



Nombre del Alumno: IZARI YISEL PEREZ CASTRO

Nombre del tema: ALTERACIONES DE LA PLEURA ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

Parcial: 2

Nombre de la Materia: ENFERMERÍA CLÍNICA I I

Nombre de la profesora: LIC. EDUARDO RUMEN DOMÍNGUEZ GARCÍA

Nombre de la Licenciatura: ENFERMERIA

Cuatrimestre: 5ºAº

Introducción

Bueno en este ensayo hablaremos acerca de un tema de suma importancia para toda la humanidad, lo cual trataremos sobre nuestros pulmones cuando hay alteraciones en ellos como nos afecta, ya que el pulmón es un órgano de suma importancia para nosotros en el cual ese órgano si no funciona muy bien nos enfermamos, pero si deja de funcionar nos morimos. En este ensayo los temas al tratar son como las alteraciones de la pleura actuación de enfermería, el tema de infección pulmonares, insuficiencia respiratoria, síndrome de distres respiratorio del adulto, tromboembolismo pulmonar (tep), hipertensión pulmonar, cáncer de pulmón, traumatismos torácicos, neumo-hemotorax y obstrucción de las vías aéreas.

Desarrollo

ALTERACIONES DE LA PLEURA ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA.

INFECCIONES PULMONARES

Son particularmente la neumonía adquirida en la comunidad (NAC), han sido objeto de estudio e investigación desde la antigüedad pero la fisiopatología de esta enfermedad todavía no se conoce con exactitud y los factores de riesgo se asocian a una mayor probabilidad de muerte por neumonía.

Mecanismos de defensa frente a la infección la principal función del pulmón es efectuar el intercambio de gases con la atmósfera. Esta compleja trabajo se realiza a través de una interface alveolo capilar, en el cual constituye la superficie epitelial más extensa del organismo, en el cual el aire inspirado contiene muchos agentes potencialmente peligrosos, tiene un área de contacto de unos 50-100 m² con la superficie epitelial del pulmón hace que este órgano sea particularmente susceptible a la infección. **Barreras anatómicas y defensa innata** cuando se respira por la nariz las vibrisas nasales son capaces de eliminar partículas mayores de 10-15 µm y en las vías aéreas superiores las amígdalas y adenoides representan áreas de tejido linfóide secundario y son zonas especialmente dotadas para la eliminación de sustancias extrañas debido a su gran población de leucocitos residentes. Pero en las partículas inferiores a 10 µm alcanzan las vías aéreas inferiores y son la capa de moco que tapiza los bronquios contiene sustancias, unas glicoproteínas se denominadas mucinas, que son capaces de unirse a los microorganismos y neutralizarlos.

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

En el aparato respiratorio se encarga de realizar el intercambio de gases entre el aire ambiente, la sangre captación de oxígeno (O₂) y eliminación de anhídrido carbónico (CO₂), la cual es su principal función. 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. Se define la insuficiencia respiratoria (IR) cuando en reposo, vigilia y respirando aire ambiente, en la presión arterial de O₂ (PO₂) es menor de 60 mmHg y la presión arterial de CO₂ (PCO₂) es mayor de 45 mmHg. En los valores normales se destacan PCO₂ oscilan entre 35-45 mmHg y el aumento de la PCO₂ por encima de 45 mmHg se considera hipercapnia y la disminución del mismo por debajo de 35 mmHg se le conoce como hipocapnia

CLASIFICACION DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA se clasificarse en IR hipoxémica cuando sólo existe hipoxemia con normocapnia. EIR hipercápnic en la que existe hipercapnia además de la hipoxemia. Pero también según el tiempo de instauración puede clasificarse en Insuficiencia respiratoria aguda cuando su instauración es rápida en minutos, horas o días en la cual se caracteriza por alteraciones en la oxigenación y en el equilibrio ácido-base. Pero en la insuficiencia respiratoria crónica 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 y en insuficiencia respiratoria crónica agudizada es aquella que se produce en pacientes que tienen una IR crónica, en el curso de la cual aparece un evento que la descompensa. **DIAGNOSTICO DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA** podemos sospechar la existencia de una IRA por la presencia de síntomas y signos de hipoxemia o hipercapnia, sobre todo en presencia de pacientes diagnosticados de enfermedades pulmonares agudas o crónicas agudizadas, algunos síntomas son disnea, dolor torácico agudo, hemoptisis. Gasometría arterial/Pulsioximetría es la prueba imprescindible para confirmar la sospecha diagnóstica de IRA, además nos informa del grado de severidad de la misma, en radiografía nos puede ayudar al diagnóstico diferencial de la IRA. **TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA** se comprende por dos apartados, en primer lugar el tratamiento de la enfermedad de base causante de la IRA es neumonía, TEP y en segundo lugar el tratamiento específico de la IRA incluye medidas generales como asegurar la permeabilidad de la vía aérea lo cual es retirar cuerpos extraños incluido prótesis dentales, aspirar secreciones y si fuera preciso la intubación orotraqueal,

también monitorización de constantes vitales y SaO₂, canalización de vía venosa, nutrición e hidratación adecuadas, pero también tratamiento de la fiebre, tratamiento si existe de la anemia y de la hipotensión para mejorar el transporte de O₂ y protección gástrica si precisa.

