



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

**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO(A) EN TERAPIA
RESPIRATORIA**

TEMA DEL CASO CLÍNICO:

**INTERVENCION DEL TERAPISTA RESPIRATORIO EN PACIENTE FEMENINO
DE 60 AÑOS CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA**

AUTOR:

KAREN ESTEFANÍA GÓMEZ DAMIANI

TUTOR:

ALEX ENRIQUE DÍAZ BARZOLA

BABAHOYO - LOS RÍOS - ECUADOR

2023-2024

INDICE

| | |
|---|-----------|
| DEDICATORIA..... | 4 |
| AGRADECIMIENTO..... | 5 |
| TITULO DEL CASO CLINICO..... | 6 |
| RESUMEN..... | 7 |
| ABSTRACT..... | 8 |
| INTRODUCCIÓN..... | 9 |
| I. MARCO TEÓRICO..... | 10 |
| Definición..... | 10 |
| Fisiopatología..... | 10 |
| Factores de riesgos..... | 11 |
| Signos y síntomas..... | 11 |
| Diagnóstico..... | 11 |
| Tratamiento..... | 12 |
| Tratamiento farmacológico..... | 13 |
| Broncodilatadores:..... | 13 |
| Esteroides inhalados y medicamentos antiinflamatorios:..... | 13 |
| Antibióticos:..... | 13 |
| Tratamiento no farmacológico..... | 13 |
| Oxigenoterapia..... | 13 |
| Oxigenoterapia de alto flujo:..... | 14 |
| Terapia de Oxígeno de Alto Flujo..... | 14 |
| Ventilación invasiva:..... | 14 |
| Intervención fisioterapéutica en la EPOC..... | 14 |
| Obstrucción reducida del flujo de aire:..... | 15 |
| Mejorar la función de los músculos respiratorios..... | 15 |
| 1.1. JUSTIFICACIÓN..... | 16 |
| 1.2. OBJETIVOS..... | 17 |
| 1.2.1. OBJETIVOS GENERALES..... | 17 |
| 1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 17 |

| | |
|--|-------------------------------|
| 1.3. DATOS GENERALES | 18 |
| II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO | 19 |
| 2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente. | 19 |
| Antecedentes..... | 19 |
| 2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis) | 19 |
| 2.3. Examen físico (exploración clínica) | 19 |
| 2.4. Exámenes complementarios..... | 20 |
| 2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo..... | 21 |
| 2.6. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales..... | 21 |
| Considerando que presenta valores anormales | 21 |
| gasometría arterial | 22 |
| Dicho esto, por lo general lo hace Presión | 22 |
| Gasometría arterial | 22 |
| 2.7. SEGUIMIENTO..... | 22 |
| Día 1 | 22 |
| Día 2 | 23 |
| Día 3 | 23 |
| Día 4..... | 23 |
| 2.8. OBSERVACIONES..... | 24 |
| CONCLUSIONES..... | 25 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| ANEXOS..... | 28 |

DEDICATORIA

A Dios, que ha sido mi guía permanente en el día a día dándome fortaleza para continuar en esta meta que me he propuesto.

A mis padres Sr. Alfonso Gómez Moran y Sra. Digna Mercedes Damiani Álava quienes me han brindado su apoyo incondicional en todo momento sin dudar de mi capacidad e inteligencia, quienes además representan en mí un gran esfuerzo y tensión en momentos de decline y cansancio.

A mis hermanos Katherine, Luis y Diego por sus comentarios positivos y creer en mí.

A mis sobrinos Ismael, Martin, Martina y Sara quienes son mi motor, fuente de inspiración y motivación para superarme.

A mis amigas bendigo el día que nos conocimos desde ese momento entre nosotras surgió una amistad.

A mi Tutor, por contribuir a mi empeño.

KAREN ESTEFANÍA GÓMEZ DAMIANI

AGRADECIMIENTO

Mi eterno agradecimiento a Dios por guiarme y colmarme de bendiciones.

A mis padres por ser el pilar fundamental en mi vida y por haberme dado la oportunidad de tener una educación excelente.

A mis hermanos por ser parte importante de mi vida.

Sin dejar a un lado a la pieza clave, fundamental e indispensable mis sobrinos quienes son mi motor y ganas de continuar hacia adelante.

A la Universidad Técnica de Babahoyo y a los docentes por compartir sus conocimientos a lo largo de mi preparación profesional, al tutor Alex Enrique Díaz Barzola por guiarme durante la elaboración de este trabajo.

