



**Nombre de la alumna: Esperanza Pérez Pérez**

**Nombre de la profesora: Yesenia Guadalupe Ovando  
Alegria.**

**Nombre del trabajo: Cuadro sinóptico de Unidad II  
Alteraciones De La Pleura, Actuación De Enfermería Y Unidad  
III Enfermería Médico-Quirúrgica Del Aparato Cardiovascular**

**Materia: Enfermería Clínica II.**

**Grado: 5<sup>to</sup>. Cuatrimestre**

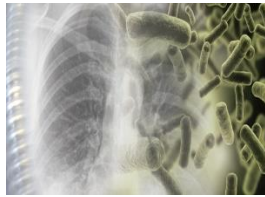
**Grupo: B Semiescolarizado**

PASIÓN POR EDUCAR

ALTERACIONES DE LA PLEURA. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

INFECCIONES PULMONARES

-NAC (neumonía adquirida en la comunidad) -Mecanismos



De defensa frente a la infección (pulmones).

Barreras anatómicas y defensa innata

Difusión gases.

Particularmente susceptible a la infección.

Las vibrisas nasales eliminan partículas mayores de 10-15 µm.

Las amígdalas y adenoides son zonas especialmente para la eliminación de sustancias extrañas.

La capa de moco que tapiza los bronquios contiene mucinas capaces de unirse a los microorganismos y neutralizarlos.

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

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA. SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO DEL ADULTO (SDRA).



Insuficiencia respiratoria: Incapacidad del aparato respiratorio para mantener un adecuado intercambio gaseoso necesario para atender las necesidades metabólicas del organismo.

Clasificación: IR hipoxémica o parcial o tipo I (Cuando sólo existe hipoxemia con normocapnia). IR hipercápnica o global o tipo II (Existe hipercapnia además de la hipoxemia).

Clasificación según el tiempo de insauración: Insuficiencia respiratoria aguda (IRA) (Cuando su insauración es rápida en minutos, horas o días y se caracteriza por alteraciones en la oxigenación y en el equilibrio ácido-base). Insuficiencia respiratoria crónica (IRC) (Se instaure más lenta y se ponen en marcha mecanismos de compensación renal para corregir las alteraciones en el equilibrio ácido-base).

Insuficiencia respiratoria crónica agudizada (Se produce en pacientes que tienen una IR crónica, en el curso aparece un evento que descompensa).

Diagnóstico IRA: Síntomas y signos (Hipoxemia y/o hipercapnia, disnea, dolor torácico agudo, hemoptisis, etc.). Gasometría arterial/Pulsioximetría. Radiografía de tórax. Otras exploraciones complementarias.

Gammagrafía o TAC (tomografía axial computarizada) helicoidal si se sospecha tromboembolismo pulmonar (TEP).

Tratamiento de la IRA: De la enfermedad de base causante de la IRA (neumonía, TEP, etc.). Específico de la IRA. Medidas generales.

Asegurar la permeabilidad de la vía aérea (retirar cuerpos extraños incluido prótesis dentales, aspirar secreciones, etc) y si fuera preciso la intubación orotraqueal.

Monitorización de constantes vitales y SaO2.

Canalización de vía venosa.

Nutrición e hidratación adecuadas.

Tratamiento de la fiebre, la agitación o cualquier situación que conlleve un aumento del consumo de O2.

Tratamiento si existe de la anemia y de la hipotensión para mejorar el transporte de O2.

Protección gástrica si precisa y profilaxis de la enfermedad tromboembólica.

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)-HIPERTENSIÓN PULMONAR.

Tromboembolia pulmonar: La obstrucción del tronco de la arteria pulmonar o algunas de sus ramas, por un trombo desprendido de su sitio de formación y proveniente del sistema venoso.

TVP: Formación de un trombo en el interior de una vena que ocluye parcial o totalmente, se acompaña de inflamación, en la pared de la vena como en estructuras vecinas, nervios, vasos y sistema linfático.

Factores de riesgo: 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 procoagulantes o debido a la quimioterapia). Terapia hormonal de reemplazo postmenopáusicas. Anticonceptivos orales y edad avanzada.

