



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**

**DIMENSION PRACTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCION DEL GRADO ACADEMICO DE LICENCIADA EN TERAPIA
RESPIRATORIA.**

**TÍTULO:
PACIENTE MASCULINO DE 60 AÑOS DE EDAD CON INSUFICIENCIA
RESPIRATORIA AGUDA**

**AUTOR:
YULEXI JAMILEC CARRIEL HIDALGO**

**TUTORA:
MsC. VERONICA MARIA VALLE DELGADO**

**BABAHOYO - LOS RÍOS - ECUADOR
PERIODO 2020**

INDICE GENERAL

CONTENIDO

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO.....	II
TITULO DE CASO CLINICO.....	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT.....	V
INTRODUCCION.....	VI
1.-MARCO TEORICO.....	1
1.1.- JUSTIFICACIÓN.....	10
1.2.- OBJETIVOS.....	11
1.3. -DATOS GENERALES.....	11
2.- METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	12
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.....	12
2.2 ANAMNESIS.....	12
2.3.- EXPLORACIÓN CLÍNICA.....	12
2.4.- INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....	13
2.5.-FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y DEFINITIVO.....	14
2.6.-CONDUCTA A SEGUIR.....	14
2.7.-INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	14
2.8. SEGUIMIENTO.....	15

2.9.- OBSERVACIONES.....	16
3.-CONCLUSIONES	17
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	18
ANEXOS	20

DEDICATORIA

Dedico este caso clínico a DIOS, a mis padres, y hermanas. A Dios por darme vida, salud y bendecirme en cada paso que doy; a mis padres Mario Carriel y Gladys Hidalgo por darme la vida y su apoyo incondicional en cada etapa de mi vida, a mis hermanas María y Ruby por apoyarme en cada meta que me proponga.

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a Dios por haberme permitido vivir este momento, por haberme guiado, por ser mi apoyo, mi luz y camino, por haberme dado la fortaleza para seguir adelante en aquellos momentos de debilidad.

A mi madre Gladys Hidalgo que con su carácter me ha enseñado a no decaer, ni dejarme vencer ante nada ni nadie a ser perseverante y cumplir con mis metas.

A mi padre Mario Carriel por enseñarme que con esfuerzo y trabajo todo se consigue y sé que hoy se siente orgulloso de mí.

A mis Hermanas María y Ruby por sus palabras motivadoras, sus conocimientos, y sus consejos en cada meta que me proponía.

A mi enamorado por depositarme su entera confianza y apoyo en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad.

TITULO DE CASO CLINICO

**PACIENTE MASCULINO DE 60 AÑOS DE EDAD CON INSUFICIENCIA
RESPIRATORIA AGUDA**

RESUMEN

En el presente estudio de caso se aborda a la insuficiencia respiratoria aguda en un paciente masculino de 60 años de edad el acude al área de emergencia del centro de salud con familiar (hijo) por presentar cuadro clínico de fiebre, malestar general, tos seca las últimas 72 horas acompañado de dificultad respiratoria a máximo esfuerzo.

El objetivo de este estudio consiste en determinar el manejo terapéutico adecuado para la Insuficiencia respiratoria aguda que presenta el paciente, luego de haber obtenido un determinado diagnóstico por las diferentes pruebas que le fueron realizadas.

El seguimiento y manejo oportuno realizado al presente estudio de caso, debido a la existencia de un principal factor de riesgo que es la neumonía por COVID-19, se obtuvo un desenlace favorable en el paciente siendo la oxigenoterapia la principal medida terapéutica que se indicó en el paciente, evitando consecuencias iatrogénicas u otras complicaciones que ocasionen su mortalidad.

Palabras claves: Insuficiencia Respiratoria Aguda, neumonía por COVID-19, Oxigenoterapia.

ABSTRACT

In this case study, acute respiratory failure is addressed in a 60-year-old male patient who attends the emergency area of the health center with a family member (son) due to a clinical picture of fever, general malaise, dry cough, last 72 hours accompanied by respiratory distress at maximum effort.

The objective of this study is to determine the appropriate therapeutic management for the acute respiratory failure that the patient presents, after having obtained a certain diagnosis by the different tests that were performed.

