



**UNIVERSIDAD TECNICA 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 LICENCIADA EN TERAPIA  
RESPIRATORIA**

**TEMA:**

**INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN PACIENTE MASCULINO DE  
73 AÑOS CON ANTECEDENTE DE CIRROSIS HEPÁTICA**

**AUTOR**

**GRACE PIERINA HURTADO ROMERO**

**TUTOR**

**DR. JORGE ROSERO AGUIRRE**

**Babahoyo- Los Ríos- Ecuador**

**2020**

## **TEMA DE CASO CLINICO**

**INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN PACIENTE  
MASCULINO DE 73 AÑOS CON ANTECEDENTE DE CIRROSIS  
HEPATICA**

## INDICE GENERAL

### Contenido

Abstract .....	V
Introducción .....	VI
I. Marco teórico .....	7
1.1 Justificación .....	17
1.2 Objetivos.....	18
1.2.1 Objetivo general.....	18
1.2.2 Objetivos específicos .....	18
1.3 Datos generales.....	18
II. Metodología de diagnóstico .....	19
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.....	19
2.2 Principales datos clínicos que refiere al paciente sobre la enfermedad actual. ....	19
2.4 Información de exámenes complementarios realizados .....	22
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial, definitivo. ....	22
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar. ....	23
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	24
2.8 Seguimiento.....	24
2.9 Observaciones .....	25
Bibliografía.....	27
Anexos .....	29

## **RESUMEN**

La función respiratoria es el intercambio gaseoso de oxígeno y dióxido de carbono lo que implica un perfecto equilibrio y control entre los componentes del sistema respiratorio, por lo tanto es imprescindible aprender a reconocer rápidamente las circunstancias que la produjeron así como también los síntomas y los signos que encontramos en estos pacientes de esta manera se encontrara la capacidad de presunción diagnóstica rápida y atención inicial apropiada aplicando inmediatamente las medidas de soporte básico y avanzado en forma eficiente a los pacientes con insuficiencia respiratoria, es por esta razón que se presenta el siguiente caso clínico, evaluando cada enfermedad presentada y cada tratamiento empleado en el paciente , así como también la medicación necesaria para priorizar la salud del paciente y mejorar su calidad de vida y estado de salud.

### **Palabras claves**

Presunción, diagnóstico, medicación, insuficiencia

## **ABSTRACT**

The respiratory function is the gaseous exchange of oxygen and carbon dioxide which implies a perfect balance and control between the components of the respiratory system, therefore it is essential to learn to quickly recognize the circumstances that produced it as well as the symptoms and signs that we find in these patients in this way will be the ability to presume rapid diagnosis and appropriate initial care immediately applying basic and advanced support measures efficiently to patients with respiratory failure, it is for this reason that the following clinical case is presented , evaluating each disease presented and each treatment used in the patient, as well as the medication necessary to prioritize the patient's health and improve their quality of life and health status.

### **Keywords**

Presumption, Diagnosis, Medication, Insufficiency

## INTRODUCCIÓN

La insuficiencia respiratoria se produce cuando el aparato respiratorio no es capaz de mantener el intercambio de los gases respiratorios entre la atmósfera y la sangre, en este trabajo de investigación se presentará la forma de tratar a un paciente con esta enfermedad se puede clasificar en diversas formas según la rapidez de la instauración, los gases sanguíneos, las características anatómicas funcionales del aparato respiratorio y el mecanismo fisiopatológico, La insuficiencia respiratoria crónica (IRC) se instaura en meses o años y se produce en un pulmón patológico.

También puede producirse agudización de una IRC (IRCA). En el pulmón sano, la insuficiencia respiratoria hipercapnia se produce por hipoventilación. En el pulmón patológico la insuficiencia respiratoria, tanto hipoxémica como hipercánica, responde a diversos mecanismos fisiopatológicos. (Asenjo., 2017)

Otros de los temas a tratar es la cirrosis hepática que es aquella etapa tardía de la cicatrización del hígado producto de muchas formas de enfermedades hepáticas como la hepatitis o el alcoholismo crónico, cada vez que el hígado sufre un lesión ya sea por enfermedad consumo excesivo de alcohol u otra causa intenta repararse a sí mismo en este proceso forma un tejido de cicatrización a medida que la cirrosis avanza se forman cada vez más tejidos de cicatrización y hacen que el hígado funcione con dificultad. Cada tratamiento empleado en el paciente se le brindó un seguimiento por el médico para evaluar las ventajas y desventajas que produjeron los medicamentos aplicados.

