



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

**COMPONENTE PRACTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN TERAPIA
RESPIRATORIA**

TEMA DEL CASO CLÍNICO

**VENTILACION MECANICA POR DISTRES RESPIRATORIO EN PACIENTE
MASCULINO DE 70 AÑOS DE EDAD CON LESION CEREBRAL AGUDA.**

AUTOR:

JORGE JOEL CEPEDA TOAPANTA

TUTOR:

DRA. MARIA DE LOS ANGELES BASURTO ROLDAN

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR

2020

TEMA DE CASO CLÍNICO

VENTILACION MECANICA POR DISTRES RESPIRATORIO EN PACIENTE MASCULINO DE 70 AÑOS DE EDAD CON LESION CEREBRAL AGUDA.

RESUMEN

El paciente adulto correspondía a patologías neurológicas, presenta una estadía en ventilación mecánica más prolongada y de mayor grado de mortalidad, considerando que la ventilación mecánica por sí misma es capaz de inducir o agravar el compromiso pulmonar subyacente.

El paciente con lesión cerebral aguda presenta mayor riesgo de desarrollar neumonía por aspiración, edema pulmonar neurogenico, lesión pulmonar aguda y el síndrome de distrés respiratorio agudo es fundamental el manejo correcto de ventilación mecánica en esta ocasión de lesiones cerebrales aguda tienen síndrome respiratorio agudo.

El síndrome de dificultad respiratoria aguda puede manifestarse en el paciente en estado grave o con lesión cerebral importante suele ser mortal y el riesgo aumenta con la edad y la gravedad de la enfermedad las personas con síndrome de respiratoria aguda padecen dificultades serias para respirar y generalmente no pueden respirar por su cuenta sin el apoyo de un soporte ventilatorio el tratamiento consiste en suministrar oxígeno, controlar los líquidos y gases arteriales.

El objetivo de este estudio es describir el manejo de la ventilación mecánica en el síndrome de distrés respiratorio agudo en el paciente con lesión cerebral aguda. Considerando la incorporación cada vez más frecuente de nuevas estrategias de ventilación como ventilación en decúbito prono (VDP), ventilación con alta frecuencia oscilatoria (VAFO), y el concepto de pulmón abierto nos referimos al rol de esta técnica en este paciente adulto.

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

SUMMARY

The adult patient corresponds to neurological pathologies, has a longer stay on mechanical ventilation and a higher degree of mortality, considering that mechanical ventilation by itself is capable of inducing or aggravating the underlying pulmonary involvement.

The patient with acute brain injury is at greater risk of developing aspiration pneumonia, neurogenic pulmonary edema, acute lung injury and acute respiratory distress syndrome, correct management of mechanical ventilation is essential on this occasion of acute brain injuries have acute respiratory syndrome.

The acute respiratory distress syndrome manifesting in the patient in serious condition or with significant brain injury is usually fatal and the risk increases with age and severity of the disease people with acute respiratory syndrome suffer from serious difficulties in breathing and generally cannot Breathing on your own without the support of ventilatory support The treatment consists of supplying oxygen, controlling arterial fluids and gases.

The objective of this study is to describe the management of mechanical ventilation in acute respiratory distress syndrome in patients with acute brain injury. Considering the increasingly frequent incorporation of new ventilation strategies such as ventilation in the prone position (PDV), ventilation with high frequency oscillation (HFOV), and the concept of open lung, we refer to the role of this technique in this adult patient.

Key words: Acute brain injury, Mechanical ventilation, Acute respiratory distress syndrome.

