

LICENCIATURA:
LICENCIATURA EN ENFERMERIA

GENERACION:
2020-2023

NOMBRE DEL TEMA:
MAPA CONCEPTUAL

- 2.1.- Infecciones pulmonares. Atención de enfermería.**
- 2.2.- Insuficiencia respiratoria. Síndrome de distrés respiratorio del adulto (sdra).**
- 2.3.- Tromboembolismo pulmonar (tep). Hipertensión pulmonar. Atención de enfermería.**
- 2.5.- Traumatismos torácicos. Neumo-hemotórax. Obstrucción de vía aérea.**

NOMBRE DEL ALUMNO:

JESUS ALBERTO GOMEZ GOMEZ

NOMBRE DEL DOCENTE:

DELMAR GOMEZ LOPEZ

FECHA DE ENTREGA: 19 DE MARZO DE 2022

INFECCIONES PULMONARES

son aquellas que impiden el buen funcionamiento de los pulmones. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los pulmones son el órgano más vulnerable a la infección y las lesiones del ambiente externo, debido a la exposición constante a partículas, productos químicos y organismos infecciosos que respira el ser humano.

Las infecciones pulmonares, particularmente la neumonía adquirida en la comunidad (NAC), han sido objeto de estudio e investigación desde la antigüedad.

Barreras anatómicas 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 aéreas superiores, las amígdalas y adenoides presentan áreas de tejido linfóide secundario y son zonas especialmente dotadas para la eliminación de sustancias extrañas

La capa de moco que tapiza los bronquios

se define por la incapacidad del aparato respiratorio para mantener un adecuado intercambio gaseoso necesario para atender las necesidades metabólicas del organismo

valores normales para la PCO₂

oscilan entre 35-45 mmHg.

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

se instaure 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):

se produce en pacientes que tienen una IR crónica, en el curso de la cual aparece un evento que la descompensa.

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA. SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO DEL ADULTO (SDRA)

CLASIFICACION DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Según el tiempo de instauración puede clasificarse en:

Insuficiencia respiratoria aguda (IRA)

cuando su instauración es rápida en minutos, horas o días

Insuficiencia respiratoria crónica (IRC):

es la prueba imprescindible para confirmar la sospecha diagnóstica de IRA

informa del grado de severidad de la misma, de la existencia o no de hipercapnia y de la existencia de alteraciones en el equilibrio

Radiografía de tórax

puede ayudar al diagnóstico diferencial de la IRA

DIAGNOSTICO DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

presencia de síntomas y signos de hipoxemia y/o hipercapnia

Gasometría arterial/Pulsioxim

TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

comprende dos apartados.

el tratamiento de la enfermedad de base causante de la IRA (neumonía, TEP, etc)

el tratamiento específico de la IRA

incluye:

Medidas generales

- Asegurar la permeabilidad de la vía aérea
- 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
- Protección gástrica si precisa. - Profilaxis de la enfermedad tromboembólica.

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP). HEPERTENCION 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

Factores de riesgo

tales como:

tromboembolismo venoso previo, cirugía reciente, obesidad (IMC > 25 kg/m²), inmovilización, malignidad, la terapia hormonal de reemplazo postmenopáusica, anticonceptivos orales y edad avanzada identifican a los pacientes con bajo umbral para TEP

Fisiopatología

condiciona una obstrucción vascular que puede ser parcial o total,

el primer evento

es la existencia de una zona con adecuada ventilación y mal perfundida

el tercer evento

es la hipoxemia arterial.

el segundo evento

es la obstrucción de la vía aérea pequeña y ductos alveolares

Cuadro clínico

La disnea es el síntoma más frecuente de TEP, cuando es aislada y de inicio rápido es debido a TEP de predominio central

dolor torácico tipo pleurítico, hemoptisis,

Otros diagnósticos diferenciales

- Gasometría arterial
- Radiografía de tórax

Diagnóstico

Se debe realizar:

Una historia clínica identificando factores de riesgo, síntomas y signos sugerentes de TEP

