



**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 obtención del grado académico de Licenciado (a) en Terapia Respiratoria

TEMA PROPUESTO EN EL CASO CLINICO:

Paciente de sexo masculino de 60 años de edad con síndrome de distrés respiratorio agudo asociado a lesión cerebral aguda.

AUTORA:

Lizeth Stephanya Avilez Carpio

TUTOR:

Lcda: Glenda Azucena Sandoya Vite

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2020

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a Dios por darme salud, sabiduría y la fuerza para culminar mi carrera, a mi familia por haber sido mi apoyo a lo largo de toda mi carrera universitaria y a lo largo de mi vida. A todas las personas especiales que me acompañaron en esta etapa, aportando a mi formación tanto profesional y como ser humano.

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 mi madre y hermanos 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.

Título de caso clínico

PACIENTE DE SEXO MASCULINO DE 60 AÑOS DE EDAD CON SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO ASOCIADO A LESIÒN CEREBRAL AGUDA.

RESUMEN

El presente caso clínico trata de un paciente de sexo masculino que ingresa a la casa de salud por una lesión cerebral aguda ocasionándole a su vez un síndrome de distrés respiratorio agudo. La investigación tuvo como objetivo determinar el perfil epidemiológico y las manifestaciones clínicas en pacientes adultos con síndrome de distrés respiratorio agudo asociado a lesión cerebral aguda. Los datos obtenidos fueron dados por el examen físico y evaluaciones. En la espera de los resultados de los exámenes complementarios como la radiografía torácica y exámenes de sangre, se confirmaron las sospechas de infiltración pulmonar, reducción de pulmones y edemas en las extremidades superiores e inferiores. En el seguimiento al paciente, este es derivado a UCI pero no presenta mejorías, y hay presencia de cianosis, posterior a eso se ordena realizarle gasometrías arteriales para verificar la disminución del dióxido de carbono, y el manejo de ventilación mecánica, añadiéndole la aplicación de fármacos intravenosos para su pronta recuperación. Concluyendo que el paciente con el paso de los días fue estableciendo sus signos vitales a los niveles normales, y que el tratamiento adecuado para un paciente con SDRA por LCA es la ventilación controlada por presión.

Palabras claves: Ventilación mecánica, Síndrome de distres respiratorio agudo, Lesión cerebral aguda, hipoxemia, disnea.

ABSTRACT

The present clinical case is about a male patient who is admitted to the medical home because of an acute brain injury causing him to have an acute respiratory distress syndrome. The aim of the investigation was to determine the epidemiological profile and clinical manifestations in adult patients with acute respiratory distress syndrome associated with acute brain injury. The data obtained were given by physical examination and assessments. Pending the results of complementary examinations such as chest radiography and blood tests, suspected pulmonary infiltration, lung reduction and edema in the upper and lower extremities were confirmed. The patient was referred to the ICU but showed no improvement, and cyanosis was present. After that, arterial blood gases were ordered to verify the decrease in carbon dioxide, and mechanical ventilation was managed, with the addition of intravenous drugs for early recovery. The patient's vital signs were established to normal levels over the days, and the appropriate treatment for a patient with ARDS due to ACL is pressure-controlled ventilation.

Keywords: Mechanical ventilation, Acute respiratory distress syndrome, Acute brain injury, hypoxemia, dysnea.

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
Título de caso clínico	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	1
I. MARCO TEÓRICO	2
1.1 Justificación.....	7
1.2 Objetivos	8
1.2.1 Objetivo General	8
1.2.2 Objetivos Específicos	8
1.3 Datos generales	8
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	9
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial Clínico del paciente. 9	
2.2 Principios datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual... 9	
2.3 Examen físico (Exploración clínica)..... 9	
2.4 Información de exámenes complementarios realizados..... 10	
2.5 Formulación de diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo	10
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar. 11	
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales. 11	
2.8 Seguimiento	12
CONCLUSIONES	14
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	15
ANEXOS	16

INTRODUCCIÓN

El síndrome del distress respiratorio agudo (SDRA), es una urgencia médica frecuente, es precipitado por diversos procesos agudos que lesionan de forma directa o indirecta el pulmón, como la sepsis, las neumonías virales o bacterianas primarias, la aspiración del contenido gástrico, los traumatismos torácicos directos, el shock profundo o prolongado, las quemaduras, la embolia grasa, el ahogamiento por inmersión, la derivación cardiopulmonar, la toxicidad por O₂, la pancreatitis hemorrágica aguda, la inhalación de humo u otros gases tóxicos y la ingesta de ciertos fármacos, se la reconoce además porque se asocia con otras patologías o síndromes, tales como la lesión cerebral aguda. (Merck, 2020)