ÍNDICE

TEMA DE CASO CLÍNICO	II
RESUMEN	III
INTRODUCCIÓN	VI
I. MARCO TEÓRICO	7
1.1 Justificación	11
1.2 Objetivos	12
1.2.1 Objetivo General	12
1.2.2 Objetivos Específicos	12
II. METODOLOGÍA DEL DIÁGNÓSTICO	13
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial Clínico del paciente. 13	
2.2 Principios datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual. ...	13
2.3 Examen físico (Exploración clínica)	13
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.	14
2.5 Formulación de diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo	14
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar	15
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	¡Error! Marcador no definido.
2.8 Seguimiento	20
2.9 Observaciones	21
CONCLUSIONES	22
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
Sampieri, D. R., Fernandez Collado, D. C., & Baptista Lucio, D. M. (2014). Metodología de la investigación (6ta ed.). Mexico, Mexico: McGRAWHILL/Interamericana editores. ...	23
ANEXOS	24

INTRODUCCIÓN

El síndrome del distress respiratorio (SDR), 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.

La lesión cerebral aguda puede ser definida como una lesión del cerebro independientemente de la edad en la que se produzca una lesión cerebral aguda le puede suponer un incremento sustancial a la persona que le aparece pudiendo causar diversas formas de deterioro cognitivo como son los problemas en la atención de memoria o motores.

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.

Lesión cerebral traumática también es conocida como una lesión intracraneal se puede categorizar según la gravedad el origen de la lesión interna o externa y otras características tales como la ubicación del daño cerebral ocasionado. Cuando hablamos de lesión en cerebro o cabeza por lo general nos referimos a una lesión cerebral traumática.

I. MARCO TEÓRICO

SDRA

El SIRPA sin embargo se analiza que pueden ser atacados de igual forma que los preescolares, de tal manera que en la actualidad se designa con las siglas SDRA (síndrome de distrés respiratoria aguda). En MCMLXXXVIII en su impulso por dar una definición por esta patología, se creó un análisis de IV puntos de acuerdo al daño pulmonar. Esta escala se basó en:

- PaO_2 / FiO_2
- la Compliance en mL/cm H_2O
- la PEEP en cm H_2O

ETIOLOGÍA

Las causas que condicionan este trastorno son muchas y de diversa etiología y se exponen en el cuadro I. Algunas de las causas mencionadas tienen mayor importancia, por ejemplo: el riesgo de desarrollar SDRA en pacientes con septicemia es de aproximadamente 40% con una mortalidad de hasta 90%. La aspiración de contenido gástrico cobra importancia en paciente hospitalizado con bajo o nulo nivel de conciencia. El fármaco más común que causa SDRA es la heroína. El oxígeno a altas concentraciones puede provocar daño y por esta razón tiene implicación en el tratamiento. En el caso de trastornos metabólicos, la principal causa es la pancreatitis aguda. La neumonía ha sido clasificada como causa directa e indirecta (López & Gómez, 2015).

En relación con la neumonía micótica, es una rara manifestación de la infección pulmonar granulomatosa, sin embargo, puede ocurrir en pacientes con coccidioidomycosis, histoplasmosis y tuberculosis diseminada. Asimismo, la blastomycosis producida por *Blastomyces dermatidis*, tiene la capacidad de producir infección pulmonar. La neumonía por *Pneumocystis carinii* es una causa principal de SDRA en los pacientes inmunocomprometidos (López & Gómez, 2015).

CUADRO CLÍNICO

Dentro de 12 a 24 horas presentemente, el adulto parece estable con signos y síntomas bajos. Sin embargo, se puede encontrar un infiltrado radiológico en caso de ser originado por una neumonía o por la aspiración de contenido gástrico. Uno de los primeros síntomas en manifestarse es la taquipnea ligada a la hipoxemia refractaria. Posteriormente a los 5 días de iniciados los síntomas, se oyen estertores y surgen hallazgos radiológicos los cuales son patologías alveolares. La TC nos consolida con distribución irregular dado por hecho por la gravedad.

