



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

**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA  
OBTENCION DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN TERAPIA  
RESPIRATORIA**

**TEMA DEL CASO CLÍNICO:**

**“PACIENTE FEMENINO DE 75 AÑOS DE EDAD CON INSUFICIENCIA  
RESPIRATORIA AGUDA”**

**AUTORA:**

**KAREN KATHERINE MORENO ROMERO**

**TUTOR:**

**DR. ROGELIO FERNANDEZ MARTINEZ**

**BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR**

**2021**

## ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO .....	II
TEMA DEL CASO CLÍNICO .....	III
“PACIENTE FEMENINO DE 75 AÑOS DE EDAD CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA” .....	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT .....	V
INTRODUCCIÓN .....	VI
MARCO TEÓRICO .....	1
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA (IRA) .....	1
ETIOLOGÍA.....	1
FISIOPATOLOGÍA.....	1
CLASIFICACIÓN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA .....	2
FACTORES DE RIESGO .....	3
CUADRO CLÍNICO.....	3
DIAGNOSTICO .....	3
TRATAMIENTO .....	4
1.1. JUSTIFICACIÓN.....	6
1.2. OBJETIVOS.....	7
1.2.1. OBJETIVO GENERAL .....	7
1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	7
1.3. DATOS GENERALES .....	8
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO .....	9
2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE. ....	9
2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).....	9
2.3. EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA).....	9
2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.	

<b>2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIA Y DEFINITIVO.....</b>	<b>11</b>
<b>2.5.1. DIAGNOSTICO PRESUNTIVO .....</b>	<b>11</b>
<b>2.5.2. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL .....</b>	<b>11</b>
<b>2.5.3. DIAGNOSTICO DEFINITIVO .....</b>	<b>11</b>
<b>2.6. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....</b>	<b>11</b>
<b>2.7. INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....</b>	<b>11</b>
<b>2.8. SEGUIMIENTO .....</b>	<b>12</b>
<b>2.9. OBSERVACIONES.....</b>	<b>13</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>14</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>15</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>16</b>

## **DEDICATORIA**

Es para mí de gran satisfacción dedicar este proyecto a todas las personas que me apoyaron en mi etapa universitaria, al contar con su apoyo y consejos me impulsaron a continuar a pesar de los obstáculos que conlleva este proceso el cual no es fácil, pero sí muy gratificante para mí.

Dedico este proyecto de la manera más amorosa a mi pequeña hija que entendió mis momentos de ausencia mientras me encontraba preparando académicamente, a mi esposo por acompañarme y apoyarme en cada etapa que la vida nos ha permitido vivirla juntos.

A mis padres y hermanos por ser mi orgullo e inspiración, todas sus enseñanzas a lo largo de mi vida han sido una fuente de autosuficiencia y energía al lograr cada uno de mis sueños, en especial al alcanzar esta meta.

Dedicar este proyecto me regocija mucho, ya que fue una meta en el pasado, pero hoy es un sueño cumplido. A todos ustedes dedico este proyecto con mucho amor.

Karen Moreno Romero.

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero agradecer a Nuestro Padre Celestial por su guía, fortaleza, protección y bendiciones durante mi etapa estudiantil. Por qué su luz siempre ha iluminado mis sueños y metas en esta vida.

A mi hija y esposo por ser mi fortaleza cuando pensé que no lo lograría, su gran apoyo fue inigualable durante este proceso.

A mis padres y hermanos porque siempre me enseñaron que la educación es algo importante y que el aprender más siempre será una hermosa cualidad en cada ser humano.

A mis docentes por su amor en las aulas y porque gracias a cada uno de ellos aprendí y me instruí profesionalmente, lo cual me ayudo a cumplir con este objetivo de crecer profesionalmente muchísimas Gracias.

Karen Moreno Romero.