Por otro lado, una lesión cerebral también puede incluir cualquier tipo de lesión vascular siempre y cuando ningún factor externo haya creado directamente la lesión este tipo de lesión se diferencia una lesión cerebral traumática en que en este último caso la reacción se produce cuando una fuerza externa daña el cerebro de una manera traumática. (Shatil, 2015)

Dado a lo anteriormente expuesto, este estudio clínico se basa en el análisis de un paciente de sexo masculino de 60 años que presentó síndrome de distress respiratorio agudo asociado a la lesión cerebral aguda, el paciente presentaba signos vitales; en su frecuencia cardiaca 62 latidos por minutos, su frecuencia respiratoria es de 10 resp/min, una presión arterial de 80/50 mmHg y una temperatura de 39°C.

El paciente fue ingresado a unidad de cuidado intensivo pero no presentó mejoría, por lo que se optó realizar una gasometría arterial, arrojando una hipercapnia y desaturación progresiva, se procedió a evaluarlo según la escala de Murray y Glasow, dando un puntaje alto. Posteriormente se realizaron radiografías torácicas, donde se mostró la limitación de expansibilidad, infiltración en ambos pulmones y reducción de los mismos dado a los resultados altos. Se le administró fármacos en la vía intravenosa y a su vez se le realizó ventilación mecánica

I. MARCO TEÓRICO

Síndrome del distrès respiratorio agudo

Su nombre inicial fue SIRPA (síndrome de insuficiencia respiratoria progresiva del adulto), no obstante, los niños también pueden ser afectados por lo que actualmente se le denomina SDRA (síndrome de distrès respiratoria aguda). A pesar de que por el año 1988 se realizó un sistema de clasificación para evaluar los daños pulmonares, este sistema no predice el estado evolutivo entre las 24 a 72 horas después del comienzo del cuadro por lo que su uso se ha limitado. En 1994 se introdujo una nueva definición por la American-European Consensus Conference Committee: (Diaz, 2004)

- Lesión aguda pulmonar: paciente con hipoxemia, definida como la razón entre la PaO₂ y la FIO₂ < 300. •
- SDRA: hipoxemia severa, PaO₂ /FIO₂ < 200.1

Etiología

Su causa principal es la pérdida del líquido que atraviesa los vasos sanguíneos más diminutos de los pulmones que se dirigen a los sacos de aire donde se oxigena la sangre. Normalmente, una membrana protectora mantiene el líquido en los vasos sanguíneos, a pesar de eso, alguna lesión grave o enfermedad pueden causar daños en la membrana y producir la pérdida de líquido característica del síndrome de dificultad respiratoria aguda. (clinic m. , 2018)

Varias de las causas más frecuente en lo que respecta el SDRA son la septicemia; una infección grave en el torrente sanguíneo, inhalación de sustancias nocivas, neumonía grave que afectan los lobulillos pulmonares, lesiones graves en la cabeza, tórax u otras partes importantes. (clinic m. , 2018)

Cuadro clínico

Durante las primeras 12 a 24 horas después de la lesión, a pesar de que el paciente aparezca con síntomas leves, puede hallarse un infiltrado radiológico si es causado

por neumonía o por aspiración de contenido gástrico. El primer síntoma es la taquipnea asociada con hipoxemia refractaria. Después de 1 a 5 días de iniciados los síntomas, se escuchan estertores y aparecen hallazgos radiológicos que son infiltrados alveolares con broncogramas aéreos. La TC muestra consolidación pulmonar con distribución irregular, influida probablemente por la gravedad. (K, 2018)

El cuadro clínico es similar al que se presenta en la falla cardiaca congestiva, debido a los signos y síntomas de carácter respiratorio, como taquipnea, disnea, cianosis. Sin embargo, este diagnóstico se excluye debido a que, en la falla cardiaca congestiva, existe la presencia de una presión capilar pulmonar menor o dentro del rango normal < 15 mmHg, mientras que en el SDRA se eleva la presión capilar pulmonar. (K, 2018)

