

Nombre de alumnos:
Marleny Rodas De La Cruz

Nombre del profesor:
Yesenia Guadalupe Ovando Alegría

Nombre del trabajo:
Cuadro sinóptico

Materia:
Enfermería clínica II

5to cuatrimestre grupo "B"

Licenciatura en enfermería

Alteraciones de la pleura. Actuación de enfermería

INFECCIONES PULMONARES

- ¿QUÉ SON?** El término enfermedad pulmonar se refiere a muchos trastornos que afectan los pulmones, tales como asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), infecciones como gripe, neumonía y tuberculosis, cáncer de pulmón y muchos otros problemas respiratorios.
- MECANISMOS DE DEFENSA FRENTE A LA INFECCIÓN:** La función principal del pulmón es efectuar el intercambio de gases con la atmósfera. Esta compleja tarea se realiza a través de una interface alveolocapilar, que constituye la superficie epitelial más extensa del organismo. El aire inspirado, que contiene muchos agentes potencialmente peligrosos, tiene un área de contacto de unos 50-100 m² con la superficie epitelial del pulmón, lo que, por una parte, facilita la difusión de los gases, pero, por otra, hace que este órgano sea particularmente susceptible a la infección.
- BARRERAS ANATÓMICAS Y DEFENSA INNATA:** Cuando se respira por la nariz, las vibras nasales son capaces de eliminar partículas mayores de 10-15 µm. En las vías aéreas superiores, las amígdalas y adenoides representan 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 partículas inferiores a 10 µm alcanzan las vías aéreas inferiores, donde disminuyen las posibilidades de impactación, pero aumentan las de sedimentación en la mucosa. La capa de moco que tapiza los bronquios contiene, entre otras sustancias, unas glicoproteínas, denominadas mucinas, que son capaces de unirse a los microorganismos y neutralizarlos. Además de este efecto directo de las mucinas, las secreciones bronquiales facilitan la eliminación de partículas a través del sistema mucociliar.
- ¿QUÉ ES?** El síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) se produce por una acumulación de líquidos en el intersticio pulmonar, los espacios alveolares y las pequeñas vías aéreas, lo que hace que el pulmón se endurezca. Lo anterior deteriora la ventilación y reduce la oxigenación de la sangre de los capilares pulmonares.

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

- CLASIFICACIÓN:**
 - IR HIPOXÉMICA O PARCIAL O TIPO I:** Cuando sólo existe hipoxemia con normocapnia.
 - IR HIPERCÁPNICA O GLOBAL O TIPO II:** En la que existe hipercapnia además de la hipoxemia.
 - SEGÚN EL TIEMPO DE INSATURACIÓN:**
 - IRA:** (Insuficiencia respiratoria aguda). Cuando su instauración es rápida en minutos, horas o días y se caracteriza por alteraciones en la oxigenación y en el equilibrio ácido-base.
 - IRC:** (Insuficiencia respiratoria crónica). Se instaura de manera más lenta y habitualmente se ponen en marcha mecanismos de compensación fundamentalmente renales para corregir las alteraciones que se producen en el equilibrio ácido-base.
 - IRCA:** Es aquella que se produce en pacientes que tienen una IR crónica, en el curso de la cual aparece un evento que la descompensa.
- DX:** Podemos sospechar la existencia de una IRA por la presencia de síntomas y signos de hipoxemia y/o hipercapnia, sobre todo en presencia de pacientes diagnosticados de enfermedades pulmonares agudas o crónicas agudizadas o procesos extrapulmonares agudos o crónicos agudizados que potencialmente puedan desarrollar IRA. El diagnóstico se realiza sobre la base de una exploración física, una radiografía de tórax y los niveles de oxígeno.
 - GASOMETRÍA ARTERIAL:** La gasometría arterial es la prueba imprescindible para confirmar la sospecha diagnóstica de IRA, además nos informa del grado de severidad de el mismo, de la existencia o no de hipercapnia y de la existencia de alteraciones en el equilibrio ácido base.
 - RADIOGRAFÍA DE TÓRAX:** La radiografía de tórax nos puede ayudar al diagnóstico diferencial de la IRA. A veces estas radiografías son de mala calidad por la situación de los pacientes.
 - OTRAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:** Van dirigidas al diagnóstico en función de la sospecha clínica, por ejemplo, gammagrafía o TAC (tomografía axial computarizada) helicoidal si se sospecha tromboembolismo pulmonar (TEP), etc.
- TRATAMIENTO:** El tratamiento de la IRA comprende dos apartados. 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. Este último incluye: 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. - Profilaxis de la enfermedad tromboembólica.