The follow-up and therapeutic management carried out in this case study, due to the existence of a main risk factor, which is COVID-19 pneumonia, had a favorable outcome in the patient, being the administration of oxygen (OXYGENOTHERAPY) in an adequate way and the main therapeutic strategy presented in the patient was timely, avoiding iatrogenic consequences or other complications that cause mortality.

Key words: Acute Respiratory Failure, COVID-19 pneumonia, Oxygen therapy.

INTRODUCCION

Es indiscutible que con la edad se presencia una disminución en las funciones internas, la sensibilidad al dolor e incremento de enfermedades, lo que hace sospechar que edad y comorbilidad van muy unidas. En lo que se refiere al aparato respiratorio, se origina básicamente una disminución de la fuerza de los músculos respiratorios.

La insuficiencia respiratoria aguda (IRA) se la define como la incapacidad del aparato respiratorio para realizar un intercambio gaseoso adecuado, de la atmósfera hasta las células, de acuerdo con las necesidades del organismo.

Esta patología se caracteriza por ser a nivel mundial uno de los problemas médicos más comunes en los servicios de urgencias y a la vez una de las principales causas de admisión a unidades de cuidado intensivo.

En general la IR que resulta de alteraciones pulmonares se manifiesta por hipoxemia. Los ejemplos de este tipo de enfermedades son neumonía, aspiración de contenido gástrico, embolia pulmonar, asma, síndrome de insuficiencia respiratoria aguda.

Mientras que en la Insuficiencia respiratoria secundaria a causas extra pulmonares suele manifestarse por hipercapnia. Los ejemplos más relevantes son enfermedades neuromusculares, alteraciones en el sistema nervioso central que afecta de manera directa el control ventilatorio y trastornos que modifican la forma y el tamaño de la caja torácica.

En el paciente con insuficiencia respiratoria es fundamental una evaluación integral e inmediata, que permita especificar la causa del deterioro respiratorio, el tipo de injuria pulmonar y la severidad de la misma.

1.-MARCO TEORICO

Definición

“Es la incapacidad del sistema pulmonar de satisfacer las demandas metabólicas del organismo y se evidencia por disminución de la $PaO_2 < 60$ mmHg, aumento de la $PaCO_2 > 50$ mmHg ó ambas” (VALLADARES, 2013, pág. 2).

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. (Casas Quiroga, Contreras Zúñiga, Zuluaga Martínez, & Mejía Mantilla, 2008, pág. 24)

Etiología

Las principales causas de la insuficiencia respiratoria aguda son las enfermedades por déficit en el sistema respiratorio esto a causa del principal factor de riesgo que es la edad. Valladares (2013) afirma lo siguiente:

Según el nivel anatómico se tiene las siguientes causas:

- Sistema Nervioso Central: accidente cerebro vascular, sobredosis de sedantes, traumatismo encéfalo craneano.
- Sistema Nervioso Periférico: síndrome de Guillan Barre, porfiria.
- Placa mioneural: tétanos, miastenia gravis.
- Músculos respiratorios: Poliomiélitis.
- Caja torácica: cirugía de tórax, trauma torácico.
- Vías Aéreas: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), obstrucción respiratoria alta.

- Pulmones: neumonía, fibrosis pulmonar, edema agudo.
- Arteria Pulmonar: embolia pulmonar aguda. (pág. 2)

Clasificación:

La Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA) tiene diversas clasificaciones sin embargo la clasificación más utilizada es de acuerdo a su alteración gasométrica

La insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica, convencionalmente definida como una presión arterial de oxígeno (PaO₂) menor a 60 mm Hg. crea controversia porque hace caso omiso de la fracción inspirada de oxígeno (FiO₂), razón por la cual algunos prefieren la relación PaO₂/FiO₂ menor de 300 para considerar insuficiencia respiratoria aguda. (Carlos Bula & Zapata Oquendo, MD., 2011, págs. 95-102)