Diagnóstico

- Medidas de las concentraciones de oxígeno en la sangre
- Radiografía de tórax

No es necesario la extracción de sangre para la medición del nivel de oxígeno, se puede hacer uso de la oximetría, que implica la aplicación de un sensor en algún dedo o en el lóbulo de la oreja. La concentración de oxígeno (junto con la de dióxido de carbono) en sangre también se puede medir a partir del análisis de una muestra de sangre extraída de una arteria. (K, 2018)

Las radiografías de tórax muestran líquido en espacios que deberían llenarse de aire. Puede ser necesario realizar más pruebas complementarias para descartar la insuficiencia cardíaca como causa del problema. (K, 2018)

Lesión Cerebral Aguda

Según la lesión y fuerza implicada, la estructura del cráneo puede presentar un trauma macro o microscópico. Estas pueden ser: las lesiones abiertas abarcan daños al cuero cabelludo y el cráneo; dada por instrumentos típicamente proyectiles

u objetos afilados, o a su vez por un golpe como grave. Por otro lado, las lesiones cerradas se dan por un golpe en la cabeza o la agitación acelerada de la misma, esta aceleración o desaceleración producen lesiones en el tejido del lugar del golpe o en su lado opuesto, en este caso los axones y los vasos sanguíneos pueden desgarrarse o romperse, lo que provoca una lesión axónica difusa. Estos vasos sanguíneos que han sido rotos pueden producir contusiones, hemorragias intracerebrales o hematomas. (E, 2017)

Causas

Normalmente esto se causa por: traumatismo craneoencefálico, golpe intenso en la cabeza causando una fractura craneal; ictus o infarto cerebral, se da por la obstrucción de las arterias como la trombosis cerebral; anoxia cerebral, lesión por falta de oxígeno en el cerebro; tumores, obstaculizan el control del organismo, dicha masa de tejido blando crece dentro del cerebro de la persona y pueden evolucionar de manera localizada o metastásica; encefalitis: dada por infecciones de herpes afectando los lóbulos frontales y temporales esta causa de lesión cerebral provoca grandes cambios emocionales cognitivos y de conducta. (Clinic, 2019)

La etapa inicial del manejo ventilatorio de un paciente con síndrome de respiratorio a causa de una lesión cerebral aguda es clave la intubación endotraqueal ya que la activación de reflejo de la vía aérea puede incrementar la presión intracraneal estoy en infección mente importante cuando la distensibilidad cerebral se encuentra extremadamente reducida requiriéndose conexión a ventilación mecánica mediante sedo-analgésia óptima. Así se logra el acoplamiento del paciente al ventilador en particular bajo presencia de patrones ventilatorios anormales: respiración de biot, Cheyne-Stokes, atáxica, y demás. (F, 2016)

Diagnósticos

El diagnóstico de la LCTL puede ser difícil, dado que los síntomas que la acompañan son comunes a otras enfermedades, como el estrés postraumático, la depresión y la cefalea, y a que el comienzo o el reconocimiento de los síntomas pueden ocurrir días o semanas después de la lesión inicial. Es importante la

evaluación de la lesión y sus manifestaciones para hacer un tratamiento apropiado y reducir la morbilidad. (Papponetti, 2019)

Tratamientos

Por lesión leve se recomienda reposo y tomar analgésicos de venta libre para el dolor de cabeza; la atención de urgencia inmediata, es necesario que la persona cuente con suministro suficiente de oxígeno y de sangre, mantener la presión arterial y evitar cualquier lesión en la cabeza o cuello. También para el manejo de lesiones craneoencefálica se recomienda medicamentos diuréticos, anticonvulsivos y para inducir el coma, este último a veces es necesario cuando los vasos sanguíneos se encuentran comprimidos y el cerebro necesita de menos oxígeno para funcionar y con respecto a cirugías se puede hacer práctica de la extracción de hematomas, reparación de fracturas craneales, detenimiento del sangrado y realizar aberturas en el cráneo. (clinic M. , 2018)

Ventilación mecánica

La ventilación mecánica es un tratamiento de soporte vital, en el que utilizando una máquina que suministra un soporte ventilatorio y oxigenatorio, facilitamos el intercambio gaseoso y el trabajo respiratorio de los pacientes con insuficiencia respiratoria. (Gutierrez, 2016)

Según (Patel, 2018) Hay tres modos de ventilación mecánica:

Ventilación controlada (ciclada) por volumen: En este modo, que incluye el modo con control de volumen (V/C) y la ventilación obligatoria intermitente sincronizada, el respirador envía un volumen corriente predeterminado. La presión resultante en la vía aérea no es fija, sino que varía con la resistencia y la elasticidad del aparato respiratorio y con la velocidad de flujo seleccionada.