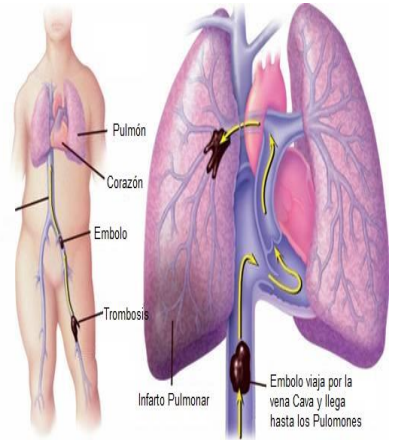
Fisiopatología: Obstrucción vascular que puede ser parcial o total. Primer evento respiratorio es la existencia de una zona con adecuada ventilación y mal perfundida. Segundo evento obstrucción de la vía aérea pequeña y ductos alveolares para disminuir el espacio muerto alveolar. Tercer evento y más importante es la hipoxemia arterial.

Cuadro clínico: Disnea, taquipnea y dolor torácico presentes en el 97% de los pacientes con TEP sin enfermedad cardiopulmonar agregada. Dolor pleurítico, tos y hemoptisis.

Diagnóstico: Consiste en pensar en la TEP como una posibilidad diagnóstica de acuerdo a los signos y síntomas de presentación.

Abordaje diagnóstico integral: Historia clínica adecuada. Exploración física completa correlacionada con estudios de laboratorio y gabinete.

Tratamiento: Anticoagulación de manera inmediata mientras se complementa el abordaje diagnóstico.



CÁNCER DE PULMÓN

Se forma en los tejidos del pulmón, generalmente en las células que recubren los conductos.

Factores de riesgo: Tabaquismo activo como pasivo. Exposición a radiación por gas radón. Dieta. Exposición a compuestos químicos como asbestos, arsénico, cloruro de vinilo, cromato de níquel, clorometilo de éter.

Tipos histológicos: Cáncer pulmonar de células pequeñas (CPCP). Cáncer pulmonar de células no pequeñas I (CPCNP).

Generalidades clínicas: Tos, Disnea ocasionalmente asociada a estridor. Hemoptisis leve. Neumonías recurrentes. Síndrome paraneoplásico. Ronquera. Dolor en pared torácica. Neuropatía del plexo braquial. Obstrucción de vena cava superior. Disfagia. Síntomas causados por el derrame pleural o tampon son síntomas que indican invasión a mediastino, pleura, pericardio y pared torácica.

Detección temprana: Estadio temprano y tratarlo con cirugía resulta en alta probabilidad de curación.

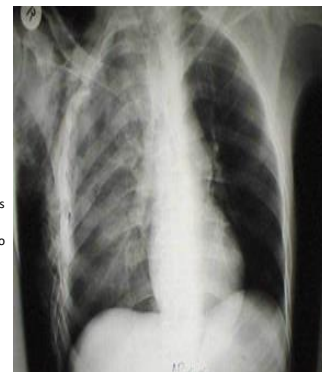
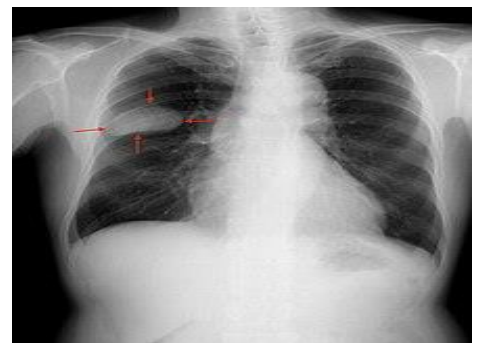
Diagnóstico: Imagen del CP durante estudios de screening o por detección de nódulos en un estudio torácico de rutina.

TRAUMATISMOS TORÁCICOS. NEUMO-HEMOTORAX. OBSTRUCCIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS

Etiología: Accidentes de tráfico (80-85%). Caídas (caídas casuales, precipitaciones desde grandes alturas, etc.) representan el 10-15%. Grupo misceláneo (accidentes laborales, agresiones, accidentes deportivos, etc.) el 5%, aproximadamente.

