

ASESOR ACADEMICO: YESENIA GUADALUPE AVANDO

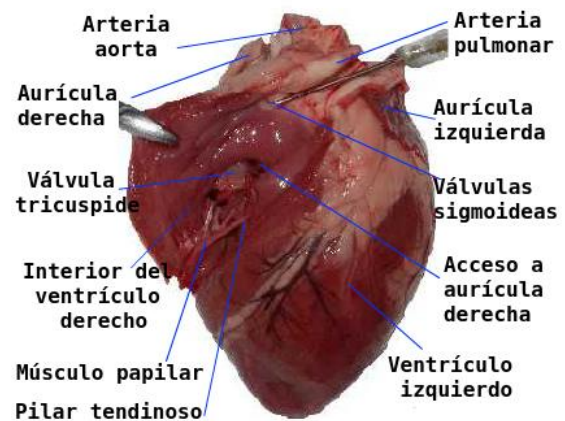
NOMBRE DEL ALUMNO: RAMIREZ MENDEZ FRANKLIN

MATERIA EN CURSO: ENFERMERIA CLINICA II

TRABAJO A ENTREGAR: CUADRO SINOPTICO (UNIDAD II Y III)

GRADO Y GRUPO: 5° CUATRIMESTRE “

Ventrículo derecho abierto



2.1: INFECCIONES PULMONARES

MECANISMOS DE DEFENSA FRENTE A LA INFECCIÓN:

La función principal del pulmón es efectuar el intercambio de gases con la atmósfera., realizándose a través de una interface alveolo capilar, 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.

BARRERAS ANATÓMICAS Y DEFENSA INNATA:

Son capaces de eliminar partículas mayores de 10-15 µm. En las vías aéreas superiores, las amígdalas y adenoides re- presentan áreas de tejido linfoide secundario y son zonas especialmente dotadas para la eliminación de sustancias extrañas debido a su gran población de leucocitos residentes; 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.

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

CLASIFICACIÓN:

- Insuficiencia respiratoria aguda (IRA): cuando su instauración 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 instaura de manera más lenta y habitualmente se ponen en marcha mecanismos de compensación fundamentalmente renales
- Insuficiencia respiratoria crónica agudizada (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.

DIAGNOSTICO DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

- I. **Gasometría arterial/Pulsioximetría:** La gasometría arterial es la prueba imprescindible para confirmar la sospecha diagnóstica de IRA, además nos informa del grado de severidad de la misma, de la existencia o no de hipercapnia
- I. **Radiografía de tórax:** La radiología 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
- I. **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.

2.3 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP). HEPERTENCION PULMONAR.

FACTORES DE RIESGO:

- El trombo embolismo 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

FISOPATOLOGIA:

- La 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

CUADRO CLINICO

- Ciertos síntomas son comunes y pueden servir como indicios importantes, la falta de especificidad indica la necesidad de pruebas adicionales cuando la sospecha clínica es compatible con TEP. La disnea, taquipnea y dolor torácico están presentes en el 97% de los pacientes con TEP sin enfermedad cardiopulmonar agregada. La disnea es el síntoma más frecuente de TEP

DIAGNOSTICO:

- Una estrategia óptima consiste en pensar en la TEP como una posibilidad diagnóstica de acuerdo a 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 su masiva, la anticoagulación se deberá iniciar de manera inmediata mientras se complementa el abordaje diagnóstico.

2.4 CANCER DE PULMON:

- FACTORES DE RIESGO:**
- TIPOS HISTOLOGICOS:**
- GENERALIDADES CLINCAS:**
- DETECCION TEMPRANA:**
- DIAGNOSTICO:**

- I. 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, cloro metilo de éter.
- Cáncer pulmonar de células pequeñas (CPCP).
• Cáncer pulmonar de células no pequeñas1 (CPCNP).
- I. Síntomas que presentan Y varían de acuerdo con la extensión de la enfermedad. Tos, disnea, ocasionalmente asociada a estridor, hemoptisis leve, neumonías recurrentes y síndrome para neoplásico son los síntomas cardinales de la enfermedad, en un estadio en el que el cáncer continúa confinado.
- I. 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.
- I. 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.