Ventilación controlada (ciclada) por presión: el respirador aporta una presión inspiratoria determinada. Por lo tanto, el volumen corriente varía según la resistencia y la elastancia del aparato respiratorio. En este modo, los cambios en

la mecánica del aparato respiratorio pueden producir alteraciones no reconocidas en la ventilación minuto. Dado que limita la presión de distensión pulmonar, este modo teóricamente puede beneficiar a pacientes con síndrome de dificultad respiratoria aguda.

Ventilación con presión positiva no invasiva: La ventilación con presión positiva no invasiva consiste en la administración de ventilación con presión positiva a través de una mascarilla ajustada que cubre la nariz sola o la nariz y la boca.

1.1 Justificación

Este caso clínico está fundado en el Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda (SDRA), una patología que afecta a este paciente adulto con lesiones cerebrales agudas ya que por el cual se ve afectado su nivel de conciencia. Regularmente se observan accidentes que producen daños a nivel cerebral, algunos conllevan a la mortalidad; esto significa un porcentaje alto de labor para el área de unidades de cuidados intensivos en las distintas casas de salud del país.

La importancia de este caso clínico se basa en comprobar los factores de riesgos que se ven involucrados a la mortalidad de los pacientes cuando por una lesión cerebral compromete a otras áreas del organismo, en este caso las vías respiratorias, donde por el uso de ventilación mecánica puede afectar cualquier parte del sistema respiratorio o dejar secuelas neurológicas y pulmonares.

Esta investigación tiene una relevancia significativa ya que por medio de desarrollo que muestra en el procedimiento del paciente, contribuye a la detección y control de esta complicación, asegurándole una mejor calidad de vida y estado de salud de los pacientes que la padezcan.

Este estudio de caso clínico es confiable y factible ya que cuenta con los recursos necesarios para realizar dicha investigación.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

- Determinar el perfil epidemiológico y las manifestaciones clínicas en pacientes adultos con síndrome de distrés respiratorio agudo asociado a lesión cerebral aguda.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Aplicar técnicas de terapia respiratoria para permeabilizar la vía aérea en paciente en ventilación mecánica por síndrome de distrés respiratorio agudo asociado a lesión cerebral aguda.
- Determinar el tratamiento adecuado al paciente con síndrome de distrés respiratorio agudo asociado a lesión cerebral aguda.
- Emplear el cuidado necesario que necesite el paciente adulto con síndrome de distrés respiratorio agudo asociado a lesión cerebral aguda.

1.3 Datos generales

Nombre: NN	Lugar de Nacimiento: Ventanas – Los Ríos
Apellido: NN	Número de historial clínico: 44100
Edad: Adulto	Grupo sanguíneo: O Factor: +
Etnia: Montubio	Sexo: Masculino

Fuente: Hospital General IESS Babahoyo. Unidad de Cuidados Intensivos
Elaborado por: Lizeth Stephanya Avilez Carpio

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

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

Paciente adulto de 60 años con síntomas como; disnea, tos y expectoración, mostrando presencia de sibilancias, uso de los músculos accesorios intercostales y diafragma, el esternocleidomastoideo. Además, el paciente presenta desaturación, la tos productiva del paciente es con flema purulenta viscosa y muy abundante además presenta bajo peso, por lo que se le aplica al paciente un soporte ventilatorio no invasivo.

2.2 Principios datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual.

(Anamnesis)

Paciente ingresa a la casa de salud presentando una lesión cerebral aguda, sus signos clínicos muestran una frecuencia cardiaca normal; a nivel respiratorio presentó ruidos en campo pulmonar, roncus, sibilancia; con una frecuencia respiratoria un poco baja, su temperatura corporal está elevada, y una presión arterial baja.

