



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE TERAPIA RESPIRATORIA**

**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCION DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN TERAPIA
RESPIRATORIA**

TEMA DEL CASO CLÍNICO:

**“PACIENTE FEMENINO DE 75 AÑOS DE EDAD CON INSUFICIENCIA
RESPIRATORIA AGUDA ASOCIADA A LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA
COMUNIDAD”**

AUTORA:

GÉNESIS YUDEXI PINO GARCÍA

TUTORA:

Dra. MARIA DE LOS ÁNGELES BASULTO ROLDAN

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR

2021

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA

.....¡Error! Marcador no definido.

AGRADECIMIENTO.....¡Error! Marcador no definido.

TEMA DEL CASO CLÍNICO.....¡Error! Marcador no definido.

RESUMEN.....¡Error! Marcador no definido.

ABSTRACT.....¡Error! Marcador no definido.

INTRODUCCIÓN.....¡Error! Marcador no definido.

I. MARCO

TEÓRICO.....¡Error! Marcador no definido.-8

1.1. JUSTIFICACIÓN.....9

1.2. OBJETIVOS.....10

1.2.1. OBJETIVO GENERAL.....10

1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICO.....10

1.3. DATOS GENERALES.....11

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO.....12

2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE.....12

2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE LA PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).....12

2.3. EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA).....13

2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....13

2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO14

2.6. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....	14
2.7 INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICA DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	14-15
2.8. SEGUIMIENTO.....	16-18
2.9. OBSERVACIONES.....	19
CONCLUSIONES.....	20
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21
ANEXOS	

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de caso clínico a DIOS mis hijos mis padres mi tutora y mi esposo

A DIOS porque siempre ha estado en cada momento dándome fortaleza de seguir luchando por mis sueños guiarme por un buen camino derramando en mi mucha salud y sabiduría.

mis padres Luis pino y Ayde García mis pilares fundamentales por guiarme hacia el camino a la superación en todo momento para apoyar me moral y psicológicamente.

Mis Hijos William y Alexa porque han sido el motivo de inspiración y fortaleza de seguir adelante en mis estudios y poder llegar a ser un ejemplo para ellos junto a mi esposo Elvis Lirio que siempre me apoyo en cada momento para seguir adelante dándome fuerzas del que todo sacrificio tendrá su recompensa.

A mi tutora Dra. María De Los Ángeles Roldan Basurto quien brindo parte de su apoyo y conocimientos.

Génisis Pino G.

AGRADECIMIENTO

A Dios Por haberme permitido llegar hasta este punto y por darme salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres e hijos que gracias a ellos he llegado a ser una persona de bien, con sus consejos y ejemplos de perseverancia me motivaron a seguir luchando, y en especial gracias a su apoyo incondicional en el transcurso de mi vida y preparación académica.

A cada uno de mis Docentes por haber aportado un granito de sus conocimientos

A mi Esposo, por su amor y apoyo constante quien ha estado pendiente en cada momento y siempre dándome valor para seguir por mis sueños.

Génesis Pino G.

TEMA DEL CASO CLÍNICO

“PACIENTE FEMENINO DE 75 AÑOS DE EDAD CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA ASOCIADA A LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD”

RESUMEN

Como próxima profesional del área de la salud quiero contribuir con este estudio a dar a conocer todo lo referente a la insuficiencia respiratoria aguda en pacientes de la tercera edad, que es una de la población más afectada con esta enfermedad y otras enfermedades respiratorias. Hoy en día la insuficiencia respiratoria aguda es una de los principales motivos de consulta en los diferentes hospitales del país, motivo por el cual es de suma importancia dar a conocer todo lo que conlleva padecer esta enfermedad. Para un correcto diagnóstico se debe reconocer el cuadro clínico característico de esta patología y a su vez realizar los exámenes complementarios para realizar un correcto diagnóstico.

La población de la tercera edad hoy en día son las personas más afectadas con esta enfermedad. La insuficiencia respiratoria aguda "IRA" es una de las primeras causas de muerte universalmente infecciosa en el mundo, debido a que la tasa de mortalidad de la enfermedad se duplica con la edad y tiene una alta incidencia. Es por eso que se realizó este trabajo enfocado en una paciente de sexo femenino de 75 años de edad el cual recopila todo lo relacionado con la insuficiencia respiratoria aguda, así mismo ayudara a los diferentes profesionales del área de la salud a conocer a un más todo lo relacionado a esta enfermedad y a su vez como se debe aplicar un tratamiento en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda.

PALABRAS CLAVES: Insuficiencia respiratoria aguda, Incidencia, Soporte Ventilatorio.