## I. MARCO TEÓRICO

La insuficiencia respiratoria se define como un aporte insuficiente de oxígeno o la eliminación inadecuada de dióxido de carbono a nivel tisular. A nivel pulmonar esto representa la incapacidad del sistema respiratorio para hacer frente a las necesidades metabólicas del organismo y eliminar CO<sub>2</sub>.

La insuficiencia respiratoria aguda puede ser secundaria a una insuficiencia de oxigenación (insuficiencia respiratoria hipoxémica), a un fracaso en la eliminación de dióxido de carbono (insuficiencia respiratoria hipercápnic), o a ambos problemas simultáneamente. La disnea aguda es un síntoma subjetivo de la falta de aire, dificultad para respirar o una sensación de que no se está respirando normalmente. Aunque son conceptos íntimamente relacionados, no son exactamente lo mismo; por ejemplo, podemos presentar IRA sin disnea como en la hipoventilación por opiáceos o disnea sin IRA como en los ataques de pánico. (Muñoz, 2016)

La insuficiencia respiratoria es denominada como aquella capacidad de intercambio gaseoso de oxígeno y dióxido de carbono lo que implica un equilibrio y control entre los componentes del sistema respiratorio, por lo general es difícil reconocer inmediatamente las circunstancias que la produjeron, así como los signos que se pueden encontrar en ciertos pacientes de esta forma se activa la capacidad de diagnosticar una presunción rápida aplicando las medidas de soporte básico y avanzado.

## **TIPOS DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA**

### **Insuficiencia respiratoria aguda**

Se instaura en un periodo de tiempo corto normalmente se produce en minutos, horas o días sin los mecanismos de compensación.

### **Insuficiencia respiratoria crónica**

Se instaura en más tiempo que dos días constituye el estadio final de numerosas entidades no solo pulmonar sino extra pulmonar.

### **Insuficiencia respiratoria crónica reagudizada**

Se instaura en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica los cuales surgen descompensaciones agudas y esto hace que empeore el intercambio gaseoso.

Fracaso del sistema respiratorio para realizar de forma correcta el intercambio de gases entre el aire inspirado y la sangre venosa. (Cazalla, 2017)

Asegurar la permeabilidad de la vía aérea el acceso de la nutrición e hidratación adecuada y tratar la fiebre evitar medicación depresora del sistema nervioso central y asegurar un buen transporte de oxígeno el objetivo de esto es corregir la hipoxemia mediante administración de oxígeno así como se aplica también la ventilación mecánica que trata de la sustitución temporal de la función respiratoria mediante apoyo artificial por la existencia de insuficiencia respiratoria tanto aguda como crónica.

### **Estudios de imagen**

La radiografía de imagen simple de tórax es una herramienta útil en la evaluación de los pacientes con enfermedades pulmonares ni la magnitud de los mismos los hallazgos característicos son infiltrados parenquimatoso difusos sin embargo al correlacionarla con la tomografía computada se encuentra que los infiltrados tienen distribución heterogénea con predominio en las regiones pulmonares dependiente en relación con un patrón gravitacional (Moreno, 2006)

---

## Niveles de atención

<b>Nivel 0</b>	Puede ser atendido en hospitalización convencional.
<b>Nivel 1</b>	Pacientes con riesgo de deterioro clínico o que vienen superiores
<b>Nivel 2</b>	Pacientes que requieren atención por fallo de un solo órgano con cuidado post-operatorio o que provienen de nivel superior.
<b>Nivel 3</b>	Pacientes que requieren soporte respiratorio avanzado o básico con fallo de como mínimo dos órganos.

---

## Factores de riesgo

Ese vidente que la edad se asiste a un deterioro de las funciones internas de respuesta al estrés, disminución de sensibilidad al dolor e incremento de Enfermedades, por lo que refiere al aparato respiratorio se produce básicamente entre otras modificaciones como disminución de la capacidad pulmonar y del volumen corriente incremento de la frecuencia respiratoria y una disminución de la fuerza de los músculos respiratorios. (Michelle, 2017)

### Rehabilitación pulmonar

Se trata de un programa que además de alivio de síntomas puede proporcionar una mejoría clínica significativa al reducir la disnea, aumentar la tolerancia al ejercicio mejorar la calidad de vida global y disminuir el número de hospitalizaciones a pesar de esto estos programas no mejoran la supervivencia

### Complicaciones pronostico y evolución.

El pronóstico y la evolución del paciente con insuficiencia respiratoria de encuentra relacionados con la aparición y control de potenciales complicaciones de la enfermedad o terapia realizada en cuanto a las arritmias supra ventriculares y ventriculares son frecuentes las siguientes: Hipoxemia, Acidosis

