



Mi Universidad

Nombre del Alumno:

XOCHITL CONCEPCION PEREZ ALMEIDA

Parcial

I

Nombre de la Materia

ENFERMERIA CLINICA II

Nombre del profesor:

JUANA INES HERNANDEZ LOPEZ

Nombre de la Licenciatura:

LIC EN ENFERMERIA

Cuatrimestre

5TO

ACTIVIDAD 1: APARATO RESPIRATORIO

Realizar una investigación de los siguientes conceptos.

- ✚ **Secreciones:** Sustancia sintetizada y posteriormente liberada por las células de una glándula o de un órgano (ejemplos: páncreas, glándula sebácea, glándula tiroides). Existen numerosos tipos de secreciones orgánicas como las hormonas, los ácidos digestivos o el sudor, cada una de las cuales tiene una o varias funciones específicas.

- ✚ **Espujo:** Secreción o flema que se produce en los pulmones, bronquios, tráquea, laringe, faringe y aún en la cámara posterior de la boca, y que se arroja de una vez en cada expectoración y la tos.

- ✚ **Toracocentesis:** Prueba de punción puntual de la pared torácica para la extracción de líquido y/o aire del espacio pleural (espacio externo de los pulmones), mediante una fina aguja hueca o un catéter.

- ✚ **Broncoscopia:** Procedimiento que permite que el médico examine los pulmones y las vías aéreas. Esto, generalmente, es realizado por un médico que se especializa en trastornos pulmonares (un neumólogo). Durante la broncoscopia, se introduce a través de la nariz o la boca un tubo delgado (broncoscopio) que desciende por la garganta hacia los pulmones.

- ✚ **Biopsia:** Procedimiento médico que consiste en extraer y analizar una porción de un tejido que se toma de un organismo vivo, con el objetivo de realizar un diagnóstico. A la muestra del tejido en cuestión también se la conoce como biopsia.

- ✚ **Oxigenoterapia:** Administración de oxígeno en una cantidad mayor de la que se encuentra en el ambiente normal, teniendo como objetivo garantizar la oxigenación de los tejidos del cuerpo. Ciertas condiciones pueden ocasionar la reducción del suministro de oxígeno para los pulmones y los tejidos, como ocurre en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), ataque de asma, apnea del

sueño y neumonía: por esta razón, en estos casos puede ser necesaria la oxigenoterapia.

✚ **Sinusitis:** Inflamación de los senos paranasales. Esto puede ser por una infección u otro problema. Los senos paranasales son espacios huecos donde pasa el aire por el interior de los huesos que rodean la nariz. Producen secreción mucosa que drena hacia la nariz. Si la nariz está inflamada, puede bloquear los senos paranasales y causar dolor.

✚ **Rinitis:** Término que se emplea en el ámbito de la medicina para nombrar a la hinchazón de la mucosa que se halla en las fosas nasales. Dicha inflamación puede tener diferentes causas.

✚ **Laringitis:** La laringitis es la inflamación de la caja de voz (laringe) por uso excesivo, irritación o infección. Con la laringitis, tus cuerdas vocales se inflaman o irritan. Esto hace que las cuerdas vocales se hinchen, lo que distorsiona los sonidos producidos por el aire que pasa sobre ellas. Como resultado, la voz suena ronca. En algunos casos de laringitis, la voz puede ser casi imperceptible.

✚ **Faringitis:** Es una inflamación de la mucosa que afecta directamente a la faringe. La faringe es un músculo en forma de tubo que nos facilita la respiración y está situado en el cuello, cubierto por una membrana de mucosa ya mencionada, que al inflamarse produce malestar y dolencias. La faringe conecta con la nariz y la boca del esófago directamente, además de la tráquea, es por ella que las funciones respiratorias se ven afectadas cuando esto ocurre.

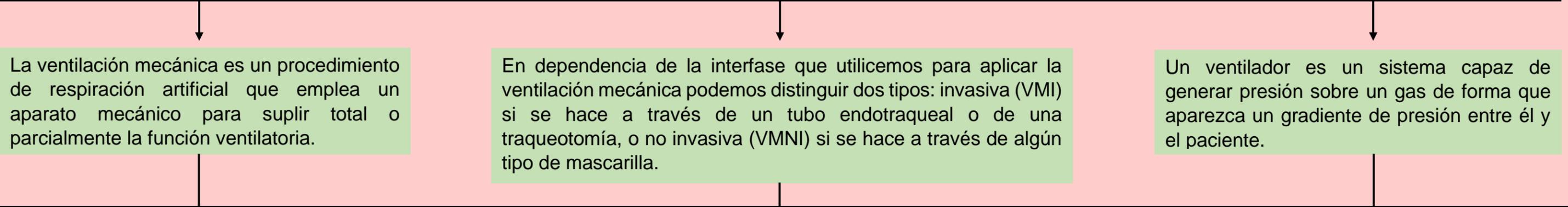
✚ **Traqueítis:** Infección aguda de la tráquea. Suele ser una enfermedad benigna, aunque puede causar molestias, cansancio, insomnio, nerviosismo, etc.

✚ **Bronquitis:** Inflamación del revestimiento de los bronquios que llevan el aire hacia adentro y fuera de los pulmones. Las personas que tienen bronquitis suelen toser mucosidad espesa y, tal vez, decolorada. La bronquitis puede ser aguda o crónica.

1.4 VENTILACION MECANICA INVASIVA Y NO INVASIVA

Ventilación terapia, Intubación endotraqueal, traqueostomía, respiración artificial

Por definición la ventilación mecánica actúa de forma contraria a la respiración espontánea, pues mientras ésta genera presiones negativas intratorácicas, la ventilación mecánica suministra aire a los pulmones generando una presión positiva.