La insuficiencia respiratoria aguda hipercápnic, refleja bien la producción excesiva de CO₂ o la eliminación inadecuada de CO₂. El ejercicio, el hipertiroidismo, las quemaduras, la fiebre y la sepsis pueden incrementar la producción de CO₂ por el aumento de la tasa metabólica, pero rara vez causan insuficiencia respiratoria. (Carlos Bula & Zapata Oquendo, MD., 2011, págs. 95-112)

Fisiología

Describir la insuficiencia respiratoria como hipoxémica o hipercapnic es algo crucial por los signos y síntomas que estas presentan. Como consecuencia inicial en la insuficiencia respiratoria pueden presentarse alteraciones en el nivel de oxígeno (O₂) y/o de anhídrido carbónico (CO₂) (Muñoz, 2010). Para obtener una buena información acerca del déficit fisiológico que se presente es necesario una adecuada comprensión y reconocimiento de la fisiopatología normal del sistema respiratorio.

Factores de Riesgo.

Dentro de los primordiales factores para el desarrollo de insuficiencia respiratoria aguda VALLADARES (2013) afirma que son:

- Neumonía severa
- Aspiración de contenido gástrico
- Sepsis o SIRS severo
- Cirugía torácica abdominal alta y/o Cirugía prolongada
- Trauma torácico moderado-severo
- Trauma craneoencefálico y desorden vascular cerebral con Glasgow < 8
- Enfermedad neuromuscular de progresión rápida.
- Obesidad.
- Enfermedad crónica cardiorrespiratoria.
- Mayores de 60 años. (pág. 3)

Valoración del Paciente

Anamnesis

(Amesquita, 2017) afirma: “Mediante la anamnesis podemos conocer el tiempo de evolución, de instauración, los antecedentes del paciente, etc. También nos puede orientar hacia la causa de la IRA”.

La clínica es inespecífica normalmente cursa con disnea y, a lo sumo, con alteraciones del nivel de conciencia. Desde el punto de vista etiológico se debe interrogar sobre los antecedentes personales previos: asma, obstrucción crónica al flujo aéreo, cardiopatía, enfermedades neuromusculares, enfermedades restrictivas, adicciones, medicaciones que toma, etc. (Artigas, 2001)

Signos y síntomas

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.

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 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. (Muñoz, 2010, pág. 6)

Examen físico:

Debe estar orientado a la evaluación cardiorrespiratoria, al tipo de ventilación sin descuidar el examen general y sobre todo buscando los signos que predicen

una insuficiencia respiratoria inminente, que puedan comprometer gravemente la vida del paciente y que pueden ser: aumento progresivo de la frecuencia respiratoria, taquicardia, apnea, respiración paradojal o descoordinación toraco abdominal, cianosis central y/o periférica, sudoración profusa, hipo/hipertensión arterial, deterioro del nivel de conciencia. (Muñoz, 2010, pág. 7)

Exámenes auxiliares:

Básicamente al paciente con IRA se le debe practicar un examen de gases arteriales para definir el diagnóstico, colocar un pulsioxímetro para seguimiento y tomar una rayos X tórax, con lo que podemos definir un algoritmo de diagnóstico de un paciente con IRA.

Laboratorio clínico:

Gases arteriales: Cuantifica la magnitud de las anormalidades del intercambio de gases arteriales, nos proporciona datos para clasificación y guía terapéutica.

Hemograma: anemia empeora la hipoxemia y puede causar edema pulmonar agudo, policitemia sugiere hipoxemia crónica, leucocitosis desviación izquierda o leucopenia en las infecciones, trombocitopenia puede presentarse en sepsis severa.

Creatinina y Urea: falla renal con uremia es causa de insuficiencia respiratoria, la retención de fluidos que acompaña puede desencadenar edema pulmonar agudo.

Electrolitos: hipokalemia severa es causa de falla muscular e insuficiencia respiratoria, también anormalidades del fósforo y magnesio.

Exámenes Bacteriológicos. Muy importantes para identificar la posibilidad de infección: Cultivos respiratorios como de esputo, aspirado traqueal, lavado broncoalveolar. Cultivos de sangre, orina, fluidos corporales (liquido pleural).