ABSTRACT

As a next professional in the health area, I want to contribute with this study to publicize everything related to acute respiratory failure in elderly patients, which is one of the most affected population with this disease and other respiratory diseases. Nowadays, acute respiratory failure is one of the main reasons for consultation in the different hospitals of the country, which is why it is of the utmost importance to publicize everything that comes with suffering from this disease. For a correct diagnosis, the characteristic clinical picture of this pathology must be recognized and in turn carry out complementary tests to make a correct diagnosis.

The elderly population today is one of the most affected people with this disease. Acute respiratory failure "ARF" is one of the leading causes of universally infectious death in the world, because the mortality rate of the disease doubles with age and has a high incidence. That is why this work was carried out focused on an 75-year-old male patient, which collects everything related to acute respiratory failure, as well as help the different professionals in the health area to know more everything what is related to this disease and in turn how treatment should be applied in patients with acute respiratory failure.

KEY WORD: Acute respiratory failure, Incidence, Ventilatory Support.

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia respiratoria aguda alteración del aparato respiratorio que causa cambios en el intercambio normal de gases. Este es el fallo del proceso de suministrar oxígeno (O₂) al tejido o eliminar el CO₂ del tejido. Hoy en día, la insuficiencia respiratoria aguda es uno de los principales motivos de visitas e ingresos hospitalario en pacientes adultos mayores en su mayoría estos pacientes deben ser ingresados a una UCI debido al cuadro clínico complicado que presentan.

Un diagnóstico preciso de insuficiencia respiratoria aguda requiere una adecuada evaluación de los signos y síntomas que presenta el paciente, además de pruebas adicionales como análisis de gases en sangre y radiografía de tórax. Esto nos ayudará a hacer un diagnóstico certero y comenzar a aplicar los tratamientos adecuados que mejorarán la salud de estos pacientes.

La presente investigación realizada en un paciente de sexo femenino con 75 años de edad el cual presenta los siguientes síntomas disnea, asfixia, dolor torácico persistente, respiración lenta, letargos y espasmos xifoides. Se le procede a realizar exámenes complementarios los cuales nos ayudaran a dar un diagnóstico correcto.

Un adecuado y acertado tratamiento en pacientes con esta enfermedad evitara que los signos y síntomas empeoren, es por esto que este estudio en un caso clínico recopila información relevante el manejo de la insuficiencia respiratoria aguda. La base principal del tratamiento de esta enfermedad es la oxigenoterapia, la ventilación mecánica no invasiva y a su vez tiene que complementarse con el tratamiento farmacológico.

I. MARCO TEÓRICO

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA (IRA)

La insuficiencia respiratoria aguda (IRA) se define como un suministro de oxígeno inadecuado o una eliminación inadecuada de dióxido de carbono de los tejidos. A nivel pulmonar, representa la incapacidad del sistema respiratorio para satisfacer las necesidades metabólicas del cuerpo y eliminar el CO₂. La insuficiencia respiratoria aguda puede deberse a hipoxia (insuficiencia respiratoria hipóxica), incapacidad para eliminar el dióxido de carbono (insuficiencia respiratoria hipercápnica). (Dueñas Castell Carmelo, 2016)

NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC)

La neumonía es un proceso inflamatorio agudo del parénquima pulmonar de origen infeccioso. Los microorganismos llegan al pulmón, la mayoría de las veces, por micro aspiraciones de secreciones orofaríngeas, pero también pueden hacerlo por inhalación de aerosoles contaminados, vía hemática, por contigüidad o Macroaspiración. Coincide con una alteración de nuestros mecanismos de defensa (mecánicos, humorales o celulares) o con la llegada excesiva de gérmenes que sobrepasan nuestra capacidad normal de "aclaramiento". Puede afectar a pacientes inmunocompetentes o inmunodeprimidos y puede ocurrir fuera del hospital o dentro de él (nosocomial), originando manejos y actitudes terapéuticas muy diferentes. (Villasclaras, 2017)

CLASIFICACIÓN DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

La función del sistema respiratorio es la de proporcionar oxígeno y eliminar el dióxido de carbono, en la actualidad se ha encontrado 2 tipos de insuficiencia respiratoria según las causas que la provoquen, los tipos de insuficiencia respiratoria son insuficiencia respiratoria hipoxémica e insuficiencia respiratoria hipercápnica. (Gaibor Vega, 2021)

- **INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA HIPOXÉMICA:** PaO₂ menor de 60 mm Hg y PaCO₂ normal o baja. Es causada por cambios en la relación V / Q y alteraciones de la difusión. (G. González-Pozo, 2018)