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP). HIPERTENSION 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 TVP es la formación de un trombo en el interior de una vena a la cual ocluye parcial o totalmente, que se acompaña de fenómenos inflamatorios, tanto de la pared de la vena como de estructuras vecinas, entre ellas los nervios, los vasos y el sistema linfático. En el cual se incrementa en pacientes mayores de 60 años, obesos, con tabaquismo, hipertensión arterial sistémica, con una mayor presentación en la enfermedad aterotrombótica cerebrovascular y coronaria. La inmovilización prolongada o corta aproximadamente de 7 días incrementa el riesgo de TVP, al igual que los procedimientos quirúrgicos mayores y cirugía ortopédica. **Factores de riesgo** son tales como el trombo embolismo venoso previo, cirugía reciente neurocirugía, cirugía ortopédica, de extremidades inferiores, cirugía oncológica pélvica, abdominal o torácica, trasplante renal y cirugía cardiovascular, obesidad IMC > 25 kg/m², inmovilización, malignidad. **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. En la TEP en el cual compromete el transporte eficiente de oxígeno (O₂) y dióxido de carbono (CO₂) a nivel pulmonar, la disminución de la presión arterial de oxígeno arterial (PaO₂) y el incremento en el gradiente alvéolo arterial de oxígeno [(A-a)O₂] son las anormalidades más frecuentes en el intercambio gaseoso. **Cuadro clínico** la TEP es un trastorno potencialmente fatal con una amplia presentación de manifestaciones clínicas en el cual va desde ser silente hasta condicionar inestabilidad hemodinámica los síntomas son comunes y pueden servir como indicios importantes, tales como la disnea, taquipnea y dolor torácico están presentes en el 97% de los pacientes con TEP sin enfermedad cardiopulmonar agregada “la disnea es el síntoma más frecuente de la presencia de dolor pleurítico, tos y hemoptisis a menudo sugieren un embolismo menor pero el dolor es generalmente secundario a un émbolo distal cercano a la pleura que condiciona irritación”. 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 incluyen ingurgitación de las venas de cuello con ondas V, acentuación del

componente pulmonar del segundo ruido cardiaco, soplo sistólico para esternal izquierdo que se incrementa con la inspiración. **Diagnóstico** parece difícil ya que puede acompañar o tener semejanza a otras enfermedades cardiopulmonares con las que habrá que hacer diagnóstico diferencial. Una estrategia óptima consiste en pensar en la TEP como una posibilidad diagnóstica de acuerdo a los signos y síntomas de presentación. En el abordaje de diagnóstico integral debe incluir la 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.

CÁNCER DE PULMÓN

El cáncer pulmonar (CP) es uno de los más frecuentes, la evolución y pronóstico de la enfermedad es más grave cuando se torna metastásico, por lo cual detección oportuna de esta entidad ha tomado tanta importancia. Una vez realizado el diagnóstico los métodos de imagen continúan siendo una herramienta indispensable, tanto para la estadificación, como para la evaluación de la respuesta al tratamiento. **Factores de riesgo** para el CP 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, clorometilo de éter. El CP se considera como enfermedad centinela del tabaquismo por las siguientes razones como fumar tabaco es el factor de riesgo presente en 90% de los pacientes con CP, también el riesgo de enfermar o morir por CP en fumadores aumenta drásticamente después de los 40 años de edad y en las tasas de mortalidad por CP aumentan después de los 40 años de edad, en relación directa con el consumo de tabaco. **Tipos histológicos** pero el cáncer pulmonar es un tumor maligno que se desarrolla a partir de células, tanto pulmonares como bronquiales. En el cual existen dos categorías de cáncer pulmonar clínicamente importantes considerando el origen y el comportamiento de las células cancerosas la primera es el cáncer pulmonar de células pequeñas (CPCP) y el segundo es el cáncer pulmonar de células no pequeñas¹ (CPCNP). En los síntomas que se presentan varían de acuerdo con la extensión de la enfermedad como tos, disnea, ocasionalmente asociada a estridor, hemoptisis leve, neumonías recurrentes y síndrome para neoplásico son síntomas cardinales de la enfermedad, y la ronquera, dolor en pared torácica, neuropatía del plexo braquial, obstrucción de vena cava superior, disfagia y síntomas causados por el derrame pleural o tamponade. La posibilidad de detectarlo en un estadio temprano y tratarlo agresivamente mediante cirugía podría resultar en una alta probabilidad de curación.

Diagnóstico por la imagen del CP ocurre en algunos casos durante estudios de screening o por detección de nódulos en un estudio torácico de rutina en pacientes asintomáticos y en estos tumores regularmente son pequeños y localizados al momento del diagnóstico. Con un tumor de mayor tamaño que puede presentar diseminación regional o a distancia.