Imágenes

Radiografía tórax: identifica patologías de la pared, pleura y parénquima pulmonar y distingue desórdenes que causan trastornos de V/Q (hiperclaridad, Ej.: neumotórax) versus shunt intrapulmonares (opacidades, Ej.: neumonías).

TAC tórax: Identifica con mayor precisión las patologías descritas para rayos X, si es helicoidal con contraste y reconstrucción vascular orienta la posibilidad de tromboembolia pulmonar, es criterio diagnóstico de distrés respiratorio agudo.

Electrocardiograma: identifica arritmias, isquemia, disfunción ventricular.

Ecocardiografía: Evalúa globalmente la función cardiovascular, proporciona datos sobre gasto cardiaco, volúmenes de llenado, disfunción miocárdica, etc.

Gammagrafía de ventilación perfusión, sobre todo en sospecha de tromboembolia pulmonar. (Muñoz, 2010, págs. 7-8)

Tratamiento

Tratamiento Inicial

Primero, hay que distinguir si se trata de una IRA extrema, en la que el paciente está en situación de parada o pre-parada respiratoria; en este caso se actúa según los protocolos de resucitación cardiopulmonar (RCP). Si la situación no es tan dramática, se buscan los signos de gravedad y se monitorizan las constantes vitales e idealmente la SpO₂; según la situación clínica y la evolución, se decide entre el tratamiento agresivo -intubación traqueal y ventilación mecánica(VM)- o el tratamiento conservador. Si estas medidas fracasan, y como paso previo a la VM convencional, debe tenerse en cuenta la posibilidad de instaurar una VM no invasiva. (Alexei Ortiz Milán, 2005)

Oxigenoterapia

El objetivo central de la terapia con oxígeno es aliviar la hipoxemia severa. El otro efecto benéfico es la reducción del trabajo respiratorio y miocárdico. En el caso de IRA Tipo I u oxigenatoria se administra O₂ suplementario a fin de mantener una PaO₂ en 60 -65 torr con una SaO₂ \geq 90% a nivel del mar. A los pacientes con IRA Tipo I, debe brindarse suplemento de oxígeno con sistemas de alto flujo como una máscara tipo Venturi con un FiO₂ entre 0.25 y 0.50. Si es necesario un FiO₂ mayor emplear máscaras con reservorio y considerar el inicio de ventilación mecánica ya que niveles de FiO₂ mayores de 70% por más de 24 horas producen toxicidad pulmonar.

En el EPOC con IRA se administra oxígeno controlado a fin de lograr un PaO₂ de 50 -55 torr y una SaO₂ de 85 a 90%, mediante el uso de mascarillas de oxígeno tipo venturi. (VALLADARES, 2013, pág. 7)

Ventilación mecánica no invasiva

La ventilación no invasiva brinda el soporte ventilatorio a través de una interfase que puede ser una máscara facial o nasal o una escafandra habiéndose reportado que disminuye las complicaciones de la ventilación convencional y logra buenos resultados en el paciente con insuficiencia respiratoria. Si bien disminuye la incidencia de neumonía asociada al ventilador, la fuga de aire a través de la interfase puede ser un problema. Puede usarse tempranamente en pacientes con falla respiratoria hipoxémica y se ha señalado que los mejores resultados se han logrado en pacientes con EPOC y con Edema pulmonar agudo cardiogénico. (VALLADARES, 2013, pág. 8)

Ventilación mecánica

La decisión de intubar al paciente e iniciar la ventilación mecánica debe tomarse tan pronto como sea posible. VALLADARES (2013) afirma: Considerar el

retraso prudente de uso del Ventilador Mecánico si la enfermedad de fondo es reversible: asma, edema agudo de pulmón cardiogénico.