KAREN ESTEFANÍA GÓMEZ DAMIANI

TITULO DEL CASO CLINICO

INTERVENCION DEL TERAPISTA RESPIRATORIO EN PACIENTE FEMENINO
DE 60 AÑOS CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA

RESUMEN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una patología con una alta prevalencia morbilidad y mortalidad a nivel mundial por presentación compromiso intrapulmonar y extrapulmonar, caso clínico de paciente femenino de 60 años fue diagnosticado con EPOC y fue hospitalizada con síntomas debilidad característica, dificultad para respirar con esfuerzo ligero y sudoración.

Horas de evolución más taquipnea, taquicardia, contracciones intercostales y saturación hasta el 86%.

El objetivo de este proyecto puede definir una intervención del terapeuta enfermedad respiratoria en una mujer de 60 años con enfermedad pulmonar obstructiva crónica teniendo en cuenta la conclusión de que las medidas fisioterapéuticas la oxigenación, la ventilación y la rehabilitación de las vías respiratorias forman una piedra angular para el tratamiento de diferentes etapas de esta patología.

Palabras clave: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Terapia respiratoria, Terapia por Inhalación de Oxígeno (DeCs).

ABSTRACT

Chronic obstructive pulmonary disease is a pathology with a high prevalence of morbidity and mortality worldwide due to intrapulmonary and extrapulmonary involvement, the clinical case of the patient, a 60-year-old woman was diagnosed with COPD and was hospitalized with symptoms of characteristic weakness, difficulty breathing with light exertion and sweating.

Hours of evolution plus tachypnoea, tachycardia, intercostal contractions and saturation up to 86%.

The objective of this project was to define an intervention by the respiratory disease therapist in a 60-year-old woman with chronic obstructive pulmonary disease, taking into account the conclusion that the physiotherapeutic measures oxygenation, ventilation and rehabilitation of the respiratory tract form a cornerstone. for the treatment of different stages of this pathology.

Key words: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Respiratory therapy, Inhalation Oxygen Therapy (DeCs).

INTRODUCCIÓN

Epoc es un proceso de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, una enfermedad que comienza en los bronquios y hace que se contraigan mientras afecta simultáneamente los pulmones y destruye los alvéolos. El trastorno afecta el flujo de aire y dificulta la respiración.

La EPOC es causada principalmente por fumar. El humo del tabaco contiene aproximadamente 4700 sustancias que exponen los bronquios, los alvéolos y la sangre con cada inhalación. Los componentes del humo del tabaco, como los hidrocarburos aromáticos, el alquitrán y la nicotina, pueden ser muy dañinos.

En el presente proyecto, que corresponde a un estudio de caso, una mujer de sexo femenino de 60 años fue diagnosticada con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y fue hospitalizada. Además de los signos clínicos causados por taquipnea, taquicardia, contracturas intercostales y saturación, también hubo fatiga, disnea y sudoración con un tiempo de desarrollo aumentado hasta en un 86%. Glasgow 13/15 que presenta hipertensión hemodinámicamente inestable. El tratamiento de este paciente se basó en estudios científicos publicados en el supuesto de que el tratamiento de la EPOC puede ser tanto farmacológico como no farmacológico.

I. MARCO TEÓRICO

Definición

El EPOC es una patología compleja e infra diagnosticada con una alta morbilidad y mortalidad, especialmente entre los fumadores crónicos, y es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. (Alfageme & Lucas, 2018)

La EPOC suele ser una patología formada por enfermedades como el enfisema y la bronquitis crónica, pero estos criterios no son suficientes para cubrir a todos los pacientes (Arenas, 2020).

Otra definición que ofrece la Iniciativa Global de EPOC(GOLD), siempre que "esta sea una enfermedad prevenible y tratable algunos cardiorrespiratorios notables.

Su componente pulmonar se caracteriza por una limitación del flujo de aire que no es totalmente reversible" (Mannino, 2006).

Fisiopatología

En la EPOC, se produce una enfermedad inflamatoria, incluida el lumen Bronquios, bronquiolos y paredes de las vías respiratorias y todo espacio como conductos alveolares, membrana basal, capas mucosa muscular, capilar, arteria venosa y respiratoria. La combinación de todos estos procesos patológicos da lugar a enfermedades obstructivas crónicas. Flujo aéreo que se manifiesta como hipoxemia (Barrueco-Otero, 2021).

La hiperinflación es un mecanismo típico en pacientes con EPOC, es decir, causado por la obstrucción de las vías respiratorias pequeñas donde retención de aire en la fase espiratoria todo conduce a aumentar el poder restante de la función, la capacidad de daño. Los músculos respiratorios se contraen, la emisión de dióxido de carbono disminuye Intercambio insuficiente de carbono y gas (Barrueco-Otero, 2021).

El resultado de todos estos factores es una manifestación de hipoxemia arterial, que puede acompañarse Hipercapnia (Represas-Represas, 2021).

