



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA SALUD Y BIENESTAR
CARERA DE TERAPIA RESPIRATORIA**

Componente Practico del Examen Complexivo
previo a la obtención del grado académico de
Licenciada en Terapia Respiratoria

TEMA DEL CASO CLÍNICO

PACIENTE DE 54 AÑOS DE SEXO FEMENINO CON INSUFICIENCIA
RESPIRATORIA AGUDA

Autor

Melody Brigitte Pazmiño Suarez

Tutor

Dr. Camilo Salinas Ochoa

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TITULO DEL CASO CLINICO	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN	1
I.MARCO TEÓRICO	2
1.1 Justificación	11
1.2 Objetivos	12
1.2.1 Objetivo General	12
1.2.2 Objetivos Específicos	12
1.3 Datos generales	12
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	13
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.	13
Antecedentes	13
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).	13
2.3 Examen físico (exploración física)	14

2.4 Información de exámenes complementarios realizados.....	17
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.	17
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	18
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	19
2.8 Seguimiento.....	19
2.9 Observaciones.....	19
CONCLUSIONES	20

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía

ANEXOS

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a nuestro creador, y a toda mi familia que me rodea, a nuestros tutores catedráticos que han sabido compartir su conocimiento que ha sido de gran ayuda para poder realizar este trabajo de investigador los empleare con responsabilidad demostrando que producen profesionales de calidad.

AGRADECIMIENTO

Agradezco primordialmente a Dios nuestro creador por guiarme en cada momento por darme fuerza y perseverancia, a mi familia por estar siempre presente con su apoyo incondicional a todos los catedráticos que cuenta nuestra facultad ciencia de la salud que con su profesionalismo supieron capacitarnos, enseñarnos con una gran dedicación, paciencia y entusiasmo.

TITULO DEL CASO CLINICO

PACIENTE CON 54 AÑOS SEXO FEMENINO CON INSUFICIENCIA
RESPIRATORIA AGUDA

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de paciente de 54 años de sexo femenino con insuficiencia respiratoria aguda, a fin de caracterizarles según algunas variables de interés. La información fue recolectada mediante la aplicación de revisión de historia clínicas de la paciente que fueron analizadas.

Un plan educativo para los familiares de los pacientes que tienen Insuficiencia Respiratoria Aguda (I.R.A) para que apliquen las medidas preventivas domiciliarias, información sobre los factores de riesgo, signos y síntomas de alarma de las infecciones respiratorias para evitar o poder una insuficiencia respiratoria aguda y puedan acudir a tiempo al médico.

La función esencial del aparato respiratorio consiste en procurar que existan unos niveles óptimos de oxígeno (O₂) y una adecuada eliminación de dióxido de carbónico (CO₂). Para que este intercambio de gases sea correcto es necesario que las funciones del aparato respiratorio se realicen correctamente. Estas funciones son: ventilación (entrada de aire en los pulmones), difusión alveolo-capilar (movimiento del O₂ y CO₂ entre los alvéolos pulmonares y la sangre) y perfusión sanguínea (flujo de sangre a los pulmones). Cualquier alteración en una o varias de estas funciones origina un fallo en el intercambio pulmonar de gases, lo cual provoca insuficiencia respiratoria.

Palabras clave: Disnea, falla respiratoria, hipoxemia, ventilación, difusión alveolar-capilar y perfusión sanguínea.

ABSTRACT

A descriptive study of a 54-year-old female patient with acute respiratory failure was carried out, in order to characterize them according to some variables of interest. The information was collected through the review application of the patient's medical records that were analyzed.

An educational plan for the relatives of patients with Acute Respiratory Failure (ARF) to apply home preventive measures, information on risk factors, warning signs and symptoms of respiratory infections to prevent or prevent acute respiratory failure and they can go to the doctor in time.

The essential function of the respiratory system is to ensure that there are optimal levels of oxygen (O₂) and adequate removal of carbon dioxide (CO₂). For this gas exchange to be correct, the functions of the respiratory system must be carried out correctly. These functions are: ventilation (entry of air into the lungs), alveolar capillary diffusion (movement of O₂ and CO₂ between the pulmonary alveoli and blood) and blood perfusion (blood flow to the lungs). Any alteration in one or more of these functions causes a failure in the pulmonary gas exchange, which causes respiratory failure.

Key words: Dyspnea, respiratory failure, hypoxemia, ventilation, capillary alveolar diffusion and blood perfusion.

