



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.

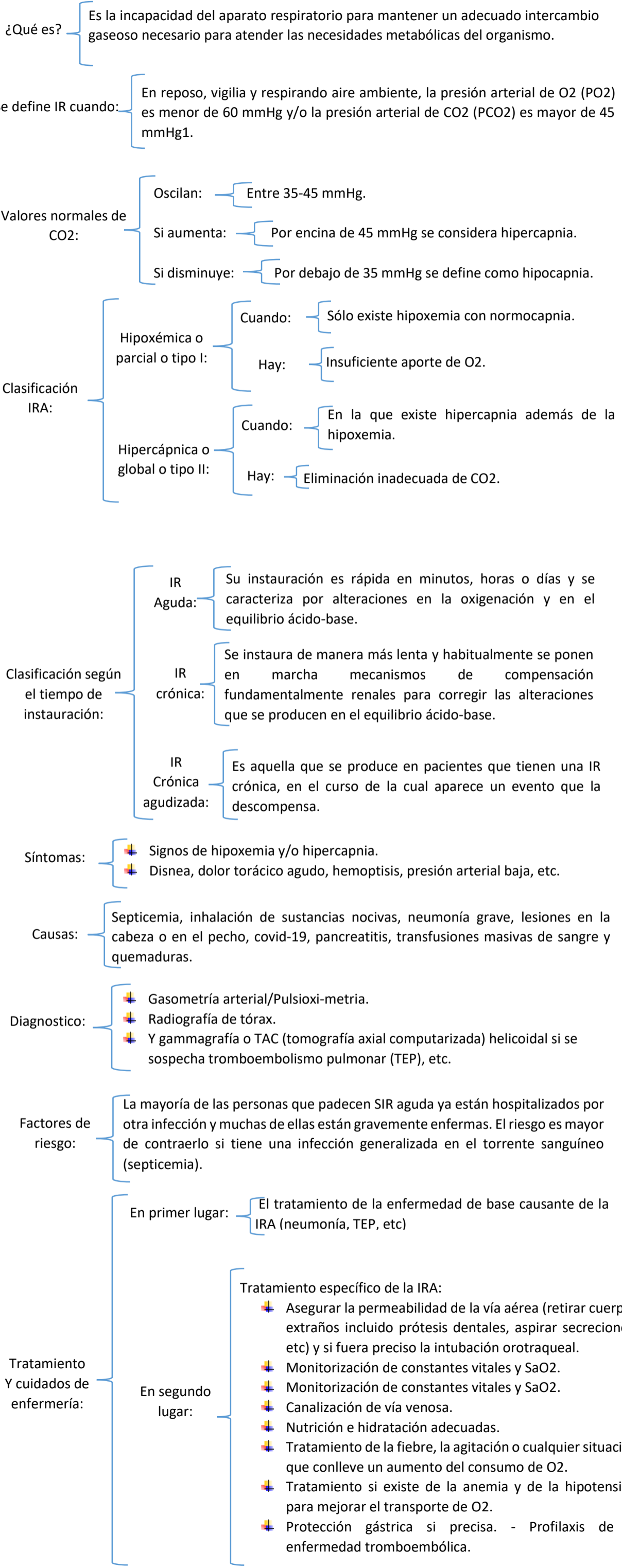
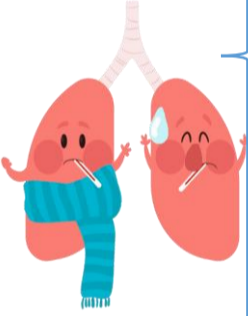
Nombre de la licenciatura: Licenciatura en enfermería.

Cuatrimestre: 5.



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

Insuficiencia Respiratoria (IR).



Conclusión:

La insuficiencia respiratoria es una enfermedad que se desarrolla cuando los pulmones no inhalan suficiente oxígeno 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 médula espinal, septicemia, pancreatitis, etc.

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

2.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. 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 ácido-base. También la radiología de tórax nos puede ayudar al diagnóstico diferencial de la IRA. Pero a veces 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 cardíaca, 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.Antología de enfermería clínica II.PDF.