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

- ¿QUÉ ES?** La tromboembolia pulmonar es 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. 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 procoagulantes 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 y en quienes es apropiado descartarla.
- FISIOPATOLOGÍA:** TEP condiciona una obstrucción vascular que puede ser parcial o total, el primer evento respiratorio es la existencia de una zona con adecuada ventilación y mal perfundida, el segundo evento es la obstrucción de la vía aérea pequeña y ductos alveolares para disminuir el espacio muerto alveolar, el tercer evento y más importante es la hipoxemia arterial. Compromete el transporte eficiente de oxígeno (O₂) y dióxido de carbono (CO₂) a nivel pulmonar. La disminución de la presión arterial de oxígeno arterial (PaO₂) y el incremento en el gradiente alvéolo arterial de oxígeno [(A-a)O₂] son las anomalías más frecuentes en el intercambio gaseoso. Se incrementa el espacio muerto, la ventilación y perfusión están en relación con el flujo sanguíneo de las arterias pulmonares obstruidas y la redistribución a otras unidades de intercambio gaseoso, pueden ocurrir también cortocircuitos de sangre venosa en la circulación sistémica.
- CUADRO CLÍNICO:** Muchas personas con trombosis venosa permanecen asintomáticas; hasta el 50% de los pacientes con TVP se mantiene asintomático. Es probable que la ausencia de signos y síntomas se deba a que la vena no se ocluye del todo lo que existe circulación colateral. Cuando existen, los signos y síntomas más frecuentes de la trombosis venosa derivan del proceso inflamatorio; incluyen dolor, inflamación y sensibilidad muscular profunda. La fiebre, el malestar general, leucocitosis y el aumento en la velocidad de eritrosedimentación son manifestaciones generales de la inflamación. Es probable que haya sensibilidad y dolor en el trayecto de la vena. La inflamación varía desde mínima hasta máxima.
- DX:** El diagnóstico oportuno para TEP parece difícil, ya que puede acompañar o tener semejanza a otras enfermedades cardiopulmonares con las que habrá que hacer diagnóstico diferencial. Una estrategia óptima consiste en pensar en la TEP como una posibilidad diagnóstica de acuerdo con los signos y síntomas de presentación. 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 DE PULMÓN

- ¿QUÉ ES?** El cáncer es una de las principales causas de muerte en el mundo. En México, al igual que en los países desarrollados, el cáncer pulmonar (CP) es uno de los más frecuentes y la evolución y pronóstico de la enfermedad es más grave cuando se torna metastásico, es por eso que la detección oportuna de esta entidad ha tomado tanta importancia y es aquí donde la imagenología juega un papel crucial.
- FACTORES DE RIESGO:** Los factores de riesgo para el CP son diversos, pero destacan el tabaquismo, tanto 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, entre muchas otras sustancias más.
- TIPOS HISTOLÓGICOS:**
 - CÁNCER PULMONAR DE CÉLULAS PEQUEÑAS (CPCP)
 - CÁNCER PULMONAR DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS (CCPCNP)
- GEN. CLÍNICAS:** Los síntomas que se presentan varían de acuerdo con la extensión de la enfermedad. Tos, disnea, ocasionalmente asociada a estridor, hemoptisis leve, neumonías recurrentes y síndrome paraneoplásico son los síntomas cardinales de la enfermedad, en un estadio en el que el cáncer continúa confinado. Ronquera, dolor en pared torácica, neuropatía del plexo braquial, obstrucción de vena cava superior, disfagia y síntomas causados por el derrame pleural o tamponado son síntomas que indican invasión a mediastino, pleura, pericardio y pared torácica. Los tumores periféricos son clínicamente silenciosos por un largo periodo y es más común que se detecten incidentalmente. Los signos y síntomas también varían según el tipo histológico.
- DETECCIÓN TEMPRANA:** El cáncer de pulmón tiene un pronóstico malo debido a que típicamente se diagnostica en un estadio avanzado, cuando el paciente presenta síntomas. La posibilidad de detectarlo en un estadio temprano y tratarlo agresivamente mediante cirugía podría resultar en una alta probabilidad de curación.
- DX:** El diagnóstico por imagen del CP ocurre en algunos casos durante estudios de screening o por detección de nódulos en un estudio torácico de rutina en pacientes asintomáticos. Estos tumores regularmente son pequeños y localizados al momento del diagnóstico. Cuando la evaluación es motivada por la aparición de síntomas, regularmente el resultado es un estadio avanzado, con un tumor de mayor tamaño que puede presentar diseminación regional o a distancia.