INTRODUCCIÓN

El aparato respiratorio se encarga de realizar el intercambio de gases entre el aire ambiente y la sangre, captación de oxígeno y eliminación de dióxido de carbónico, ejecutando de esa forma su función principal. La insuficiencia respiratoria se define como la incapacidad del aparato respiratorio de mantener un intercambio gaseoso adecuado para cumplir con las necesidades metabólicas del organismo.

La insuficiencia respiratoria aguda es uno de los problemas médicos más comunes en los servicios de urgencias y una de las causas de admisión más frecuentes en las unidades de cuidado intensivo. Es importante recordar que la fisiopatología de la insuficiencia respiratoria tiene su origen en un desequilibrio entre la carga que se genera en el sistema respiratorio y la capacidad que el mismo tenga de responder a esta carga; es decir, el mantenimiento de la ventilación normal requiere que el sistema respiratorio se encuentre con capacidad de adaptar su rendimiento en respuesta a las variaciones de la demanda metabólica.

Es por ello que para vencer las consecuencias de la enfermedad pulmonar que pudiera interferir con el intercambio gaseoso, el volumen corriente y/o la frecuencia respiratoria deben ser incrementados para asegurar que la cantidad apropiada de aire participe en el intercambio gaseoso.

La insuficiencia respiratoria resulta cuando la función de bomba de los músculos respiratorios es insuficiente para mantener un nivel de intercambio gaseoso a nivel alveolar que supla las necesidades metabólicas de la respiración celular; así mismo, el desarrollo de la insuficiencia respiratoria en los pacientes críticos se presenta como un proceso dinámico que puede ser agudo o crónico.

I.MARCO TEÓRICO

Insuficiencia respiratoria aguda

La insuficiencia respiratoria aguda (IRA) es una enfermedad respiratoria que puede padecer cualquier persona que presente los síntomas y características propias de esta enfermedad de manera que surge.

Incapacidad del sistema respiratorio de cumplir su función básica, que es el intercambio gaseoso de oxígeno y dióxido de carbono entre el aire ambiental y la sangre circulante, ésta debe realizarse en forma eficaz y adecuada a las necesidades metabólicas del organismo, teniendo en cuenta la edad, los antecedentes y la altitud en que se encuentra el paciente. (Gutierrez Muñoz, Insuficiencia respiratoria aguda, 2010)

La insuficiencia respiratoria aguda (IRA) es un cuadro funcional que puede ser consecuencia de diversos procesos patológicos. La evaluación clínica se basa en el análisis de los gases arteriales. La IRA puede ser aguda o crónica, ventilatoria primaria o insuficiencia primaria de la oxigenación. La forma más común es la insuficiencia mixta, ventilatoria y de oxigenación. La insuficiencia ventilatoria puede aparecer en individuos con pulmones normales (mala función muscular o anomalías del sistema de control respiratorio) o en pacientes con obstrucción de la vía aérea. (Ranero M. J. L., Insuficiencia respiratoria aguda, 2001, pág. 4)

La insuficiencia respiratoria aguda puede surgir debido a distintos problemas de salud que existen previamente, sin embargo, no se llegara hasta dicha complicación respiratoria si no se realiza la respectiva evaluación del paciente a fin de confirmar o descartar que padece la insuficiencia respiratoria AGUDA.

En la insuficiencia de la oxigenación existen cuatro mecanismos básicos alteración de la ventilación/perfusión (V/Q), corto circuito, anomalías de la perfusión e hipoventilación. Debe establecerse la causa, el mecanismo y la

gravedad de la anomalía del intercambio gaseoso. La anamnesis debe incluir los detalles del desarrollo de la enfermedad actual y enfermedades previas, (Ranero M. J. L., 2001, pág. 4)

La anamnesis debe incluir todos los detalles para confirmar el desarrollo de la enfermedad, además de la existencia de enfermedades previas que pudieren contribuir en el desarrollo de la enfermedad, de esta forma se garantizará un correcto diagnóstico y se podrá establecer el debido cuidado y el procedimiento a seguir para el tratamiento de la enfermedad existente y sus antecesoras.