- **INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA HIPERCÁPNICA:** Cuando la PaO₂ es menor a 60 mm Hg asociada a PaCO₂ igual o mayor a 45 mm Hg. Se ve en trastornos V/Q tan extensos que no logran ser compensados. (G. González-Pozo, 2018)

ETIOLOGÍA

La insuficiencia respiratoria aguda por lo general no es una patología en si si no es el resultado de otra enfermedad tanto de origen respiratorio como cardiológico y neurológico. (Cazalla J. D., 2015)

FISIOPATOLOGÍA

Hoy en día encontramos algunos mecanismos del aparato respiratorio que alteran el intercambio de gases en la sangre. La desigualdad en medio de la presión alveolar (PaO₂) y la PaO₂ del O₂ se denomina gradiente de oxígeno alveolar-arterial (PAaO₂). El gradiente superior a 20 debe considerarse patológico. El cálculo permite distinguir insuficiencia respiratoria (alto gradiente) y tuberculosis pulmonar extrapulmonar inducida (conservadora) y comparar diferentes gases arteriales para evaluar su desarrollo. Según la aparición la insuficiencia respiratoria suele aparecerse de forma aguda o crónica con o sin enfermedad respiratoria. Además, es común ver que los pacientes con insuficiencia respiratoria crónica experimentan una descompensación aguda de la enfermedad subyacente, lo que exacerba el intercambio de gases. (Cazalla J. D., 2015)

FACTORES DE RIESGO

los principales factores de riesgo para que una persona padezca de una insuficiencia respiratoria aguda son las siguientes:

- Neumonía
- Sepsis.
- Aspiración gástrica.
- Cirugía de trauma toracoabdominal.
- Traumatismo craneoencefálico.
- Glasgow <8.
- Personas mayores. (Gaibor Vega, 2021)

CUADRO CLÍNICO

La insuficiencia respiratoria aguda presenta las siguientes manifestaciones clínicas:

- Signos de disnea o signos de aumento de la frecuencia respiratoria: taquipnea ($RR > 30$ x min) y disnea (dificultad para respirar). Esto puede variar hasta en un 35% por observador. Hay restricciones entre la hipoxemia y la frecuencia respiratoria de pacientes con un hasta 90% de saturación se encontraban dentro de valores normales, también puede encontrarse inflamación de la nariz, uso de músculos accesorios y contracción de los músculos intercostales. (Bula, 2011)
- Cianosis inducida por oxígeno: La cianosis es común en pacientes con esta enfermedad, los pacientes que acogen el 40% de oxígeno es un predictor de IRA. (Bula, 2011)
- Signos de fatiga muscular: en los músculos respiratorios el trabajo excesivo causa fatiga; sin embargo, el concepto de esta última es difícil de identificar en la práctica clínica. (Bula, 2011)
- La hipertensión, la taquicardia, hipertensión, la sudoración son signos de insuficiencia respiratoria aguda de un mal pronóstico. (Bula, 2011)
- Los signos clásicos de la neumonía, como hipopnea, ronquidos, ronquidos, humedad, estertores sordos y húmedos, pueden variar considerablemente. Sin embargo, su presencia en combinación con síntomas y signos con buena historia favorece a los abordajes de diagnóstico y terapéuticos a seguir. (Bula, 2011)

En la insuficiencia respiratoria aguda por hipercapnia, los síntomas clínicos dependen del trastorno subyacente. Se asocia con signos y síntomas de retención de CO₂ como dolor de cabeza, vasodilatación facial y congestión conjuntival. Se pueden observar asterixis, somnolencia y coma en imágenes graves.

DIAGNÓSTICO

Para hacer un diagnóstico definitivo en pacientes con sospecha de insuficiencia respiratoria aguda se debe realizar una correcta historia clínica en los cuales se

debe realizar una buena valoración de los signos y síntomas que presentan estos pacientes y a su vez complementarlos con exámenes complementarios.