Tratamiento

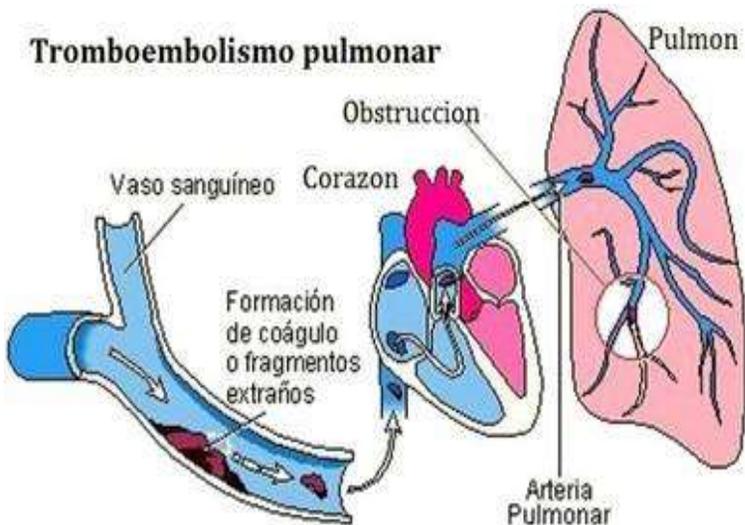
El tratamiento oportuno para desintegrar el coágulo reduce significativamente el riesgo de muerte.

se usan anticoagulantes o distintos procedimientos médicos.

Las medias de compresión y la actividad física previenen la formación de coágulos en primer lugar.

Uso de medicamento anticoagulante

Tromboembolismo pulmonar



TRAUMATISMOS TORÁCICOS. NEUMO-HEMOTORAX. OBSTRUCCIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS.

El traumatismo del tórax es una lesión de gravedad que en muchos casos causa discapacidad o incluso la muerte. La neumo-hemotorax es una acumulación de sangre en el espacio existente entre la pared torácica y el pulmón (la cavidad pleural). Una obstrucción de las vías aéreas se produce cuando algo impide que el aire entre en las vías aéreas de los pulmones y salga de ellas

ETIOLOGÍA.

La causa más frecuente de TT la constituyen, en el mundo occidental, los accidentes de tráfico, caídas casuales, precipitaciones desde grandes alturas, accidentes laborales, agresiones, accidentes deportivos

Los traumatismos abiertos del tórax deben ser :

Transformados en cerrados

Posteriormente el tratamiento continuara

con la colocación de un drenaje torácico para evacuar el hemoneumotórax que habitualmente acompaña a una lesión torácica penetrante

CLASIFICACIÓN.

se dividen en:

abierto

Son aquellos en los que existe una solución de continuidad de la pared torácica

son por arma blanca.

cerrado

no hay solución de continuidad de la pared torácica.

se dividen según el mecanismo del impacto por:

- Impacto frontal del vehículo
- Expulsión del vehículo
- Lesiones por vuelco del vehículo
- Atropello
- Motociclistas
- caídas desde grandes alturas

dolor sobre la zona de la fractura, que se acentúa con la inspiración profunda, con los movimientos o al presionar sobre la costilla fracturada

PRINCIPALES LESIONES ESPECÍFICAS TORÁCICAS ASOCIADAS CON LOS TRAUMATISMOS TORACICOS.

LESIONES DE LA PARED TORÁCICA: A/ FRACTURAS COSTALES

El mecanismo de producción puede ser por compresión anteroposterior de la caja torácica, produciendo la rotura en la zona lateral del arco costal, o por golpe directo, ocasionando la fractura costal en el sitio del impacto

sintomatología

LESIONES TRAQUEOBRONQUIALES:

producidas por heridas torácicas penetrantes o por traumatismos cerrados

LESIONES PLEUROPULMONARES: A/ NEUMOTÓRAX TRAUMÁTICO:

puede ser acusado por la disrupción de la pleura parietal con entrada de aire ambiente en los casos de lesiones penetrantes

ROTURA DIAFRAGMÁTICA

En estos casos tanto el hemidiafragma derecho como el izquierdo se pueden lesionar por igual.

ASFIXIA TRAUMÁTICA:

produce un síndrome que se manifiesta con cianosis, hemorragia petequial y edema de la cabeza, cuello parte superior del tórax y conjuntivas, y en los casos más graves, edema cerebral.