚSCULO CARDIACO: La pared del corazón está formada por tres capas:

- **Endocardio o capa interna:** Es una fina membrana que tapiza interiormente las cavidades cardíacas.
- **Miocardio o capa media:** Es el músculo cardíaco. Está formado por fibras de músculo estriado con la particularidad de ser involuntario.
- **Pericardio o capa externa:** Es una membrana que recubre todo el corazón

CAVIDADES CARDIACAS:

La aurícula derecha (AD) desembocan la vena cava inferior y la vena cava superior.

La AD y el ventrículo derecho (VD) se comunican a través de la válvula tricúspide, que está formada por una especie de anillo fibroso dispuesto alrededor del orificio auriculoventricular.

A la salida del ventrículo derecho (VD) tenemos la válvula pulmonar, que es el inicio de la arteria pulmonar. Se conoce como válvula semilunar o de nido de golondrina (= que la válvula aórtica),

A la aurícula izquierda (AI) desembocan las venas pulmonares, que llevan sangre oxigenada. La AI y el ventrículo izquierdo (VI) se comunican a través de la válvula mitral.

El ventrículo izquierdo (VI) también dispone de músculos papilares y cuerdas tendinosas que provocan la apertura o cierre de la válvula mitral.

VASOS SANGUÍNEOS
Hay tres clases de vasos sanguíneos: arterias, venas y capilares. La sangre, a alta presión, sale del corazón y se distribuye por todo el cuerpo mediante un sistema ramificado de arterias de paredes gruesas.

ARTERIAS
Las arterias son vasos sanguíneos que transportan la sangre a una presión relativamente elevada (en comparación con las venas correspondientes), desde el corazón, y la distribuyen por todo el organismo.

Las venas generalmente devuelven la sangre pobre en oxígeno desde los lechos capilares al corazón, lo que les confiere su aspecto de color azul oscuro. Las grandes venas pulmonares son atípicas al llevar sangre rica en oxígeno desde los pulmones al corazón.

CAPILARES SANGUÍNEOS Los capilares son simples tubos endoteliales que conectan los lados arterial y venoso de la circulación y permiten el intercambio de materiales con el líquido extracelular (LEC) o intersticial.

Atención de enfermería en las distintas pruebas diagnósticas. Exploración física.

Recabe la información de enfermería sobre el paciente a su llegada a la unidad sph de cambio de turno. 2. Preséntese con nombre y categoría profesional. 3. Realice una primera visita a los pacientes a su cargo para verificar su estado general, así como el estado de perfusiones, drenajes, sondas de que sean portadores. 4. Valore el nivel de consecución de los objetivos propuestos en el plan de atención de enfermería y actualice y reformule dicho plan de acuerdo con los cambios y expectativas del paciente. 5. Informe al paciente sobre los cuidados que le vaya a aplicar. 6. Informe al paciente y/o al familiar sobre la realización de pruebas o intervenciones ya programadas y sobre las características concretas de cada una de ellas (riesgos, preparación específica, tiempo estimado de duración... sph). 7. Tome las constantes vitales según PM, sph o necesidades del paciente. 8. Vigile y controle los apósitos de que sea portador para detectar signos de alarma, actuando según PM y/o sph. 9. Realice las curas de heridas quirúrgicas y úlceras... sph. 10. Aplique cuidados de enfermería de los accesos vasculares de que sea portador: catéteres, FAVI... sph). 11. Aplique los cuidados de enfermería necesarios para la conservación de venoclisis, sondajes, drenajes... 12. Aplique los cuidados de enfermería previos y posteriores a cada exploración complementaria y diagnóstica sph. . Resuelva las dudas que el paciente y/o el familiar puedan presentar utilizando un lenguaje claro, sencillo y comprensible.