2.3 Examen físico (Exploración clínica)

- **Piel:** cianosis
- **Cráneo:** Normal
- **Cara:** Normal
- **Boca:** Deshidrata
- **Labios:** Deshidratado, fruncidos
- **Cuello:** Normal
- **Tórax:** En tonel y limitación para la expansibilidad.
- **Abdomen:** marcación de la línea diafragmatica.
- **Extremidades superiores e inferiores:** Edematizados
- **Peso:** 62 kg Talla: 1.50 mts **Índice masa corporal:** 24

Exploración clínica

- **Frecuencia cardíaca:** 62 latidos por minuto
- **Frecuencia respiratoria:** 10 resp/min, (Presenta sonidos en campo pulmonar, roncus, sibilancia).
- **Temperatura:** 39.0°C
- **Presión arterial:** 80/50 mmHg

2.4 Información de exámenes complementarios realizados.

Análisis de sangre

- **Hemoglobina:** 11 g/dL
- **Eritrocitos:** 3.9 millones/mm³
- **Hematocrito:** 28%
- **Leucocitos:** 9.000/mm³
- **Trombocitos:** 143.000/mm³

Análisis de gases arteriales

- **PaO₂:** 55mmHg
- **PaCO₂:** 27 mmHg
- **Ph:** 7.10
- **HCO₃:** 15 mEq/L
- **Be:** 1.0

Radiografía torácica

- Infiltraciones en ambos pulmones
- Reducción del tamaño pulmonar

Otros análisis

- **Pulsioximetría:** SatO₂: 80%

2.5 Formulación de diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

- **Diagnóstico presuntivo:** Insuficiencia respiratoria
- **Diagnóstico diferencial:** IRA Tipo 2
- **Diagnóstico definitivo:** SDRA/LCA

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

El trato clínico de la patología presunta que se refiere a una lesión cerebral aguda, cuyo caso muestra teológicamente que se producen cuando las lesiones afectan al tejido cerebral, alterando de forma permanente o temporal la función del cerebro.

El paciente mostró en su exploración clínica valores bajos en relación a lo normal; lo que refiere a exámenes físicos, a nivel torácico se diferencia una limitación en la expansibilidad indicando una dificultad respiratoria en el paciente, así mismos edemas en las extremidades superiores e inferiores, se le realizó una radiografía torácica donde se encontró infiltraciones en ambos pulmones y reducción de tamaño de los mismos.

Se realizó ventilación mecánica al paciente por la baja frecuencia respiratoria que presentaba, para controlar su nivel de oxígeno y además se le administro fármacos por vía intravenosa.

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

Resultados de laboratorio	Valores normales de referencia
Hemoglobina: 11 g/Dl	14 g/dl
Eritrocitos: 3.9 millones/mm ³	4.5-3.9 millones/mm ³
Hematocrito: 28%	42-60%
Leucocitos: 9.000/mm ³	5.000-10.000/mm ³
Trombocitos: 143.000/mm ³	150.000-350.000/mm ³
PaO ₂ : 55mmHg	60-80 mmHg
PaCO ₂ : 27mmHg	35-45mmHg
Ph: 7.10	7.35-7.45
HCO ₃ : 15 mEq/L	22-28 mEq/L
Be: 1.0	3.0
SatO ₂ : 80%	95-100%

Fuente: Laboratorio Hospital General IESS Babahoyo

2.8 Seguimiento

Paciente adulto ingresado por emergencia con, disnea grave, uso de músculos accesorios, desaturación, hipertensión, hipertermia, presentación de edema en las extremidades superiores e inferiores. El Médico de turno prescribe administrar oxígeno alto flujo con mascarilla, además emplea el uso de otros fármacos.

Se deriva al paciente a cuidado intensivos pero este no presenta mejoría, y se opta por evaluarlo nuevamente, hay presencia de cianosis, se le realiza una gasometría arterial donde arroja una hipercapnia y una desaturación progresiva por lo que procede a evaluarlo con la escala de MURRAY y de GLASOW, que es indicado para los pacientes con SDRA y LCA; arrojando este un puntaje alto.

El médico de turno indica que se le agrega un soporte ventilatorio invasivo por lo que se utiliza altos niveles de presión positiva espiratoria final no ha demostrado reducir la mortalidad; sin embargo, ha mejorado metas secundarias importantes, frecuencias respiratorias de 20-30 Rpm, flujo inspiratorio <60, patrón de flujo desacelerado o descendente, tiempo inspiratorio entre 0,8-1.2 segundos. Observaciones minimizar la VILI.