En el examen físico debe prestarse especial atención a taquipnea, ausencia de respiración o respiración lenta y superficial, fiebre, pulso paradójico, simetría del tórax, empleo de músculos accesorios de la respiración, dolor o debilidad musculares, movimientos disminuidos de la pared del tórax, matidez compatible con consolidación y presencia de estertores, sibilancias, broncoespasmo o edema pulmonar. Los gases arteriales pueden revelar hipoxemia ($pO_2 < 80$ mm Hg) e hipo o hiperventilación. Administración de oxígeno al 100 por ciento ayuda a definir el mecanismo de la insuficiencia de oxigenación. Las pruebas de función pulmonar, el electrocardiograma y la radiografía de tórax completarán la evaluación del paciente y ayudarán a sugerir la causa primaria de la IRA. (Ranero M. J. L., Insuficiencia respiratoria aguda, 2001, pág. 4)

El síndrome de dificultad respiratoria aguda ocurre cuando se acumula líquido en los sacos de aire elásticos y diminutos (alvéolos) de los pulmones. El líquido impide que los pulmones se llenen con suficiente aire, por lo tanto, llega menos oxígeno al torrente sanguíneo. Esto priva a los órganos del oxígeno que necesitan para funcionar. Normalmente, el síndrome de dificultad respiratoria aguda ocurre en personas que ya están gravemente enfermas o que tienen lesiones importantes. Una grave dificultad para respirar que es el síntoma principal del síndrome de dificultad respiratoria

aguda suele aparecer entre unas horas y unos días después de la lesión o infección desencadenantes. (Mayo Clinic, 2018)

Síntomas y signos de la insuficiencia respiratoria aguda

Son inespecíficos, pueden variar ampliamente de un paciente a otro, y pueden comprometer tanto la esfera respiratoria como el sistema cardiovascular y el sistema nervioso central.

La disnea, corresponde al síntoma principal que se observa en los pacientes con IRA. Generalmente se describe como “dificultad para respirar”, “acortamiento de la respiración”, “falta de aire” o “falla de la respiración”. La disnea debe diferenciarse como término de la taquipnea (aumento de la frecuencia respiratoria) y ortopnea (intolerancia respiratoria al decúbito dorsal).

Las sibilancias, son producidas por obstrucción de la vía aérea asociada a broncoespasmo, hipertrofia o espasmo de la musculatura lisa respiratoria, hipersecreción de moco e inflamación peribronquial.

Cianosis en la IRA: La cianosis, se define como el tinte o color azulado de la piel y mucosas, que resulta del incremento de hemoglobina reducida o desoxihemoglobina, y su presencia se traduce como hipoxia de los tejidos. Existen factores de tipo anatómico, fisiológico y físico que generan el aumento de la hemoglobina reducida y desencadenan la cianosis; de acuerdo a estos factores, podemos clasificar la cianosis como central y periférica.

Tos, que corresponde a un reflejo del sistema respiratorio por irritación de la mucosa o por la presencia de elementos extraños dentro del mismo.

Alteraciones en la saturación de oxígeno, que se evidencian a través de la utilización del oxímetro de pulso y se traduce en una disminución por debajo del 90% en los casos de IRA.

Alteraciones del sistema cardiovascular, las cuales se expresan principalmente con taquicardia y con arritmias cardíacas, además de alteraciones en las cifras de presión arterial. Alteraciones neurológicas, que van desde la confusión hasta el estupor y coma. (Gutierrez Muñoz, 2010)

La causa de insuficiencia respiratoria aguda

Casi todas las enfermedades que afectan a la respiración o a los pulmones pueden causar insuficiencia respiratoria. La insuficiencia respiratoria puede ocurrir de dos maneras: Algunas veces las personas tienen concentraciones bajas de oxígeno y concentraciones elevadas de dióxido de carbono.

- Concentración baja de oxígeno (insuficiencia respiratoria hipoxémica)

Una causa común de insuficiencia respiratoria hipoxémica es una anomalía del tejido pulmonar, como el síndrome de dificultad respiratoria aguda, la neumonía grave, el exceso de líquido en los pulmones (por ejemplo, causado por insuficiencia cardíaca o insuficiencia renal) o la fibrosis pulmonar. Estas anomalías perturban la capacidad habitual de los tejidos del pulmón para absorber oxígeno del aire.

La insuficiencia respiratoria hipoxémica se produce también cuando se altera el flujo de sangre en los pulmones, como sucede cuando un coágulo de sangre obstruye una arteria pulmonar (embolia pulmonar). Este trastorno no afecta la capacidad habitual de los tejidos pulmonares para absorber oxígeno, pero si hay alguna zona que no recibe flujo sanguíneo no se puede extraer el oxígeno del aire de forma adecuada.