Los signos y síntomas hacen que el cuadro clínico sea muy parecido al que se presenta en una falla cardiaca congestiva ya que se evidencian fallas de carácter respiratorio, como taquipnea, disnea, cianosis. No obstante, este diagnóstico se descarta debido a que, en la falla cardiaca congestiva, se encuentra la asistencia de una presión CP < en forma de un nivel normal > al XIII mmhg sin embargo en el SDRA va a aumentar la presión CP.

Diagnóstico

El diagnóstico se puede hacer por varios métodos:

- Cambio de estilo de vida
- **Radiografía de tórax:** los datos que se observan dependen de la fecha en que fue tomada la radiografía.
- Medición de las presiones capilar, pulmonar y en cuña.

Lesión Cerebral Aguda

La lesión cerebral aguda (LCA), ya sea de origen traumático, hemorrágico o isquémico, es un grave problema de salud a nivel mundial por su alta incidencia y elevada morbimortalidad. Su prevalencia e incidencia están incrementándose progresivamente debido a la mayor esperanza de vida de la población y al aumento de la supervivencia de todos los procesos neurológicos graves (Mejías, Estrada, & España, 2014).

El coste que supone para la sociedad en términos de sufrimiento y en términos económicos es enorme. La diversidad en los sistemas de recogida de datos, la heterogeneidad en las definiciones y las diferencias de las poblaciones a estudio representan los principales problemas para describir el impacto global de esta patología.

Fisiología

Es compleja y en ella participan múltiples factores genéticos, moleculares, celulares, pendientes de dilucidar. Además, el LCA es compleja y en ella participan múltiples factores genéticos, moleculares, celulares pendientes de dilucidar. Además, el LCA es un proceso muy heterogéneo, lo cual dificulta el desarrollo de trabajos multicéntricos de los que se puedan extraer “conclusiones inequívocas”. Probablemente todo ello contribuye a que en la actualidad no se disponga de un tratamiento específico que permita la recuperación del tejido dañado o que aminore la progresión del daño (Jorge Jaime Márquez Arabia, 2009).

Las causas más comunes:

Traumatismo craneoencefálico: se produce por un golpe intenso en el cráneo que provoca una alteración de la conciencia y puede causar una fractura craneal.

Ictus o infarto cerebral: se produce por problema de riesgo cerebral como obstrucciones de las arterias. En estos casos hablaríamos de trombosis cerebral.

Anoxia cerebral: se produce una lesión cerebral por la falta de oxígeno en el cerebro y uno de los motivos más frecuentes es por una parada cardiaca.

Tumores: los tumores cerebrales provocan lesiones cerebrales que obstaculizan el control del organismo. La masa de tejido blando aumenta internamente del cerebro del paciente y puede evolucionar de manera delimitada o metastásica.

Encefalitis: se produce por la infección de un herpes esta infección afecta al cerebro más concretamente a los lóbulos Temporal y frontal este principio de lesión cerebral estimula grandes cambios emocionales cognitivos y de conducta.

Fisiología de la LCA

En la fisiopatología de la LCA se pueden distinguir desde un punto de vista académico dos entidades diferentes pero relacionadas, el daño cerebral primario y el daño cerebral secundario. La lesión primaria se produce en el momento del insulto como resultado de la agresión directa bien sea traumático, hemorrágico o isquémico (González, Paredes, & Querol, 2017).

En las horas y días siguientes se producen una serie de reacciones bioquímicas, moleculares y celulares que condicionan diferentes formas de muerte celular como apoptosis, necrosis o autofagia, lo cual acaba generando la lesión cerebral secundaria. Los múltiples mecanismos que se inician tras la agresión cerebral inicial pueden ser agravados por factores locales y sistémicos (González, Paredes, & Querol, 2017).