**TEMA DEL CASO CLÍNICO**  
**“PACIENTE FEMENINO DE 75 AÑOS DE EDAD CON INSUFICIENCIA  
RESPIRATORIA AGUDA”**

## RESUMEN

El presente estudio se realizó del caso clínico de un paciente de 75 años que presento falta de oxígeno, desaturación, dilatación nasal, asfixia, hipotensión y dolor torácico. El objetivo principal de este trabajo fue aplicar técnicas de terapia respiratoria al paciente de 75 años con insuficiencia respiratoria aguda. La frecuencia cardíaca del paciente fue de 61 latidos por minuto, su frecuencia respiratoria de 11 latidos por minuto (hubo un sonido en el campo pulmonar), la temperatura fue de 37,4 grados, la presión arterial de 86/50 mmHg y tubo cianosis. Durante el examen de rayos X de tórax, se pudo ver que los campos pulmonares se extienden y reducen el tamaño de los pulmones, lo que nos indicaba la presencia de insuficiencia respiratoria aguda. Se pudo controlar esta situación, y se colocó una mascarilla de reservorio a 15Litros de oxígeno y se utilizó medicación para controlar los síntomas. El paciente respondió bien a esto y mostró mejoría. En resumen, se puede decir que la aplicación oportuna de técnicas y procedimientos de terapia respiratoria pudo evitar complicaciones que pudieron conducir a problemas de salud más graves en el futuro.

**PALABRAS CLAVES:** Insuficiencia respiratoria aguda (IRA), Terapia respiratoria, Adulto mayor, Ventilación mecánica no invasiva, Gasometría.

## **ABSTRACT**

The present study was carried out on the clinical case of a 75-year-old patient who presented lack of oxygen, desaturation, nasal dilation, asphyxia, hypotension and chest pain. The main objective of this work was to apply respiratory therapy techniques to the 75-year-old patient with acute respiratory failure. The patient's heart rate was 61 beats per minute, his respiratory rate was 11 beats per minute (there was a sound in the lung field), the temperature was 37.4 degrees, the blood pressure was 86/50 mmHg, and he had cyanosis. During the chest X-ray examination, the lung fields could be seen to expand and reduce the size of the lungs, indicating the presence of acute respiratory failure. This situation could be controlled, and a reservoir mask was placed at 15 liters of oxygen and medication was used to control the symptoms. The patient responded well to this and showed improvement. In summary, it can be said that the timely application of respiratory therapy techniques and procedures was able to avoid complications that could lead to more serious health problems in the future.

**KEY WORD:** Acute respiratory failure (ARF), Respiratory therapy, Elderly, Non-invasive mechanical ventilation, Gasometry.

## INTRODUCCIÓN

La insuficiencia respiratoria es una afección grave que se desarrolla cuando los pulmones no pueden llevar suficiente oxígeno a la sangre. La acumulación de dióxido de carbono también puede dañar los tejidos, órganos y perjudicar aún más la oxigenación de la sangre y, como resultado, disminuye el suministro de oxígeno a los tejidos. (National Heart Lung And Blood Institute, 2019)

El presente caso clínico nos muestra que en un paciente de 75 años de edad que acude al área de emergencia del hospital con un cuadro clínico característico de IRA los síntomas que presenta son las siguientes asfixias, hipoxia, dilatación nasal, hipotensión. También emite sonidos en la cavidad torácica, exponiendo la existencia de IRA.

Cualquier tipo de insuficiencia respiratoria aguda podrá considerarse un problema de por vida, especialmente en las personas mayores ya que son las más propensas a presentar esta patología. Debido a que son fáciles de hospitalizar, su sistema inmunológico y sus organismos son más sensibles, y si no se la trata con cuidado, se pueden infectar más gravemente con enfermedades, lo que podrá traer consecuencias muy graves.

Para tener un efecto positivo en los tratamientos que mejora la salud de los pacientes con IRA, se debe realizar investigaciones más profundas donde se comprueba los síntomas de los pacientes, y por lo tanto se ha de realizar una excelente evaluación de un método que nos permita proceder de manera adecuada y rápida análisis para brindar una correcta atención, de manera que podemos utilizar equipos beneficiosos para las enfermedades respiratorias, promoviendo así de manera efectiva el desarrollo positivo de los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda.