- Concentración elevada de dióxido de carbono (insuficiencia respiratoria hipercárbica)

Con la insuficiencia respiratoria hipercárbica, la concentración de dióxido de carbono suele ser demasiado elevada porque algo impide que la persona respire normalmente. Entre los ejemplos frecuentes de estas causas se encuentran los siguientes:

- Niveles bajos de hormona tiroidea (hipotiroidismo)
- Apnea del sueño
- Sedación debida a una sobredosis de opiáceos o alcohol
- Obstrucción o estrechamiento de las vías respiratorias
- Lesión pulmonar
- Daño a los huesos y tejidos que rodean los pulmones
- Debilidad de los músculos que normalmente inflan los pulmones

El hipotiroidismo, la apnea del sueño y una sobredosis de opiáceos o de alcohol reducen el reflejo inconsciente que rige el mecanismo de la respiración. La obstrucción o el estrechamiento de las vías respiratorias puede ser consecuencia tanto de trastornos (como asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica) como de la inhalación de objetos extraños.

Las personas que no están respirando adecuadamente también pueden tener una concentración baja de oxígeno, pero no se considera que tengan insuficiencia respiratoria hipoxémica si no sufren un trastorno del tejido pulmonar.

Las concentraciones elevadas de dióxido de carbono tienden a provocar que la sangre se vuelva ácida. (Patel, 2018)

Diagnostico

- Medidas de la cantidad de oxígeno y dióxido de carbono en la sangre
- Radiografía de tórax y otras pruebas para determinar la causa a partir de los síntomas y los hallazgos en la exploración física, el médico puede sospechar un diagnóstico de insuficiencia respiratoria.
- El nivel de oxígeno en sangre puede medirse sin necesidad de extraer una muestra de sangre, utilizando un sensor colocado en un dedo de la mano o en el lóbulo de una oreja, un método denominado oximetría.

Un análisis de una muestra de sangre arterial confirmará el diagnóstico de insuficiencia respiratoria si muestra una concentración peligrosamente baja de oxígeno y/o peligrosamente elevada de dióxido de carbono.

Para determinar la causa de la insuficiencia respiratoria se realizan radiografías de tórax y usualmente otras pruebas, (Patel, 2018).

Tratamiento

- Oxígeno complementario
- Ventilación mecánica
- Tratamiento de la causa

Las personas con insuficiencia respiratoria aguda reciben tratamiento en una unidad de cuidados intensivos.

A las personas con insuficiencia respiratoria se les administra oxígeno complementario para compensar cualquier falta de oxígeno. El oxígeno puede administrarse usando unas pequeñas cánulas de plástico insertadas en la nariz o bien empleando una mascarilla facial, según la cantidad de oxígeno que necesite la persona afectada. Inicialmente se suele administrar una cantidad de oxígeno superior a la necesaria y posteriormente dicha cantidad se ajusta a la baja.

La ventilación mecánica resuelve el problema de ventilar los pulmones (y reduce las concentraciones de dióxido de carbono) en personas con insuficiencia respiratoria hipercárbica. En la ventilación mecánica, se usa una máquina (ventilador) para ayudar a que el aire entre y salga de los pulmones. El aire se suministra a presión desde la máquina a través de una máscara facial (ventilación con presión positiva no invasiva) o mediante un tubo colocado en la tráquea (ventilación con presión positiva invasiva). Con frecuencia, los médicos prueban primero los métodos no invasivos, pero puede ser necesaria la ventilación mecánica invasiva a menos que la insuficiencia respiratoria se resuelva rápidamente con un tratamiento no invasivo. La mayoría de las personas con insuficiencia respiratoria reciben tratamiento con oxígeno complementario y algún tipo de ventilación mecánica.

La causa subyacente de la insuficiencia respiratoria debe ser tratada. Por ejemplo, los antibióticos se emplean para combatir una neumonía causada por una infección bacteriana y los broncodilatadores se emplean para dilatar las vías

respiratorias de las personas con asma. Se pueden administrar otros medicamentos, por ejemplo para reducir la inflamación o para tratar los coágulos de sangre, (Patel, 2018)

Complicaciones

Si tienes síndrome de dificultad respiratoria aguda, puedes padecer otros problemas médicos mientras te encuentras en el hospital. Los problemas más frecuentes son:

Coágulos sanguíneos. Estar recostado inmóvil en el hospital mientras estás conectado a un ventilador puede aumentar el riesgo de formación de coágulos sanguíneos, especialmente en las venas profundas de las piernas. Si se forma un coágulo en la pierna, es posible que una parte se desprenda y se desplace hacia uno o ambos pulmones (embolia pulmonar), donde bloquea el flujo sanguíneo.

Colapso pulmonar (neumotórax). En la mayoría de los casos de síndrome de dificultad respiratoria aguda, se utiliza una máquina para respirar denominada “ventilador” para aumentar el oxígeno en el cuerpo y forzar que el líquido salga de los pulmones. Sin embargo, la presión y el volumen de aire del ventilador pueden forzar al gas a que pase a través de un pequeño orificio en la parte externa del pulmón y cause el colapso pulmonar.