En la génesis del daño cerebral agudo destacan 4 procesos:

- Isquemia, excitotoxicidad y déficit energético
- Cascadas neuroquímicas que conducen a la muerte neuronal y glial por necrosis o por apoptosis
- Inflamación local
- Edema cerebral

1.1 Justificación

El presente caso clínico tiene la finalidad de estudiar el SDR, la cual es una enfermedad que afecta a los adultos con lesiones cerebrales que afectan su nivel de conciencia. En nuestro país en la actualidad se ha evidenciado un alto porcentaje de accidentes cerebro vasculares, traumatismos craneoencefálicos, siendo el principal factor de riesgo más importante por la que puede aparecer un SDR, por lo que justifica la alta incidencia de esta patología en las áreas de UCI y emergencia de nuestro país. (Hernández, 2015).

Es por esta razón la importancia de este caso clínico de estudio, para así comprobar los factores de riesgo que con mayor continuidad se presentan y obtener registro epidemiológico sobre cuáles fueron más prominentes en el paciente y así efectuar el manejo de la ventilación mecánica y el control para la prevención de esta enfermedad, disminuyendo así la mortalidad del paciente, disminuir las secuelas neurológicas y pulmonares producidas por la ventilación mecánica que se pueden ocasionar en el paciente.

La lesión cerebral aguda puede ser definida como una lesión del cerebro independientemente de la edad en la que se produzca una lesión cerebral aguda le puede suponer un incremento sustancial en el paciente pudiendo causar diversas formas de deterioro cognitivo como son los problemas en la atención de memoria o motores.

El estudio de caso fue analizado con el objetivo de describir el manejo ventilatorio en el síndrome de distres respiratorio agudo asociado a lesión cerebral aguda en pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General IESS Babahoyo, de esta manera corregir su cuadro sintomatológico y mejorar el estado de salud del paciente.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Determinar el manejo de la ventilación mecánica en el síndrome de distres respiratorio agudo en paciente con lesión cerebral ingresado en la uci del hospital general IESS Babahoyo.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Determinar el tratamiento adecuado al síndrome de distres respiratorio agudo en paciente con lesión cerebral aguda ingresado en la unidad de cuidados intensivos del hospital general IESS Babahoyo.
- Detectar el cuidado necesario que necesite el paciente con ventilación mecánica por síndrome de distres respiratorio agudo con lesión cerebral aguda que ingresó a la unidad de cuidados intensivos del hospital general IESS Babahoyo.

1.3 DATOS GENERALES

NOMBRE: JORGE JOEL	LUGAR DE NACIMIENTO: Vinces – Los Ríos
APELLIDO: CEPEDA	Número de historial clínico: 77100
EDAD: 68 años	GRUPO SANGUÍNEO: A Factor: +
ETNIA: Afroamericano	SEXO: Masculino

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 Analizar el motivo de tratamiento y estilo de vida.

Paciente en edad adulta que muestra síntomas como; disnea, tos y expectoración la cual se presenta con estertores, de forma igual el paciente presenta saturación normal, la tos productiva del paciente contiene secreción abundante color marrón, presenta desnutrición prolongada.

2.2 PRINCIPIOS DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL.

ANAMNESIS

SIGNOS CLÍNICOS

Frecuencia cardiaca: 80 latidos por minuto

Frecuencia respiratoria: 21 resp/min

Temperatura: 39.7°C

Presión arterial: 110/60 mmHg

2.3 Examen físico (Exploración clínica)

Piel: presencia de edema e hinchazón

Cráneo: SN

Cara: alargada

Labios: cianótico

Cuello: normal

Extremidades superiores e inferiores: edematizado

Peso: 68.5 kg **Talla:** 1.35 mts **Índice masa corporal:** 21

EXPLORACIÓN CLÍNICA

Signos CLÍNICOS

Frecuencia cardiaca: 80 latidos por minuto

Frecuencia respiratoria: 21 resp/min

Temperatura: 39.7°C

Presión arterial: 110/60 mmHg

2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

ANÁLISIS DE SANGRE

- Hemoglobina: 13.5 g/dL
- Eritrocitos: 5.3 millones/mm³
- Hematocrito: 40,5%
- Leucocitos: 34.100/mm³
- Trombocitos: 154.100/mm³