Al tercer día del empleado el soporte ventilatorio el paciente presenta una leve mejoría se le sigue empleando fármacos por vía intravenosa. Al cuarto día el paciente adulto se le realiza una gasometría arterial para ver los valores de gases para determinar el valor de dióxido de carbono el cual ha disminuido desde que ingreso por emergencia. Al quinto en el área de UCI el médico evalúa al paciente nuevamente y prescribe otras gasometrías más radiografías de tórax para ver el progreso del tratamiento empleado en este paciente para evaluar su posible salida de UCI y trasladarlo a observación.

Al sexto día, el paciente presenta una gran mejoría por lo que el médico decide llevarlo hacia observación donde permanecerá al menos 5 días para ver si se traslada hacia una sala de hospitalización o si reingresa a la unidad de cuidado intensivo sigue con el tratamiento de fármacos y se le instaura una mascarilla de oxígeno a 10 Lt/min.

2.9 Observaciones

Se observó en el paciente adulto con SDRA/LCA, que obtuvo una evolución de manera progresiva beneficiada por el soporte ventilatorio que se le empleó a este paciente, más administración de fármaco que se empleó para ayudar a contrarrestar las molestias del cuadro sintomatológico que presentaba corregir los gases en sangre arterial, resultó ser un tratamiento eficaz para el SDRA/LCA, sin embargo, estos fármacos ayudaron o beneficiaron al paciente para que éste no sea re intubado dónde podría haber derivado otras complicaciones al momento de instaurar este soporte de ayuda ventilatoria.

La observación es beneficiosa que se le presentaron al paciente adulto son:

- El adulto obtuvo un progreso en su dificultad respiratoria y las lesiones cerebrales fueron resueltas con intervenciones quirúrgicas.
- Corrigió la hipoxemia.
- Redujo su labor respiratoria.
- Los signos vitales se ubicaron en su rango normal.

CONCLUSIONES

Las técnicas de terapia respiratoria sirvieron para permeabilizar las vías respiratorias del paciente que se encontraba con ventilación mecánica por el síndrome de distrés respiratorio agudo ocasionado por la lesión cerebral, aunque se presentó una complicación por la ventilación (atelectasia), esta pudo ser controlada con antibióticos.

El tratamiento adecuado que puede ser aplicado a un paciente que presenta un síndrome de distrés respiratoria aguda asociada a una lesión cerebral aguda es mediante la ventilación protectora, la más indicada es la ventilación controlada por presión.

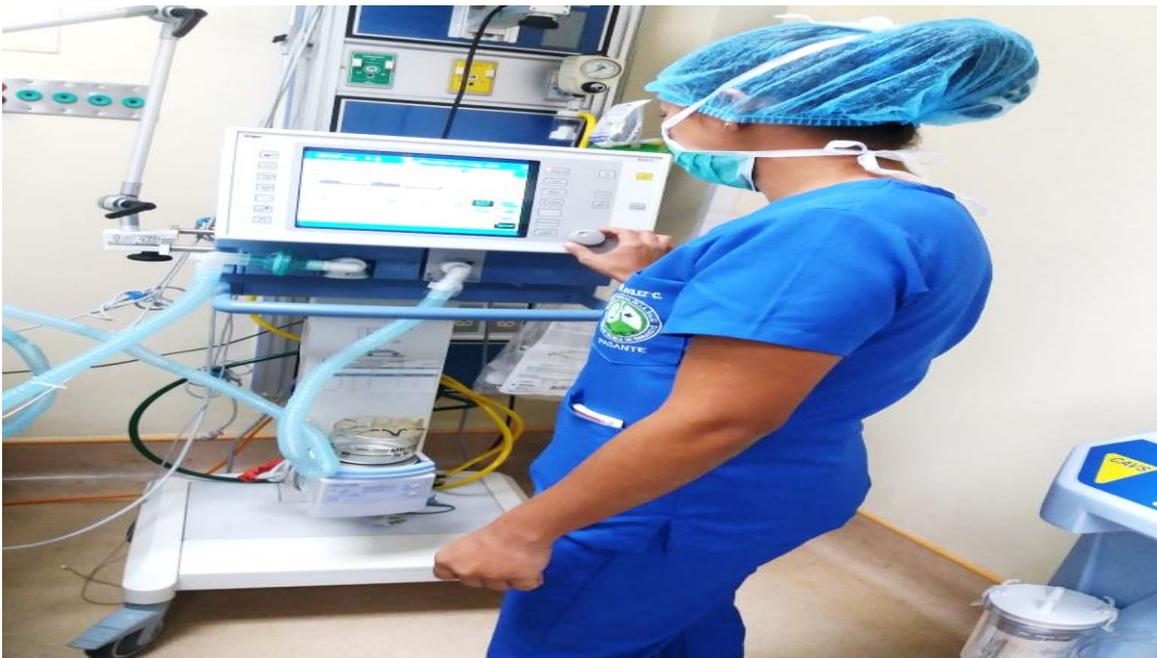
El cuidado empleado al paciente fue satisfactorio, ya que día a día se mantenía al tanto sobre la disminución del dióxido de carbono a través de las gasometrías arteriales, así mismo el medico encargado analizaba al paciente a través de radiografías torácicas para evaluar su estado y considerar su salida del área de Unidades de Cuidados Intensivos.