Factores de riesgos

Los factores de riesgo se clasifican según Australian Institute of Health and welfare que los asocia al EPOC, edad, predisposición genética, fumar o exponerse al humo del tabaco, riesgos laborales y productos químicos. La desnutrición y la disfunción muscular son factores determinantes de la severidad clínica y el pronóstico de la enfermedad. Desde hace años se conoce la relación estrecha entre la pérdida de peso, la desnutrición y la mortalidad (Rodriguez, 2022).

Signos y síntomas

- ✓ La tos productiva suele ser el síntoma inicial, que aparece entre fumadores en la quinta y la sexta década de vida.
- ✓ La disnea, que es progresiva, persistente, durante el ejercicio o que empeora con las infecciones respiratorias, aparece cuando los pacientes están en la sexta o la séptima década de vida.

Los síntomas suelen progresar rápidamente en aquellos que siguen fumando y en los que tienen una mayor exposición al tabaco durante toda su vida. La cefalea matinal aparece en la enfermedad más avanzada e indica hipercapnia o hipoxemia nocturna.

Los signos de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica incluyen sibilancias, fase espiratoria prolongada, hiperinsuflación pulmonar manifestada por disminución de los ruidos cardíacos o respiratorios y aumento del diámetro anteroposterior del tórax (tórax en tonel) (al, 2022).

Diagnóstico

El primer paso para diagnosticar la EPOC es preguntar sobre la exposición a factores de riesgo como la exposición al humo del tabaco o gases tóxicos, además de la presencia de tos o aumento o dificultad en la producción de esputo respirar, Sin embargo, el diagnóstico clínico se basa en seguir la espirometría para

la limitación del flujo de aire, FEV1/FVC <0,70 tras bronquiectasias (Soler-Cataluña & Piñera, 2022).

Durante la exploración física de los pacientes con EPOC suele indicarse el tiempo prolongado y sonidos pulmonares anormales, como sibilancias "Especialmente en la exhalación", disminución de los ruidos respiratorios, tórax en tonel Debido a la hiperinflación y dependiendo de la gravedad también es común el uso de músculos accesorios. Respiración de bacalao (Álvarez & Bron, 2019).

Aunque la espirometría es diagnóstica EPOC, así como pruebas adicionales como gases en sangre arterial se muestra en el caso del valor de visualización del oxímetro de pulso la saturación es inferior al 90%.

La radiografía de tórax tradicional también es del tipo de estudios de utilidad diagnóstica en dichos pacientes, particularmente para descartar otras causas de síntomas respiratorios como insuficiencia cardíaca inyección de sangre.

Los pacientes con EPOC a menudo se pueden encontrar en las radiografías.

Hiperinflación pulmonar bilateral con aplanamiento del diafragma (Soler-Cataluña & Piñera, 2022).

Tratamiento

Las pautas de tratamiento de la EPOC deben basarse en el paciente individual por las circunstancias específicas de cada caso y porque es una enfermedad progresiva que inicialmente comienza en los pulmones, pero se desarrolla más tarde.

La expansión a otras entidades requiere de un equipo multidisciplinar.El próximo se han descrito en detalle dos enfoques principales para el tratamiento de esta patología. (Gea, 2020)

Tratamiento farmacológico

Broncodilatadores: Este fármaco consiste para el tratamiento de episodios agudos, así como para el mantenimiento a largo plazo, porque se ha demostrado que reducen la sensación de dificultad para respirar y flujo de aire limitado, también mejoran la tolerancia durante la actividad física, de ahí la calidad de vida. Con base en la vida media de un broncodilatador, el albuterol de acción corta es un excelente ejemplo de albuterol común en nuestro medio, utilizado para salvar a los pacientes de los ataques de asma, y EPOC exacerbada, también disponemos de fármacos de acción intermedia como el bromuroipratropio y fármacos de acción prolongada como formoterol y salmeterol (Vázquez-González & Barnestein-Fonseca, 2022).

Esteroides inhalados y medicamentos antiinflamatorios: Estos medicamentos son importantes porque reducen la inflamación de las vías respiratorias, especialmente asociado a broncodilatadores.

Esto también se muestra en etapas difíciles. Por ejemplo, el empeoramiento de la enfermedad puede reducir el número de exacerbaciones estos medicamentos son muy comunes, solemos tener budesonida las guías recomiendan 2 inhalaciones cada 12 horas para pacientes con EPOC empeoró (Seijo & Peces-Barba, 2019).

Antibióticos: Se ha demostrado que su uso reduce las fallas del tratamiento y número de exacerbaciones. para los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI), asociado con menor mortalidad y menos días de hospitalización (Miravittles & Calle, 2022).