ANÁLISIS DE GASES ARTERIALES

- PaO₂: 47,5mmHg
- PaCO₂: 55,8 mmHg
- Ph: 5.4
- HCO₃: 12 mEq/L
- Be: 2.8

2.5 FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

- **DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:** Distres respiratorio
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** IRA Tipo 4
- **DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:** síndrome distres respiratorio

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

síndrome de distres respiratorio agudo se ha convertido en un gran reto en los hospitales del País por lo que se recibe a diario muchos casos de pacientes con traumatismos craneales y accidentes cardiovascular que logran desarrollar un SDRA y por ende demanda el gran uso de un soporte ventilatorio en el paciente.

Pueden derivar muchos factores de riesgo en este lapso que se presenta SDRA/LCA:

- Alto porcentaje de muerte en el paciente adulto.
- Hipercapnia que se permite en el paciente.
- EL SDRA se puede derivar por problemas extrapulmonares como LCA, Sepsis abdominales, Neumonía, entre más.

TÉCNICAS EMPLEADAS

PUNCIÓN ARTERIAL Y CONTROL GASOMÉTRICO

Esta técnica permite, en obtener una muestra de sangre arterial, para determinar el nivel de los gases arteriales y otros componentes como el potencial de hidrógeno (PH), Presión de Oxígeno (PaO₂), Presión de dióxido de carbono (PaCO₂), Bicarbonato (HCO₃). El trastorno gasométrico inicial del SDR, es la acidosis respiratoria más hipoxemia, por el déficit de oxígeno en sangre. La gasometría nos arroja lo siguiente: pH menor de 7.25, CO₂ mayor de 45mmHg y SatO₂ menor de 50%, requiere de la ventilación mecánica y la saturación mayor de 90%, así se logra minimizar la lesión pulmonar, unas de las complicaciones en estos pacientes con SDR / LCA es la hipercapnia permisiva.

VENTILACIÓN MECÁNICA Y MANEJO VENTILATORIO

La ventilación mecánica constituye una maniobra terapéutica imprescindible en el paciente con traumatismo craneoencefálico, puesto que se protege la vía aérea (a través de la intubación endotraqueal), permite la sedación y evita la hipoxemia y/o la hipercapnia. La hiperventilación sigue siendo objeto de debate en la literatura actual.

Sin embargo, la evidencia científica acumulada sugiere no aplicarla de forma profiláctica durante las primeras 24 horas, así como no hiperventilar a los pacientes durante períodos prolongados en ausencia de hipertensión intracraneal. Entre las complicaciones más frecuentes y graves asociadas al paciente con lesiones cerebrales agudas, destacan la lesión pulmonar aguda y el distress respiratorio que, en el paciente con LCA, se beneficiarán de la aplicación de PEEP y de la ventilación de protección pulmonar.

La insuflación traqueal de gas constituye una herramienta terapéutica prometedora en la corrección de la hipercapnia secundaria a la ventilación de protección pulmonar en este tipo de pacientes. Ajustar el volumen tidal 4-8ml por peso ideal con presión “meseta” 30 cmH₂O, también ajustar el nivel de PEEP como la hiperventilación, se recomienda una monitorización multimodal (presión intracraneal, presión venosa central, saturación venosa de oxígeno en el golfo de la yugular, presión tisular cerebral de oxígeno).

ASPIRACIÓN DE SECRECIONES

ASPIRACIÓN OROFARÍNGEA Y NASOFARÍNGEA: Se recomienda una presión negativa de 120-150 mm de Hg en adultos, 80-120 mm de Hg en adolescentes.

ASPIRACIÓN TRAQUEAL POR TUBO ENDOTRAQUEAL (TET) O CÁNULA DE TRAQUEOSTOMÍA: eliminar las secreciones aspirando a través de una vía aérea artificial (tubo endotraqueal o cánula de traqueostomía).