Infecciones. Dado que el ventilador está unido directamente a un tubo que se inserta en la tráquea, esto facilita la infección por gérmenes y más lesiones en los pulmones.

Formación de cicatrices (fibrosis pulmonar). La cicatrización y el engrosamiento del tejido entre los sacos de aire pueden ocurrir en pocas semanas desde la aparición del síndrome de dificultad respiratoria aguda. Esto da rigidez a los pulmones y dificulta que el oxígeno fluya desde los sacos de aire hacia el torrente sanguíneo.

Gracias a las mejoras en los tratamientos, cada vez más personas sobreviven al síndrome de dificultad respiratoria aguda. Sin embargo, muchos sobrevivientes sufren complicaciones que pueden ser graves y quizás duraderos:

Problemas respiratorios. Muchas personas con síndrome de dificultad respiratoria aguda recuperan la mayor parte de la función pulmonar en un plazo de varios meses a dos años, pero otras personas podrían tener problemas respiratorios por el resto de sus vidas. Incluso las personas que están bien suelen tener dificultad para respirar y fatiga y pueden necesitar administración de oxígeno en la casa durante algunos meses.

Depresión. La mayoría de sobrevivientes del síndrome de dificultad respiratoria aguda también informan pasar por un período de depresión, que puede tratarse.

Problemas de memoria o para pensar con claridad. Los sedantes y los bajos niveles de oxígeno en la sangre pueden provocar pérdida de memoria y problemas cognitivos después del síndrome de dificultad respiratoria aguda. En algunos casos, los efectos pueden disminuir con el tiempo, pero en otros, el daño puede ser permanente.

Cansancio y debilidad muscular. Estar en el hospital conectado a un respirador puede provocar debilidad muscular. También es posible que te sientas muy cansado después del tratamiento. (Mayo Clinic, 2018)

Clasificación de insuficiencia respiratoria

Insuficiencia respiratoria aguda

Se instaura en un corto periodo de tiempo, se ha producido recientemente, en minutos, horas o días, sin haber producido todavía mecanismos de compensación.

Insuficiencia respiratoria crónica

Se instaura en días o más tiempo y puede constituir el estadio final de numerosas entidades patológicas, no solo pulmonares sino también extrapulmonares. En estos casos ya se habrán producido mecanismos de compensación.

Insuficiencia respiratoria reagudizada

Se establece en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica que sufren descompensaciones agudas de su enfermedad de base y que hacen que empeore el intercambio gaseoso, (Muñoz, 2010)

1.1 Justificación

La Insuficiencia Respiratoria aguda es un gran problema de salud pública, por lo que es muy importante emplear programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades respiratorias, dirigido a la comunidad y a los padres de familia para que apliquen medidas preventivas en sus hogares.

La insuficiencia respiratoria aguda tiene una muy alta tasa de mortalidad en pacientes de edades avanzadas, además de la existencia de otras enfermedades que pueden complicar aún más su salud, dichas enfermedades pueden ser, diabetes, hipertensión, insuficiencia renal, problemas del corazón.

El tratamiento para combatir la Insuficiencia Respiratoria Aguda es costo elevado por, gastos en medicinas, hospitalizaciones. Etcétera. Por lo tanto, es necesario desarrollar estrategias que prioricen la prevención y el tratamiento efectivo de estas infecciones respiratorias agudas.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Establecer el tratamiento para la insuficiencia respiratoria aguda de paciente de 54 años de sexo femenino.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Conocer el diagnóstico del paciente de 54 años de sexo femenino.
- Analizar el mejor tratamiento para la insuficiencia respiratoria de paciente de 54 años de sexo femenino.
- Detallar el estado respiratorio del paciente de 54 años de sexo femenino.

1.3 Datos generales

Identificación del paciente: NN

Edad: 54 años

Nacionalidad y residencia: Ecuatoriana, Guayaquil

Estado civil: Casada

Nivel de Escolaridad: Especialización

Profesión: Odontóloga

Raza: Mestizo

Dominancia: Diestro

Fuente de la Historia: indirecta (esposo)

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

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

Paciente de 54 años que acude al centro hospitalario por presenta tos con expectoración, se le prescribe medicamento para tratar sus síntomas obteniendo una mejoría clínica, pero luego de tres semanas la paciente regresa con tos seca acompañados de fiebre, malestar general y disnea.