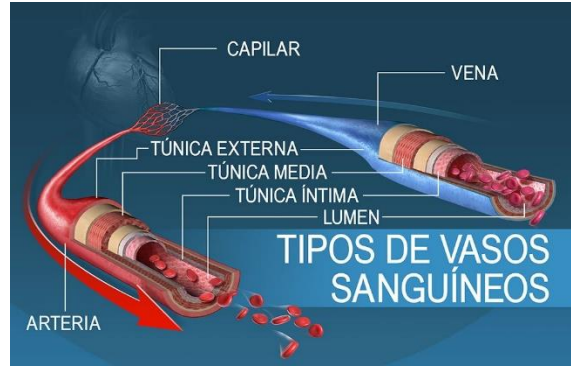
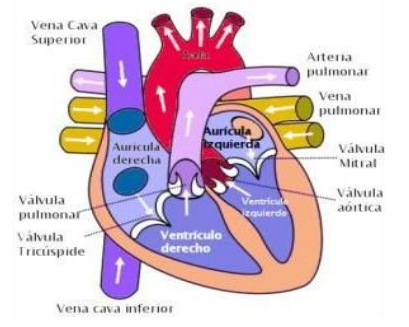
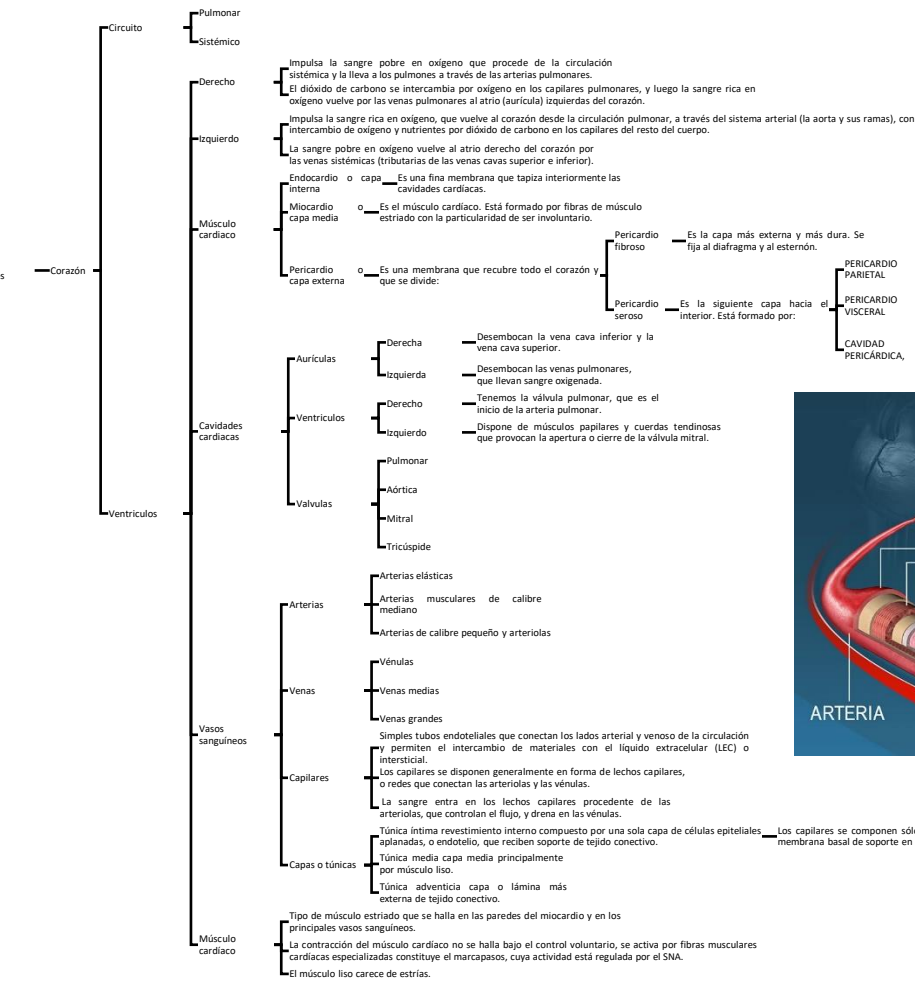
Clasificación: Abiertos: Solución de continuidad de la pared torácica, con ruptura de la pleura visceral, acompañándose, generalmente, de laceración y contusión del pulmón subyacente. Producidos por heridas por arma de fuego o arma blanca. Cerrados: Afectación de las estructuras osteomusculares de la pared torácica y/o de los órganos intratorácicos. Producido por contusión directa, mecanismos de desaceleración y cizallamiento, o aumento de la presión intratorácica.