La ventilación mecánica está indicada cuando existe:

- Hipoxemia refractaria con $PaO_2/FiO_2 < 200$.
- Frecuencia respiratoria >40 ó ≤ 8 por minuto.
- IRA tipo II con trastorno de conciencia y/o acidosis respiratoria, que no responde a medidas terapéuticas convencionales.
- Fatiga diafragmática.
- Volumen tidal < 5 cc/kg.
- Capacidad vital <10 ml/kg.
- Fuerza inspiratoria máxima < -20 a -25 cm H₂O.
- Volumen espiratorio forzado en el 1er. segundo (VEF1) <10 ml/kg.
- Shock profundo. (pág. 7)

Complicaciones de la ventilación no invasiva

Los problemas más comunes con la VNI son en primera instancia locales, dados por excoriación facial y sensación de claustrofobia, con irritación ocular y generalmente dolor sobre los senos paranasales. En pacientes que tienen máscaras nasales, un problema frecuente son las fugas bucales, por lo que se debe evitar la comunicación verbal con estos pacientes. Entre un 7 y 42% de los pacientes fallan en el protocolo de VNI, lo cual puede reconocerse en las primeras dos horas y para lo que se debe realizar inmediatamente intubación orotraqueal.

Es importante asegurarse que el equipo tiene instalado el puerto de exhalación, ya que de no ser así, habrá reinhalación de CO₂ con empeoramiento de los parámetros neurológicos, hemodinámicos y respiratorios. Es frecuente la sensación de distensión abdominal, presentándose en menos del 5% de los casos broncoaspiración por vómito. Está reportado el desarrollo de neumotórax ya sea por baro o volutrauma. (Casas Quiroga, Contreras Zúñiga, Zuluaga Martínez, & Mejía Mantilla, 2008)

Farmacoterapia.

El canalizar una vena del paciente en IRA permite la extracción de muestras sanguíneas, así como la posibilidad de administrar fármacos que procuran el alivio sintomático o ayudan a tratar la causa desencadenante de la IRA. Entre los fármacos más frecuentemente utilizados se encuentran: diuréticos, vasodilatadores, heparina, antibióticos o relajantes musculares ante una eventual intubación dificultosa, entre otros. (Alexei Ortiz Milán, 2005)

1.1.- JUSTIFICACIÓN.

La insuficiencia respiratoria aguda tiene una muy alta tasa mortalidad en pacientes que presenten factores de riesgo entre ellas pacientes con edades avanzadas, además de enfermedades asociadas que pueden complicar un cuadro clínico entre ellas encontramos enfermedades como la diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia renal, enfermedades cardiovasculares, entre otras.

A raíz de la crisis sanitaria que se vive a nivel mundial por la enfermedad del COVID-19 la insuficiencia respiratoria aguda es la afección que aqueja con mayor frecuencia a estos pacientes, y a la vez la causa principal de morti-morbilidad; por ende, es muy importante conocer cuál sería el riesgo de padecer esta enfermedad sino es tratada de manera oportuna y adecuada.

Los terapeutas respiratorios cumplen un papel muy importante en el manejo de cada una de las etapas que presenta esta enfermedad, principalmente en el manejo respiratorio.

1.2.- OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General

Determinar el manejo terapéutico adecuado para la Insuficiencia respiratoria aguda del paciente.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar criterios clínicos del paciente que originó la insuficiencia respiratoria aguda.
- Establecer un manejo terapéutico adecuado.
- Evitar complicaciones iatrogenas, y la morti-morbilidad en el paciente.

1.3. -DATOS GENERALES

Identificación del Paciente: N/N

Edad: 60 años

Sexo: masculino

Estado Civil: Casado

Hijos: 1

Grupo Sanguíneo: O **Factor:** positivo

2.- METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.

Análisis del motivo de consulta

Paciente masculino de 60 años de edad acude al centro de salud acompañado de familiar (hijo), por presentar fiebre, tos seca las últimas 72 horas, acompañado de dificultad respiratoria a máximo esfuerzo, malestar general.

Historial clínico del paciente

Paciente con motivo de consulta descrita anteriormente presentando los siguientes antecedentes:

Antecedentes patológicos personales: Hipertensión Arterial

Antecedentes patológicos Familiares: No Refiere

Antecedentes patológicos Quirúrgicos: No refiere

Alergias: No refiere

2.2 ANAMNESIS

Paciente masculino de 60 años de edad, acude al área de emergencia del centro de salud con familiar (hijo) por presentar fiebre, malestar general, tos seca las últimas 72 horas acompañado de dificultad respiratoria a máximo esfuerzo. Se le realiza gasometría arterial presentando acidosis respiratoria compensada más hipoxemia.