TRAUMATISMOS TORÁCICOS

- ¿QUÉ ES?** Los traumatismos torácicos (TT) son causa importante de morbilidad y mortalidad, siendo directamente responsables del 20-25% de las muertes debidas a traumatismos y contribuyen en el fallecimiento de otro 25%. La mayoría de los fallecimientos por TT ocurren antes de la llegada a un centro sanitario, en los minutos siguientes a la lesión, y son debidos a la disrupción de grandes vasos, corazón o árbol traqueobronquial.
- ETIOLOGÍA:** 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.
- 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. Los traumatismos abiertos del tórax deben ser transformados en cerrados mediante la compresión con gasas o compresas impregnadas en vaselina. Posteriormente el tratamiento continuará con la colocación de un drenaje torácico para evacuar el hemo neumotórax que habitualmente acompaña a una lesión torácica penetrante.
 - TRAUMATISMOS TORÁCICOS CERRADOS:** En estos casos no hay solución de continuidad de la pared torácica. 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.
- CONSIDERACIONES INICIALES:** La evaluación de las lesiones torácicas es solo una parte de la evaluación total del paciente traumatizado, no debiéndose perder de vista que la asociación con un traumatismo craneoencefálico y/o abdominal eleva considerablemente su peligrosidad. El manejo inicial del TT es igual que el de cualquier otra forma de lesión grave, y consiste en la restauración de una adecuada función de los sistemas respiratorio y cardiovascular. Lo más prioritario será asegurar la presencia de una vía aérea permeable y que permita la correcta ventilación del paciente, el control de los puntos de sangrado externo y la existencia de una adecuada perfusión tisular.
- PRINCIPALES LESIONES ESPECÍFICAS TORÁCICAS:**
 - LESIONES DE LA PARED TORÁCICA FRACTURAS COSTALES:** Se ocasionan, aproximadamente, en el 85% de los TT no penetrantes. El mecanismo de producción puede ser por compresión anteroposterior de la caja torácica, produciendo la rotura en la zona lateral del arco costal, o por golpe directo, ocasionando la fractura costal en el sitio del impacto. La sintomatología es dolor sobre la zona de la fractura, que se acentúa con la inspiración profunda, con los movimientos o al presionar sobre la costilla fracturada. A la palpación se puede percibir crepitación o crujido costal de las costillas afectas.
 - LESIONES PLEURO-PULMONARES NEUMOTÓRAX TRAUMÁTICO:** Es una complicación frecuente tanto en TT abiertos como cerrados, y puede ser acusado por la disrupción de la pleura parietal con entrada de aire ambiente en los casos de lesiones penetrantes, por la laceración del parénquima pulmonar por una costilla fracturada o por un mecanismo de aumento brusco de la presión intratorácica en los traumatismos cerrados.
 - 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. En los traumatismos cerrados se produce un mecanismo de estallido o arrancamiento, que ocasiona habitualmente una lesión traqueal a 2-2.5 cm de la carina o en el origen de los bronquios lobares superiores, sobre todo, con desgarro de la membranososa, cerca de la inserción cartilaginosa.
 - ROTURA DIAFRAGMÁTICA:** La causa más común de lesión traumática del diafragma es el traumatismo penetrante. En estos casos tanto el hemidiafragma derecho como el izquierdo se pueden lesionar por igual. Las lesiones del diafragma por traumatismo cerrado son raras (aproximadamente el 4% de todos los pacientes sometidos a laparotomía por traumatismo cerrado), 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. En el 80% de los pacientes ocasiona sintomatología neurológica. La producción de este síndrome estaría ocasionada por la severa hipertensión en el territorio venoso y capilar originada por la compresión de la vena cava superior.