Según la información obtenida el paciente que ingresó con el síndrome de dificultad respiratoria asociado a lesiones cerebrales agudas, se manifestó de una manera grave que pudo ser tratada a tiempo, de la misma manera se pudieron corregir las lesiones por medio de intervenciones quirúrgicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- clinic, M. (2018). *lesion cerebral aguda*. Obtenido de Mayo Clinic: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/traumatic-brain-injury/diagnosis-treatment/drc-20378561>
- clinic, m. (10 de marzo de 2018). *sindrome de dificultad respiratoria aguda* . Obtenido de Mayo Clinic: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/ards/symptoms-causes/syc-20355576#:~:text=La%20causa%20mec%C3%A1nica%20del%20s%C3%ADndrome,l%C3%ADquido%20en%20los%20vasos%20sangu%C3%ADneos.>
- Clinic, M. (19 de marzo de 2019). *Lesion cerebral traumatica* . Obtenido de Mayo clinic: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/traumatic-brain-injury/symptoms-causes/syc-20378557>
- Diaz, M. (2004). *Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda (SIRA)*. Obtenido de Medicina Critica y Terapia Intensiva: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2004/ti041d.pdf>
- E, J. (2017). *Traumatismo encefalocraneano*. Obtenido de Manual Msd: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/lesiones-y-envenenamientos/traumatismos-de-cr%C3%A1neo-tc/traumatismo-encefalocraneano-tec>
- F, V. T. (2016). *ventilacion mecanica en el paciente con lesion cerebral aguda*. Obtenido de Scielo: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000300016
- Gutierrez, F. (2016). *Ventilacion mecanica* . Obtenido de Scielo: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000200006
- K, B. (2018). *Sindrome de dificultad respiratoria aguda*. Obtenido de Manual MSD: <https://www.msdmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-del-pulm%C3%B3n-y-las-v%C3%ADas-respiratorias/insuficiencia-respiratoria-y-s%C3%ADndrome-de-dificultad-respiratoria-aguda/s%C3%ADndrome-de-dificultad-respiratoria-aguda-sdra>
- Merck, M. (26 de febrero de 2020). *sindrome de distres respiratorio del adulto*. Obtenido de eCured: https://www.ecured.cu/S%C3%ADndrome_de_distr%C3%A9s_respiratorio_del_adulto#:~:text=El%20s%C3%ADndrome%20del%20distr%C3%A9s%20respiratorio,g%C3%A1strico%2C%20los%20traumatismos%20tor%C3%A1cicos%20directos
- Papponetti, M. (27 de abril de 2019). *lesion cerebral traumatica* . Obtenido de intramed : <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=58125>
- Patel, K. (2018). *Ventilacion mecanica*. Obtenido de Manual msd: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/cuidados-cr%C3%ADticos/insuficiencia-respiratoria-y-ventilaci%C3%B3n-mec%C3%A1nica/generalidades-sobre-la-ventilaci%C3%B3n-mec%C3%A1nica>
- Shatil, E. (2015). *lesiones cerebrales*. Obtenido de Cognifit: <https://www.cognifit.com/es/lesiones-cerebrales#:~:text=Las%20alteraciones%20en%20los%20tejidos%20del%20cerebro&text=Una%20lesi%C3%B3n%20cerebral%20tambi%C3%A9n%20puede,haya%20creado%20directamente%20la%20lesi%C3%B3n.>

ANEXOS



Me encuentro realizando manejo ventilatorio en un paciente con síndrome de distres respiratorio asociado a lesión cerebral aguda en el área de UCI del Hospital General IESS Babahoyo.