Inmediatamente se toma la iniciativa de colocar oxígeno suplementario para corregir la hipoxemia, se lo expande con volumen notándose una breve mejoría.

Por sus antecedentes personales de Hipertensión Arterial se le administra un antagonista de los receptores de angiotensina II (LOSARTAN).

2.3.- EXPLORACIÓN CLÍNICA

Entre los hallazgos clínicos se encuentran:

FC: 108 lpm (NORMAL)

FR: 35 rpm (taquipnea)

PA:140/80 (HTA)

Temperatura: 38,5°C

SaO2: 85% (HIPOXEMIA)

GLASGOW 14/15

Estado Nutricional: sin alteraciones

CABEZA: Presenta pupilas normo reactivas, responde a estímulos

CUELLO: Sin adenopatías palpables

TORAX: tiraje intercostal

TIPO DE RESPIRACION: toracoabdominal (uso de músculos abdominales para la respiración)

ASCULTACION: estertores crepitantes bilaterales en bases

ABDOMEN: globuloso con ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación.

EXTREMIDADES: normales

2.4.- INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Exámenes de Laboratorio

- **Hemoglobina:** 13.1 gr/dl
- **Hematocrito:** 38,4%
- **Plaquetas:**519.000
- **Creatinina:** 1.04mg/dl
- **Urea:**48,4
- **Glucosa:** 95.6
- **Ferritina:** 282 mg/dl
- **IGG E IGM COVID 19:** POSITIVO

RX Tórax: Infiltrados intersticial tenue basal bilateral a predominio derecho, no derrame pleural, hilios pulmonares de aspecto vascular, índice cardiotorácico aumentado, no lesión ósea. Conclusión: neumonía basal, en contexto de región endémica para Covid.

2.5.-FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y DEFINITIVO

Según el cuadro clínico que presentaba el paciente en primera estancia se llegó a un diagnóstico presuntivo de alteraciones en la respiración (TAQUIPNEA).

Con los datos obtenidos tanto del examen físico como los exámenes de laboratorio y complementarios se llegó al diagnóstico final de que la paciente presentó una insuficiencia respiratoria aguda como consecuencia de neumonía por COVID-19.

2.6.-CONDUCTA A SEGUIR.

Por el diagnóstico definitivo y los principales factores de riesgo que presentaba el paciente (edad, hipertensión arterial, taquipnea) se recomendó el ingreso y el inicio inmediato de:

Oxigenoterapia: La saturación de oxígeno del paciente es nuestro primer aviso junto a manifestaciones respiratorias como la taquipnea, para el inicio de este manejo terapéutico.

En base a las guías modernas se sugiere protocolizar y monitorizar al paciente para una administración precisa a cada requerimiento ya que, si bien la hipoxemia es de alto riesgo, el uso indiscriminado de oxígeno no es inocuo, por lo que se recomienda que el límite superior de SpO₂ sea hasta 96% a nivel del mar en estos pacientes.

Terapia antibiótica con CEFTRIAXONA 1g endovenosa c/12 hrs, más Lopinavir/ritonavir e Interferón beta.

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

Una vez analizado el cuadro clínico y los exámenes de laboratorio y las radiografías de tórax y la determinación del diagnóstico definitivo se muestra que el tratamiento farmacológico y terapéutico seleccionado es el mejor pronóstico adaptado a su patología, con el objetivo de contrarrestar la neumonía y evitar gravedad en el cuadro respiratorio.

2.8. SEGUIMIENTO

Día 1

Consulta a centro de salud e ingreso hospitalario.

De acuerdo a al cuadro clínico que presento el paciente se consideró adecuado el ingreso hospitalario.

Se inicia oxigenoterapia por mascarilla con reservorio 15 litros para alcanzar un objetivo de saturación hasta un 96%.

Por los antecedentes de Hipertensión arterial del paciente fue necesaria la administración de LOSARTAN 50mg por vía oral. Además, se consideró adecuado la monitorización de signos vitales.

Día 2

Tras la realización y observación de PCR realizado en el paciente.

Se inició con terapia antibiótica con CEFTRIAXONA 1g endovenoso c/12hrs.