## I. MARCO TEÓRICO

### **INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA (IRA)**

La insuficiencia respiratoria aguda (IRA) se refiere a la incapacidad del sistema respiratorio para realizar sus funciones básicas, es decir, el intercambio gaseoso de oxígeno y dióxido de carbono entre el aire ambiente y la sangre circulante, que debemos realizar de manera eficaz y suficiente. (Fernando R. Gutiérrez Muñoz, 2010)

Campbell define a la insuficiencia respiratoria como la presencia de hipoxemia arterial ( $PaO_2$  menor de 60 mmHg) en reposo, al nivel del mar y respirar aire ambiental, con o sin hipercapnia ( $PaCO_2$  mayor de 45 mmHg). Cuando la  $PaO_2$  está entre 60 y 80 mmHg<sup>1</sup>, simplemente lo llamamos hipoxemia. (Fernando R. Gutiérrez Muñoz, 2010)

La insuficiencia respiratoria aguda es una de las principales causas de ingresos a la unidad de cuidado intensivos (UCI) un 30% de pacientes en UCI presentan esta patología.

### **ETIOLOGÍA**

La IRA en sí no es una enfermedad, sino una disfunción del sistema respiratorio, que es el resultado de una variedad de procesos (principalmente respiratorios), tal como el origen de enfermedades cardiovasculares, neurológicas y traumáticas.

### **FISIOPATOLOGÍA**

En mecanismos fisiopatológicos del sistema respiratorio que alteran el intercambio de gases sanguíneos tenemos los siguientes:

<b>MECANISMO FISIOPATOLÓGICOS EN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA</b>
<b>IR HIPERCAPNICA</b> <b>AUMENTO DEL ESPACIO MUERTO:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Disminución de la perfusión.</li><li>• Enfermedades pulmonares.</li></ul>

- Alteración de la pared torácica.

#### **DISMINUCIÓN DEL VOLUMEN MINUTO:**

- Alteraciones SNC.
- Alteraciones neuromusculares.
- Alteraciones de la pared torácica.
- Intoxicaciones medicamentosas.
- Obstrucción respiratoria alta.

#### **Aumento de producción de CO<sub>2</sub> asociado a patología pulmonar:**

- Fiebre.
- Sepsis.
- Convulsiones.
- Exceso de hidratos de carbono.

#### **IR HIPOXÉMICA**

- Disminución de FIO<sub>2</sub>
- Hipoventilación.
- Alteración de la difusión.
- Alteración V/Q.
- Shunt arterio-venoso.

Fuente: (Juan de Dios Estrella Cazalla, 2021)

### **CLASIFICACIÓN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA**

La insuficiencia respiratoria aguda la podemos clasificar de varias formas.

Según el cambio de gas, se clasifica de la siguiente manera.

- **INSUFICIENCIA RESPIRATORIA HIPOXÉMICA:** Cuando la PaCO<sub>2</sub> es normal o baja, la PaO<sub>2</sub> es inferior a 60 mmHg. Su causa es por cambios en la relación V/Q y trastorno de difusión.
- **INSUFICIENCIA RESPIRATORIA HIPERCÁPNICA:** Cuando la PaO<sub>2</sub> es inferior a 60 mmHg y la PaCO<sub>2</sub> es igual o superior a 45 mmHg. Visible en la barrera V/Q está tan extendido que no se puede compensar. (G. González Pozoa, 2018)

## **FACTORES DE RIESGO**

Los principales factores de riesgo de insuficiencia respiratoria aguda son:

- Mayores de 60 años.
- Neumonía severa.
- Obesidad.
- Enfermedad crónica cardiorrespiratoria.
- Aspiración de contenido gástrico.
- Sepsis o síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) severa.
- Cirugía torácico abdominal alta y/o cirugía prolongada.
- Trauma torácico moderado-severo.
- Trauma craneoencefálico y desorden vascular cerebral con Glasgow <8.
- Enfermedad neuromuscular de progresión rápida. (Hospital Maria Auxiliadora, 2014)

## **CUADRO CLÍNICO**

Los síntomas y signos que presenta la insuficiencia respiratoria aguda son los de la afección subyacente combinados con los de hipoxemia o hipercapnia. El principal síntoma de hipoxemia es disnea, aunque es posible presentar hipoxemia profunda sin molestias. Los signos de este trastorno incluyen cianosis, inquietud, confusión, ansiedad, delirio, taquipnea, bradicardia o taquicardia, hipertensión, arritmias cardíacas y temblor. Los síntomas cardinales de hipercápnicia son disnea y cefalea y los signos incluyen hiperemia periférica y conjuntival, hipertensión, taquicardia, taquipnea, deterioro de la conciencia, papiledema y asterixis. Los síntomas y signos de insuficiencia respiratoria aguda son insensibles e inespecíficos; en consecuencia, el médico debe conservar un índice alto de sospecha y obtener análisis de gases en sangre arterial si sabe que existe insuficiencia respiratoria. (Chesnutt & Prendergast, 2007)

## **DIAGNOSTICO**

Sospechamos de la existencia de una IRA por la presencia de síntomas y signos de hipoxemia y/o hipercapnia, sobre todo en presencia de pacientes diagnosticados de enfermedades pulmonares agudas o crónicas agudizadas o

procesos extrapulmonares agudos o crónicos agudizados que potencialmente puedan desarrollar IRA. (A. Arnedillo Muñoz, 2007)

Para el correcto diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda se realizan exámenes complementarios los cuales son:

- **GASOMETRÍA ARTERIAL:** La gasometría arterial es la prueba imprescindible para confirmar la sospecha diagnóstica de IRA, además nos informa del grado de severidad de la misma, de la existencia o no de hipercapnia y de la existencia de alteraciones en el equilibrio ácido base. (A. Arnedillo Muñoz, 2007)
- **RADIOGRAFÍA TÓRAX:** Determina la existencia de una enfermedad subyacente. Según el modelo radiológico (EPOC, fibrosis pulmonar idiopática) y lo que causa insuficiencia respiratoria aguda (neumotórax, neumonía).
- **TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA:** El propósito de la tomografía computarizada (TC) de tórax en pacientes con IRA es practicar y buscar un diagnóstico de la causa. Esto permite una identificación más precisa de las anomalías detectadas en las radiografías de tórax. (G. González Pozoa, 2018)
- **Otras pruebas de diagnóstico:** Dado que existen diferentes sospechas diagnósticas, debemos requerir otros exámenes auxiliares para ayudar a obtener el diagnóstico etiológico. El electrocardiograma puede identificar arritmias, infarto agudo de miocardio, bloqueo de rama o cambios que indiquen sobrecarga derecha, como patrones S1Q3T3. En el caso de la IRA, las indicaciones de la fibrobroncoscopia se manifiestan principalmente en la amenaza de hemoptisis, extracción de cuerpo extraño, aspiración de secreciones e intubación complicada. Si sospechamos una infección respiratoria, también se deben realizar hemocultivos y cultivos de esputo. (G. González Pozoa, 2018)

## TRATAMIENTO

El tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda consta de dos partes. El primero es el tratamiento de la enfermedad subyacente que causa la IRA y el segundo es el tratamiento específico de la IRA. Este último incluye:

## **MEDIDAS GENERALES**

- Asegurar la permeabilidad de la vía aérea (retirar cuerpos extraños incluido prótesis dentales, aspirar secreciones) y si fuera preciso la intubación orotraqueal.
- Monitorización de constantes vitales y SaO<sub>2</sub>.
- Canalización de vía venosa.
- Nutrición e hidratación adecuadas.
- Tratamiento de la fiebre, la agitación o cualquier situación que conlleve un aumento del consumo de O<sub>2</sub>.
- Tratamiento si existe de la anemia y de la hipotensión para mejorar el transporte de O<sub>2</sub>. (A. Arnedillo Muñoz, 2007)

