

Nombre del alumno:

Eduardo Alain García Rodríguez

Nombre del profesor:

Lic. Ervin Silvestre Castillo

Materia:

ENFERMERIA CLINICA II

Nombre del trabajo:

CUADRO SINÓPTICO TODA LA UNIDAD I I

Comitán de Domínguez, Chiapas a 14 de FEBRERO del 2021.

2.1 INFECCIONES PULMONARES

Y

2.2 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA.

Las infecciones pulmonares, particularmente la neumonía adquirida en la comunidad son Las enfermedades respiratorias que afectan a las vías respiratorias, incluidas las vías nasales, los bronquios y los pulmones. Incluyen desde infecciones agudas como la neumonía y la bronquitis a enfermedades crónicas como el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Barreras anatómicas y defensa innata: Las barreras anatómicas son un grupo de tejidos que por sus características generales se constituyen en el primer nivel de defensa del sistema inmunitario del organismo y se encuentran compuestas por diferentes estructuras que producen un tipo de defensa inespecífica ante un agente externo o un antígeno.

Insuficiencia respiratoria. Síndrome de distress respiratorio del adulto.

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), Desempeñando de esta manera su principal función. La insuficiencia respiratoria se define por la incapacidad del aparato respiratorio para mantener un adecuado intercambio gaseoso Necesario para atender las necesidades metabólicas del organismo.

Mecanismos de defensa frente a la infección

Pulmonar: Para evitar las lesiones e infecciones que estas partículas y microorganismos podrían provocar, el pulmón dispone de una serie de mecanismos de defensa. Entre ellos encontramos los mecanismos encargados de mantener la vía aérea protegida, como son las barreras anatómicas, la tos y el aparato mucosilla.

Los mecanismos defensivos de los pulmonares:

Son inmunidad innata como son anatómicos, los sistemas mucosiliar, reflejos, reflejos de humorales celulares.

Inmunidad adquirida: componentes humorales y componentes celulares

Los mecanismos innatos de defensa actúan protegiendo las vías aéreas a través del reflejo tusígeno, eliminación mucosilla y las propiedades antimicrobianas de la superficie de la mucosa.

La inmunidad adquirida se denomina también inmunidad específica porque dirige su ataque a un antígeno específico que se ha encontrado con anterioridad. Sus rasgos característicos son la capacidad para aprender, adaptarse y recordar.

Ayudan a las células a ingerir antígenos (las células que ingieren antígenos se denominan fagocitos), Inactivan sustancias tóxicas producidas por las bacterias.

Atacan directamente a las bacterias y a los virus. Evitar que bacterias y virus se adhieran a las células y las invadan.

CLASIFICACION DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

La IR puede clasificarse en: IR hipoxémica o parcial o tipo I: cuando sólo existe hipoxemia con normocapnia. IR hipercápnic o global o tipo II: en la que existe hipercapnia además de la hipoxemia. Según el tiempo de instauración puede clasificarse

Insuficiencia respiratoria aguda (IRA): cuando su instauración es rápida en minutos, horas y Los 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 para corregirlas alteraciones que se producen en el equilibrio ácido-base.

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

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.

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 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 y ductos alveolares para disminuir el espacio muerto alveolar, el tercer evento y más importante es la hipoxemia arterial.

2.3.- Tromboembolismo pulmonar (TEP). Hipertensión pulmonar. Atención de enfermería

Y

2.4.- Cáncer de pulmón. Cuidados de enfermería.

Cuadro clínico: La TEP es un trastorno potencialmente fatal con una amplia presentación de manifestaciones clínicas, que va desde ser silente hasta condicionar inestabilidad hemodinámica. 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

Diagnóstico: 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 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 submasiva, la anticoagulación se deberá iniciar de manera inmediata mientras se complementa el abordaje diagnóstico.

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, cloro metilo de éter, entre muchas otras sustancias más.

Fumar tabaco es el factor de riesgo presente en 90% de los pacientes con CP

El riesgo de enfermar o morir por CP en fumadores aumenta drásticamente después de los 40 años de edad.

2.4 cáncer de pulmón.

γ

2.5 traumatismos torácicos. Neumohemotorax.

Obstrucción de las vías aéreas

Tipos histológicos

El cáncer pulmonar es un tumor maligno que se desarrolla a partir de células, tanto pulmonares como bronquiales. Existen dos categorías de cáncer pulmonar clínicamente importantes. Considerando el origen y el comportamiento de las células cancerosas:

Cáncer pulmonar de células pequeñas (CPCP).

Cáncer pulmonar de células no pequeñas¹ (CPCNP).

Cómo se origina el cáncer de pulmón

El cáncer de pulmón comienza en los pulmones y se puede diseminar a los ganglios linfáticos o a otros órganos del cuerpo, como el cerebro. A su vez, el cáncer originado en otros órganos se puede diseminar a los pulmones. Cuando las células cancerosas se diseminan de un órgano a otro, se le llama metástasis.

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 traqueo bronquial.

El cáncer de pulmón se produce cuando hay un crecimiento exagerado de células malignas en este órgano. Si no se diagnostica a tiempo se puede producir la metástasis del tiempo, en estos casos las células cancerosas se desplazan hacia otros órganos del cuerpo.

De todos modos, un paciente con cáncer en el pulmón (ya sea propio de ese órgano, o metástasis de otro lugar) puede morir de varios modos. Lo más frecuente es la insuficiencia respiratoria, es decir, la asfisia.

El 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.

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

CLASIFICACIÓN

Traumatismos torácicos abiertos. Traumatismos torácicos cerrados.

Principales lesiones específicas torácicas asociadas con los traumatismos torácicos.: lesiones de la pared torácica: a/ fracturas costales

Lesiones pleuro pulmonares: a/ neumotórax traumático:

Lesiones traqueos bronquiales

Rotura diafragmática

Asfisia traumática

Clasificación. 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.