- **HISTORIA CLÍNICA:** Además de preguntar sobre su historial personal de asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad cardíaca, enfermedad neuromuscular y enfermedades restrictivas, también debe informarse sobre los hábitos tóxicos y el uso de drogas. La historia clínica también debe buscar las causas que desencadenan las IRA, como infección, inmovilización, traumatismo, cirugía e inhalación de gases tóxicos. (González-Pozo, 2018)
- **ANALÍTICA:** Los exámenes de laboratorio se los debe realizar para verificar una leucocitosis, anemia, falla renal, y alteraciones iónicas. (Artigas, 2001)
- **PULSIOXIMETRIA:** Debe realizarse para verificar la saturación de oxígeno en estos pacientes, esto se realiza mediante un oxipulsímetro. (González-Pozo, 2018)
- **GASOMETRÍA:** La gasometría arterial la cual se realiza en sangre arterial es una de las pruebas más importantes en pacientes con sospecha o con diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda ya que nos ayuda a confirmar el diagnóstico. Esta prueba mide los niveles de PaO₂, PaCO₂, SaO₂, pH y bicarbonato (HCO₃) en sangre arterial. (González-Pozo, 2018)
- **RADIOGRAFÍA DE TÓRAX:** Esta es una prueba fundamental en la investigación de la IRA, ya que nos ayuda a diagnosticar la patogénesis.
- **ECOGRAFÍA TORÁCICA:** La ecografía torácica se ha vuelto una herramienta muy útil para la orientación diagnóstica en el paciente con IRA. Esto es debido a que es una prueba accesible, no invasora, rápida, de bajo coste y que, además, sirve para valorar la evolución del paciente. (González-Pozo, 2018)

TRATAMIENTO

La insuficiencia respiratoria aguda debe ser controlada mediante el tratamiento en el cual se debe administrar oxígeno mediante un soporte

ventilatorio. El tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda requiere controlar la causa e incorporar oxígeno y soporte ventilatorio.

El tratamiento de pacientes con insuficiencia respiratoria requiere asegurarse de que el tratamiento administrado en el paciente se desarrolle adecuadamente.

BRONCODILATADORES: La terapia con broncodilatadores suele ser útil para mejorar la circulación del aire y reducir el trabajo respiratorio. Los agonistas beta 2 anticolinérgicos e inhibidores de la fosfodiesterasa son los más utilizados. (Castell, 2016)

OXIGENOTERAPIA: Los pacientes con infecciones respiratorias agudas siempre necesitan oxígeno suplementario. La hipoxemia es fatal y su corrección debe ser una prioridad en el manejo de la insuficiencia respiratoria aguda. El objetivo es aumentar la SaO₂ a más del 90% para una buena oxigenación de los tejidos. El suministro de oxígeno a los tejidos depende de cinco factores que predisponen a la hipoxia en los tejidos: hemoglobina unida al oxígeno (SaO₂), plasma de oxígeno disuelto (PaO₂), cantidad de hemoglobina (en situaciones de anemia se reduce el aporte de oxígeno a los tejidos), rango y capacidad de tejidos para tomar oxígeno de la hemoglobina (en algunas intoxicaciones, los tejidos no pueden tomar oxígeno de la hemoglobina). Por otro lado, se debe reducir la demanda de oxígeno. La generación de calor y la agitación pueden aumentar drásticamente las necesidades de oxígeno. (Castell, 2016)

- **SISTEMA DE BAJO FLUJO:** Son cánulas nasales, mascarilla facial simples y mascarilla de reservorio. Las cuales se caracterizan por no aportar al paciente todo el gas que necesita para respirar, al proporcionar menos flujo que el que necesita el ventilador, los pacientes deben agregar cantidades variables de aire ambiental para satisfacer sus necesidades de flujo. Debido a estas propiedades, el gas que respira el paciente es una mezcla de oxígeno al 100% y aire ambiental, por lo que estos sistemas no garantizan niveles estables de FiO₂. La FiO₂ depende del tamaño del tanque de oxígeno, la tasa de flujo de oxígeno seleccionada y el patrón respiratorio del paciente. Así, una

cánula nasal de 1 l / min proporciona aproximadamente 2 % de FiO₂, 26% 2 l / min, 28% 3 l / min y 31% l / min. La máscara del tanque con una fuente de oxígeno al 100% puede alcanzar el 90% de FiO₂. (Castell, 2016)

- **SISTEMA DE ALTO FLUJO:** Estos Estos son sistemas caracterizados por la entrega de una concentración constante O₂, independientemente del modelo de ventilación del paciente. Los sistemas de banda ancha más utilizados son la mascarilla tipo Venturi y la cánula nasal de alto flujo. En un respirador tipo Venturi, el flujo de aire depende del flujo de aire y del tamaño de la abertura de la válvula, dependiendo de este tamaño para lograr diferentes concentraciones de O₂ del 24 al 50%. Cánula nasal de alto flujo que calienta y humidifica el flujo de aire capaz de entregar hasta 60 L / min de flujo. (González-Pozo, 2018)