Antecedentes

Vacunas: Msp

Enf. Alérgica: Metamizol, Bromexina

Enf. Cardíaca: HTA

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

Enfermedad actual

Paciente de 54 años de edad nacida y residente en Guayaquil, casada, católica, superior odontóloga. Antecedente Patológico Personal: Hipertensión arterial en tratamiento con olmesartan 20mg vía oral una cada día , Hábitos: tabaco: No, Alcohol: No, Drogas: No. Familia de paciente (esposo) refiere cuadro clínico de más o menos 1 mes de evolución caracterizado por presentar tos con expectoración mientras se encontraba en su trabajo por lo que prescriben azitromicina 500mg + antitusígeno con mejoría clínica, a las tres semanas presenta tos seca acompañados de fiebre, malestar general por lo que acuden a médico de cabecera quien administra fluimucil, nimesulida, hace 3 días presenta

disnea y la tos persistía por lo que es ingresada en la casa de salud con síndrome de dificultad respiratoria más uso de musculatura respiratoria por lo que requiere intubación orotraqueal + pronación, y uso de vasopresores al inicio, ingresado con diagnóstico de insuficiencia respiratoria. Al ingresar paciente con una escala de RASS 3, soporte inotrópico a base de dobutamina, ventilación mecánica por volumen control.

2.3 Examen físico (exploración física)

Revisión Por Sistemas

Órgano De Los Sentidos: Normal.

Respiratorio: Anormal Disnea.

Cardio Vascular: Normal.

Digestivos: Normal.

Genital: Normal.

Urinario: Normal.

Músculo Esquelético: Normal.

Endocrino: Normal.

Hemo Linfático: Normal.

Neurológico: Normal.

Piel: Normal.

Otros: Normal.

Signo Vitales

Frecuencia cardíaca: 90 Latidos/min

Frecuencia respiratoria: 20 Latidos/min

Ventilación asistida: Si

Temperatura: 36 °C

Saturación de oxígeno: 94%, con oxígeno

Condiciones Generales

Aspecto general: Malo

Color de piel: Pálido

Estado de hidratación: Hipovolémico

Estado de dolor: Sin dolor

Condición al llegar: Vivo - Inestable

Posición corporal: Decúbito dorsal

Presión arterial (mmhg):

Fecha Hora	M/A	Sistólica	Diastólica	PA Media	Lugar De Toma	Posición
16/11/2019 20:06	Manual	90	60	70	Miembro Superior - Derecho	Decúbito Dorsal

Pulso (Pul/min):

Fecha – Hora	Valor	P/A	Ritmo	Lugar Toma	Intensidad
16/11/2019 20:06	90	Presente	Rítmico	Radial Derecho	Se palpa normal

Valoración Neurológica

FECHA HORA	Glasgow				Diámetro Pupilar (Mm)		Responde a la luz	
	Apertura Ocular	Respuesta Motora	Respuesta Verbal	Total	Ojo Izq	Ojo Der	Ojo Izq	Ojo Der
16/11/2019 20:06	Espontanea	Obedece ordenes	Orientado	15/15	-	-	-	-

Examen físico por regiones

Piel y Faneras: Anormal, Palidez

CABEZA: Normal

Ojos: Anormal, Pupilas mioticas bajo efecto de sedoanalgesis

Oídos: Normal

Nariz: Normal

Boca: Normal

Oro Faringe: Anormal, Intubación Orotraqueal

CUELLO: Normal

TÓRAX

Axilas - Mamas: Normal

Tórax: Anormal, Campos Pulmonares Hipoventilado

ABDOMEN: Normal

COLUMNA VERTEBRAL: Normal

PELVIS

Ingle - Periné: Normal

Genitales: Normal

Ano: Normal

EXTREMIDADES

Miembros Superiores: Normal

Miembros Inferiores: Normal

2.4 Información de exámenes complementarios realizados.

Imagenología

Rx Portátil Tórax

Examen de laboratorio

PAREMETROS	VALORES	VALOR DE REFERENCIA
Leucopenia	4.000	4.000 – 11.000
DLK elevadas	100	50 - 150 U/L
Linfopenia	1.000	1.000 – 1.500
Plaquetas disminuidas	140,000	200,000 - 400,000 (mcL)
ALT elevadas	40	6 a 34 UI/L.
CPK elevadas	220	33 a 211 U/L

Otros análisis

- Pulsioximetría: SatO₂: 85%

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Diagnóstico de Presuntivo

Paciente con 54 años, con Insuficiencia Respiratoria Aguda, ingresado en la unidad de cuidados intensivos en cama 9.