Además, se requirió la administración de:

- Lopinavir/ritonavir 200/50 vía oral cada 12 hrs.
- Omeprazol 40mg endovenosa c/12 hrs.
- Dexametasona 8mg endovenosa c/8 hrs.
- Losartan de 50mg por via oral x día.
- Enoxaparina 40mg subcutánea x día.

Día 3-4-5

Tras revisión y obtención de resultados favorables en el fallo respiratorio que presento el paciente en su momento de ingreso hospitalario se recomendó como segundo escalón la administración de oxigenoterapia convencional con mascarilla a 5 l/m.

- Se mantiene terapia antibiótica con CEFTRIAXONA 1g endovenoso c/12hrs.
- Lopinavir/ritonavir 200/50 vía oral cada 12 hrs.
- Omeprazol 40mg endovenosa c/12 hrs.
- Dexametasona 8mg endovenosa c/8 hrs.
- Losartan de 50mg por vía oral x día.

- Enoxaparina 40mg subcutánea x día.

Se administró N-Acetilsisteina 300 mg endovenosa c/8 hrs.

Día 6-9

se inició la oxigenoterapia convencional por cánula nasal

Se mantiene terapia antibiótica con CEFTRIAXONA 1g endovenoso c/12hrs.

Lopinavir/ritonavir 200/50 vía oral cada 12 hrs.

Losartan de 50mg por vía oral x día.

Dexametasona 8mg endovenosa c/8 hrs.

Omeprazol 40mg endovenosa c/12 hrs.

Día 8: Se administró solución salina al 9% 100ml/1 g de ácido ascórbico endovenoso 20 gotas por minuto.

Día 10

Por oportuna recuperación de cuadro clínico del paciente fue necesario el alta hospitalaria recomendando a sus familiares el adecuado aislamiento y el uso necesario de mascarilla. Además de la administración de:

- Norvir Solución oral de 80 mg/ml
- Comprimido de amoxicilina/ ácido clavulánico c/8 hrs
- Omeprazol 40mg endovenosa c/12 hrs.
- Dexametasona 8mg endovenosa c/12 hrs.
- Losartan de 50mg por vía oral x día.
- Comprimidos de N-acetilsisteina c/12 hrs

2.9.- OBSERVACIONES

Se obtuvo una recuperación favorable de la principal patología que conllevó al paciente a la Hospitalización por INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA con la utilización de oxigenoterapia convencional con la debida monitorización y manejo farmacológico, como primer eslabón lo que se trató es evitar la mortalidad en el paciente, tras recuperación favorable en el paciente se recomendó el alta médica.

3.-CONCLUSIONES

La Insuficiencia Respiratoria es la causa más frecuente de mortalidad en los pacientes con enfermedades infecciosas, con respecto a la enfermedad del COVID-19 (la enfermedad infecciosa causada por el SARS-CoV-2), un porcentaje mayoritario lo presentan, por lo que es importante aplicar una estrategia terapéutica oportuna, adecuada y rápida.

La Oxigenoterapia Convencional y la ventilación no invasiva son las principales estrategias terapéuticas respiratorias utilizadas en estos pacientes, su principal ventaja es brindar un aporte constante de FiO_2 , reducción del espacio muerto y la generación de una presión positiva, que conlleva una redistribución de líquido intraalveolar y reclutamiento alveolar, obteniendo resultados favorables y a la vez reducir la estadía hospitalaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alexei Ortiz Milán, N. C. (2005). *Insuficiencia respiratoria aguda Actualizacion*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6159989>

Alexei Ortiz Milán, N. C. (2005). *Insuficiencia respiratoria aguda Actualizacion*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6159989>

Amesquita, M. D. (2017). GUIA, HOSPITAL LOAYZA. Obtenido de http://www.hospitalloayza.gob.pe/files/TRAS_a2a6573d924a126_.pdf

Artigas, M. O. (2001). Insuficiencia respiratoria aguda o agudizada. *MEDICINA INTEGRAL*, 37(7), 291-296. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-insuficiencia-respiratoria-aguda-o-agudizada-11000251>