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA

Se ha desarrollado y se usa fundamentalmente en unidades neumológicas, especialmente preparadas para realizarla. Esta se aplica a través de una mascarilla nasal o dispositivo similar colocado en la vía aérea superior del paciente. Su empleo ha permitido reducir las complicaciones hospitalarias, acortar el tiempo de hospitalización y aumentar la comodidad del paciente. De igual manera, disminuye los costes hospitalarios al no ingresar los enfermos en el servicio de medicina intensiva. Esta técnica ha beneficiado, sobre todo, a los pacientes con EPOC que tienen una agudización, mejorando su calidad de vida y su supervivencia. En un metaanálisis se constató que, en cuanto a la reducción del factor de mortalidad, la aplicación de ventilación mecánica no invasiva reduce el riesgo de muerte en más de un 50%. (Carpio, 2010)

El modo de ventilación que se utiliza comúnmente es la presión de soporte (PS) con presión espiratoria continua (PEEP). En este modo de ventilación se respeta el patrón respiratorio del paciente, proporcionando el respirador un soporte ventilatorio parcial durante la inspiración. El volumen proporcionado por el respirador dependerá, en ausencia de fugas, del nivel de presión seleccionado y de la resistencia y la complianza toraco pulmonar del propio paciente. En pacientes con limitación al flujo aéreo, la aplicación de presión

positiva durante la espiración (PEEP) contrarresta la auto-PEEP, reduciendo el esfuerzo inspiratorio necesario para activar el respirador, facilitando así la sincronización y disminuyendo el trabajo respiratorio. En la IRA no hipercápnica no se requieren unos elevados niveles de PS, pero sí de PEEP. (Carpio, 2010)

VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA: La ventilación invasiva es una técnica de supervivencia avanzada. En este caso, además del soporte de ventilación, generalmente se debe intubar. Se requieren máquinas ventilación invasiva en las siguientes situaciones clínicas:

- Paro respiratorio o paro cardíaco.
- Insuficiencia respiratoria grave y potencialmente mortal, que incluye pérdida del conocimiento, sibilancias o paro respiratorio debido a sibilancias o deseo de respirar, inhalación masiva, secreción respiratoria incontrolada, desaceleración extrema, pérdida del estado de alerta e insensibilidad a los medicamentos. La respuesta vascular es hemodinámicamente inestable.
- Disminución del nivel de conciencia para proteger el tracto respiratorio. (Ferrer, 2001)

1.1. JUSTIFICACIÓN

La insuficiencia respiratoria aguda es una de las enfermedades que en su gran parte la padecen los adultos mayores, a pesar que ha habido un gran avance en el tratamiento farmacológico aplicado en pacientes con esta patología. La insuficiencia respiratoria aguda en la actualidad es la principal causa de ingreso en las unidades de cuidados intensivos en los diferentes hospitales, es por esto que en la actualidad esta patología es considerada un problema de salud nacional, La insuficiencia respiratoria aguda es una de las principales causas de limitaciones en la calidad de vida de muchas personas en especial en personas de la tercera edad o en pacientes que padezcan una enfermedad respiratoria.

La gestión de los pacientes que contraen una insuficiencia respiratoria aguda es esencial para asegurar su crecimiento y para reducir el daño pulmonar, mejorar el oxígeno y proporcionar servicios de asistencia crítica rápida, y segura. Y así evitar complicaciones para el paciente. La insuficiencia respiratoria aguda causa muchos problemas graves de salud pública. En todo el país, por lo que se implementan o implementan programas de promoción de la salud familiar para prevenir las enfermedades respiratorias para que se puedan implementar Tomar medidas preventivas para evitar la hospitalización.

El presente trabajo establecido en un caso clínico en una paciente de sexo femenino de 75 años de edad que es diagnosticada con insuficiencia respiratoria aguda asociada a la neumonía adquirida en la comunidad, se realiza con la finalidad de dar a conocer los signos y síntomas de esta enfermedad, además del tratamiento farmacológico para contrarrestar los síntomas que presentan la paciente, también de realizar las técnicas de fisioterapia respiratoria aplicada en la insuficiencia respiratoria aguda. Así mismo se espera que este trabajo sirva de ayuda o guía para el correcto diagnóstico y manejo en pacientes con esta enfermedad.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Evaluar las complicaciones de la insuficiencia respiratoria aguda asociada a la neumonía adquirida en la comunidad en la paciente de 75 años de edad.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar el desarrollo de la insuficiencia respiratoria aguda en la paciente de 75 años de edad.
- Describir la evolución del cuadro clínico que presenta la paciente con Insuficiencia respiratoria aguda asociada a la neumonía adquirida en la comunidad
- Especificar los factores de riesgo que conllevan a contraer infecciones respiratorias agudas en pacientes adultos mayores.