## **OXIGENOTERAPIA**

En los casos de IRA debemos mantener una oxigenación adecuada a los tejidos, mediante la oxigenoterapia conseguimos elevar el aporte del O<sub>2</sub> inspirado y mejorar la cantidad de O<sub>2</sub> contenida en sangre. En estos casos el O<sub>2</sub> debe administrarse mediante mascarilla tipo Venturi con la cual podemos conocer la fracción inspirada de O<sub>2</sub> (FIO<sub>2</sub>) que aportamos al paciente. Mediante este sistema podemos conseguir FIO<sub>2</sub> de hasta el 50%. Es recomendable, cuando las circunstancias lo permiten, realizar una gasometría arterial antes de iniciar la oxigenoterapia. En los pacientes con IR crónica agudizada o con tendencia a la hipercapnia se debe intentar mantener una SaO<sub>2</sub> sobre 90% o PO<sub>2</sub> sobre 60 mmHg. (A. Arnedillo Muñoz, 2007)

## **VENTILACIÓN NO INVASIVA**

La VNI ha demostrado su eficacia en pacientes con EPOC con acidosis e hipercapnia exacerbadas. La frecuencia respiratoria es superior a 24 respiraciones por minuto, lo que reduce la necesidad de intubación y ventilación mecánica, la duración de la estancia hospitalaria y la supervivencia. También se ha demostrado que es eficaz en el tratamiento de la hipercapnia y la acidosis en otras afecciones patológicas como la enfermedad de la caja torácica, la enfermedad neuromuscular o el síndrome de hipoventilación. (A. Arnedillo Muñoz, 2007).

## 1.1. JUSTIFICACIÓN

El presente caso clínico se establece en un paciente masculino de 75 años que fue diagnosticado con insuficiencia respiratoria aguda, la IRA está determinada como la fisiología respiratoria imposible del intercambio de gases de oxígeno y dióxido de carbono, estas disfunciones no permite la función metabólica del cuerpo, Esta enfermedad se puede considerar como una de las condiciones por las que las personas (preferiblemente niños y ancianos) suelen ser enviadas a la unidad de cuidados intensivos.

Mediante la intervención de la terapia respiratoria así mismo como la de los diferentes métodos terapéuticos como lo es la ventilación mecánica no invasiva, broncodilatadores y los antibióticos se lograra controlar los síntomas de la insuficiencia respiratoria aguda, también depende de la gravedad que presente el paciente, este caso fue elaborado para detallar los graves problemas de salud que pueden llegar a generar una insuficiencia respiratoria aguda y así mismo a aplicar un tratamiento adecuado el cual logre mejorar la condición de salud actual del paciente.

Este trabajo se realizó con la finalidad de aplicar técnicas de terapia respiratoria, las cuales ayudaran la mejoría y recuperación del paciente de 75 años el cual fue diagnosticado con insuficiencia respiratoria aguda en la casa de salud donde fue atendido.

## **1.2. OBJETIVOS**

### **1.2.1. OBJETIVO GENERAL**

- Aplicar técnicas de terapia respiratoria en el paciente de 75 años diagnosticado con Insuficiencia respiratoria aguda.

### **1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Utilizar los métodos de terapia respiratoria para moderar la hipoxemia en el paciente adulto mayor con insuficiencia respiratoria aguda.
- Establecer la atención del terapeuta respiratorio para controlar la insuficiencia respiratoria aguda del paciente.
- Plantear los cuidados de terapia respiratoria para disminuir los síntomas que aumentan la complicación del trabajo respiratorio en el paciente con IRA.

