

Nombre del alumno: Yazmin Guadalupe Aguilar Aguilar.

Nombre del tema: Cuadro sinóptico de insuficiencia respiratoria.

Nombre de la materia: Enfermería clínica II.

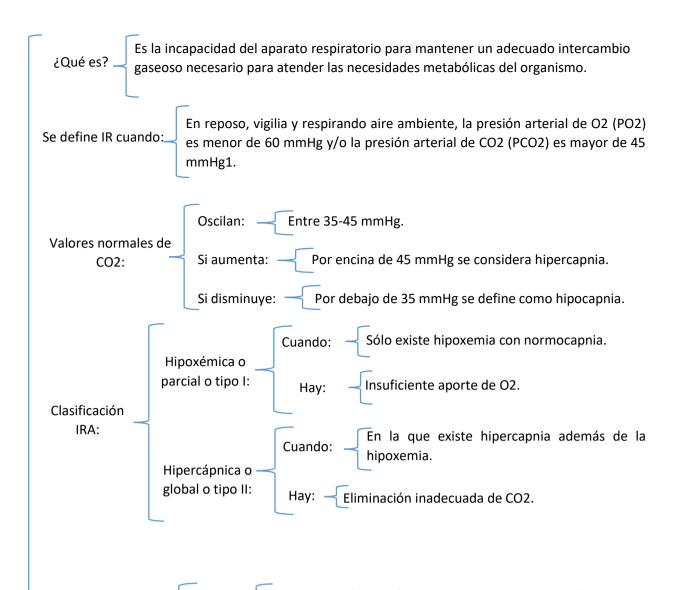
Nombre del profesor: LE.N. María José Hernández Méndez.

Nombre de la licenciatura: Licenciatura en enfermería.

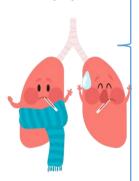
Cuatrimestre: 5.



Comitán de Domínguez, Chiapas a 22 de enero de 2024.



Insuficiencia Respiratoria (IR).



Su instauración es rápida en minutos, horas o días y se IR caracteriza por alteraciones en la oxigenación y en el Aguda: equilibrio ácido-base. Se instaura de manera más lenta y habitualmente se ponen Clasificación según IR compensación marcha mecanismos de fundamentalmente renales para corregir las alteraciones el tiempo de crónica: instauración: que se producen en el equilibrio ácido-base. IR

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

Signos de hipoxemia y/o hipercapnia. Síntomas:

Disnea, dolor torácico agudo, hemoptisis, presión arterial baja, etc.

Septicemia, inhalación de sustancias nocivas, neumonía grave, lesiones en la Causas: cabeza o en el pecho, covid-19, pancreatitis, transfusiones masivas de sangre y quemaduras.

Tratamiento

Y cuidados de

enfermería:

Gasometría arterial/Pulsioxi-metria.

Radiografía de tórax. Diagnostico:

En segundo

lugar:

Y gammagrafía o TAC (tomografía axial computarizada) helicoidal si se sospecha tromboembolismo pulmonar (TEP), etc.

La mayoría de las personas que padecen SIR aguda ya están hospitalizados por Factores de otra infección y muchas de ellas están gravemente enfermas. El riesgo es mayor de contraerlo si tiene una infección generalizada en el torrente sanguíneo riesgo: (septicemia).

> El tratamiento de la enfermedad de base causante de la En primer lugar: IRA (neumonía, TEP, etc)

> > Tratamiento específico de la IRA:

- 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.
- 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.
- 4 Protección gástrica si precisa. Profilaxis de la enfermedad tromboembólica.

Conclusión:

La insuficiencia respiratoria es una enfermedad que se desarrolla cuando los pulmones no inhalan suficiente oxigeno o no exhala el dióxido de carbono adecuado.

Existen 3 tipos de Insuficiencia respiratoria:

- 1. Insuficiencia respiratoria aguda.
- 2. Insuficiencia respiratoria crónica.
- 3. Insuficiencia respiratoria crónica agudizada.

Para comprender bien, hay dos tipos de insuficiencia respiratoria aguda (IRA):

- ❖ La primera es: Hipoxémica, lo cual no hay aporte suficiente de oxígeno.
- ❖ La segunda es: Hipercápnica, lo cual hay una eliminación inadecuada del dióxido de carbono.

En algunos casos ocurren los dos, pero uno predomina más que el otro.

1.La insuficiencia respiratoria aguda: se presenta de minutos a días, y tarda su recuperación. Lo cual el paciente tendrá un ph menor de 7.3 provocado por acidosis respiratoria.

Algunas causas que la provocan son: neumonía, derrame cerebral, una lesión pulmonar o de la medula espinal, septicemia, pancreatitis, etc.

Y algunos síntomas que presentan son: disnea, ansiedad, confusión, taquipnea, disfunción cardiaca y paro cardiaco, etc.

- <u>2.La insuficiencia respiratoria crónica:</u> 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. Es decir, tiene una duración de días a meses, lo cual en el tiempo tiene una compensación y el riñón logra compensar y obtener un ph casi normal y aumento del bicarbonato (responsable de esa compensación). Lo cual también presentará policitemia.
- 3. 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.

Para su diagnóstico: 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 ácidobase. También la radiología de tórax nos puede ayudar al diagnóstico diferencial de la IRA. Pero aveces estas radiografías son de mala calidad por la situación de los pacientes.

Y 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), etc.

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 son los cuidados que se deben tener al paciente:

- ✓ Monitorización de las constantes vitales, según el grado de gravedad del paciente esta monitorización se hará de forma invasiva o no invasiva. Registro de la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, saturación de oxígeno, temperatura, glucemia capilar y presión venosa central.
- ✓ Tratamiento de la fiebre, la agitación o cualquier situación que conlleve un aumento del consumo de O2.
- ✓ Vigilancia del patrón respiratorio: la frecuencia, la profundidad, el ritmo y la calidad de las respiraciones.
- √ Valorar además los ruidos que aparecen con la respiración ya que pueden ayudar a diagnosticar diferentes problemas.
- ✓ Asegurar la permeabilidad de la vía aérea (retirar cuerpos extraños incluido prótesis dentales, aspirar secreciones, etc) y si fuera preciso la intubación orotraqueal.
- ✓ Valoración del nivel de conciencia del paciente. Puede ocurrir que presente episodios de agitación psicomotriz o, por el contrario, que se encuentre con tendencia a la somnolencia.
- ✓ Colocar al paciente en una postura adecuada a su patología, en este caso se buscará una posición que favorezca la expansión torácica máxima, es decir, semi-Fowler o Fowler alta. O, dicho de otra forma, cabecero elevado a unos 30-45 grados.
- ✓ Evitar la sobrecarga de líquidos. Será necesario llevar a cabo un estricto balance hídrico.
- ✓ Se colocará una sonda vesical que permita llevar a cabo un control horario.
- ✓ Canalización de catéter arterial. Nos permite evaluar la presión arterial con más exactitud.
- ✓ Canalización de un acceso venoso periférico, o, según gravedad del paciente, un acceso central. Necesario para la administración intravenosa necesaria.
- ✓ Vigilancia del estado nutricional del paciente. Inicialmente el paciente debe mantenerse en dieta absoluta.

Bibliografía:

UDS.2024. Antologia de enfermería clínica II.PDF.