Principales lesiones específicas torácicas asociadas con los traumatismos torácicos: Lesiones de la pared torácica: Fracturas costales. Lesiones pleuropulmonares: Neumotórax traumático. Lesiones traqueobronquiales. Ruptura diafragmática. Asfixia traumática.

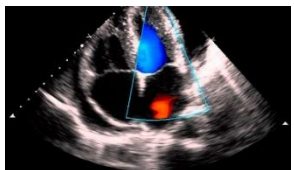
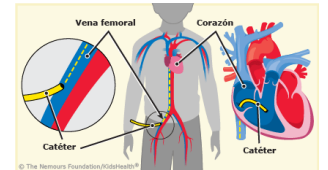
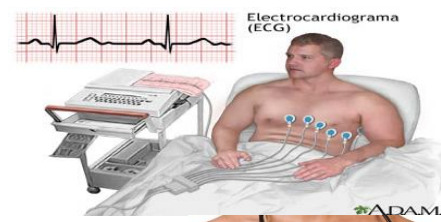


ENFERMERÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA DEL APARATO CARDIOVASCULAR

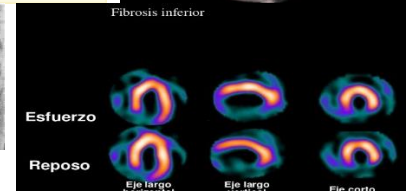
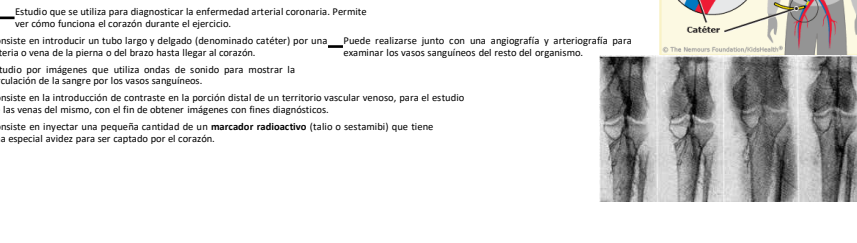
ANATOMOFISIOLOGÍA



Atención de enfermería en las distintas pruebas diagnósticas. Exploración física. E.c.g. Holter.