En relación al pronóstico se evidencia que la carencia prolongada de oxígeno puede causar complicaciones tan graves como la insuficiencia renal sin un tratamiento inmediato la falta grave de oxígeno provocada por este síndrome causa la muerte en el 90% de los casos sin embargo el tratamiento adecuado puede lograr que el 50% de personas sobrevivan. (Sarmiento, 2010)

### **Criterios de ingreso en una unidad de cuidados respiratorios intermedios**

La decisión de ingresar a un paciente en una UCRI debe tomarse de forma individualizada, interviniendo en la decisión factores como la edad, las comorbilidades y el deseo del propio paciente. Los pacientes con insuficiencia respiratoria muy grave, con una alta probabilidad de requerir VMI y aquéllos con otras insuficiencias orgánicas, graves y no respiratorias deben considerarse para su ingreso en una UCI. (Balaguer, 2009)

Por otro lado, los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda o crónica agudizada que no cumplan determinados criterios de gravedad pueden ser ingresados en hospitalización convencional. Debe considerarse, para ingresar en una UCRI, a los pacientes que cumplan alguno de los siguientes criterios:

1. Traslado de pacientes procedentes de una UCI que, tras estabilizarse, continúen dependiendo de la VMI tras intentar la desconexión del ventilador sin éxito, tanto en VMNI como a través de traqueotomía, al objeto de progresar en la desconexión y/o para programar la ventilación mecánica domiciliaria (VMD). (Esteban, 2011)
2. Traslado de pacientes procedentes de una UCI que, tras haberse estabilizado su situación tras un cuadro clínico grave o haber precisado VMI prolongada, requieran cuidados de enfermería y/o fisioterapia como paso intermedio a la hospitalización convencional.
3. Utilización de VMNI para el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda o crónica agudizada.

4. Insuficiencia respiratoria grave que, aunque no precise soporte ventilatorio, sea candidata a monitorización no invasiva.
5. Pacientes que después de una intervención quirúrgica torácica con neumonectomía o con una disminución significativa de la función pulmonar postoperatoria prevista, comorbilidad relevante o edad superior a los 70 años, así como cuando aparecen complicaciones médicas respiratorias, relevantes, que surgieron después de la operación. En estos pacientes hay que considerar los criterios anteriormente indicados para identificar a los candidatos a ingresar en una UCI. (A, 2010)

### **NEUMONÍA GRAVE.**

El paciente con neumonía grave adquirida en la comunidad es aquel que necesita de la vigilancia y monitorización de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) donde, si es necesario, puede recibir apoyo especializado con conexión a un ventilador mecánico y/o soporte hemodinámico. Los pacientes que requieren tratamiento en la UCI representan entre 10 y 30% de los pacientes hospitalizados por neumonía. (Balaguer, 2009)

La neumonía es una causa importante de mortalidad en todo el mundo en Europa su incidencia se sitúa entre el 1.9 y 9 casos de 1.000 habitantes y su mortalidad varía entre menos del 5% a más de 30% según el agente responsable y diversos factores de riesgo

En los pacientes con neumonía grave adquirida en la comunidad se recomienda solicitar los siguientes exámenes microbiológicos: tinción de Gram y cultivo de expectoración, hemocultivos, tinción de Gram y cultivo de líquido pleural, antígeno urinario de Legionella pneumophila, antígenos de virus influenza A y B (período epidémico de otoño-invierno), y serología para microorganismos atípicos (*Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae*). (Galdó, 2015)

## **NEUMONÍA GRAVE ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD**

A pesar de la importancia que tiene determinar la gravedad del paciente con neumonía, no existe hasta ahora una definición exacta y universalmente aceptada de NAC grave. En la mayoría de los estudios, se ha definido como NAC grave a la población de pacientes que fueron admitidos a la UCI, una definición operacional retrospectiva. (Cutting, 2016)

La neumonía en Ecuador representa un problema de salud relevante debido a que se encuentra entre las primeras causas de morbilidad y mortalidad en el grupo infantil con predominio en los menores de 5 años. Por otra parte el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) estima que en el Ecuador más de 5 niños menores de 1 año son hospitalizados cada día a causa de neumonía bacteriana. La tasa de mortalidad en el año 2011 fue de 13.6% en niños menores a 5 años, la tasa bruta de mortalidad hospitalaria para infección respiratoria fue del 30.2%, mientras que la tasa neta de mortalidad hospitalaria fue de 23%. (Peñañiel, 2016)

Los criterios para admitir a estos pacientes en unidad de cuidados intensivos aún no han sido claramente definidos, y estos pueden variar, dependiendo de la experiencia del médico y normativas del hospital.