CIRCUITOS VASCULARES

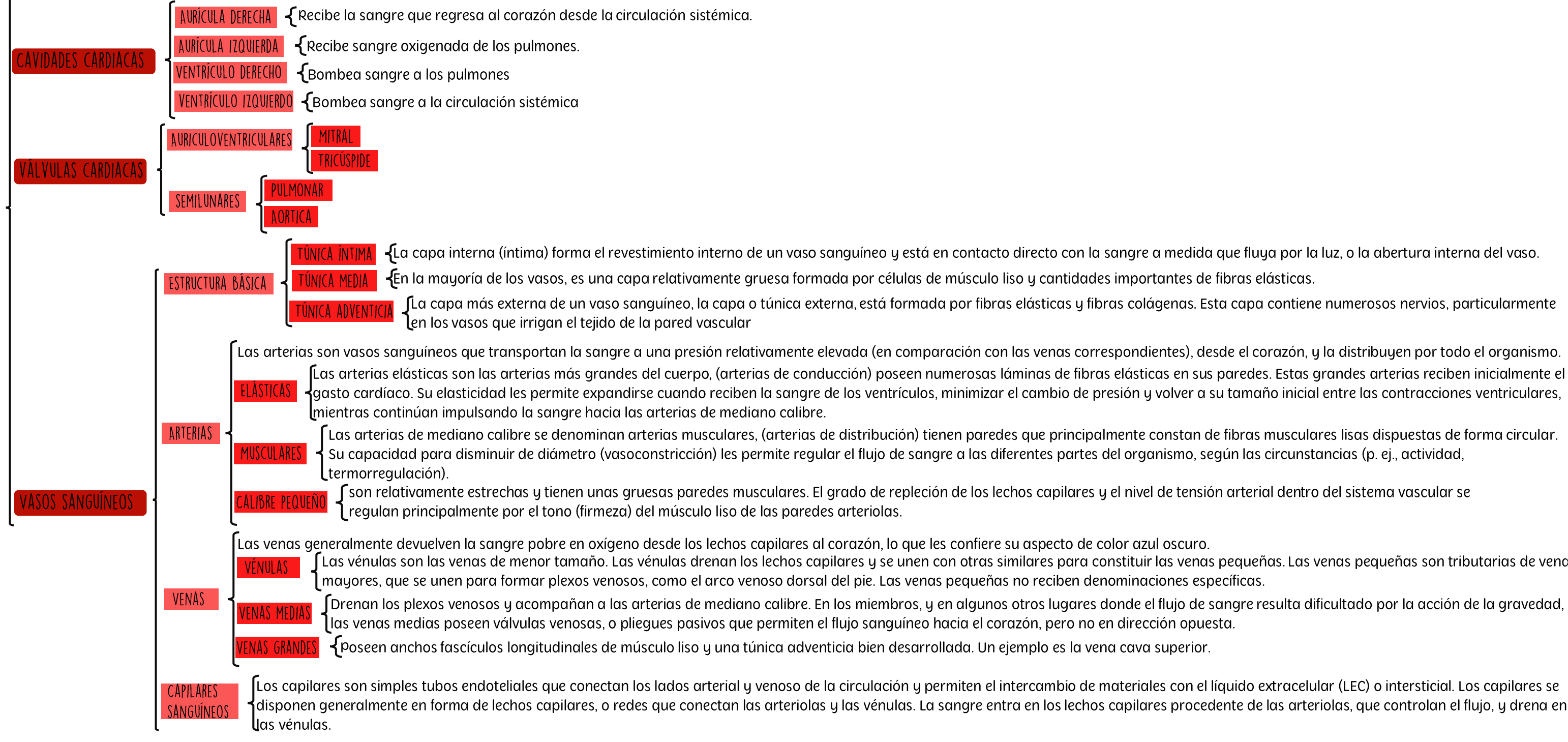
- CIRCULACIÓN PULMONAR:** La circulación pulmonar consiste en las cámaras derechas del corazón, la arteria pulmonar, capilares pulmonares y venas pulmonares. Los grandes vasos pulmonares son peculiares, ya que la arteria pulmonar es la única arteria que transporta sangre venosa y las venas pulmonares son las únicas venas que transportan sangre arterial. La circulación pulmonar se considera de baja presión y baja resistencia, ya que es un sistema corto que sólo incluye la sangre que llega y sale de los pulmones.
- CIRCULACIÓN SISTÉMICA:** La circulación sistémica consiste en las cámaras izquierdas del corazón; la aorta y sus ramificaciones; los capilares que irrigan el cerebro y los tejidos periféricos; y el sistema venoso sistémico y la vena cava. Las venas de la parte inferior del cuerpo se fusionan para formar la vena cava inferior y las de la cabeza y las extremidades superiores se fusionan para formar la vena cava superior; las 2 venas cavas drenan en el lado derecho del corazón.