Tratamiento no farmacológico

Oxigenoterapia: EPOC con insuficiencia respiratoria, la administración de oxígeno suplementario es una parte importante porque el objetivo de la oxigenoterapia en este caso particular es lograr niveles de oxígeno en el rango de 88% a 92%. Cabe señalar que debido a la estimulación principal del centro respiratorio del paciente depende de persistir la hipoxemia, no la hipercapnia, de

manera controlada porque de lo contrario se apagaría el estímulo central respiración, que en el peor de los casos provoca un paro respirar.

Se pueden utilizar varios dispositivos en la práctica clínica, tratamiento con oxígeno de alto y bajo flujo, dado que no se producirá hipoxemia y mantenimiento de los objetivos de oxigenación indicados al inicio este apartado (Cosío & Hernández, 2022).

Oxigenoterapia de alto flujo: Esta terapia permite liberar el gas en un flujo alto a temperatura y humedad ideales (37°C y 100%humedad relativa).

Esto permite aumentar el nivel de oxígeno e Hipercapnia, excepto que los pacientes la toleran mejor que la ventilación.

No invasivos, en realidad se han realizado varios estudios que los comparan evaluar la efectividad de una terapia sobre otra, pero no se han encontrado resultados correspondientes hasta el momento (Miravittles & Calle, 2022).

Terapia de Oxígeno de Alto Flujo: Esta terapia permite la liberación de gases a un alto caudal a temperatura y humedad ideales (37°C y 100% de humedad relativa).

Esto permite niveles elevados de oxígeno e hipercapnia, excepto que el paciente lo tolera mejor que la ventilación. No invasivos, y de hecho se han realizado varios estudios que los comparan para evaluar la eficacia de una terapia frente a otra, pero hasta el momento no se han encontrado resultados equivalentes (Miravittles & Calle, 2022).

Ventilación invasiva: Considere si otras medidas han fallado fracaso del soporte ventilatorio invasivo y acidosis asociada enfermedad respiratoria grave (PH <7,25) e inestabilidad y deterioro hemodinámico nivel de conciencia (López-Campos & Rubio, 2021).

Intervención fisioterapéutica en la EPOC

Los objetivos de un terapeuta respiratorio en el tratamiento de la EPOC deben centrarse en:

Obstrucción reducida del flujo de aire: Generalmente causada por condiciones, Por ejemplo, broncoespasmo, edema o secreciones que ocupan la luz bronquial. En caso de broncoespasmo, se utilizan broncodilatadores inhalados.

La piedra angular del tratamiento, así como en caso de edema o secreción perfecto para uso en fisioterapia como drenaje postural.

Más el uso de inhaladores con propiedades mucolíticas, mucus Dynamics and Humectants (Miravittles & Calle, 2022).

Mejorar la función de los músculos respiratorios: El objetivo es permitir restaurar los patrones respiratorios fisiológicos, ello tiene que utilizar estrategias Fisioterapia, como respiración diafragmática, movilización torácica y ventilación direccional (Betancourt-Peña & Rosales-Labrada, 2021).

Esto es importante debido a la disnea la razón principal para simplemente limitar la actividad física en pacientes con EPOC, la preparación física incluye una evaluación integral del paciente, luego comience una serie de ejercicios para la parte superior e inferior del cuerpo.

El objetivo principal de estos ejercicios es mejorar la resistencia, no la fuerza. Consiste en actividades repetitivas continuas como cicloergómetro (Betancourt-Peña & Rosales-Labrada, 2021).

1.1. JUSTIFICACIÓN

El siguiente caso clínico se desarrolló con el objetivo de ayudar a los pacientes con esta condición a recibir un mejor cuidado y atención para enfrentar la EPOC. Esto se debe a que puede ser extremadamente peligroso y poner en peligro la salud humana si no se diagnostica y trata a tiempo. Este estudio de caso es muy importante. Porque como terapeutas respiratorios nos encontramos con esta condición con frecuencia y necesitamos conocerla para poder actuar de la manera más práctica.

El desarrollo de casos clínicos es muy importante para los profesionales médicos. Esto les brinda los conocimientos que necesitan para desempeñar su profesión y brindar una mejor atención a sus pacientes.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVOS GENERALES.

Establecer la importancia de la intervención del terapeuta respiratorio en un paciente de 60 años con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar la fisiopatología de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- ✓ Describir los diferentes tratamientos para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- ✓ Determinar el manejo de fisioterapia que describe la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

1.3. DATOS GENERALES

Nombre: D.C

Edad: 60

Sexo: femenino

Hijos: 5

Ocupación: Maestra

Educación: Tercer Nivel

Raza: Mestizo

Estado civil: Casada

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

Una señora de 60 años llega en ambulancia situaciones de emergencia cuando la fotografía clínica es presentada por un familiar (mama). Característica dificultad para respirar, alteración de la conciencia, sudoración excesiva, signos de taquipnea, taquicardia, dificultad respiratoria y saturación.

