

Nombre de la alumna:

Evelia de Lourdes morales Pérez.

Nombre del profesor:

Lic. Ervin Silvestre Castillo

Materia:

Enfermería Clínica II

Cuatrimestre, Grupo Y Modalidad:

5to Cuatrimestre "B" Puericultura Semiescolarizada.

Nombre del trabajo:

Alteraciones de la pleura actuación de enfermería.

Cuadro Sinóptico

PASIÓN POR EDUCAR

Frontera Comalapa, Chiapas a 11 de febrero del 2021.

Alteraciones de la pleura .Actuación de enfermería

Infecciones Pulmonares

La infección pulmonar más común en nuestro medio es la:

Particularmente es la neumonía, la cual es adquirida en la comunidad (NAC), sin embargo, la fisiopatología de esta enfermedad todavía no se conoce con exactitud.

Mecanismo de defensa frente a la infección

La función principal del pulmón es efectuar el intercambio de gases con la atmosfera. Esto se realiza a través de una interface alveolo capilar, que construye la superficie epitelial más extensa del organismo.

Barrera anatómica y defensa innata

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

Las partículas inferiores a 10 μm alcanzan las vías aéreas inferiores, donde disminuye la posibilidad de imputación, 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 las secreciones bronquiales facilitan la eliminación de partículas a través del sistema mucociliar.

Insuficiencia respiratoria. Síndrome de distres respiratoria del adulto (SDRA)

El aparato respiratorio se encarga de realizar el intercambio de gases entre el aire ambiente y la sangre, captación de oxígeno (O₂) y eliminación de anhídrido carbónico (CO₂), desempeñado de esta manera su función.

Se define la insuficiencia respiratoria (IR) cuando el 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 mmHgI.

Clasificación de la insuficiencia respiratoria se clasifica en:

- IR hipoxémica o parcial tipo I: Cuando solo existe hipoxemia con normocapnia.
- IR hipercapnia o tipo II: en la que existe hipercapnia además de la hipoxemia.

La IR según el tipo de instauración puede clasificarse en:

Insuficiencia respiratoria aguda (IRA). Insuficiencia respiratoria crónica (IRC). Insuficiencia respiratoria crónica agudizada (IRCA).

Diagnóstico de la insuficiencia respiratoria aguda:

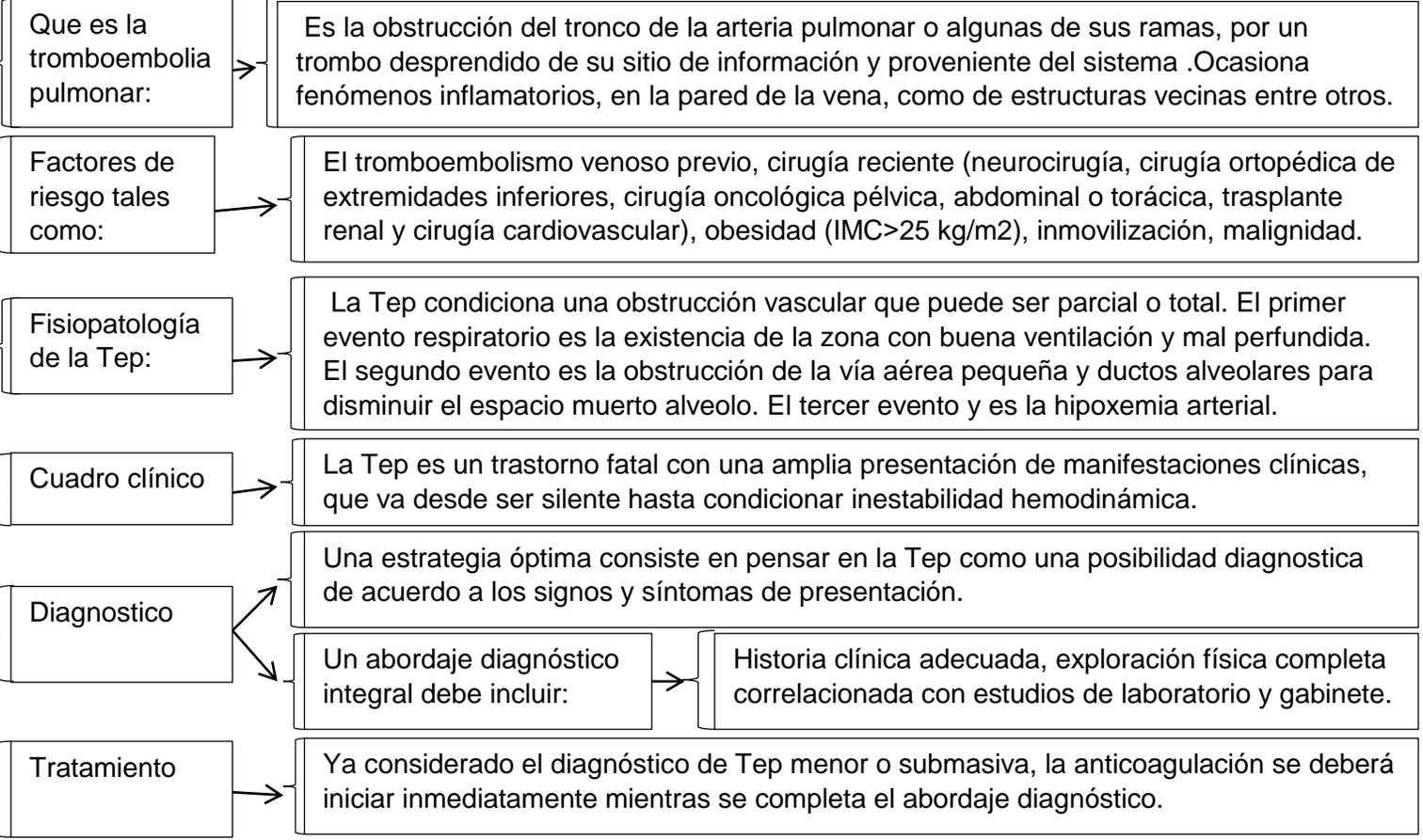
Podemos sospechar la existencia de una IRA por la presencia de síntomas y signos de hipoxemia y/o hipercapnia sobre todo en pacientes diagnosticados de enfermedades pulmonares agudas o crónicas agudizadas entre otros. Se diagnostica la IR por la gasometría arterial, radiografía del tórax, entre otras.

Medidas generales para el tratamiento específico de la IRA:

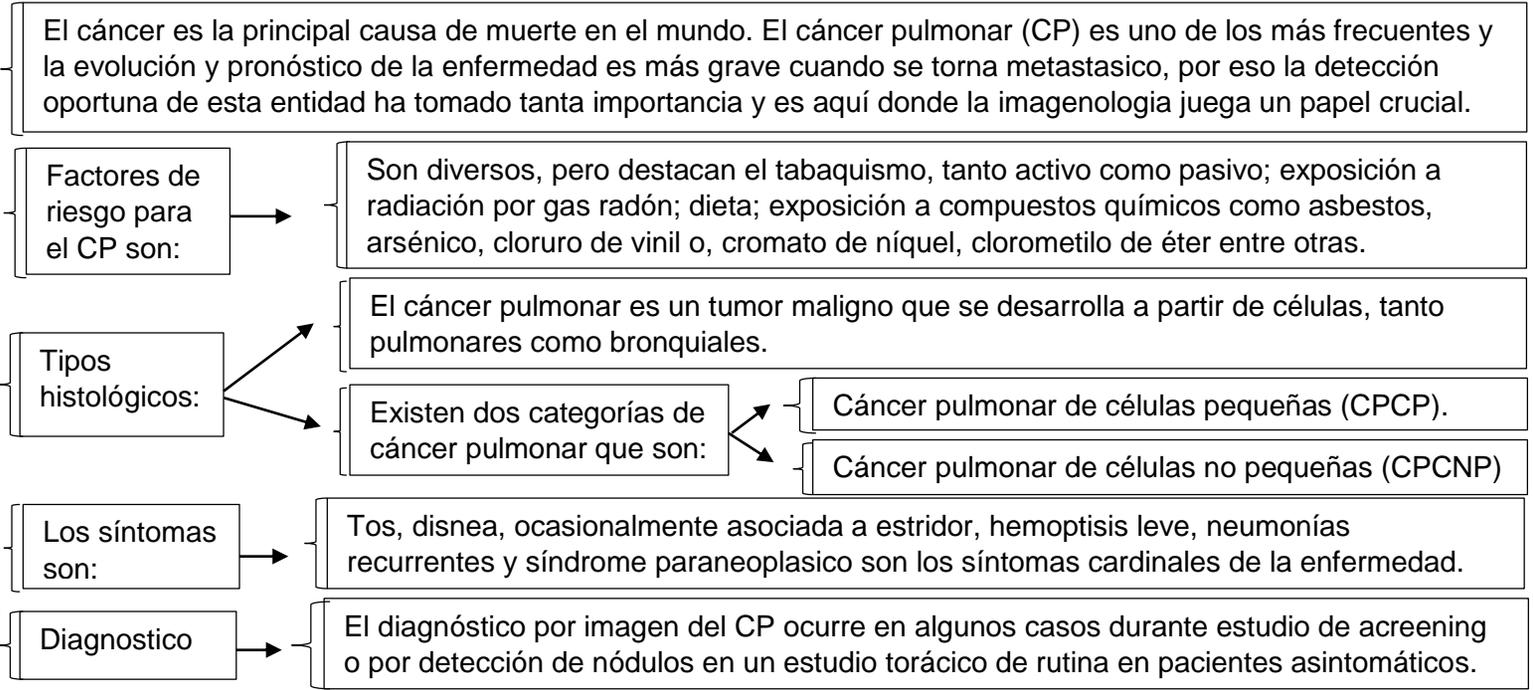
Asegura la permeabilidad de la vía aérea, monitorización de constantes vitales y SaO₂, Canalización de vía venosa, nutrición e hidratación adecuada, tratamiento si existe la anemia, tratamiento de fiebre y protección gástrica solo si es precisa.

Alteraciones de la pleura .Actuación de enfermería

Tromboembolismo Pulmonar (Tep).Hipertensión Pulmonar



Cáncer de pulmón



Alteraciones de la pleura .Actuación de enfermería

Traumatismo torácico. Neumo-hemotorax.Obstrucción de las vías aéreas.

Los TT son causa importante de morbilidad y mortalidad, siendo directamente responsables del 20-25% de las muertes debido a traumatismos y contribuyen en el fallecimiento de otros 25%.

Etiología.

La causa más frecuente de la TT son los: accidentes de tráfico (80-85%), seguidos de las caídas (caídas casuales, precipitaciones desde grandes alturas, etc.) que presenta el 10-14%, y un grupo misceláneo (accidentes laborales, agresiones, accidentes deportivos, etc.) el 5% aproximadamente.

Clasificación

Los TT se dividen en abiertos y cerrados, atendiendo a que exista o no una solución de continuidad en la pared torácica, y en torácica puros y politraumatismos, según la extensión del traumatismo.

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 respiratorios y cardiovasculares.

La clasificación de la TT es:

Traumatismos torácicos abiertos.

Donde existe una solución de continuidad de pared torácica, con disrupción de la pleura visceral, acompañado de laceración y contusión del pulmón subyacente.

Traumatismos torácicos cerrados.

Donde existe una afectación de las estructuras osteomusculares de la pared torácica y/o de los órganos intratorácicos por mecanismos de producción: Contusión directa, mecanismo de desaceleración y cizallamiento.

Principales lesiones específicas torácicas asociadas con los traumatismos torácicos.

Lesiones de la pared torácica: a/fracturas costales.

Lesiones pleuropulmonares: a/ neumotórax traumático.

Lesiones Traqueobronquiales.

Rotura diafragmática y asfisia traumática.