

## INTRODUCCIÓN

El siguiente control de lectura nos ayuda a enter con espíritu los siguiente temas retomando puntos específicos para el entendimiento del lector donde se explica paso a paso el intercambio de gases entre la sangre como también se menciona el mecanismo de la ventilación y respiración artificial con el objetivo de llegar más al fondo de los temas y tener más conocimiento de los puntos claves.

## INSUFICIENCIA RESPIRATORIA SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO DEL ADULTO (SDRA).

El aparato respiratorio se encarga de realizar el intercambio de gases entre el aire ambiente y la sangre. Se define por la incapacidad del aparato respiratorio para mantener un adecuado intercambio gaseoso necesario para atender las necesidades metabólicas del organismo.

Se define la insuficiencia cardiaca (IC), la presión arterial de  $O_2$  ( $PO_2$ ) es menor de  $60 \text{ mmHg}$  / la presión arterial de  $CO_2$  ( $PCO_2$ ) es mayor de  $45 \text{ mmHg}$ .

### Clasificación

- \* IR hipoxémica o parcial o tipo I: cuando sob existe hipoxemia con normocapnia.
- \* IR hipercapnia o global o tipo II: existe hipercapnia además de la hipoxemia.

### INSTAURACION CLASIFICACION

- \* Insuficiencia respiratoria aguda (IRA).
- \* Insuficiencia Respiratoria Crónica (IRC).
- \* Insuficiencia Respiratoria Crónica agudizada (IRCA).

**Diagnostico de la insuficiencia respiratoria aguda.**  
la existencia de una ira por la presencia de síntomas y signos de hipoxemia o hipercapnia (disnea, dolor torácico, hemoptisis).

## Gasometria Arterial o Pulsioximetría.

Es la prueba imprescindible para confirmar la sospecha diagnóstica de iras, informa el grado de severidad de la misma.

### Radiografía de tórax.

Ayuda a diagnosticar, diferencial de la IRA, en función de los patrones radiológicos.

### TRATAMIENTO

El tratamiento de la IRA comprende dos apartados:  
1: El tratamiento de la enfermedad de base causante de la IRA.

2: Tratamiento específico de la IRA.

- \* Monitorización de constantes vitales y  $SpO_2$ .
- \* Nutrición e hidratación adecuada.
- \* Permeabilidad de la vía aérea.
- \* Monitorización de control y protección gástrica.
- \* Tratamiento de la fiebre, la agitación o cualquier situación que conlleve un aumento del consumo de  $O_2$ .
- \* Canalización de vía venosa.
- \* Tratamiento de la fiebre, la anemia y la hipotensión para mejorar el transporte de  $O_2$ .

## TRAMBOEMBOLISMO POLMONAR (TEP), HIPERTENSIÓN PULMONAR

Es la obstrucción del tronco de la arteria pulmonar o alguna de sus ramas. La TEP, es la formación de un trombo en el interior de una vena a la cual aduce parcial o totalmente que se acompañan de fenómenos inflamatorios, tanto de la pared de la vena como las estructuras vecinas entre ellas, los vasos y el sistema linfático.

La inmovilización prolongada o corta (aproximadamente 7 días), incrementa el riesgo de TEP, al igual que los procedimientos quirúrgicos mayores y cirugía ortopédica. Estos se consideran factores predisponentes y la susceptibilidad persiste por 30 días.

### Factores de riesgos.

- \* Tromboembolismo venoso previo.
- \* Cirugía reciente (Neurocirugía, ortopédica, extremidades inferiores, oncología pélvica, cardiovascular.)
- \* Obesidad ( $IMC > 25 \text{ kg/m}^2$ ).
- \* Inmovilización.
- \* Malignidad (producción anormal de procoagulantes o debido a la quimioterapia).
- \* La terapia hormonal de reemplazo postmenopáusico.
- \* Anticonceptivos orales.
- \* Edad avanzada identifican a los pacientes con bajo umbral para TEP y en quienes es apropiado descartarla.

## Fisiopatología

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 es la hipoxemia arterial.

## Diagnóstico

una estrategia óptima consiste en pensar en la TEP como una posibilidad diagnóstica de acuerdo a los signos y síntomas de presencia. un abordaje diagnóstico integral debe incluir historia clínica adecuada con exploración física completa correlacionada con estudios de laboratorio y gabinete.

## Tratamiento

una vez considerando el diagnóstico de TEP menor o submasivo, la anticoagulación se debería iniciar de manera inmediata mientras se complementa el abordaje diagnóstico.