### **CRITERIOS DE DERIVACIÓN Y EVALUACIÓN HOSPITALARIA DE LA NA.**

En una primera valoración del paciente se realizará una primera estratificación inicial en función de la gravedad, evaluando el nivel de consciencia, la situación respiratoria y la situación hemodinámica del paciente. Para ello, es preciso comprobar los signos vitales y la saturación de oxígeno. En el caso de atención primaria, como no se dispone habitualmente de analítica, es importante valorar la gravedad del episodio y decidir el destino más adecuado de tratamiento. (Julián, 2017)

La incidencia de la neumonía, oscila entre cada dos de cinco casos siendo más elevada en los mayores de 65 años en ciertos pacientes con comorbilidades, en los servicios de urgencias hospitalarios aproximadamente el 75% de todas las neumonías diagnosticadas son atendidas.

**Hemocultivos:** la mayoría de los hemocultivos son realizados en los pacientes con neumonía adquirida que se internan, para identificar el agente etiológico y es una recomendación de las guías de práctica clínica para el manejo de la NA. La relación costo-efectividad de los hemocultivos de rutina para el manejo de la NA ha sido cuestionada en diferentes publicaciones, por la baja frecuencia de resultados positivos y el reducido impacto en modificar el tratamiento empírico inicial. (Mathurin, Argentina)

**Antígeno urinario:** Se recomienda solicitar el antígeno urinario para *Legionella pneumophila* ser grupo a todos los pacientes con NA grave. Si bien, en Chile no existen estudios prevalencia. *pneumophila* en este subgrupo de pacientes, estudios recientes han documentado la presencia de este agente, por lo que parece aconsejable realizarlo.

**Cultivo de secreciones respiratorias:** En todo paciente con NAC grave se debe intentar obtener una muestra de secreciones de la vía aérea inferior para su análisis. Si el paciente no está intubado, debe intentarse recolectar una muestra de esputo para tinción de Gram y cultivo corriente. (saldias, 2002)

## **MECANISMOS DE DEFENSA INMUNOLÓGICOS DEL PULMÓN Y PATOGÉNESIS DE LA NEUMONÍA.**

Los avances en el estudio de los mecanismos moleculares y celulares de la respuesta inmune, han permitido entender más acerca de los procesos regulatorios y efectores de la inmunidad innata y adquirida. En este contexto, un avance importante fue la descripción de los receptores tipo Toll o TLRs los cuales promueven una respuesta rápida ante una gran variedad de agentes patógenos.

Actualmente se sabe que la inmunidad innata y adaptativa no son mecanismos independientes y que en realidad están estrechamente relacionados. En este contexto, la inmunidad innata no solamente precede a la adaptativa, sino que

además de la eficacia de sus mecanismos de respuesta, ejerce un control importante en el tipo y calidad de las respuestas que llevan a cabo los linfocitos T y B. (Jimenez, 2015)

El pulmón es un órgano involucrado directamente con el intercambio gaseoso y posee estrategias de defensa ante el posible desarrollo de infecciones y otras agresiones, estos mecanismos innatos de defensa actúan protegiendo las vías respiratorias y aéreas a través del flujo tusígeno.

Afortunadamente el aparato respiratorio tiene mecanismos de defensa para limpiarse y protegerse así mismo solo las partículas extremadamente pequeñas con un diámetro inferior a 3-5 micras penetran profundamente en el pulmón, los cilios son minúsculas proyecciones musculares parecidas a los cabellos que sobresalen de las celulares que recubren las vías respiratorias. (Cazalla, 2017)

La importancia de la actividad de la respuesta inmune innata para mantener a los seres vivos libres de infecciones, esta se manifiesta cuando la susceptibilidad a infecciones graves se incrementa sustancialmente, incluso cuando quede intacta la función de la respuesta inmune adaptativa, así mismo la virulencia de los microorganismos se basa en su capacidad de resistir a los mecanismos de la inmunidad innata.18-20

Los mecanismos de defensa inmunológicos en el pulmón incluyen las barreras anatómicas y mecánicas, la fagocitosis y complemento, que en conjunto constituyen la respuesta inmune inespecífica.