- **Aspiración abierta:** es la aspiración en la que, podemos realizar la maniobra, se desactiva el respirador. Se emplea aspiradores de uso. En técnica abierta se recomienda una presión negativa de 120-150 mm de Hg en adultos, 80- 120 mm de Hg en adolescentes.

Aspiración subglótica: Consiste en la aspiración de secreciones acumuladas en el espacio subglótico a través de un orificio situado por encima del balón de neumotaponamiento del tubo endotraqueal.

Precauciones de la aspiración de secreciones

- No aspirar de forma rutinaria, hacerlo solo cuando sea necesario.
- Aspirar a personas conscientes puede producir náuseas y vómitos y favorecer una broncoaspiración.
- La aspiración produce aumento de la presión intracraneal (PIC) por eso se debe tener precaución en pacientes con lesiones cerebrales agudas por lo tanto es necesario valorar el adecuado nivel de sedación y relajación antes de aspirar a enfermos con PIC elevada >15 mmHg.
- La aspiración de secreciones puede producir bradicardia e hipotensión arterial por estimulación vagal.

Cuidados posteriores de la aspiración de secreciones

- Vigilar la permeabilidad de la vía aérea.
- Realizar higiene bucal si es necesario.
- Mantener un aporte hídrico adecuado para conservar las secreciones fluidas siempre que no haya contraindicación.
- Vigilar signos y síntomas de aparición de infección esta última se la puede valorar con la escala de CPIS.

Criterio	0	1	2
Secreciones traqueales	Ausentes	No purulentas	Abundantes y purulentas
Infiltrados en radiografía de tórax	No	Difuso	Localizado
Temperatura, °C	≥36,5 y ≤38,4	≥38,5 o ≤38,9	≥39 o ≤36
Leucocitos	≥4.000 y ≤11.000	<4.000 o >11.000	<4.000 o >11.000 + bandas >50% o >500
PaO ₂ /FiO ₂	>240 o SDRA		≤240 sin SDRA
Microbiología	Negativa		Positiva