1.3. DATOS GENERALES

Nombres: M.O

Edad: 75 años

Sexo: Femenino

Nacionalidad: ecuatoriana

Estado civil: Divorciada

Fecha de nacimiento: 08 de marzo de 1946

Lugar de nacimiento: Guayaquil

Hijos: 1

Nivel de estudios: Bachiller

Raza: Blanca

Ocupación: Ama de casa

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE.

Paciente de sexo femenino de 75 años de edad quien acuden en compañía de un hijo al area de emergencia del hospital general IES Babahoyo presentando los siguientes síntomas disnea, asfixia, dolor torácico persistente, respiración lenta, letargos y espasmos xifoides. Asimismo, la paciente también refiere tener dolor de cabeza, náuseas y mareo estos síntomas se lo asocian a la hipertensión que la paciente padece.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

Padece de hipertensión arterial desde los 50 años de edad.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre con cáncer hepático

Padre con enfermedad pulmonar obstructiva cronica.

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

No refiere

ALERGIA

No refiere

HÁBITOS

Fumadora pasiva.

2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERA LA PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS)

Paciente de sexo femenino de 75 años de edad orientada en tiempo y espacio quien acude al area de emergencia del hospital general IES Babahoyo con un cuadro clínico de disnea, asfixia, dolor torácico persistente, respiración lenta, letargos y espasmos xifoides. Además, la paciente refiere presentar dolor de cabeza, náuseas y mareo estos signos y síntomas se lo asocian a la hipertensión que padece la paciente desde los 50 años de edad-

2.3. EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)

Cráneo: Normocéfalo.

Cara: Normal.

Piel: sin alteraciones.

Cuello: Sin adenopatías.

Tórax: Incremento del periplo torácico, espasmo.

Extremidades: Proporcionadas.

Abdomen: blando depresible no doloroso.

Peso: 69kg

Talla: 1.67

Signos vitales:

- Frecuencia cardiaca: 127 latidos/minuto.
- Frecuencia respiratoria 28 Respiraciones por minutos.
- Presión arterial: 141/70mmHg.
- Temperatura corporal: 39 ° C
- Saturación de oxígeno: 87%

2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

ANÁLISIS DE SANGRE

Hemoglobina: 12,72 g/dl

Eritrocitos: 4.280 millones/mm³

Hematocrito: 38.1%

Leucocitos: 10.730/mm³

Trombocitos: 158,000/mm³

GASOMETRÍA ARTERIAL

PaO₂: 53mmHg

PaCO₂: 30mmHg

Ph: 7.13

HCO₃: 15 mEq/L

Be: 1.8

SatO₂: 87%

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

Deducción del tamaño pulmonar.

2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO DIFERENCIA Y DEFINITIVO.

2.5.1. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

Insuficiencia respiratoria aguda.

2.5.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hipertensión arterial no controlada.

2.5.3. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

IRA asociada a la neumonía adquirida en la comunidad.

2.6. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

La insuficiencia respiratoria aguda se produce cuando el líquido se acumula en sacos de aire pequeños y elásticos (alvéolos) de los pulmones. El líquido evita que el pulmón reciba suficiente aire, aunque el oxígeno penetra en la sangre. En general, este afecto ocurre principalmente en las personas mayores y es una de las razones principales por las que se entregan estos pacientes.

El origen del problema en la paciente de este caso clínico la cual es diagnosticada con insuficiencia respiratoria aguda asociada a la neumonía adquirida en la comunidad, es producto de la edad de la paciente puesto que la edad es uno de los factores de riesgo para padecer estas patologías, además de que la paciente es fumadora pasiva debido a que convive con un hijo el cual es fumador activo, y al inhalar ese humo la paciente padece enfermedades respiratorias de manera muy frecuente.

Los procedimientos a realizar en esta paciente son los siguientes:

OXIGENOTERAPIA

- Aporta oxígeno adicional en función de la situación actual.
- Proporcionar una correcta ventilación hacia los pulmones.
- Verificar si la oxigenoterapia esta cumpliendo su objetivo en el paciente midiendo la saturación de oxígeno mediante el oxipulsímetro.
- Tenga cuidado con los signos de hiperventilación inducida por oxígeno.
- Monitorear los signos de destrucción alveolar debido a la infiltración y permeación de oxígeno (Gaibor, 2021)

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA

- Pruebe la eficacia del soporte de ventilación mecánica y la etapa intelectual real del paciente.
- Coloque al paciente en una posición semifloral.
- Controla la vitalidad producida por el uso de oxígeno cuando la temperatura corporal aumenta y disminuye. Esto cambiará la configuración de asistencia de ventilación y reducirá el oxígeno.
- Utilice broncodilatadores según sea necesario.
- Si es necesario, verifique los sonidos pulmonares.
- Compruebe si hay síntomas de aumento de la actividad del pecho, como aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria.