MÚSCULOS CARDÍACOS

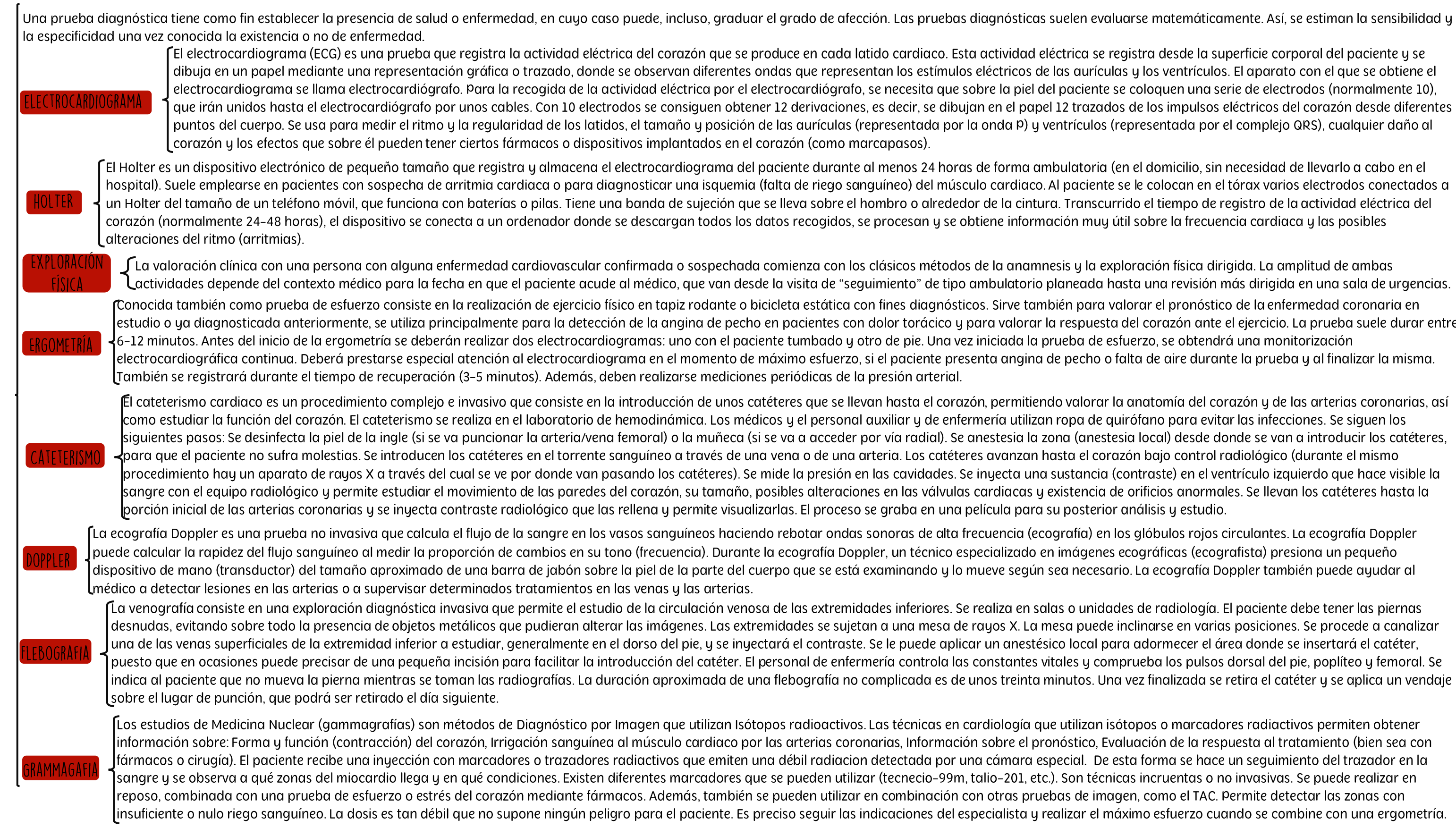
- La pared del corazón está formada por tres capas:
 - ENDOCARDIO:** El endocardio es una membrana delgada de 3 capas que recubre el corazón y las válvulas. La capa más interna consiste en células endoteliales lisas sostenidas por una capa delgada de tejido conectivo. La capa intermedia consiste en tejido conectivo denso con fibras elásticas. La capa externa, que está formada por células de tejido conectivo dispuestas en forma irregular, contiene vasos sanguíneos y ramificaciones del sistema de conducción, y se continúa con el miocardio.
 - MIOCARDIO:** Es el músculo cardíaco. Está formado por fibras de músculo estriado con la particularidad de ser involuntario.
 - PERICARDIO:** Es una membrana que recubre todo el corazón y que se divide en:
 - PERICARDIO FIBROSO:** Es la capa más externa y dura. Se fija al diafragma y al esternón.
 - PERICARDIO SEROSO:** Es la siguiente capa hacia el interior. Está formado por el PERICARDIO PARIETAL (lámina externa que da a la cavidad pericárdica) y el PERICARDIO VISCERAL (lámina interna que está en contacto directo con el músculo cardíaco). Entre ambas capas queda la cavidad pericárdica, en cuyo interior se aloja el líquido pericárdico cuya función es facilitar el movimiento del corazón, actuando como lubricante, disminuyendo así el rozamiento entre ambas capas.