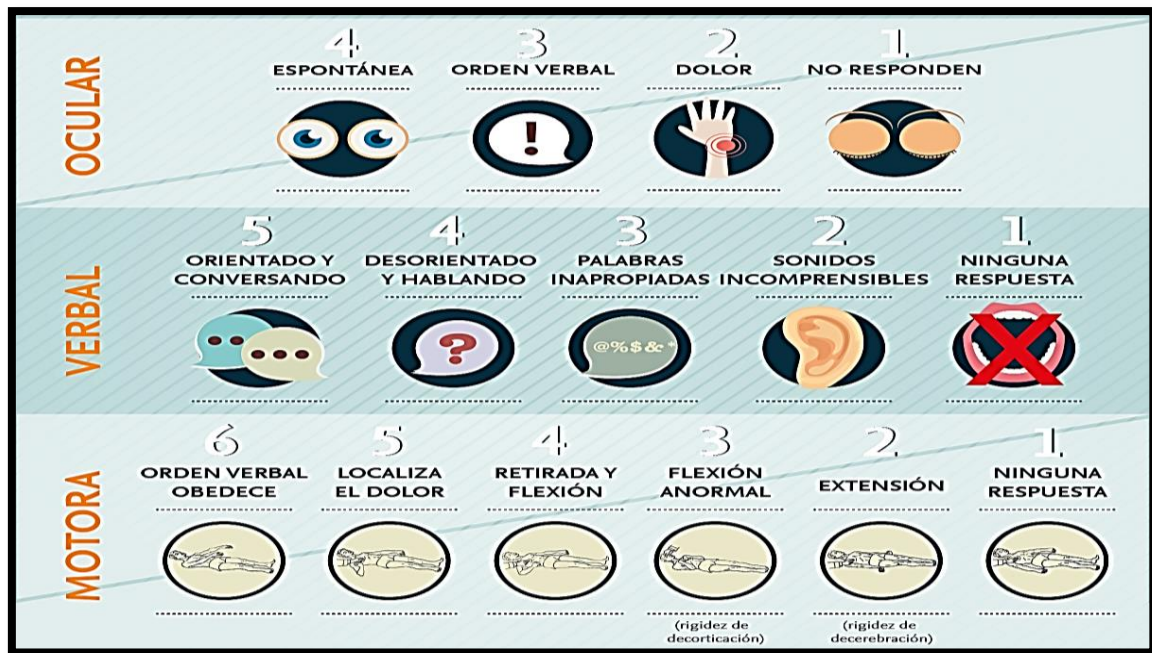
EVALUACIÓN NEUROLÓGICA

Consiste básicamente en la determinación de la escala de coma de Glasgow, el examen de las pupilas y comprobar si existen signos de focalidad neurológica.

GCS: ya comentada anteriormente, en función de la que clasificaremos la lesión cerebral en grave, moderado y leve. Es importante objetivar si se parte de una pérdida de conciencia en el momento inicial con posterior mejoría o si el nivel de conciencia ha ido empeorando paulatinamente a partir de la lesión, lo que implicaría daño secundario del encéfalo. Los sujetos que hablan en algún momento tras la lesión y después pierden la conciencia presentan casi de forma invariable hematoma intracraneal. Muy importante valorar, además, la presencia en algún momento de crisis convulsivas.

Examen pupilar: debe valorarse su tamaño y la respuesta a la luz intensa de forma directa o indirecta (reflejo consensual). Se considera patológica cualquier diferencia en el tamaño pupilar de más de 1 mm, la respuesta lenta y la no respuesta al estímulo lumínico.

Función motora: la debilidad o inmovilidad de un hemicuerpo indica la existencia de una lesión ocupante de espacio con afectación de la vía piramidal correspondiente. En personas inconscientes se puede localizar la lesión de manera grosera observando discrepancias entre las reacciones motoras al dolor.



MANEJO DE LA PIC. Y DE LA HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL (HIC)

Entre las causas de lesión secundaria de origen intracraneal, la más frecuente y que determina peor pronóstico es la hipertensión intracraneal. El aumento de la PIC produce herniación cerebral, que si no es revertida provoca isquemia cerebral difusa por descenso de la presión de perfusión cerebral.

En las lesiones cerebrales, la presencia de HIC se debe fundamentalmente a presencia de lesiones ocupantes de espacio, aumento del volumen intravascular o del extravascular, como en el caso del edema cerebral.

La PIC normal se sitúa entre 10-15 mmHg; valores por encima de 15-20 mmHg se consideran patológicos. Aunque en todo paciente con lesiones cerebrales en coma debe presuponerse la existencia de HIC, su diagnóstico y tratamiento precisa monitorización. La PIC es la presión medida desde algún punto intracraneal y se registra en mmHg. La medición se realiza habitualmente en ventrículos cerebrales o los espacios subdural o epidural y, raras veces, en el parénquima cerebral.

2.7 Seguimiento

Paciente se encuentra en la sala de hospitalización presenta hipertensión, disnea grave, hipertermia, presenta edematización en sus extremidades torácicas. El especialista de turno le administra los fármacos prescritos para el trabajo de oxígeno alto flujo con mascarilla, y coloca el uso de otros fármacos especializados. El doctor deriva su presencia a la unidad de cuidados intensivos donde no presenta una mejoría con los procedimientos realizados por el terapeuta respiratorio se evalúa nuevamente al paciente, por la presencia de cianosis, se le realiza una gasometría arterial donde muestra que tiene una hipercapnia.

Al quinto día dentro el área de cuidados intensivo el especialista examina al paciente y remite a realizarse otras gasometrías, más radiografías de tórax para evaluar la evolución del tratamiento empleado en el paciente y valorar su posible salida de UCI, con un traslado a observación.