## **Patogénesis de la neumonía**

La infección respiratoria en el paciente ventilado puede desarrollarse a partir de microorganismos procedentes tanto de fuentes endógenas como exógenas. La mayoría de ellas tiene un origen endógeno y se relaciona con la bronco aspiración de material colonizado procedente de la oro faringe. Pero existe un porcentaje no despreciable de infecciones respiratorias debidas a microorganismos procedentes del entorno del paciente. (Julián, 2017)

## **DEFINICIÓN Y ELEMENTOS PARA CONSIDERAR EL DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD**

El diagnostico se basa por una parte en ciertos elementos clínicos como la anamnesis el examen físico y los signos vitales que son fundamentales para tomas la decisión de hospitalizar, cuando se sospeche un diagnóstico de neumonía no deben pasar más de cuatro horas para iniciar el tratamiento si se sobrepasa ese rango de tiempo los estudios demuestran que aumenta la morbilidad del paciente por lo tanto si el periodo de tiempo entre el que se solicita la radiografía y se obtiene el resultado será mayor de cuatro horas se suspende el tratamiento. (Peñafiel, 2016)

La neumonía adquirida en la comunidad se puede definir de varias formas, una de ellas es la infección aguda del parénquima pulmonar producida por microorganismos adquiridos fuera del hospital. En algunos textos, con énfasis en aspectos anatómicos, distinguen la neumonía intersticial, en la que predomina el compromiso del intersticio pulmonar y la bronconeumonía, en que los focos inflamatorios se inician en las vías aéreas y comprometen los alvéolos que de ellas dependen. (Libia, 2013)

La Sociedad Británica de Tórax (BTS por sus siglas en inglés) define a la neumonía adquirida en la comunidad como una enfermedad aguda con opacidades radiográficas al menos segmentarias o presentes en más de un lóbulo, y de las que no se sabía que previamente estaban presentes o que

sean debidas a otra causa. Incluye síntomas y signos de infección de la vía respiratoria inferior.

Esta definición excluye los casos de neumonía postobstructiva. Otra definición aceptada para considerar el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad en un paciente incluye los siguientes elementos: paciente que presenta en la radiografía de tórax una opacidad nueva en el parénquima pulmonar, asociada al menos a uno de los siguientes signos o síntomas: tos de reciente inicio, fiebre o hipotermia, leucocitosis, desviación a la izquierda, o leucopenia

## 1.1 JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación se lo realiza para adquirir conocimientos sobre el tema de caso clínico presentado donde se estudia a profundidad la Insuficiencia Respiratoria del paciente la misma que consiste en una afección en la cual su sangre no tiene la cantidad de oxígeno necesario o tiene demasiado dióxido de carbono, en algunos casos puede tener ambos problemas y causar molestias al paciente o desarrollar más enfermedades que con el pasar del tiempo pueden empeorar si no se tiene el cuidado necesario y la medicación correcta en tiempos coordinados el análisis de un caso clínico es importante porque podemos conocer los fallos en el sistemas respiratorios siendo estas de intercambio gaseoso llevada a cambio por el pulmón y la del mecanismo de bomba que ventila en el pulmón a cargo de la musculatura respiratoria fundamentalmente del diafragma la insuficiencia respiratoria es una de las causas más frecuentes de consulta de los pacientes de edad avanzada en los servicios de urgencia y es el síntoma clave en la mayoría de las patologías cardíacas o respiratorias.

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 Objetivo general**

Identificar las causas que producen la Insuficiencia Respiratoria en el paciente

### **1.2.2 Objetivos específicos**

- Adquirir mayor información de la insuficiencia respiratoria, para actuar de mejor manera frente a las necesidades del paciente.
- Priorizar las necesidades del paciente, cumpliendo el horario programado para la mejoría del mismo.
- Prevenir los problemas en el sistema respiratorio como las difusiones

## **1.3 Datos generales**

**Identificación del paciente:** CC-0900907650

**Edad:** 73 años

**Sexo:** Masculino

**Estado civil:** xxxxxx

**Hijos:** xxxxx

**Nivel de estudio:** secundaria completa

Nivel sociocultural económico:

**Raza:** Mestizo

## **II. METODOLOGÍA DE DIAGNÓSTICO**

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

Paciente masculino de 73 años de edad, obeso mórbido, hepatopatía crónica, que presenta cuadro clínico caracterizado por deterioro neurológico más taquipnea con esfuerzo inspiratorio y signos evidentes de mala mecánica, por lo que acude al médico que envía laboratorios particulares donde se evidencia hiperemia en gasometría con hipercapnia. Al momento se recibe paciente somnoliento con mala mecánica ventilatorio, taquipnea de 30 rpm, superficial con saturación de 60 % al aire ambiente mejorando con administración de oxígeno por mascarilla a 6l/min a 96%, termodinámicamente estable con tendencia a la hipertensión.