Neurológico: Ingresado bajo efectos de sedolgesia, rass-5, con soporte de inotrópico dobutamina a 1mcg/kg/min, pupilas isocóricas reactivas, Corazón normofonético, con dobutamina 1mcg/kg/min, Frecuencia Cardíaca: 90 taquicardia auricular multifocal (tam) 90, con murmullo alveolar disminuido, con apoyo de ventilación mecánica AC: volumen:360, Frecuencia Respiratoria: 20, PEEP:15, FIO₂:40%, Sat O₂:88-90%.

Diagnóstico Diferencial

Paciente que ingresa con cuadro de insuficiencia Respiratoria aguda se la ingresa con ventilación mecánica asistida y con requerimiento de soporte vasopresor a la que se continúa con medicación administrada anteriormente por lo que se le indica oseltamivir como terapia antiviral, enoxaparina para prevenir el desarrollo de coágulos en las piernas, omeprazol para tratar acidez frecuente provocada por reflujo gastroesofágico.

Diagnóstico Definitivo

Síndrome de distrés respiratorio del adulto

Paciente en plan de destete de sedación y analgesia con rass 1. Hemodinámico con Tam en 75 mmhg con soporte vasopresor a dosis 0.04ug/kg/min, con frecuencia cardiaca en 115 lpm, a nivel respiratorio ventilado en modo APRV con Pafi de 208 con presión alta de 28 y presión baja de 5, Sat O2 90% , aunque se reporta ultima Pafi de 280, paciente en plan de disminución de sedación y analgesia despierta por lo que realiza episodio de taquipnea al momento con Sat O2 90% se pauta mejorar, en tratamiento con oseltamivir por SDRA se pauta plan de balance negativo, Rx de tórax con derrame pleural derecho, por lo que se pauta diurético de asa, se da información a familiares sobre estado clínico del paciente.

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

El problema tiene su origen de la aparición de tos seca, luego de un tiempo se hizo productivo y la paciente regreso a la casa de salud con tos seca acompañado de fiebre, malestar en general y más disnea. La paciente con cuadro de insuficiencia respiratoria que en los controles de laboratorio se evidenció PAFI < 100 por 2 controles de la SAT O2: 85 a 90% con una fio2 del 100% por lo que se decide pronar, la paciente como método de manejo de distrés respiratorio Severo, se realiza controles posteriores asimétrico evidencia vemos mejoría, paciente continuo en posición prona no será relajada esperando su evolución se forma la familia las condiciones del paciente.

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

Una vez analizadas cada uno de los valores del examen de laboratorio, la radiografía estándar de tórax, el pulso, la presión sanguínea, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno son monitoreados en la paciente por lo menos dos veces al día. Se le prescribió en el tratamiento oseltamivir como terapia antiviral, para evitar el aumento de la patología y reducir la estancia de hospitalización.

2.8 Seguimiento.

Se revisa a paciente de 54 años sexo femenino con insuficiencia respiratoria aguda con cuadro clínico no afebril no cuantificado, se la ingresa con ventilación mecánica asistida y requerimiento de soporte vasopresor a la que se continua con medicación anteriormente, se procede a realizar toma de imágenes radiológicas y exámenes de laboratorio el paciente será evaluado 24 horas antes de ser dado de alta a su domicilio.

2.9 Observaciones.

La patología con el transcurso de los días fue evolucionando favorablemente, gracias al tratamiento precoz y eficaz, se informa a sus familiares los procedimientos que se llevarían a cabo, lo que una vez aceptados se proceden realizar para la mejoría del paciente de una manera rápida, no hubo presencia de complicaciones durante el proceso porque la patología fue tratada de manera exitosamente.

CONCLUSIONES

Una vez realizado el presente trabajo de titulación se ha llegado a determinar las siguientes conclusiones:

- El tratamiento funciono de manera eficaz para la salud de la paciente de 54 años sexo femenino, obteniendo una pronta recuperación.

- Se determinó el estado respiratorio de la paciente de 54 años sexo femenino por medio de los síntomas de disnea y tos que presentaba, se procedió a realizar exámenes complementarios y un estándar de tórax el cual diagnóstico como síndrome de distrés respiratorio agudo.
- El tratamiento de oxígeno terapia junto con la medicina que se prescribió para tratar cada uno de los síntomas la paciente de 54 años sexo femenino, dio como resultado de manera favorable su saturación de oxígeno incremento, obteniendo una buena perfusión y ventilación pulmonar.
- La limitación funcional es una de la secuela más frecuente que presentan los pacientes que han sufrido insuficiencia respiratoria aguda, el tratamiento a seguir es rehabilitación respiratoria para alcanzar el máximo grado de autonomía e independencia y mejorar la calidad de vida e inserción a la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía

Gutierrez Muñoz, F. R. (2010). Insuficiencia respiratoria aguda. *Acta Médica Peruana*,

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-

59172010000400013.