Antecedentes

APP: EPOC en descontrol

Hábitos: Fumadora

APQ: No refiere

Ambiente: fumadora compulsiva.

2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)

La señora de 60 años en urgencias muestra una presentación clínica caracterizada por decaimiento, disnea horas de esfuerzo y sudoración con dificultad para respirar, taquicardia, Reducción de la contracción y saturación intercostal hasta en un 86%. paciente desorientado Glasgow espacial 13/15

2.3. Examen físico (exploración clínica)

Peso: 50,4 kg

Cabeza: Normal

Mucosas: semihúmedas

Pupila: volumen reactivo sin alteraciones motoras ni sensoriales. Cuello: adenopatía

Campos pulmonares de roncas bilaterales más

Sibilancias cerca de Hilum. Taquicardia SCRS, bajo.

Abdomen: blando y deprimido, hipertrofia visceral RHS no audible

Extremidades: simetría distrófica, cianosis de extremidades distales.

Signos vitales: Presión arterial (PA): 98/60 mmhg

Frecuencia cardíaca (FC): 82 respiraciones por minuto

Frecuencia respiratoria (RR): 18 respiraciones minuto

saturación de oxígeno (SATO2): 93 - 86% - temperatura:

36,6°C.

2.4. Exámenes complementarios

| Coagulo grama | Resultados | Valores de referencia |
|-------------------------------|------------|-----------------------|
| INR | 1.33 | 1-1.5 |
| Tiempo de protrombina (TP) | 13.0 | 9.8-14.8 |
| Tiempo de trombolastina (TTP) | 32.1 | 27.9-41.9 |

| Hemograma | Resultados | Valores de referencia |
|-------------------------------|------------|-----------------------|
| Leucocitos: | 15.30 k/ul | 5-10 k/ul |
| Hemoglobina: | 11.2 g/dl | 12-15 g/dl |
| Hematocrito: | 36.7% | 36.1%-44.3% |
| Volumen corpuscular medio: | 99 fl | 81-99 fl |
| Conc. media hemoglobina (mch) | 35.4 g/dl | 32.36 g/dl |
| Volumen medio plaquetario: | 9.6 fl | 7.4-10.4fl |
| Monocitos: | 2.6 k/ul | 0.3-0.8 k/ul |
| Eosinófilos: | 3.2% k/ul | 0-4% k/ul |
| Linfocitos: | 4.83 k/ul | 0-3.2 k/ul |
| Neutrófilos: | 5.49 k/ul | 2.2-4.8 k/ul |
| Basófilos: | 0.07% k/ul | 0-1% k/ul |

| | | |
|-----------------------------|-----------|-----------------|
| Plaquetas: | 333000 | 150.000-400.000 |
| Recuento de glóbulos rojos: | 2.45 m/ul | 3-5.3 m/ul |
| Monocitos%: | 7.5% | 0-8% |
| Eosinófilos%: | 0.4% | 0.4 0-6% |
| Linfocitos%: | 42.8% | 20-50% |
| Neutrófilos%: | 48.7% | 37%-72% |
| Basófilos%: | 0.6% | 0.2%-1% |

| Metabólico | Resultados | Valores de referencia |
|------------|------------|-----------------------|
| Glucosa: | 88 mg/dl | 70-105 mg/dl |

| Electrolitos | Resultados | Valores de referencia |
|-------------------|--------------|-----------------------|
| Sodio en suero: | 133.00 meq/l | 135-155 meq/l |
| Potasio en suero: | 4.8 meq/l | 3.5-5 meq/l |
| Cloro en suero: | 104 meq/l | 94-110 meq/l |

Fuente: Paciente

2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

- **Diagnóstico presuntivo:** neumonía de etiología desconocida.
- **Diagnóstico diferencial:** insuficiencia respiratoria aguda.
- **Diagnóstico final:** enfermedad pulmonar obstructiva crónica Infección.

2.6. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

Considerando que presenta valores anormales

PA: 98/60 mmHg,

FC: 82 FR: 18

T: 36.3 °C

SaO₂: 93 %

gasometría arterial

pH: 7,08 PCO₂: 79,4 PO₂: 102 HCO₃: 23,5B.