### **1.3. DATOS GENERALES**

**NOMBRES:** A.G

**EDAD:** 75 años

**SEXO:** Masculino

**NACIONALIDAD:** ecuatoriano.

**ESTADO CIVIL:** Casado.

**FECHA DE NACIMIENTO:** 08/06/1946

**LUGAR DE NACIMIENTO:** Babahoyo.

**HIJOS:** 7

**NIVEL DE ESTUDIOS:** Ingeniero comercial.

**RAZA:** Mestizo

**OCUPACIÓN:** Gerente de agencia bancaria.

## **II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO**

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

Paciente de 75 años de edad quien acudió al área de emergencia acompañado de su esposa, al momento de la consulta presentaba síntomas causados por insuficiencia respiratoria aguda, como asfixia, hipoxia, dilatación nasal, hipotensión. Posteriormente, también emite sonidos en la cavidad torácica, exponiendo la existencia de IRA.

#### **ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES**

Hipertensión arterial.

#### **ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS**

No refiere.

#### **ANTECEDENTES FAMILIARES**

Madre con hipertensión arterial.

Padre con cáncer hepático.

#### **ALERGIA**

No refiere.

#### **HÁBITOS**

No refiere.

### **2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).**

Paciente de sexo masculino con 75 años de edad quien acudió al área de emergencia del hospital con un cuadro clínico característico de IRA entre los síntomas que presentaba tenemos las siguientes asfixias, hipoxia, dilatación nasal, hipotensión. Posteriormente, también emitió sonidos en la cavidad torácica, exponiendo la existencia de IRA.

### **2.3. EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)**

**Piel:** Cianosis.

**Cráneo:** Normocéfalo.

**Cara:** Normal.

**Boca:** Deshidratada.

**Cuello:** Sin adenopatías.

**Tórax:** Poca expansibilidad.

**Extremidades:** Proporcionadas con cianosis:

Una vez que le realizaron la toma de los signos vitales se obtuvieron los siguientes resultados: una frecuencia cardíaca de 61 latidos por minuto. La frecuencia respiratoria es de 11 respiraciones por minuto, la presión arterial es de 86/59 mmHg, la temperatura es de 37,4 ° C, la saturación de oxígeno es del 82%.

## **2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.**

### **ANÁLISIS DE SANGRE**

**Hemoglobina:** 13 g/dl

**Eritrocitos:** 3.7 millones/mm<sup>3</sup>

**Hematocrito:** 36%

**Leucocitos:** 3.499/mm<sup>3</sup>

**Trombocitos:** 147.000/mm<sup>3</sup>

### **GASOMETRÍA**

**PaO<sub>2</sub>:** 42mmHg

**PaCO<sub>2</sub>:** 51mmHg

**Ph:** 7.07

**HCO<sub>3</sub>:** 12mEq/L

**Be:** 1.6

### **RADIOGRAFÍA**

Difusión del campo pulmonar.

Dedución del tamaño pulmonar.

## **2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIA Y DEFINITIVO.**

### **2.5.1. DIAGNOSTICO PRESUNTIVO**

Neumonía bacteriana.

### **2.5.2. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

Contracción en el campo pulmonar.

### **2.5.3. DIAGNOSTICO DEFINITIVO**

Insuficiencia respiratoria aguda.

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

La insuficiencia respiratoria aguda es una de las enfermedades más comunes y por eso la mayoría de pacientes con esta patología son ingresados a los hospitales puesto que esta enfermedad no permite que el sistema respiratorio cumpla su función con total normalidad.

La insuficiencia respiratoria aguda fue diagnóstica en este paciente basándose en el cuadro clínico que presento al momento de la consulta y luego de realizar los exámenes complementarios se logró dar con un correcto diagnóstico, así mismos se aplicara un adecuado tratamiento el cual ayudara a mejorar la condición actual del paciente.