2.7. INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICA DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

EXÁMENES DE LABORATORIO	RESULTADOS	VALORES NORMALES
Hemoglobina	12.72g/dl	14 g/dl
Eritrocitos	4.280 millones/mm ³	4.5 - 3.9 millones/mm ³
Hematocritos	40.2 %	42 – 60%
Leucocitos	10.730/mm ³	4.500– 10.000/mm ³
Trombocitos	158.034/mm ³	150.000 – 350.00/mm ³
PaO ₂	53 mmHg	60 - 80mmHg
PaCO ₂	30 mmHg	35 - 45mmHg
Ph	7.13	7.35 – 7.45
HCO ₃	15 mEq/L	22 – 38mEq/L
Be	1.8	3.0
SatO ₂	87%	95 - 100%

Elaborador por: Genesis Pino G.

Fuente: Paciente

2.8. SEGUIMIENTO

Día 1

Ala paciente de sexo femenino de 75 años de edad diagnosticada con insuficiencia respiratoria aguda asociada a la neumonía adquirida en la comunidad se le implanto un soporte ventilatorio no invasivo, de inmediatamente fue remetida a la unidad de cuidados intensivos “UCI” donde recibió el soporte ventilatorio además de los suplementos minerales vitaminas B, C y broncodilatadores.

Día 2 Y 3

En el segundo día de tratamiento de la paciente en la unidad de cuidados intensivos su cuadro clínico no mostro ninguna evolución significativa, su disnea se mantiene. Al tercer día de ingreso el médico de guardia vuelve a valorar ala paciente donde se puedo constatar una leve mejoría en la insuficiencia respiratoria aguda, por lo que se sigue con el tratamiento establecido en esta paciente.

Día 4

En el cuarto día de ingreso de la paciente en la unidad de cuidados intensivos se le realizo una nueva gasometría arterial, en la cual mostro resultados alentadores en comparación con la primera gasometría realizada al momento del ingreso de nuestra paciente en la “UCI”. Esta leve mejoría se debe al soporte ventilatorio aplicado en la paciente.

Día 5, 6 Y 7

En el quinto, sexto y séptimo día de la paciente con ventilación mecánica no invasiva, Además, medicamentos recetados en curso en combinación con broncodilatadores realizar evaluación y manejo continuo de los signos vitales y confirmar si encuentran dentro de los valores nórmales. No tendrán consecuencias adversas para la paciente. En el séptimo día se realiza una valoración física a la paciente en la que no se encontró tonos claros ni apagados en la piel del paciente.

Día 8

En el octavo día el médico de guardia informa a los familiares de la paciente que la condición había mejorado gradualmente debido al soporte ventilatoria aplicado además del tratamiento farmacológico que se administra en pacientes con esta patología. La presencia de sibilancias pulmonares se considera anormal; confirme la buena evolución de la paciente antes de la insuficiencia respiratoria.

Día 9

Al noveno día se procede a realizar una nueva valoración clínica en la paciente, una vez realizada dicha valoración el médico de guardia informa a la paciente que su condición de salud ha mejorado paulatinamente, lo que demuestra que a partir de esta paulatina recuperación se evaluará la ventilación mecánica no invasiva y se continuará con la evaluación general para demostrar si el soporte se puede retirar de forma general, o si se deben utilizar otras técnicas para tratar esta insuficiencia respiratoria aguda.

Día 10

Al llegar al día 10 del ingreso de la paciente en UCI, el médico de guardia realiza una nueva valoración clínica, la cual es muy satisfactoria para el paciente motivo por el cual se ordena el darle de alta, sin embargo, se le envía tratamiento farmacológico en casa, se le agenda consulta para cada mes para poder realizar un control y seguimiento en el paciente.

2.9. OBSERVACIONES

La insuficiencia respiratoria aguda es una enfermedad común en personas de la tercera edad, pero también es producto de una enfermedad de base la IRA en la paciente se debió a que la paciente tenía una neumonía adquirida en la comunidad además que también convive con un fumador activo y al inhalar este humo le produce enfermedades respiratorias recurrentes.

Mediante una valoración clínica de los signos y síntomas que presenta la paciente además de realizar los exámenes complementarios se logró establecer un correcto diagnóstico el cual fue de una insuficiencia respiratoria aguda asociada a la neumonía adquirida en la comunidad.

A la paciente se le aplicó técnicas de fisioterapia respiratoria como lo es la ventilación mecánica no invasiva y un tratamiento farmacológico el cual tiene como finalidad contrarrestar los síntomas y signos que presenta el paciente.