EX: -8.7

Dióxido de azufre: 94%

Dicho esto, por lo general lo hace Presión

arterial: 120/80 mm Hg,

Pulso: 80-100

Francie: 16-22

Temperatura: 36°C SaO₂: 95-100%

Gasometría arterial

PH: 7.35-7.45

PCO₂: 35-45

PO₂: 80-100

HCO₃: 22-26

B. EX: +-2

SO₂: 95-100%

2.7. SEGUIMIENTO

Día 1

La paciente fue llevado a urgencias con trastornos somnolientos de la conciencia asociados con deterioro cognitivo, sin déficits motores ni sensitivos, y signos de angustia Vía aérea por posible exacerbación de la EPOC. Inestabilidad hemodinámica, taquicardia, dificultad para respirar con saturación de oxígeno reducida se decide iniciar soporte ventilatorio mecánico no invasivo en modo CPAP FIO₂: 35% T. INSP: 1,20 P.MED: 6 PEEP: 5

El paciente pasa horas en la unidad de cuidados intensivos y comienza a experimentar una crisis de broncoespasmo y severamente desoxigenados responden pobremente al soporte ventilatorio un procedimiento mecánico no invasivo, de ahí la decisión de secuenciar rápidamente la intubación se inició soporte ventilatorio durante la sedación y analgesia.

Día 2

La paciente de 60 años estudiada en la unidad de cuidados intensivos por dos días Hemodinámica mente estable. actualmente no inicia sedo analgesia Abre los ojos espontáneamente. Todavía está intubado conectado a un respiradero. Mecanismo para iniciar el proceso de ventilación en modo BIPAP.

Se mantiene mediante terapia inhalatoria con bromuro, 2 veces cada 4 horas bromuro de ipratropio y albuterol, así como rehabilitación pulmonar, masaje torácico, Vibración mecánica, golpes torácicos y drenaje postural.

Día 3

Tres días después del ingreso a la unidad de cuidados intensivos, la paciente de 60 años, hasta el momento se han realizado una traqueotomía y una traqueotomía funestada Salir de quirófano con soporte sedo-analgésico en modo ventilación control del volumen.

Día 4

Paciente femenino de 60 años al cuarto día de hospitalización al área de la UCI está despierta pero desorientada en el tiempo y el espacio Traqueotomía, movida de ventilación mecánica, ahora Se estableció un sistema de alto flujo con FIO2 44% flujo 30 temp 37 C. El paciente estaba excitable, el estado hemodinámico mejoró, Estable, sin apoyo inotrópico positivo, conserva la mecánica respiratoria Buena saturación. No se realizó monitorización de gases en sangre arterial.

2.8. OBSERVACIONES

La terapia aplicada a la paciente arrojó el mejor resultado y mejoró el cuadro clínico. Y actualmente está siendo tratada como paciente ambulatorio, donde está bajo supervisión clínica y está siendo tratado con bromuro de ipratropio dos veces por semana como parte de este tratamiento. Es muy importante que los pacientes continúen con las recomendaciones dadas, mejoren su estilo de vida y abandonen malos hábitos como el tabaquismo.

CONCLUSIONES

Este caso clínico es de gran interés debido a que es una enfermedad común, pero en gran parte no documentada que no es tratada a tiempo y provoca muchas complicaciones a los pacientes.

El tabaco provoca muchas enfermedades respiratorias, por lo que es muy importante educar a las personas sobre los malos hábitos. El tratamiento aplicado al paciente en este caso fue efectivo, mejorando sus síntomas, mejorando los parámetros de ingreso y logrando una saturación de aire ambiente del 99%. Actualmente está en tratamiento ambulatorio y camina 30 minutos diarios.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- al, R. A. (Junio de 2022). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-pulmonares/enfermedad-pulmonar-obstructiva-cr%C3%B3nica-y-trastornos-relacionados/enfermedad-pulmonar-obstructiva-cr%C3%B3nica-epoc>
- Alfageme, I., & Lucas, P. d. (11 de Mayo de 2018). *Nuevo estudio sobre la prevalencia de la EPOC en España: resumen del protocolo EPISCAN II, 10 años después de EPISCAN 10 Years After EPISCAN: A New Study on the Prevalence of COPD in Spain —A Summary of the EPISCAN II Protocol*. Obtenido de Nuevo estudio sobre la prevalencia de la EPOC en España: resumen del protocolo EPISCAN II, 10 años después de EPISCAN 10 Years After EPISCAN: A New Study on the Prevalence of COPD in Spain —A Summary of the EPISCAN II Protocol: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300289618302011?via%3Dihub>
- Álvarez, M. d., & Bron, D. (Diciembre de 2019). *Novedades en la clasificación, diagnóstico y tratamiento de la EPOC*. Obtenido de FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134207219301458?via%3Dihub>
- Arenas, M. d. (Julio-Septiembre de 2020). *Utilidad del miniespirómetro COPD-6 en el diagnóstico precoz de EPOC*. Obtenido de Usefulness of the COPD-6 Mini-Spirometer in the Early Diagnosis of COPD: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S265966362030045X?via%3Dihub>
- Barrueco-Otero, E. (22 de Octubre de 2021). *Prevalencia de síntomas depresivos y diagnóstico de sospecha de depresión en pacientes con EPOC*. Obtenido de Prevalence of Depressive Symptoms, Predictive Factors, and Diagnosis of Suspicion of Depression in Patients with COPD: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656721002705?via%3Dihub>
- Betancourt-Peña, J., & Rosales-Labrada, D. (Abril de 2021). *Cambios en la tolerancia al ejercicio, disnea y calidad de vida a las 8 vs. 12 semanas de rehabilitación pulmonar en pacientes con EPOC*. Obtenido de Changes in tolerance to exercise, dyspnoea and quality of life at 8 vs. 12 weeks of pulmonary rehabilitation in patients with COPD: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S021156382030122X?via%3Dihub>
- Cosío, B. G., & Hernández, C. (Abril de 2022). *Actualización 2021 de la Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Tratamiento no farmacológico*. Obtenido de Spanish COPD Guidelines (GesEPOC 2021): Non-pharmacological Treatment Update: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300289621002283?via%3Dihub>
- Gea, J. (Junio de 2020). *La terapia de la EPOC, más allá de la farmacología clásica*. Obtenido de COPD Therapy: Beyond Conventional Pharmacology - Archivos de Bronconeumología: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300289619303084?via%3Dihub>
- López-Campos, J. L., & Rubio, M. C. (Septiembre de 2021). *Consenso sobre el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la EPOC: Grupo de trabajo EPOC Forum*. Obtenido de Forum