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

Los traumatismos torácicos (TT) son causa principalmente 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%. Pero en la mayoría de los fallecimientos por TT ocurren antes de la llegada a un centro sanitario. Con un diagnóstico precoz y un adecuado manejo terapéutico en el área de Urgencias, muchas de estas muertes pueden ser evitadas. **ETIOLOGÍA** es la causa más frecuente de TT la constituyen, en el mundo occidental, los accidentes de tráfico (80-85%) pero en seguidos de las caídas que representan el 10-15%, y un grupo misceláneo accidentes laborales, agresiones, accidentes deportivos. **CLASIFICACIÓN** los TT se dividen en abiertos y cerrados, atendiendo a que exista o no una solución de continuidad en la pared torácica, y en torácicos puros y politraumatismos, según la extensión del traumatismo. **CONSIDERACIONES INICIALES** la evaluación de las lesiones torácicas es solo una parte de la evaluación total del paciente traumatizado, no debiéndose perder de vista que la asociación con un traumatismo craneoencefálico o abdominal eleva considerablemente su peligrosidad. El manejo inicial de TT es igual que el de cualquier otra forma de lesión grave, y consiste en la restauración de una adecuada función de los sistemas respiratorio y cardiovascular. Los pacientes con lesiones torácicas importantes pueden presentar un severo distrés respiratorio o un franco fallo respiratorio, que haga necesaria la inmediata instauración de ventilación mecánica. **CLASIFICACIÓN** son TRAUMATISMOS TORÁCICOS ABIERTOS son aquellos en los que existe una solución de continuidad de la pared torácica, con disrupción de la pleura visceral. El 7-8% de los TT son abiertos, y están producidos generalmente por heridas por arma de fuego o arma blanca. Los traumatismos abiertos del tórax deben ser transformados en cerrados mediante la compresión con gasas o compresas impregnadas en vaselina. TRAUMATISMOS TORÁCICOS CERRADOS en estos casos no hay solución de continuidad de la pared torácica. Si existe una afectación de las estructuras osteomusculares de la pared torácica o de los órganos intratorácicos por diversos mecanismos de producción como contusión directa, mecanismos de desaceleración y cizallamiento, o aumento de la presión intratorácicos.

PRINCIPALES LESIONES ESPECÍFICAS TORÁCICAS ASOCIADAS CON LOS TRAUMATISMOS TORACICOS.

Son LESIONES DE LA PARED TORÁCICA son A/ FRACTURAS COSTALES en la cual se ocasionan aproximadamente en el 85% de los TT no penetrantes. 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. La sintomatología es dolor sobre la zona de la fractura, que se acentúa con la inspiración profunda, con los movimientos o al presionar sobre la costilla fracturada. 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 ambiente en los casos de lesiones penetrantes, por la laceración del parénquima pulmonar por una costilla fracturada o por un mecanismo de aumento brusco de la presión intratorácicos en los traumatismos cerrado. LESIONES TRAQUEOBRONQUIALES en general, las lesiones de la tráquea o de los bronquios principales precisan reparación quirúrgica. Son producidas por heridas torácicas penetrantes o por traumatismos cerrados. ROTURA DIAFRAGMÁTICA la causa más común de lesión traumática del diafragma es el traumatismo penetrante. En estos casos tanto el hemidiafragma derecho como el izquierdo se pueden lesionar por igual. ASFIXIA TRAUMÁTICA es la compresión brusca e intensa del tórax y abdomen superior produce un síndrome que los síntomas son como la cianosis, hemorragia petequiral, edema de la cabeza, cuello parte superior del tórax, conjuntivas y en los casos más graves son los edemas cerebrales. Los TT presentan una importante morbilidad y mortalidad, siendo directamente responsables del 20-25% de las muertes debidas a traumatismos. En el cual se pueden dividir los TT en dos grandes grupos como la abiertos y cerrados, atendiendo a que exista o no una solución de continuidad en la pared torácica. El manejo inicial del TT es igual que el de cualquier otra forma de lesión grave, siendo prioritaria la restauración de una adecuada función respiratoria y cardiovascular.

Conclusión

Concluimos los temas para ver que son de suma importancia y lo cual observamos que son muy importantes por lo cual debemos informarnos más para poder cuidarnos y cuidar a los demás ya que en los pulmones es un órgano importante para estar vivos y debemos de cuidarlo muy bien, y evitar ciertas acciones para exponernos a las enfermedades. Un claro ejemplo es el cáncer de pulmón el cual un factor de riesgo es el tabaquismo y casi la mayoría, hace esos y nos perjudicamos a ellos y a su alrededor el cual afecta a su pulmón y también su

familia pasan por ser fumador pasivo y lo cual también puede enfermarse. Por eso debemos de cuidarse y cuidarnos para no exponer a nadie y que este saludable nuestros pulmones. Es un poco de infamación lo cual debemos estar mas al pendiente de este tema, para cuidar y cuidarnos

Bibliografía



e78119923ca99ace49afd3acdb58c4b9-LC-LEN501.pdf