OBJETIVOS FIFIOLOGICOS

OBJETIVOS CLINICOS

Actuar sobre el intercambio de gases:
Proporcionar una ventilación alveolar adecuada.
Mejorar la oxigenación arterial.

Mantener el volumen pulmonar:
Conseguir una capacidad residual adecuada, impidiendo el colapso alveolar.
Conseguir una adecuada insuflación pulmonar al final de la inspiración.

Reducir el trabajo respiratorio:
Descarga de los músculos respiratorios.

Revertir la hipoxemia.
Corregir la acidosis respiratoria

ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

Problemas en la salud pública relevantes por su impacto en la mortalidad, discapacidad y calidad de vida

Factores de riesgo

- ✦ Exposición a ciertos gases
- ✦ Exposición a cantidades considerables de contaminación
- ✦ Uso frecuente de fuego para cocinar sin ventilación apropiada

Causas

Tabaquismo, es la más frecuente

Asma Bronquial

Transtorno que provoca que las vías respiratorias se hinchen y se estrechen

Causas:

- Inflamación
- Ataque de asma
- Vías respiratorias sensibles

Síntomas:

- Tos con o sin producción de esputo (flemas)
- Retracción o tiraje de la piel al respirar
- Dificultad de respirar

Prevención:

- Quitar tapete y aspirar regularmente
- Cubre camas "aprueba de alergias"
- Detergentes sin fragancias
- Casa limpia

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

Incapacidad del aparato respiratorio para mantener un adecuado intercambio gaseoso necesario para atender las necesidades metabólicas del organismo

Clasificación de la insuficiencia respiratoria

IR hipoxémica o parcial o tipo I

IR hipercapnia o global o tipo II

Insuficiencia Resp. Aguda (IRA)

Instauración rápida por alternaciones en la oxigenación y en el equilibrio ácido-base

Insuficiencia Resp. Crónica (IRC)

Instaura de manera lenta, se produce en el equilibrio ácido-base

Insuficiencia Resp. Crónica Agudiza (IRCA)

Se produce en pacientes con IR Crónica

Diagnostico de la insuficiencia respiratoria aguda

Gasometría Arterial/ Pulsometria

Prueba imprescindible para confirmar la sospecha diagnóstica de IRA

Radiografía de tórax

Nos puede ayudar al diagnóstico diferencial de la IRA.

Otras exploratorias complementarias

Van dirigidas al diagnóstico en función de la sospecha clínica

Tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda

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.

Medidas generales

- Asegurar la permeabilidad de la vía aérea 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
- 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

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP). HEPERTENCION PULMONAR. ATENCION DE ENFERMERIA

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

- + Tromboembolismo venoso previo cirugía reciente
- + Obesidad (IMC > 25 kg/m²)
- + Inmovilización malignidad (producción anormal de procoagulantes o debido a la quimioterapia),
- + Terapia hormonal de reemplazo postmenopáusica, anticonceptivos orales
- + Edad avanzada en pacientes con bajo umbral para TEP

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
- + La TEP compromete el transporte eficiente de oxígeno y dióxido de carbono a nivel pulmonar, la disminución de la presión arterial de oxígeno arterial (y el incremento en el gradiente alvéolo arterial de oxígeno

Cuadro clínico

- + 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 presencia de dolor pleurítico, tos y hemoptisis a menudo sugieren un embolismo menor
- + La presencia de dolor torácico de tipo anginoso probable esté en relación a la isquemia ventricular derecha, en la exploración física los hallazgos de FVD

Diagnostico

- + Parece difícil, ya que puede acompañar o tener semejanza a otras enfermedades cardiopulmonares
- + 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.

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

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%.

Etiología

La causa más frecuente de TT la constituyen, en el mundo occidental, los accidentes de tráfico (80-85%), seguidos de las caídas que representan el 10-15%, y un grupo misceláneo

CONSIDERACIONES INICIALES.

- La evaluación de las lesiones torácicas es solo una parte de la evaluación total del paciente traumatizado.
- Lo más prioritario será asegurar la presencia de una vía aérea permeable y que permita la correcta ventilación del paciente
- Los pacientes con lesiones torácicas importantes pueden presentar un severo distrés respiratorio o un franco fallo respiratorio

CLASIFICACIONES

Traumatismos torácicos abiertos

Son aquellos en los que existe una solución de continuidad de la pared torácica, con disrupción de la pleura visceral, acompañándose, generalmente, de laceración y contusión del pulmón subyacente.

Traumatismos torácicos cerrados

En estos casos no hay solución de continuidad de la pared torácica. Existe una afectación de las estructuras osteomusculares por diversos mecanismos de producción

PRINCIPALES LESIONES ESPECÍFICAS TORÁCICAS ASOCIADAS CON LOS TRAUMATISMOS TORACICOS

LESIONES DE LA PARED TORÁCICA: A/ FRACTURAS

Se ocasionan, aproximadamente, en el 85% de los TT no penetrantes.

LESIONES PLEUROPULMONARES: A/ NEUMOTÓRAX TRAUMÁTICO

Es una complicación frecuente tanto en TT abiertos como cerrados, y puede ser acusado por la disrupción de la pleura parietal con entrada de aire

LESIONES TRAQUEOBRONQUIALES

Son producidas por heridas torácicas penetrantes o por traumatismos cerrados.

ROTURA DIAFRAGMÁTICA

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

ASFIXIA TRAUMÁTICA

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