Enfermería médico-quirúrgica del aparato cardiovascular

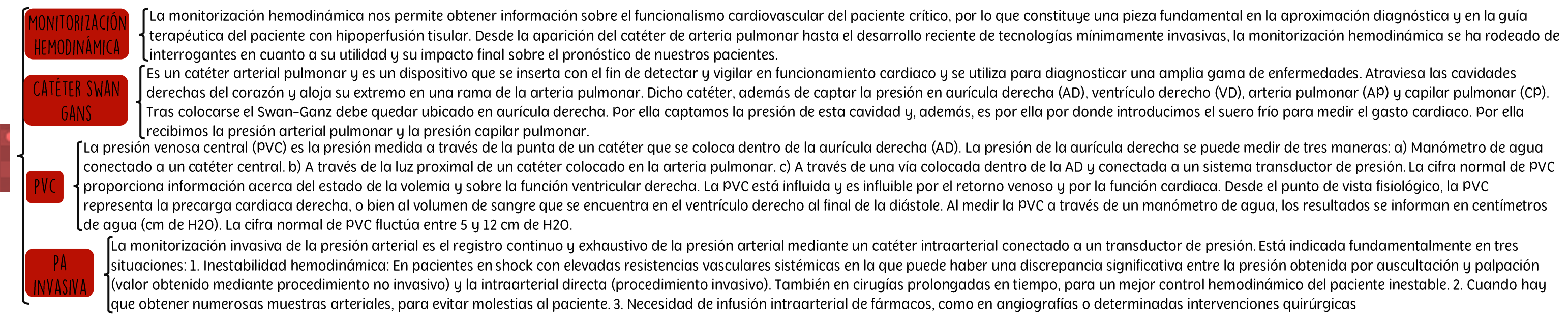
ANATOMOFISIOLOGÍA



ATENCIÓN DE ENF. EN LAS PRUEBAS DX



CONCEPTOS GENERALES DE CIRUGÍA CARDIACA



Bibliografía

Fundación Española del Corazón. (09 de abril de 2021). PRUEBAS DIAGNÓSTICAS. Obtenido de <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/metodos-diagnosticos.html>

Universidad Del Sureste. (09 de abril de 2021). Antología de enfermería clínica II. Obtenido de <https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/libro/LEN/9a6d35d17b48e2994f2ed13dc26fa04d-LC-LEN501.pdf>