### **2.2 Principales datos clínicos que refiere al paciente sobre la enfermedad actual.**

Los síntomas que presenta el paciente son los siguientes:

- Somnolencia
- Cianosis
- Taquipnea
- Hipercapnia
- Hipoxemia

### **Tipo de Evolución: Especialidad Terapia Intensiva**

Bajo efectos de dexmedetomidina y antipsicóticos

Paciente al momento bajo efectos de dexmedetomidina+ antipsicóticos, RASS - 2, hemodinámicamente estable sin soporte vasopresor, con PAM: en ARM modo A/C por presión, CS – PS hipoventilados – SPO2: 94%

Abdomen blando, depresible, globoso, distendido, rha + no realiza catarsis, con apoyo lactulosa, se mantiene nutrición enteral.

Medio interno conservado, función renal sin alteración, continua con esquema antibiótico de amplio espectro, ha presentado hiperglicemia manejado con bomba de insulina requiriendo 42 UI en 24 horas, pendiente recabar resultados de cultivos (Martínez, 2014)

## **CIRROSIS HEPÁTICA**

La cirrosis hepática es la fase final de la enfermedad hepática crónica con fibrosis (endurecimiento del hígado) que ocasiona el mal funcionamiento del mismo y sus complicaciones, por la dificultad de pasar la sangre a través del mismo, con aumento de presión en la vena porta, lo que ocasiona las principales complicaciones de la misma, que son la Hemorragia Digestiva por varices esofágicas o gástricas, la acumulación de líquido sobre todo en el abdomen (ascitis) y piernas; y los episodios de desorientación (encefalopatía) por la intoxicación de la sangre al no pasar ésta por el filtro del hígado (Buey, 2014)

Las causas principales de la enfermedad son el abuso crónico de alcohol, las hepatitis víricas tipo B o C y menos frecuentes otras causas como enfermedades autoinmunes o hereditarias, ciertos medicamentos o tóxicos, y últimamente se está relacionado con la acumulación de grasa en el hígado asociado sobre todo a la obesidad, la diabetes tipo 2, el aumento de grasas en sangre y la vida sedentaria. (Dávalos, 2007)

## **INDICACIONES PARA EVITAR LA ENFERMEDAD**

- Evitar el abuso de alcohol y cambios en los hábitos de vida, evitando el sedentarismo y la obesidad.
- Evitar el consumo de drogas por vía parenteral y sobre todo no compartir jeringuillas ni otros instrumentos para el consumo por vía nasal. Evitar los tatuajes en gabinetes poco higiénicos.

- No compartir enseres de personas que padezcan hepatitis crónica, que puedan estar en contacto con la sangre como peines, cortauñas, tijeras, etc
- Tener relaciones sexuales con protección (preservativo) sobre todo si es con otros hombres o con muchas parejas.
- Controles analíticos, al menos anuales, para descartar diabetes, aumento de grasas o alteración de las pruebas hepáticas, más en los grupos de riesgo de tener el virus, entre los que se incluyen los drogadictos por vía parenteral, internos de instituciones penitenciarias, receptores de productos sanguíneos u órganos sólidos anteriores.

## 1.1 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)

Observación, palpación, percusión y auscultación

**Axilas:** Mamas, normal

**Tórax:** anormal abolidas las bases pulmonares

**Abdomen:** anormal, abdomen globuloso, tejido abundante

**Columna vertebral:** normal

**Ingle:** periné, normal

**Genitales:** normal

**Ano:** normal

**Miembros superiores:** normal

**Miembros inferiores:** normal

Fecha-Hora	M/A	Sistólica	Diastólica	Pa Media	Lugar De Toma	Posición	Otra
<b>02/10/2019</b> <b>22:15</b>	Manual	90	60	70	Miembro superior derecho	Decúbito dorsal	---

Pulso pul/min

Fecha-Hora	Valor	P/A	Ritmo	Lugar toma	Intensidad
<b>02/10/2019</b> <b>22:15</b>	105	Presente	Rítmico	Radial derecho	Se palpa normal

#### 2.4 Información de exámenes complementarios realizados

- enemas con lactulosa
- Control de diuresis
- Control de glicemias
- Ecocardiograma
- Tac simple de cráneo
- Eco de abdomen

#### 2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL, DEFINITIVO.

- **Diagnostico presuntivo**

El paciente presenta cuadro clínico caracterizado por deterioro neurológico, as taquipnea con esfuerzo y signos evidentes de mala mecánica por lo que acude al medio que envía laboratorios particulares donde se evidencia Hipoxemia en gasometría con hipercapnia al momento se recibe al paciente somnolenciento con mala mecánica ventilatoria.