Al sexto día, el paciente muestra una evolución por lo cual el especialista ordena enviarlo a observación, donde permanecerá al menos 5 días más para evaluar un traslado hacia la sala de hospitalización o si por el contrario reingresa a la unidad de cuidado intensivo.

2.9 Observaciones

Se obtuvo un progreso de manera óptima, favorecida por el soporte ventilatorio que se empleó al paciente, más la aplicación de los fármacos que se indujeron para contrarrestar los síntomas.

En líneas generales durante la observación del caso se pueden resaltar los siguientes aspectos:

- El adulto presento una gran evolución en cuanto a la dificultad respiratoria y las lesiones cerebrales presentadas, las cuales fueron resueltas con intervenciones quirúrgicas.
- Reducción del trabajo ventilatorio.
- Los SV están en su normalidad.

CONCLUSIONES

En el estudio de caso clínico realizado en el área de UCI del Hospital General IESS de Babahoyo, el síndrome de dificultad respiratoria en este paciente con lesiones cerebrales agudas, se presentó de forma grave, la cual pudo ser tratada a tiempo así mismo las lesiones las corrigieron con intervenciones quirúrgicas.

Además, pudimos concluir que el paciente no presentó mayor complicación alguna. La principal complicación que se pudo observar en este grupo fue la atelectasia con neumonía asociada a la ventilación mecánica NAV, que fue resuelta con antibióticos.

Satisfactoriamente se pudo corregir todas las falencias correspondientes al patrón respiratorio gracias a los terapeutas respiratorios del área de UCI.

Por lo tanto, el objetivo principal del profesional en Terapia Respiratoria en este tipo de pacientes es mejorar el estado de salud del enfermo, en especial disminuir el riesgo de VILI en el paciente que fue controlado por un soporte ventilatorio, además, satisfaciendo todas las necesidades interferidas por dichas patologías especialmente las necesidades correspondientes al patrón respiratorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Respiratory Distress Syndrome Engl J Med. 2015; 338:347-57

Borges J, Okamoto V, MatosG, Caramez M, Arantes P, Barros F, Souza C, VictorinoJ, Amato M. Reversibility of Lung Collapse and Hypoxemia in Early Acute Respiratory Distress Syndrome. AmJ Respir Crit Care Med.2006;174.206-78

VENTILACIÓN MECÁNICA - Libro del Comité de Neumología Critica de la SATI 2DA EDICION EDITORIAL/ PANAMERICANA. (s.f.).

Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda /Guillermo David Hernández López, * Sergio Edgar Zamora Gómez, *. (2015).

2015(SDRA), Conferencia de Consenso Americano-europea sobre Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo. (s.f.).

Basantes, E (2014). Traumatismo craneoencefálico severo más insuficiencia respiratoria aguda en paciente masculino con 23 años de edad en el área de cuidados intensivos del Hospital Metropolitano de Quito, durante el año 2014. (Caso clínico). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador.

Gómez Grande ML, González Bellido V, Olguin G, Rodríguez H. Manejo de las secreciones pulmonares en el paciente crítico. Enferm Intensiva 2010; 21(2):74-82.

Sampieri, D. R., Fernandez Collado, D. C., & Baptista Lucio, D. M. (2014). Metodología de la investigación (6ta ed.). Mexico, Mexico: McGRAWHILL/Interamericana editores.

ANEXOS



Me encuentro buscando los materiales y suplementos para emplear en el paciente con ventilación mecánica en el síndrome de distres respiratorio agudo en paciente con lesión cerebral aguda ingresado en la UCI del Hospital General IESS Babahoyo.



Me encuentro realizando una punción arterial en el paciente con ventilación mecánica en el síndrome de distres respiratorio agudo en paciente con lesión cerebral aguda para evaluar sus gases arteriales en la UCI del Hospital General IESS Babahoyo.