- COPD Working Group Consensus on the Diagnosis, Treatment and Follow-Up of COPD:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300289621000235?via%3Dihub>
- Mannino, D. M. (Enero de 2006). *Global Initiative on Obstructive Lung Disease (GOLD) classification of lung disease and mortality: findings from the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study*. Obtenido de Global Initiative on Obstructive Lung Disease (GOLD) classification of lung disease and mortality: findings from the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study.: [https://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111\(05\)00141-1/fulltext](https://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111(05)00141-1/fulltext)
- Miravittles, M., & Calle, M. (Enero de 2022). *Actualización 2021 de la Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Tratamiento farmacológico de la EPOC estable*. Obtenido de Spanish COPD Guidelines (GesEPOC) 2021: Updated Pharmacological treatment of stable COPD: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300289621001034?via%3Dihub>
- Represas-Represas, C. (1 de Octubre de 2021). *Conocimiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en la población gallega: estudio «CoñecEPOC»*. Obtenido de Knowledge of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) in the Galician Population: “CoñecEPOC” Study: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2659663621000230?via%3Dihub>
- Rodriguez, J. B. (30 de Julio de 2022). FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN USUARIOS QUE ACUDEN A UN HOSPITAL. Obtenido de <https://revistamedica.com/factores-riesgo-enfermedad-pulmonar-obstructiva-cronica/>
- Seijo, L. M., & Peces-Barba, G. (Agosto de 2019). *Corticosteroides inhalados y cáncer de pulmón en la EPOC*. Obtenido de Inhaled Corticosteroids and Lung Cancer in COPD: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300289619300687?via%3Dihub>
- Soler-Cataluña, J. J., & Piñera, P. (Febrero de 2022). *Actualización 2021 de la guía española de la EPOC (GesEPOC). Diagnóstico y tratamiento del síndrome de agudización de la EPOC*. Obtenido de Spanish COPD Guidelines (GesEPOC) 2021 Update Diagnosis and Treatment of COPD Exacerbation Syndrome : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300289621001666?via%3Dihub>
- Vázquez-González, N., & Barnestein-Fonseca, P. (Diciembre de 2022). *Instrucción sobre la técnica de inhalación: ¿Qué estamos haciendo con nuestros pacientes EPOC?* Obtenido de Instruction on inhalation technique: What are we doing with our COPD patients?: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0014256522000650?via%3Dihub>