## Cuadro clínico

La TEP, es un trastorno potencialmente fatal con una amplia presentación de manifestaciones clínicas.

- \* Disnea.
- \* Taquipnea.
- \* Dolor torácico.

## CANCER DE PULMON

Los principales causas de muerte en el mundo fue considerado hasta mediados del siglo pasado como una enfermedad poco frecuente a partir de 1930 su frecuencia aumentado x en la actualidad es el terror.

## Factores de riesgo

Se descarta el tabaquismo tanto activo como pasivo, exposición a radiación por gas radón

El cp se considera como enfermedad continua del tabaquismo.

\* Foma tabaco, es a factor de riesgo presente en 90% en los pacientes con cp.

\* El riesgo de enfermarse o morir por cp en fumadores aumenta drásticamente después de los 40 años de edad

## Tipos histológicos

ES un tumor maligno que se desarrolla a partir de células, tanto pulmonares como bronquiales. Existen dos categorías de cáncer pulmonar.

1: Cáncer pulmonar de células pequeñas (CPCP).

2: Cáncer pulmonar de células no pequeñas (CNP).

considerando el origen x el comportamiento de las células cancerosas.

## Generalidades Clínicas

Los síntomas varían de acuerdo con la extensión de la enfermedad. los síntomas cardinales de la enfermedad en un estadio en el que el cáncer continúa confirmado.

- \* Ronquera
- \* Dolor en la pared torácica.
- \* Neuropatía del plexo braquial.
- \* obstrucción de vena cava superior.

son síntomas que indican invasión a mediastino, Pleura, Pericardio y pared torácica.

## Detección temprana

tiene un pronóstico malo debido a que típicamente se diagnostica en un estadio avanzado, la posibilidad para detectarlo en un estadio temprano y tratarlo agresivamente mediante cirugía pequeña podría resultar en una alta probabilidad de curación.

## Diagnóstico

el diagnóstico por imagen, 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 malignidad regularmente el resultado es un estadio avanzado, con un tumor de mayor tamaño que puede presentar diseminación regional o a distancia.

## TRAUMATISMOS TORÁCICOS, NEUMO-HEMOTORAX OBSTRUCCION DE LAS VIAS PÉREAS.

Los traumatismos torácicos (TT) son causas importantes de morbilidad y mortalidad siendo directamente responsable del 20.25% de las muertes debidas a traumatismos y contribuyen al fallecimiento.

## ETIOLOGIA:

Las causas más frecuentes de TT la contribuyen los accidentes de tráfico, los caídas, accidentes laborales, agresiones, accidentes deportivos.

## Clasificación:

Generalmente los TT, se dividen en abiertos y cerrados, atendiendo que exista o no sacroton de continuidad en la pared torácica x en torácicos puros x politraumatismos.

La evaluación de las lesiones torácicas es solo una parte de la evaluación total del paciente traumatizado

\* Traumatismos torácicos abiertos: son aquellos en los que existe una solución de continuidad en la pared torácica con distorsión de la pleura visceral, acompañada de laceraciones y contusión del pulmón subyacente deben ser transformados en cerrados mediante la compresión con gases o compresas impregnadas en la sелina.

\* Lesiones trasqueobronquiales: lesiones de la tráquea o de las bronquias principales, presisan reparación quirúrgica, son producidas por heridas penetrantes o por traumatismos cerrados se produce un

Se produce un mecanismo de estallido o arrancamiento que ocasiona habitualmente una lesión traqueal a 2-2.5 cm de la cavina o en el origen de las bronquias -los lobes superiores-, con desgarramiento de la membrana cerca de la inserción cartilaginosa.

\* Rotura diafragmática: es el traumatismo penetrante en estos casos tanto el hemidiafragma derecho como el izquierdo se pueden lesionar por igual. Las lesiones del diafragma por traumatismos cerrados son raras. Se producen 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 producen un síndrome que se manifiesta con cianosis, hemorragia petequeal y edema de la cabeza, cuello, parte superior del tórax y conjuntiva y en las caras masgrea -es edema cerebral.

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.

Se puede dividir los TT en dos grandes grupos, cerrados y abiertos, atendiendo que exista o no una solución de continuidad en la pared torácica, el mecanismo inicial del TT, es igual que el de cualquier otra forma de lesiones de tórax, siendo prioritaria la restauración de una adecuada función respiratoria y cardiovascular.

### conclusion

Se concluye este trabajo con el control de lectura, esperando que sea de un gran apoyo para ustedes y aclarar los dudas que tienen respecto a los temas.