



## **Cuadro sinóptico**

*Nombre del Alumno: Elizabeth Hernández Santiz*

*Nombre del tema: Insuficiencia respiratoria*

*Parcial I*

*Nombre de la Materia: Enfermería clínica II*

*Nombre del profesor: Lic. María José Hernández Méndez*

*Nombre de la Licenciatura: Enfermería*

*Cuatrimestre 5°A*

# Insuficiencia respiratoria

## ¿Qué es?

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.

## Causas

- Asma
- Bronquitis
- Trastornos pulmonares
- Enfermedades cardiovasculares
- Neumonía
- Obesidad
- Hipertensión pulmonar
- Sobredosis de alcohol
- Envenenamiento

## Factores de riesgo

- Edad
  - Los bebés prematuros que tienen dificultad respiratoria neonatal debido a un pulmón subdesarrollado, hipertensión pulmonar.
  - Los adultos mayores tienen más factores de riesgo de insuficiencia respiratoria.
- Hábitos de estilo de vida
  - El humo
    - Puede causar enfermedades pulmonares que aumentan el riesgo de insuficiencia respiratoria.
  - Consumir drogas o alcohol
    - Aumenta el riesgo de sufrir una sobredosis. Una sobredosis de drogas o alcohol afecta el área del cerebro que controla la respiración.
  - Durante una sobredosis
    - La respiración se vuelve lenta y superficial, lo que puede causar insuficiencia respiratoria aguda. Esto puede suceder por el uso de drogas ilegales o el uso indebido de analgésicos opioides recetados.

## Síntomas

- Respiración irregular
- Taquicardia
- Taquipnea
- Disminución del volumen respiratorio

## Insuficiencia respiratoria aguda (IRA)

- ¿Qué es?
  - Cuando su instauración es rápida en minutos, horas o días y se caracteriza por alteraciones en la oxigenación y en el equilibrio ácido-base.
- Clasificación
  - Tipo I
    - Hipoxémica
      - $PO_2 < 60$  mm Hg Neumonía, edema agudo pulmonar atelectasias.
  - Tipo II
    - Hipercápnica
      - $PCO_2 > 50$  mm Hg EPOC, Asma, Covid
  - Tipo III
    - Perioperatoria
      - Trastornos electrolíticos, obesidad, dolor, íleo, cirugía mayor.
  - Tipo IV
    - Estado de Shock
      - Choque cardiogénico, choque séptico

## Insuficiencia respiratoria crónica (IRC)

- Según el tiempo de instauración:
  - 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

## Tratamiento

- Oxigenación
- Oxigenoterapia
  - Se realiza a través de una cánula nasal (dos pequeños tubos de plástico que se introducen en las fosas nasales) o mediante una máscara que se coloca sobre la nariz y la boca
- Traqueotomía
  - es un orificio creado quirúrgicamente que atraviesa la parte frontal del cuello y llega a la tráquea. Luego se coloca en el orificio un tubo respiratorio, también llamado cánula de traqueotomía o tubo traqueal, para ayudarle a respirar
- Ventilador
  - Máquina de respiración que sopla aire en sus pulmones. También saca el dióxido de carbono de sus pulmones

## CONCLUSIÓN

La insuficiencia respiratoria aguda es una patología frecuente, compleja y multifactorial. Clínicamente, en sus estadios iniciales se observan manifestaciones inespecíficas como disnea, tos y expectoración que rápidamente progresan a aumento del trabajo respiratorio, signos de fatiga muscular e inestabilidad hemodinámica, además de síntomas y signos asociados a retención de CO<sub>2</sub> en la insuficiencia respiratoria aguda hipercápnica. Es imperativo, entonces, evaluar la oxigenación por medio de la PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> preferentemente, así como la ventilación por medio de PaCO<sub>2</sub> o el registro CO<sub>2</sub> espirado medido por un capnógrafo; esta última opción es poco habitual en nuestro medio. El tratamiento de estos pacientes es dinámico e interdisciplinario. De igual forma, se requiere tener presentes los criterios de ventilación mecánica para ofrecerla oportunamente o según el juicio clínico, ya que es preciso evitar al máximo la hipoperfusión tisular que rápidamente conduce al fallo de otros órganos y al aumento de la morbimortalidad, la cual, por sí sola, es bastante elevada.

## BIBLIOGRAFÍA

Casabona I, Santos R, Lillo M. Historia y evolución de la ventilación mecánica. [Internet]; 2017. Disponible en: <https://fcsalud.ua.es/es/portal-de-investigacion/documentos/monografias-libros-y-capitulos-2016/historia-y-evolucion-de-la-ventilacion-mecanica.pdf>.

Dräger. <https://www.draeger.com/Library/Content/technology-for-life-br-9070355-en.pdf>. [Online].

García-Talavera, I., Lobato, S. D., Bolado, P. R., Villasante, C. Músculos respiratorios. Arch Bronconeumol [Internet]. 1992; 28(5), 239-246. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300289615313351>

Mena, E. C., & Bolton, R. M. Aparato respiratorio. Mediterráneo [Internet] 1999; 27, 185-189. Disponible en: [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/36915107/Aparato\\_Respiratorio\\_Fisiologia\\_y\\_Clinica\\_5%C2%AA\\_Ed.pdf?1425936221=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DAparato\\_Respiratorio\\_Fisiologia\\_y\\_Clinic](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/36915107/Aparato_Respiratorio_Fisiologia_y_Clinica_5%C2%AA_Ed.pdf?1425936221=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DAparato_Respiratorio_Fisiologia_y_Clinic).

Turchetto E.S, Tusman G. Respiratorio. En: Ceraso D.H. Terapia Intensiva. 4º Edición. Buenos Aires. Médica Paramericana; 2007. p.175-359.