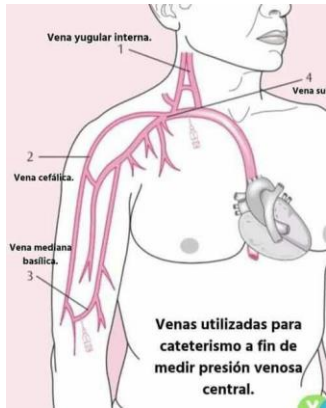
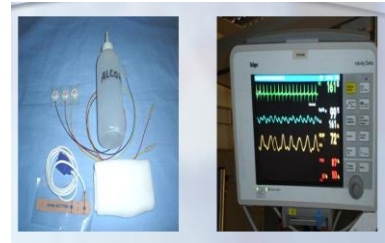
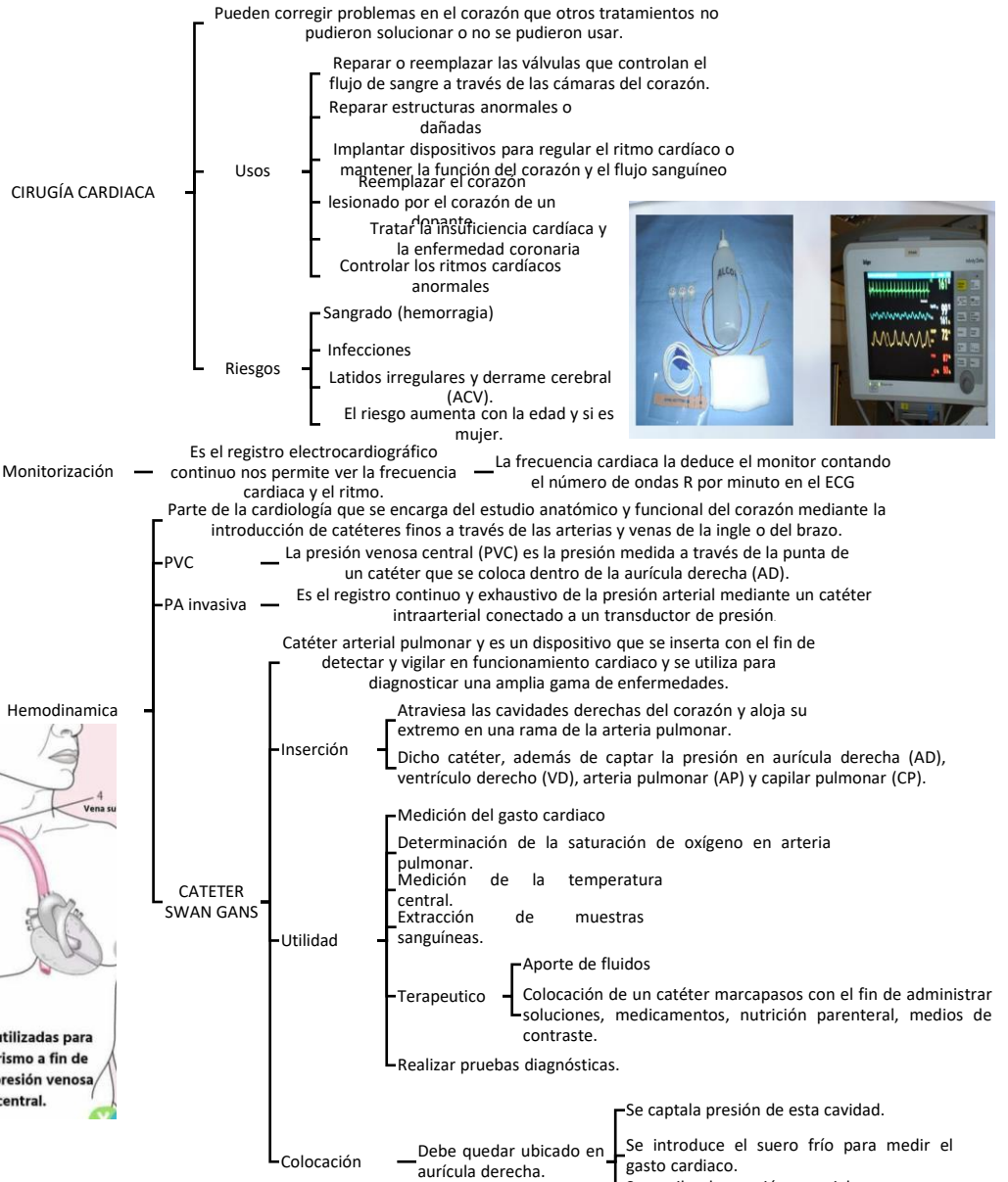
Pruebas de esfuerzo. Cateterización. Doppler. Flebografía. Gammagrafía.



**ENFERMERÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA DEL APARATO CARDIOVASCULAR**



CONCEPTOS GENERALES DE CIRUGÍA CARDIACA. MONITORIZACIÓN. HEMODINÁMICA (PVC, PA INVASIVA, CATÉTER DE SWAN GANZ).



## BIBLIOGRAFÍA

Universidad del sureste. (s.f.). *Enfermería Clínica II*. Comitán de Domínguez, Chiapas, México.