Luego de la aplicación del tratamiento en la paciente de sexo femenino de 75 años de edad con diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda asociada a la neumonía bacteriana, se pudo observar una mejoría en la condición de salud que presentaba la paciente al momento de ingresar al hospital. Debido al correcto manejo en el tratamiento de esta paciente se le logró cumplir con los objetivos planteados.

CONCLUSIONES

Los estudios de procesos sobre la gravedad de las infecciones respiratorias agudas o los estudios de casos específicos pueden ayudar a mejorar el diagnóstico y la aplicación de técnicas de fisioterapia respiratoria para responder y funcionar mejor antes de que ocurran estas condiciones.

La insuficiencia respiratoria aguda hoy en día es una patología de alto impacto en pacientes de la tercera edad, es por esto que se debe realizar un diagnóstico inmediato a los primeros síntomas y signos que aparecen en los pacientes con la finalidad de poder contrarrestar esta enfermedad y evitar complicaciones en estos pacientes.

Se llega a la conclusión de el principal factor de riesgo en esta paciente para contraer una insuficiencia respiratoria aguda se produjo debido a que se encuentra expuesta al humo del tabaco.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Artigas, O. (2001). Insuficiencia respiratoria aguda o agudizada. Med. integral (Ed. impr), 291-296.
- Bula, M. C. (2011). Insuficiencia Respiratoria Aguda. Revista Colombiana De Neumología, 23(3), 95-102.
- Carpio, C. R.-B. (2010). Insuficiencia respiratoria aguda. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 10(63), 4332-4338.
- Castell, C. D. (2016). Insuficiencia respiratoria aguda. Acta colombiana de cuidado intensivo, 16, 1-24.
- Cazalla, J. d. (02 de 02 de 2021). SEGG. Obtenido de https://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2036_III.pdf
- Diresacusco. (14 de 10 de 2008). INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA. Obtenido de <http://www.diresacusco.gob.pe/saludindividual/servicios/Normas/Gu%C3%ADas%20Pr%C3%A1cticas%20Cl%C3%ADnicas/Propuestas%20previas%20de%20GPC/Gu%C3%ADas%20Pr%C3%A1cticas%20Cl%C3%ADnicas%20en%20Cuidados%20Intensivos/oo.IRespiratoriaA.UCl.oct.oo.pdf>
- Dueñas Castell Carmelo. (2016). Insuficiencia respiratoria aguda. Acta Colombiana de Cuidado Intensivo, 1-24. doi:doi:10.1016/j.acci.2016.05.001
- Ferrer, M. (2001). Tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda. Medicina integral: Medicina preventiva y asistencial en atención primaria de la salud, 38(5), 192-199.
- G. González-Pozo, A. S. (2018). Insuficiencia Respiratoria Aguda. Medicine Programa De Formación Médica Continuada Acreditado, 3862-3869.
- Gaibor, G. T. (2021). Paciente Femenino De 71 Años De Edad Con Insuficiencia Respiratoria Aguda. Tesis De Licenciatura. Universidad Técnica De Babahoyo, Babahoyo. Obtenido de

<http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/9825/E-UTB-FCS-TERRE-000138.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

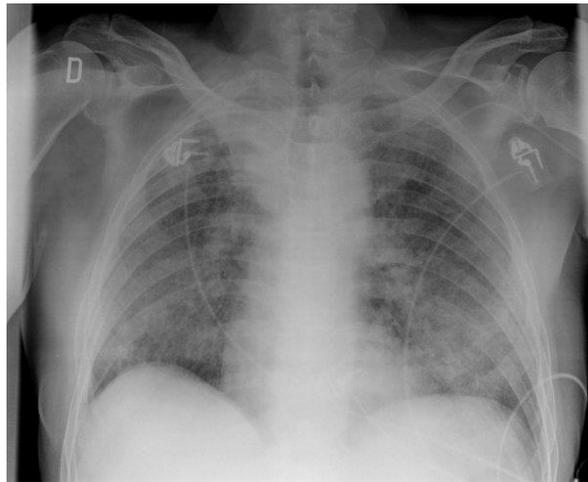
González-Pozo, G. S. (2018). Insuficiencia respiratoria aguda. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(66), 3862-3869.

Quiroga, I. C. (2008). Diagnóstico y manejo de la insuficiencia respiratoria aguda. *NCT Neumología y Cirugía de Tórax*, 24-33.

ANEXOS



Anexo 1. Observamos radiografía de una paciente con insuficiencia respiratoria aguda.



Anexo 2. Observamos una radiografía de un paciente con neumonía adquirida en la comunidad.