- **Diagnóstico diferencial**

Todos los síntomas presentados dan como resultados la enfermedad llamada insuficiencia respiratoria, que en su estado inicial no es grave y presenta signos de insuficiencia respiratoria hipoxémico, cianótico, aparente patrón restrictivo por lo que se mantiene como cuadro de insuficiencia respiratoria a investigar enemas de lactulosa.

- **Diagnóstico definitivo**

En definición se realizan exámenes complementarios para aliviar el dolor que pueda sentir el paciente y además de esto pueda ser medicado de manera correcta y de esa forma garantizar la salud y seguridad del paciente, por medio de los tratamientos empleados dependiendo de cada fase de la enfermedad presentada.

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

- Paciente en coma por lo que se requiere manejo avanzado de vía aérea ahora bajo efectos de sedación con midazolam
- Intubación del paciente
- Paciente estable sin vasopresores acidosis respiratoria.
- Soporte ventilatorios

## 2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES

CONDUCTAS	PROCEDIMIENTO
<b>Ventilación mecánica</b>	Inestabilidad con soporte vasopresor, respiratorio bajo intubación orotraqueal mas soporte ventilatorio con PAFI.
<b>Descompensación Respiratoria</b>	Se debe obtener RASS por lo que se rota de sedoanalgesia con dexmetomedina valorar respuesta hemodinamicamete inestable con soporte vasopresor.
<b>Solución inyectable subcutánea</b>	Esta medicación por sus características farmacológicas constituyen un medicamento catalogado como de alto riesgo

## 2.8 SEGUIMIENTO

Paciente de 73 años de edad, obeso, mórbido hepatopatía crónico que presenta cuadro clínico caracterizado por deterioro neurológico más taquipnea con esfuerzo inspiratorio y signos evidentes de mala mecánica por lo que acude al médico que envía a laboratorios articulares donde se evidencia Hipoxemia en gasometría con hipercapnia.

Al momento recibo paciente somnoliento con mala mecánica ventilatoria taquipnea de 30rpm superficial con saturación de 60% al aire ambiente mejorando con administración de oxígeno por mascarilla a 6l/min a 96% hemodinamicamente estable con tendencia a la hipertensión.

Paciente masculino de 73 años de edad que acude con signos de insuficiencia respiratoria franca hipoxemico cianótico aparente patrón restrictivo por lo que se mantiene como cuadro de insuficiencia respiratoria a investigar.

Paciente bajo efecto de sedación previa asepsia y antisepsia de región derecha de cuello por guía ecográfica se canaliza vena yugular derecha se avanza guía metálica se coloca dilatador se introduce catéter venenoso central en la arteria yugular derecha retiro de guía metálica y se fija catete central con puntos de sutura se colocó tegader sobre sitio de inserción de catéter RX ST tórax de control procedimiento sin complicaciones.

Paciente en ventilación mecánica bajo efecto de sedo algesia con escalas hemodinamicamente inestable con soporte vasopresor noradrenalina , respiratorio con intubación orotraqueal mas soporte ventilatorio con PAFI 225 abdomen suave globoso distendido, se le realizara eco abdomen superior e inferior y tac de cerebro medio interno conservado función renal continua con esquema antibiótico pendiente recabar resultados de hemocultivos se solicita completar panel de exámenes de laboratorio tac simple de cráneo y ecocardiograma con cuadro de hiperglicemias se inicia infusión de bomba de insulina control horario de glicemias pronóstico reservado se informa a sus familiar de sus condiciones clínicas.

## 2.9 Observaciones

Con él pasar de las semanas el tratamiento practicado evoluciono de manera correcta gracias a la medicación y mediante las hospitalizaciones médicas y las órdenes médicas:

---

### Ordenes médicas

<b>Hospitalización</b>	Lactulosa jarabe 200 MI-240
	Omeprazol polvopara inyección 40Mg
	Restricción de líquidos
	Balance hídricos
	Control de signos vitales

## CONCLUSIONES

Con la presente investigación se concluye que mediante el buen trabajo del personal de la salud y una medicación adecuada el paciente puede evolucionar de manera correcta y así aliviar cada una de las enfermedades, en especial la insuficiencia respiratoria que es de las que se deriva el resto de enfermedades como la cirrosis hepática todos estos datos recopilados mediante la investigación de este caso clínico donde un adulto mayor de 73 años de edad llega a la casa de salud con síntomas delicados como hepatopatía crónica , deterioro neurológico , signos de mala mecánica, que da como resultado una insuficiencia respiratoria y sus enfermedades derivadas, y dolencia desde hace aproximadamente 15 días, por esto es muy importante realizar análisis a los casos clínicos pues brindan información científica verificada por médicos especializados en diferentes áreas, aportando de esta manera a los avances médicos, y ayudando a pacientes con enfermedades graves.

