



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE BIENESTAR Y SALUD
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA

UNIDAD DE TITULACION

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

TEMA PROPUESTA DEL CASO CLINICO:

PACIENTE MASCULINO DE 68 AÑOS CON EDEMA AGUDO DE PULMON

AUTORA:

DENISSE PAULETTE SALAZAR QUIZHPE

TUTOR:

Dr. FERNANDO PLUAS

Babahoyo-Los Ríos-Ecuador

2021

UNIVERSIDAD TECNICA DE BABHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TITULACION

ELABORADO POR:

DENISSE PAULETTE SALAZAR QUIZHPE

TUTOR:

Dr. FERNANDO PLUAS

INDICE

PORTADA.....	1
TEMA DE MI CASO CLINICO:.....	6
RESUMEN.....	7
ABSTRACT.....	8
INTRODUCCION.....	9
I. MARCO TEORICO.....	9
FISIOPATOLOGÍA.....	11
SÍNTOMAS.....	12
SIGNOS Y SÍNTOMAS DE EDEMA PULMONAR REPENTINO (AGUDO).....	12
SIGNOS Y SÍNTOMAS DE EDEMA PULMONAR DE LARGO PLAZO (CRÓNICO) ..	13
SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL EDEMA PULMONAR DE GRAN ALTITUD (EPGA).....	13
RECOMENDACIÓN	14
COMPLICACIONES.....	14
EDEMA PULMONAR RELACIONADO CON EL CORAZÓN (CARDIOGÉNICO).....	15
EDEMA PULMONAR NO RELACIONADO CON EL CORAZÓN (NO CARDIOGÉNICO)	16
VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN EL EDEMA AGUDO DE PULMÓN ..	16
TRATAMIENTO.....	17
PREVENCIÓN.....	18
1.1 JUSTIFICACION	19
1.7 OBJETIVOS	19
1.3 DATOS GENERALES	20
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO.....	20
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DEL CONSULTA	20
2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).....	21
2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN FÍSICA).....	21
2.4. INFORMACIÓN DE LOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS	22
2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL.....	23
2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINEN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.	24
2.7 INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	24
2.8 SEGUIMIENTO	25
2.9 OBSERVACIONES	25

CONCLUSIONES.....	26
BIBLIOGRAFÍA.....	27
ANEXOS	27

DEDICATORIA

Este proyecto es dedicado a mi familia, a mis padres que con su apoyo incondicional me ha formado y me ha llenado con sabiduría para vencer los obstáculos más difíciles que he tenido que afrontar a lo largo de mi vida, por apoyarme incondicionalmente en los años de estudio en la universidad llevándome por un camino de bien.

AGRADECIMIENTO

El agradecimiento de este proyecto va dirigido primero a dios ya que sin la bendición y su amor todo hubiera sido un total fracaso, también para mi Tutor Dr. Fernando Pluas que gracias por su conocimiento y dedicación, a mis padres por haberme dado la vida y una educación.

TEMA DE MI CASO CLINICO:

PACIENTE MASCULINO DE 68 AÑOS CON EDEMA AGUDO DE PULMON

RESUMEN

El edema Agudo de pulmón es una enfermedad causada por un exceso de líquido en los pulmones. El líquido se acumula en las numerosas bolsas de aire de los pulmones y dificulta la respiración. En la mayoría de los casos, los problemas del corazón ocasionan edema pulmonar. En la mayoría de los casos, los problemas del corazón ocasionan edema pulmonar. El edema Agudo de pulmón es causado por insuficiencia cardíaca congestiva. Cuando el corazón no es capaz de bombear sangre de manera eficiente, esta se puede represar en las venas que llevan sangre a través de los pulmones.

El presente caso clínico se trata de un paciente de 68 años, que fue ingresado con disnea y dolor precordial como síntomas principales, además de tener antecedentes de hipertensión arterial. Debemos tener en cuenta que el edema pulmonar es el acumulo excesivo de líquido extravascular en el pulmón

Las pruebas de laboratorio que se realizó como radiografías de tórax y gasometría fueron las principales pruebas de diagnóstico para verificar o descartar otro tipo de afectación a nivel pulmonar, en cuanto a la gasometría presentó valores anormales de los gases arteriales.

El paciente falleció lo cual no respondió favorablemente al tratamiento

Palabras claves: Disnea, rayos x, gasometría.