## **2.7. INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.**

<b>EXÁMENES DE LABORATORIO</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>VALORES NORMALES</b>
<b>Hemoglobina</b>	13g/dl	14 g/dl
<b>Eritrocitos</b>	3.6 millones/mm <sup>3</sup>	4.5 - 3.9 millones/mm <sup>3</sup>
<b>Hematocritos</b>	36%	42 – 60%
<b>Leucocitos</b>	3.499/mm <sup>3</sup>	4.500– 10.000/mm <sup>3</sup>
<b>Trombocitos</b>	147.000/mm <sup>3</sup>	150.000 – 350.00/mm <sup>3</sup>
<b>PaO<sub>2</sub></b>	42 mmHg	60 - 80mmHg
<b>PaCO<sub>2</sub></b>	51 mmHg	35 - 45mmHg
<b>Ph</b>	7.07	7.35 – 7.45
<b>HCO<sub>3</sub></b>	12 mEq/L	22 – 38mEq/L
<b>Be</b>	1.6	3.0
<b>SatO<sub>2</sub></b>	82%	95 - 100%

## **2.8. SEGUIMIENTO**

Paciente de 75 años de edad quien acudió al hospital con un cuadro clínico con presencia de asfixia, desaturación, aleteo nasal, falta de oxígeno, hipotensión y ronquidos pulmonares. Para controlar la disnea se procedió a la colocación de mascarilla de reservorio a 15 litros de Fio2 al 90% esto ayudo a estabilizar su presión arterial y respiratoria. Así mismo el tratamiento farmacológico con broncodilatadores, corticoides y antibióticos para contrarrestar la obstrucción de las vías aéreas. Una vez aplicado el tratamiento se procedió a realizar una nueva gasometría donde se observa una mejoría en el paciente por lo que se procede a darle el alta médica.

## **2.9. OBSERVACIONES**

Luego que le instauraron el tratamiento el paciente presento una gran mejoría con la insuficiencia respiratoria aguda y evoluciono favorablemente. La pigmentación de su piel mejoro, sus signos vitales también se logró establecerlos en valores normales y su respiración mejoro.

## **CONCLUSIONES**

La aplicación de técnicas de terapia respiratoria para la hipoxemia moderada es de gran beneficio para el paciente y así proporciona una mayor tranquilidad respiratoria.

Existe evidencia de que el manejo rápido de la atención respiratoria y las técnicas y procedimientos apropiados pueden controlar la insuficiencia respiratoria aguda que presentan los adultos mayores.

Las técnicas de terapia respiratoria aplicadas en el paciente de 75 años permitieron presentar mejoría en su estado de salud, lo que le dio paso a una recuperación rápida y efectiva.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A. Arnedillo Muñoz, C. G. (13 de 03 de 2007). Neumosur. Obtenido de <https://www.neumosur.net/files/EB03-18%20IRA.pdf>

Chesnutt, M. S., & Prendergast, T. J. (2007). Insuficiencia Respiratoria Aguda. En M. A. Stephen J. Mcphee, Diagnostico Clínico y Tratamiento (pág. 1962). Mc. Graw.-. Hill.

Fernando R. Gutiérrez Muñoz. (2010). Insuficiencia Respiratoria Aguda. Acta Medica peruana.

G. González Pozo, A. S. (2018). Insuficiencia Respiratoria Aguda. Medicine , 3849-3908.

Hospital Maria Auxiliadora. (24 de 09 de 2014). HMA. Obtenido de <http://www.hma.gob.pe/calidad/GUIAS-PRAC/GUIAS-15/GUIAS-14/GUIA-EMERG-14/GUIA-EMERG-2014.pdf>

Juan de Dios Estrella Cazalla, A. T. (02 de 03 de 2021). Sociedad española de geriatría y gerontología. Obtenido de [https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2036\\_III.pdf](https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2036_III.pdf)

National Heart Lung and Blood Institute. (01 de 08 de 2019). NHLBI, NIH. Obtenido de <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/espanol/insuficiencia-respiratoria>

**ANEXOS**