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

- ETIOLOGÍA:**
- CLASIFICACION:**
- CLASIFICACION:**
- PRINCIPALES LESIONES ESPECÍFICAS TORÁCICAS ASOCIADAS CON LOS TRAUMATISMOS TORACICOS.**

- 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.)
- Generalmente los TT se dividen en abiertos y cerrados, atendiendo a que exista o no una solución de continuidad en la pared torácica, y en torácicos puros y politraumatismos, según la extensión del traumatismo.
- 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. El 7-8% de los TT son abiertos, y están producidos generalmente por heridas por arma de fuego o arma blanca.
 - TRAUMATISMOS TOTACICOS CERRADOS
 - 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
- I. LESIONES DE LA PARED TORÁCICA: A/ FRACTURAS COSTALES.
 - II. LESIONES PLEUMONARES: AL NEUMOTORAX TRAUMATICO.
 - III. LESIONES TRAQUEOBRONQUILES.
 - IV. ROTURA DIAFRAGMATICA
 - V. ASFIXIA TRAUMATICA.

3.1 ANATOMOFISIOLOGIA

CIRCUITOS BASCULARES



El corazón se compone de dos bombas musculares que, aunque adyacentes, actúan en serie y dividen la circulación en dos partes: las circulaciones o circuitos pulmonar y sistémico

- El ventrículo derecho impulsa la sangre pobre en oxígeno que procede de la circulación sistémica y la lleva a los pulmones a través de las arterias pulmonares. Este circuito, desde el ventrículo derecho a través de los pulmones hasta el atrio izquierdo, es la circulación pulmonar.
- El ventrículo izquierdo impulsa la sangre rica en oxígeno, que vuelve al corazón desde la circulación pulmonar, a través del sistema arterial (la aorta y sus ramas), con intercambio de oxígeno y nutrientes por dióxido de carbono en los capilares del resto del cuerpo.

EL MUSCULO CARDIACO:

- **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 y que se divide en: Pericardio fibroso: Es la capa más externa y más dura. Se fija al diafragma y al esternón. O Pericardio seroso: Es la siguiente capa hacia el interior.

CABIDADES CARDIACAS:

- i. Cada aurícula tiene una especie de prolongación dirigida hacia delante que se conoce como orejuela de la aurícula
- i. Las paredes de las aurículas son más finas que las de los ventrículos. En el interior se forman unos relieves que son músculos pectíneos.
- i. A la aurícula derecha (AD) desembocan la vena cava inferior y la vena cava superior, A la salida del ventrículo derecho (VD) tenemos la válvula pulmonar, que es el inicio de la arteria pulmonar.
- i. 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. Los vasos de distribución finales, o arteriolas, aportan la sangre rica en oxígeno a los capilares.
- ° **Túnica íntima**, un revestimiento interno compuesto por una sola capa de células epiteliales extremadamente aplanadas, o endotelio, que reciben soporte de un delicado tejido conectivo. Los capilares se componen sólo de esta túnica, además de una membrana basal de soporte en los capilares sanguíneos.
- ° **Túnica media**, una capa media compuesta principalmente por músculo liso.
- ° **Túnica adventicia**, una capa o lámina más externa de tejido conectivo.

Arterias:

- **Las grandes arterias elásticas:** (arterias de conducción) poseen numerosas láminas de fibras elásticas en sus paredes; permite expandirse cuando reciben la sangre de los ventrículos, minimizar el cambio de presión y volver a su tamaño inicial entre las contracciones ventriculares.
- **Las arterias musculares de calibre mediano:** (arterias de distribución) tienen paredes que principalmente constan de fibras musculares lisas dispuestas de forma circular.
- **Las arterias de calibre pequeño y las arteriolas:** son relativamente estrechas y tienen unas gruesas paredes musculares.

Venas:

- **Las vénulas son las venas de menor tamaño.** Las vénulas drenan los lechos capilares y se unen con otras similares para constituir las venas pequeñas. Para observarlas es necesario emplear medios de aumento. Las venas pequeñas son tributarias de venas mayores, que se unen para formar plexos venosos, como el arco venoso dorsal del pie.
- **Las venas medias** drenan los plexos venosos y acompañan a las arterias de mediano calibre. En los miembros, y en algunos otros lugares donde el flujo de sangre resulta dificultado por la acción de la gravedad, las venas medias poseen válvulas venosas, o pliegues pasivos que permiten el flujo sanguíneo hacia el corazón.
- **Las venas grandes** poseen anchos fascículos longitudinales de músculo liso y una túnica adventicia bien desarrollada. Un ejemplo es la vena cava superior.

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. Los capilares se disponen generalmente en forma de lechos capilares, o redes que conectan las arteriolas y las vénulas.

MUSCULO CARDIACO Y LISO:

- El músculo cardíaco es un tipo de músculo estriado que se halla en las paredes del corazón, o miocardio, así como en algunos de los principales vasos sanguíneos.
- La contracción del músculo cardíaco no se halla bajo el control voluntario, sino que se activa por fibras musculares cardíacas especializadas que constituyen el marcapasos, cuya actividad está regulada por el SNA