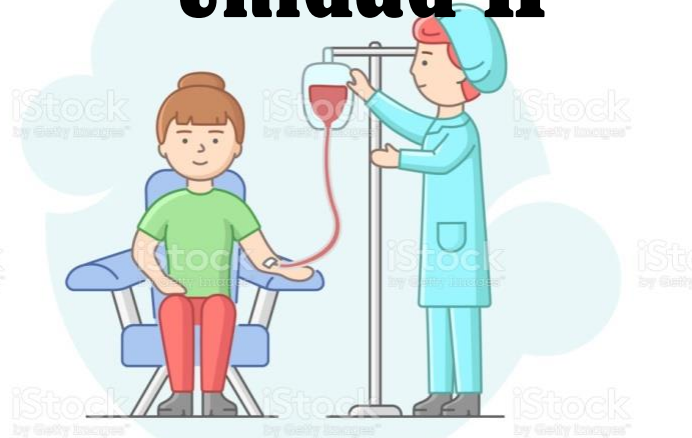


ALTERACIONES DE LA PLEURA ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

Unidad II



Alumno: Francisco Enrique Hernández Arias

Asesor: Edgar Geovanny Lievano Montoya

Asignatura: Enfermería clínica II

Licenciatura: Enfermería

Insuficiencia respiratoria de distres respiratoria del adulto

El aparato respiratorio se encarga del intercambio gaseoso entre el aire ambiente y la sangre, captación de oxígeno (O_2) y la eliminación de anhídrido carbónico (CO_2), desempeñando de esta manera su principal función.

Clásicamente se define la insuficiencia respiratoria cuando en reposo, vigilia y respirando aire ambiente, la presión arterial de O_2 (PO_2) es menor de 60 mmHg y/o la presión arterial de CO_2 (PCO_2) es mayor de 45 mmHg.

Clasificación de la IR

- * IR hipoxémico o parcial o tipo I: Cuando solo existe hipoxemia con normocapnia.
- * IR hipercapnia o global o tipo II: En la que existe hipercapnia además de la hipoxemia. Según el tiempo de insaturación puede clasificarse en:
 - Insuficiencia respiratoria aguda (IRA)
 - Insuficiencia respiratoria crónica (IRC)
 - Insuficiencia respiratoria crónica agudizada (IRCA)

Diagnóstico de la IRA

Podemos sospechar la existencia de una IRA por la presencia de signos y síntomas de hipoxemia y/o hipercapnia, sobre todo en presencia de pacientes diagnosticados de enfermedades pulmonares agudas o crónicas agudizadas.

Metodos de diagnóstico:

- ▶ Gasometría arterial/pulsoximetría.
- ▶ Radiografía de tórax.

Tratamiento de la IRA.

Comprende dos apartados. En primer lugar el tratamiento de la enfermedad de base causada por la IRA (neumonía, TEP, etc.) y en segundo lugar el tratamiento específico de la IRA. Este incluye:

Medidas generales:

- Asegurar la permeabilidad de las vías aéreas.
- Monitorizar de constantes vitales y SpO_2 .
- Canalizar vía venosa.
- Nutrición e hidratación adecuada.
- Tratamiento de la fiebre, la agitación o cualquier otra condición que conlleve un aumento de CO_2 .

Tramboembolismo pulmonar e hipertensión arterial

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 TEP es la formación de un trombo en el interior de una vena a la cual ocurre parcial o totalmente.

Fisiopatología

La TEP condiciona una obstrucción vascular que puede ser parcial o totalmente, 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 dulos alveolares para disminuir el espacio muerto alveolar, el tercer evento y más importante es la hipoxemia pulmonar.

Cuadro clínico

La TEP es un síndrome potencialmente fatal con una amplia manifestaciones clínicas. La disnea, Taquipnea y dolor torácico están presentes en el 97% de los pacientes con TEP.

Diagnostico

Una estrategia optima consiste en pensar en la TEP como una posibilidad diagnostica de acuerdo a los signos y sintomas de presentacion. Un abordaje diagnostico integral debe incluir historia clinica adecuada, con exploracion fisica adecuada correlacionada con estudios de laboratorio y gabinete.

Cáncer de pulmón

El cáncer de pulmón es una de las principales causas de muerte en el mundo. El cáncer de pulmón fue considerado hasta mediados del siglo pasado como una enfermedad poco frecuente. A partir de 1930 su frecuencia ha aumentado y en la actualidad es el tumor maligno más frecuente.

Factores de riesgo.

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, etc. "

Tipos histológicos

Existen dos categorías de cáncer pulmonar clínicamente importantes considerando el origen y el comportamiento de las células cancerosas:

- * Cáncer pulmonar de células pequeñas (CCP)
- * Cáncer pulmonar de células no pequeñas (CCPNP)

Generalidades clínicas

Síntomas:

- Tosa
- Disnea
- Hemoptisis leve
- Neumonías
- Síndrome paraneoplásico con los síntomas cardinales de la enfermedad.

Ronquera, dolor en pared torácica, neuropatía del plexo braquial, obstrucción de la vena cava superior, dislogia y síndromes causados por el derrame pleural son síntomas que indican invasión a mediastino, pleura, pericardio y pared torácica.

Traumatismo torácico. Neumo-Tórax

El traumatismo torácico (TT) son causa importante de morbilidad y mortalidad, siendo directamente responsable de 20-25% de las muertes debido al traumatismo y contribuyen en el fallecimiento de otros 25%.

Clasificación:

▶ Trauma torácicos abiertos.

Son aquellos en los que existe una solución de continuidad de la pared torácica, con interrupción a la pleura visceral, descomprimidos e, generalmente, la laceración y contusión del pulmón subyacente. Los traumatismos abiertos de tórax deben ser transformados o cerrados mediante la compresión con gases o compresas impregnadas de yodo.

▶ Traumatismo torácico cerrado

En este caso no hay solución de continuidad de la pared torácica. Existe una distorsión de las estructuras estromusculares de la pared torácica y/o de los órganos intratorácicos por diversos mecanismos de producción: Contusión directa, mecanismos de descompresión y crecimiento.

Principales lesiones específicas torácicas asociadas con los

Traumatismos torácicos

- * Lesiones de la pared torácica: A/ Fracturas costales.
- * Lesiones pleuropulmonares: A/ Neumotórax traumático.
- * Lesiones traqueobronquiales.
- * Roturas diafragmáticas
- * Astecca traumática