Gutierrez Muñoz, F. R. (2010). Insuficiencia respiratoria aguda . *Acta Médica Peruana*,
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172010000400013.

Gutierrez Muñoz, F. R. (27 de 04 de 2010). *Revista Científica Scielo*. Obtenido de
<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v27n4/a13v27n4>

Mayo Clinic. (10 de 03 de 2018). Obtenido de <https://www.scribbr.es/detector-de-plagio/generador-apa/new/webpage/>

Muñoz, F. R. (2010). Insuficiencia respiratoria aguda. *Acta Med Per* 27(4),
<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v27n4/a13v27n4>.

Muñoz, F. R. (2010). Insuficiencia respiratoria aguda. *Acta Med Per*,
<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v27n4/a13v27n4>.

Patel, P. B. (2018). *insuficiencia respiratoria* . Chicago: MANUAL MSD.

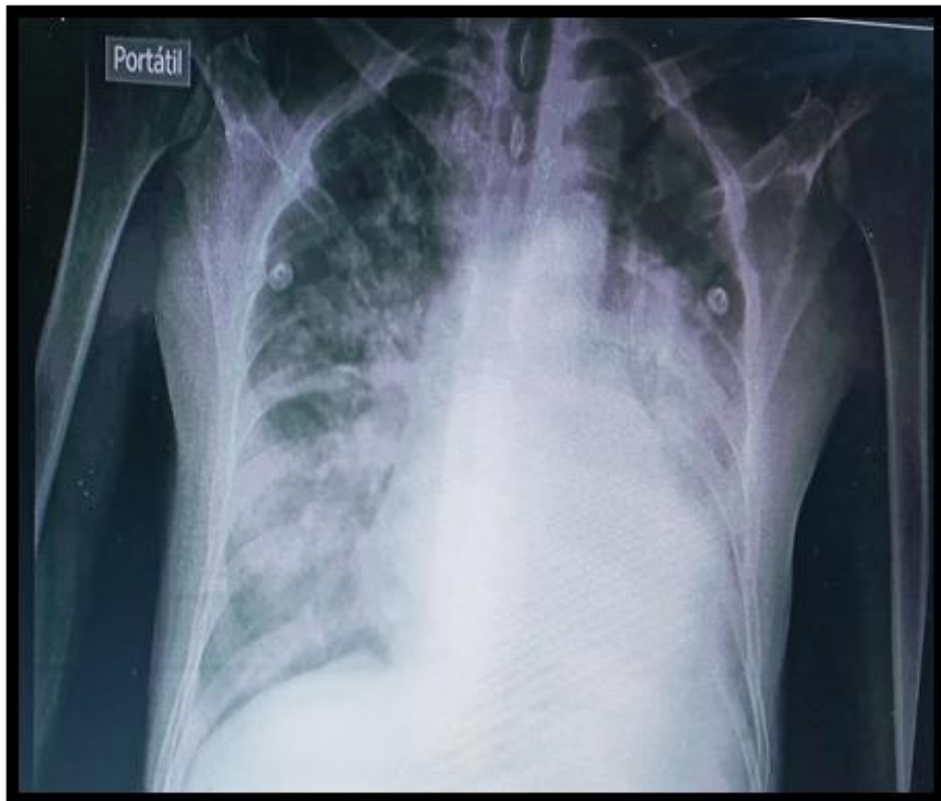
Ranero M., J. L. (Diciembre de 2001). Biblioteca Virtual Em Saude. *bvs*. Obtenido de
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-343293>

Ranero M., J. L. (Diciembre de 2001). *Biblioteca Virtual Em Saude*. Obtenido de
Insuficiencia respiratoria aguda:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-343293>

Ranero M., J. L. (Diciembre de 2001). Insuficiencia respiratoria aguda. *bvs*. Obtenido
de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-343293>

ANEXOS 1

Radiografía de tórax (RX), portátil



Anexo 2

Examen Laboratorio	Rango (%)
Leucopenia	17-34
Linfopenia	54-89
Plaquetas disminuidas	17-45
DHL elevada	70-94
CPK elevada#	26-56
ALT elevada	23-78
TTPK prolongado > 38 seg	42,8
Hipokalemia	25,2
Hiponatremia	20,3

Anexo 3

Realizando los respectivos procedimientos medico y evaluaciones al paciente