Monitor Holter (24 horas)

Es una máquina que registra los ritmos cardíacos en forma continua. Se lleva puesto de 24 a 48 horas durante la actividad normal

Forma en que se realiza el examen

Los electrodos (pequeños parches conductores) se pegan en el pecho. Se conectan por medio de alambres a un pequeño monitor de registro. Usted carga el monitor Holter en un bolsillo o en una bolsa que se lleva puesta alrededor del cuello o la cintura. El monitor funciona con baterías.

Mientras usted lleva puesto el monitor, éste registra la actividad eléctrica del corazón.

- Lleve un registro diario de las actividades que realiza mientras está usando el monitor y cómo se siente.
- Después de 24 a 48 horas, debe devolver el monitor al consultorio de su proveedor de atención médica.
- El proveedor observará los registros y mirará si ha habido algún ritmo cardíaco anormal.

Conceptos generales de cirugía cardíaca

La prueba de esfuerzo es un estudio común que se utiliza para diagnosticar la enfermedad arterial coronaria. Permite ver cómo funciona el corazón durante el ejercicio. Las pruebas de esfuerzo también se denominan pruebas de esfuerzo físico, pruebas de tolerancia al ejercicio, ergometrías, electrocardiografías de esfuerzo o ECG de esfuerzo.

Durante la prueba de esfuerzo, también puede realizarse una ecocardiografía (lo que se denomina «**ecocardiografía de esfuerzo**») o pueden inyectarse radioisótopos en la corriente sanguínea (lo que se denomina Prueba de esfuerzo. Con estos estudios es posible obtener más información sobre la estructura y el flujo sanguíneo del corazón.

La cateterización cardíaca consiste en introducir un tubo largo y delgado (denominado «catéter») por una arteria o vena de la pierna o del brazo hasta llegar al corazón. Según el tipo de estudio que el médico haya indicado, pueden realizarse diferentes procedimientos durante una cateterización cardíaca.

Método utilizado por los médicos para realizar muchos de los estudios y procedimientos destinados a diagnosticar y tratar la enfermedad arterial coronaria.

La ecografía **Doppler** es una ecografía en color que permite evaluar el flujo sanguíneo en cualquier arteria o vena. Es de especial relevancia **para** el estudio del cordón umbilical, la circulación cerebral y cardíaca fetal, así como la circulación uterina.

Flebografía. Tipo de rayos X en el que se inyecta medio de contraste en una vena para mostrar los detalles de su estructura y ver si hay anomalías presentes.

Una **gammagrafía** ósea implica inyectar una cantidad muy pequeña de material radiactivo (marcador) dentro de una vena. La sustancia viaja a través de la sangre hasta los huesos y órganos. A medida que esta va desapareciendo, emite un poco de radiación. Sus principales aplicaciones son el estudio de las glándulas paratiroides, y el estudio del Tromboembolismo pulmonar o TEP. También sirve para evaluar la perfusión pulmonar y estimar la capacidad pulmonar del paciente.

Monitorización observar mediante aparatos especiales el curso de uno o varios parámetros fisiológicos o de otra naturaleza para detectar posibles anomalías.

La **hemodinámica** es aquella parte de la biofísica que se encarga del estudio de la dinámica de la sangre en el interior de las estructuras sanguíneas como arterias, venas, vénulas, arteriolas y capilares así como también la mecánica del corazón propiamente dicha mediante la introducción de catéteres finos a través de las arterias de la ingle o del brazo. Esta técnica conocida como cateterismo cardíaco permite conocer con exactitud el estado de los vasos sanguíneos de todo el cuerpo y del corazón.

Catéter swan ganz. Es un catéter arterial pulmonar y es un dispositivo que se inserta con el fin de detectar y vigilar en funcionamiento cardiaco y se utiliza para diagnosticar una amplia gama de enfermedades.

Es útil para:

Medición del gasto cardiaco

- Determinación de la saturación de oxígeno en arteria pulmonar
- Medición de la temperatura central
- Extracción de muestras sanguíneas.

La **cardiología intervencionista** es una rama de la cardiología que se ocupa específicamente del tratamiento con catéter de las enfermedades cardíacas estructurales.