Las enfermedades que afectan la respiración son las causantes de la insuficiencia respiratoria las mismas afectan los músculos, nervios, huesos o tejidos que tienen que ver con la respiración así como también pueden afectar directamente a los pulmones, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía y embolia pulmonar.

El origen de estas enfermedades normalmente se debe a que la sangre no tiene suficiente oxígeno para pasar a órganos como el corazón y el cerebro, se debe tener presente que un nivel bajo de oxígeno en la sangre puede causar dificultades respiratorias y falta de aire además de esto la piel y uñas pueden tomar un color azulado por esta razones se debe de tener mucho cuidado con la salud de un paciente a su vez realizar el tratamiento de manera adecuada.

## Bibliografía

- A, A. B. (2010). *Cuidados paliativos en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas en fase avanzada*. lima .
- Arancibia, F. (2005). *Neumonía grave del adulto adquirida en la comunidad*. chile .
- Arellano, P. (2011). *Aparato respiratorio* . España.
- Asenjo., C. A. (2017). *Características anatómico-funcional del aparato respiratorio* . Santiago de Chile .
- Balaguer, C. (2009). *unidad de cuidados respiratorios intermedios*.
- Buey, G. (2014). *Cirrosis hepática*. Madrid España .
- Cazalla, J. d. (2017). *Insuficiencia Respiratoria* . Barcelona .
- CJM, R. (2013). *Evolución clínico-radiológica de la neumonía grave adquirida en la comunidad*. cuba.
- Cutting, J. M. (2016). *Caracterización de la neumonía grave adquirida en la comunidad*. la habana .
- Dávalos. (2007). *Características Epidemiológicas y Clínicas de la Cirrosis Hepática en la Unidad de Hígado* . peru .
- Esteban, C. (2011). *factores predictores de mortalidad en una unidad de cuidados respiratorios*. buenos aires .
- fajardo, m. (2012). *Neumonía adquirida en la comunidad en niños y adolescentes*. cuba.
- Galdó, M. (2015). *Neumonía comunitaria grave*. brasil .
- Gutierrez, f. (2001). *insuficiencia respiratoria*. buenos aires.
- Jimenez, L. A. (2015). *Mecanismos moleculares y celulares de la respuesta*. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias , 304-3015.
- Julián, A. (2017). *Paciente con Neumonía Adquirida*. . Toledo - España.

- Libia, L. (2013). *Diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad*. Colombia.
- martin, a. (2012). *diagnóstico de la neumonía adquirida en la comunidad y sus formas complicadas*. argentina .
- Martínez, P. L. (2014). *Evolución histórica y perspectivas futuras de la Medicina Intensiva y Emergencia como especialidad en Cuba*. cuba .
- Mathurin, S. (Argentina). Hemocultivos en neumonía. *Chilena de Infectología* , 5-6.
- Michelle, C. C. (2017). *Incidencia Respiratoria y sus distintas etapas*. . Quito .
- Moreno, I. (2006). *radiografía de tórax*. Mexico.
- Muñoz, A. (2016). *Insuficiencia respiratoria* . Madrid .
- Peñafiel, T. (2016). *Neumona Adquirida*. Cuenca.
- saldias, m. (2002). *neumonia adquirida en la comunidad adulto mayor* . santiago de chile .
- Sarduy, M. A. (2013). *Neumonías adquiridas en la comunidad*. La Habana.
- Sarmiento, R. (2010). *Insuficiencia Respiratoria* . Cuenca .
- SEGURA, M. (2003). *Neumonía grave*. venezuela.
- Torres, A. (2004). *Unidades de cuidados respiratorios intermedios*. . belgica .

# **ANEXOS**



*Ilustración 1 opacidad redonda del lóbulo medio*



*Ilustración 1 aclaramiento de la opacidad*



*Ilustración 2 tomografía de tórax*



*Ilustración 4 Observando las curvas del ventilador mecánico*