



Mi Universidad
MAPA CONCEPTUAL

NOMBRE DEL ALUMNO: Olivar Pérez Santizo

TEMA: 2.1 Infecciones pulmonares/1.2 Insuficiencia respiratoria. Síndrome de diestres respiratorio dl adulto (SDRA)

PARCIAL: II

MATERIA: Enfermería clínica II

NOMBRE DEL PROFESOR: EEU. Rubén Eduardo Domínguez García

LICENCIATURA: En enfermería

CUATRIMESTRE: 5°

FRONTERA COMALAPA, CHIAPAS. A 04 DE FEBRERO DEL 2022.

2.1 Infecciones pulmonares

Son

Infecciones causadas por virus y/o bacterias que como su nombre indica afectan principalmente a los pulmones, estas pueden ser leves, moderadas o graves y pueden o no evolucionar con el paso del tiempo y presentar complicaciones.

Por lo tanto

Son objeto de estudio e investigación desde la antigüedad, particularmente la neumonía adquirida en la comunidad (NAC).

Sin embargo

fisiopatología de esta enfermedad todavía no se conoce con exactitud, ya que en los últimos años se han descrito múltiples factores de riesgo o comorbilidades que se asocian a una mayor probabilidad de muerte por neumonía.

Esto ha dado lugar a la aparición de varias escalas pronósticas que han permitido, entre otras cosas, la utilización de un lenguaje homogéneo para calcular la probabilidad de muerte de un paciente con NAC en cualquier lugar del mundo, aunque los mecanismos están suficientemente claros.

Así mismo

Se aplican mecanismo y barreras de defensa ante las infecciones.

En ellas hallamos

Los mecanismos de defensa frente a la infección.

Las barreras anatómicas y defensa innata.

Aquí nos dice que

La función principal del pulmón es efectuar el intercambio de gases con la atmósfera. Esta compleja tarea se realiza a través de una interface alveolocapilar, 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, pero, por otra, hace que este órgano sea particularmente susceptible a la infección.

Aquí nos dice que

Cuando se respira por la nariz, las vibrisas nasales son capaces de eliminar partículas mayores de 10-15 μm . En las vías aéreas superiores, las amígdalas y adenoides representan áreas de tejido linfoide secundario y son zonas especialmente dotadas para la eliminación de sustancias extrañas debido a su gran población de leucocitos residentes. Las partículas inferiores a 10 μm alcanzan las vías aéreas inferiores, donde disminuyen las posibilidades de impactación, 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 de este efecto directo de las mucinas, las secreciones bronquiales facilitan la eliminación de partículas a través del sistema mucociliar.

2.2 Insuficiencia respiratoria. Síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA).

Menciona que

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.

Así entonces

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.

Por lo tanto

(1) se define insuficiencia respiratoria (IR) cuando en 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 mmHg¹.

Los valores normales para la PCO₂ oscilan entre 35-45 mmHg. El aumento de la PCO₂ por encima de 45 mmHg se considera hipercapnia y la disminución del mismo por debajo de 35 mmHg se define como hipocapnia.

Ahora bien

La IR puede clasificarse en:

- IR hipoxémica o parcial o tipo I: cuando sólo existe hipoxemia con normocapnia.
- IR hipercápnica o global o tipo II: en la que existe hipercapnia además de la hipoxemia.

O según el tiempo de instauración puede clasificarse en:

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 para corregir las 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.

Por otra parte

(diagnostico) Podemos sospechar la existencia de una IRA por la presencia de síntomas y signos de hipoxemia y/o hipercapnia. En muchas ocasiones son la presencia de clínica respiratoria aguda las que nos hacen sospechar la existencia de IRA (disnea, dolor torácico agudo, hemoptisis, etc.).

Las formas para diagnosticar IR son a través de

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 y de la existencia de alteraciones en el equilibrio ácido base.

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.

Otras exploraciones complementarias
Van dirigidas al diagnóstico en función de la sospecha clínica, por ejemplo: gammagrafía o TAC (tomografía axial computarizada) helicoidal si se sospecha tromboembolismo pulmonar (TEP),

Al final

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.

Este último incluye:

- Las medidas generales:**
- Asegurar la permeabilidad de la vía aérea (retirar cuerpos extraños incluido prótesis dentales, aspirar secreciones, etc.) y si fuera preciso la intubación orotraqueal.
 - Monitorización de constantes vitales y SaO₂.
 - Canalización de vía venosa.
 - Nutrición e hidratación adecuadas.
 - Tratamiento de la fiebre, la agitación o cualquier situación que conlleve un aumento del consumo de O₂.
 - Tratamiento si existe de la anemia y de la hipotensión para mejorar el transporte de O₂.
 - Protección gástrica si precisa. - Profilaxis de la enfermedad tromboembólica.