Carlos Bula, M., & Zapata Oquendo, MD., H. A. (2011). Insuficiencia respiratoria aguda. *Revista Colombiana De Neumología*, 23(3), 95-102. Obtenido de <https://revistas.asoneumocito.org/index.php/rcneumologia/article/view/212>

Casas Quiroga, I. C., Contreras Zúñiga, E., Zuluaga Martínez, S. X., & Mejía Mantilla, J. (2008). Diagnóstico y manejo de la insuficiencia respiratoria aguda. *Neumología y Cirugía de Tórax*, 67(1), 24-33. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2008/nt081e.pdf>

Muñoz, F. R. (2010). INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA. (SCIELO, Ed.) *ACTA MEDICA PERUANA*, 12. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v27n4/a13v27n4.pdf>

VALLADARES, J. N. (16 de JULIO de 2013). *HOSPITAL MARIA AUXILIADORA*. Obtenido de GUIA DE PRACTICA CLINICAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS DEL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA:

hthttp://www.hma.gob.pe/calidad/GUIAS-PRAC/GUIAS-15/GUIAS-14/GUIA-EMERG-
14/GUIA-EMERG-2014.pdf

ANEXOS



IMAGEN 1. Infiltrados intersticiales tenue basal bilateral a predominio derecho, no derrame pleural, hilios pulmonares de aspecto vascular, índice cardiorácico aumentado, no lesión ósea.

Conclusión: neumonía basal, en contexto de región endémica para Covid.

7 OTROS	
PRUEBA RAPIDO Anti-SARS-CoV-2	
MARCA DE LA PRUEBA	BASEPOINT
TECNICA	INMUNOCROMATOGRÁFICA
DETECCIÓN DE ANTICUERPOS TIPO:	
INMUNOGLOBULINAS IgM	POSITIVO
INMUNOGLOBULINAS IgG	POSITIVO
OBSERVACIONES	

IMAGEN 2. RESULTADOS DE PRUEBA RAPIDA ANTI SARS-CoV2: IMG E IGG (POSITIVO)

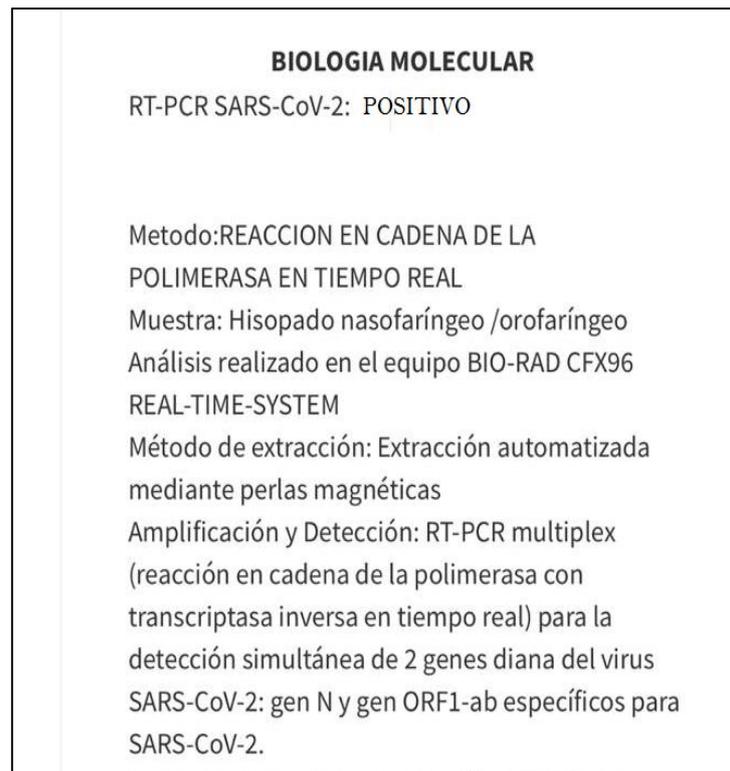


IMAGEN 3. RESULTADOS DE PCR SARS-CoV-2: POSITIVO (este resultado positivo se define como la detección de ambos genes “gen N Y ORF1-ab”)