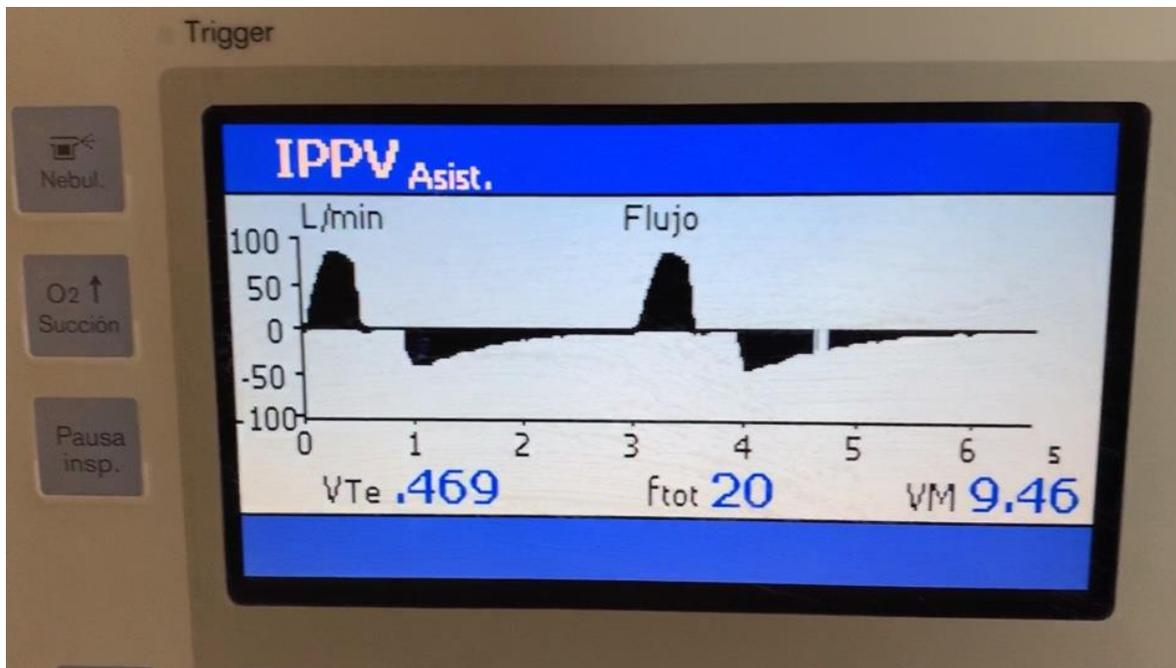
ANEXOS



Realizando aspiración de secreciones



Procesando las pruebas de gasometría



Parámetros ventilatorios correspondientes al primer día de inicio de soporte ventilatorio invasivo.

CERTIFICADO DE ANTIPLAGIO

Certificado que la egresada **Gómez Damiani Karen Estefanía** ha cumplido con el porcentaje requerido para continuar con su proceso de titulación.

TEMA DEL CASO CLÍNICO

Intervención del terapeuta respiratorio en paciente femenino de 60 años con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.



CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

CASO CLINICO EPOC 1

5%
Similitudes

0%
Texto entre comillas
o similares entre comillas

1%
Idioma no reconocido

Nombre del documento: CASO CLINICO EPOC 1.docx
 ID del documento: b4446d5d7c719587eddfa2f9e843e9d5ad331
 Tamaño del documento original: 37,52 kb

Depositante: HERNANDEZ ROCA CRISTINA VICTORIA
 Fecha de depósito: 8/3/2023
 Tipo de carga: interface
 Fecha de fin de análisis: 8/3/2023

Número de palabras: 2407
 Número de caracteres: 17.581

Ubicación de las similitudes en el documento:

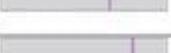


Fuentes

Fuentes principales detectadas

| N° | Descripciones | Similitudes | Ubicaciones | Datos adicionales |
|----|--|-------------|--|---------------------------------------|
| 1 | dspace.utb.edu.ec http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/19000/12066/E-UTB-FCS-TERRE-000273.pdf?sequence=1 | 3% |  | Palabras idénticas: 136 (57 palabras) |
| 2 | dspace.utb.edu.ec Proceso de atención de enfermería en paciente fumador habit http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/19000/9960/3/E-UTB-FCS-EMF-000484.pdf | 2% |  | Palabras idénticas: 128 (42 palabras) |

Fuentes con similitudes fortuitas

| N° | Descripciones | Similitudes | Ubicaciones | Datos adicionales |
|----|--|-------------|--|--|
| 1 | dspace.utb.edu.ec Intervención del terapeuta respiratorio en paciente masculino d http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/19000/11528/3/E-UTB-FCS-TERRE-000240.pdf | < 1% |  | Palabras idénticas: < 1% (24 palabras) |
| 2 | dspace.utb.edu.ec Paciente masculino de 45 años de edad con neumonía adquirid http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/19000/9836/3/E-UTB-FCS-TERRE-000142.pdf | < 1% |  | Palabras idénticas: < 1% (23 palabras) |
| 3 | hdl.handle.net Tratamiento y promoción de la salud en el paciente con EPOC http://hdl.handle.net/10962/2582 | < 1% |  | Palabras idénticas: < 1% (18 palabras) |
| 4 | dspace.utb.edu.ec http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/19000/13014/E-UTB-FCS-TERRE-000283.pdf?sequence=1 | < 1% |  | Palabras idénticas: < 1% (18 palabras) |