ABSTRACT

Acute lung edema is a disease caused by excess fluid in the lungs. Fluid collects in the many air sacs in the lungs and makes breathing difficult. In most cases, heart problems cause pulmonary edema. In most cases, heart problems cause pulmonary edema. Acute lung edema is caused by congestive heart failure. When the heart is unable to pump blood efficiently, it can be dammed up in the veins that carry blood through the lungs.

The present clinical case is about a 68-year-old patient, who was admitted with dyspnea and precordial pain as the main symptoms, in addition to having a history of arterial hypertension. We must bear in mind that pulmonary edema is the excessive accumulation of extravascular fluid in the lung

The laboratory tests that were performed as chest x-rays and gasometry were the main diagnostic tests to verify or rule out another type of involvement at the pulmonary level, as for the gasometry it presented abnormal values of arterial gases.

The patient is discharged shortly, which responded favorably to the treatment.

Keywords: Dyspnea, chest pain, x-rays, gasometry.

INTRODUCCION

El Edema Agudo del Pulmón (EAP) es una emergencia clínica caracterizada por un cuadro de disnea súbito de origen cardiovascular que amenaza la vida del paciente por lo que requiere de un diagnóstico y tratamiento inmediato. Se produce por claudicación aguda del ventrículo izquierdo (VI), lo que trae consigo un aumento brusco de la presión capilar pulmonar y acúmulo de líquido (trasudado) en el intersticio pulmonar y los alveolos.

Toda situación que eleve la presión capilar pulmonar provocará un edema agudo de pulmón. La aparición de edema pulmonar puede ser secundaria a infarto agudo de miocardio o a insuficiencia cardíaca izquierda de cualquier origen (crisis hipertensiva, arritmias cardíacas) o presentarse en cardiopatías crónicas o valvulares (estenosis mitral) descompensadas (por aumento de la presión arterial, arritmias, hipoxemia).

Dentro de este apartado debe también incluirse el edema pulmonar por sobrecarga líquida (o síndrome de congestión venosa) que se produce en pacientes que reciben, por necesidades terapéuticas, aporte masivo de líquidos, cristaloides o sangre.

Por último, se han descrito otras formas de edema: por obstrucción grave y brusca de la vía respiratoria principal o tras el drenaje súbito y masivo de un neumotórax.

I. MARCO TEORICO

El edema pulmonar es una de las enfermedades de las alturas que se presenta cuando una persona asciende de manera rápida de un lugar de altitud baja a un lugar de mayor altura, habitualmente por arriba de los 2 500 metros sobre el nivel del mar. Existe una variedad de edema pulmonar de altura denominada que se desarrolla en personas residentes de lugares con altitud mayor de 2 500 metros sobre el nivel del mar, cuando regresan a su residencia habitual después de viajar a un lugar de baja altitud. Presentamos cinco casos de edema pulmonar de altura de reascenso y hacemos una breve revisión del tema con base en la literatura.

El término «enfermedad de las alturas» se reserva a tres patologías que se desarrollan en horas o días a una altitud considerable como consecuencia de una exposición aguda a hipoxia hipobárica, generalmente asociada a un ascenso rápido: mal agudo de montaña (MAM), edema cerebral de las alturas (ECA) y edema pulmonar de altura (EPA). En el campo de la medicina de altura, una altitud considerable se refiere a elevaciones terrestres mayores de 1 500 metros, y comúnmente se dividen en tres categorías: altitud moderada, grandes alturas y altitud extrema. Presentamos cinco casos clínicos de EPA en pacientes pediátricos diagnosticados en un lapso de cuatro años en un hospital de segundo nivel de atención en la ciudad de Toluca, la cual es considerada una de las ciudades más elevadas de la República Mexicana, con una altitud de 2 660 metros sobre el nivel del mar. Los casos clínicos corresponden a EPA de reascenso, caracterizados por ocurrir en residentes habituales del Valle de Toluca con el antecedente de provenir de un viaje de una altura menor a 522 metros sobre el nivel del mar en horas previas al desarrollo de la sintomatología.

(Gutiérrez Gómez, Hernández Trujillo, & Reyes Ramos, septiembre-diciembre 2014)

Edema Agudo de Pulmón (EAP) es la forma más grave de Insuficiencia Cardíaca, por lo tanto es una emergencia clínica que requiere un diagnóstico y tratamiento inmediatos. Se origina al producirse la claudicación aguda del ventrículo izquierdo que trae como consecuencia una elevación brusca de la presión de la microcirculación pulmonar y la acumulación de líquido, en forma de trasudado, en el intersticio pulmonar y en los alvéolos. Es una modalidad de insuficiencia

respiratoria cuya característica es que cursa con hipoxemia por aumento del agua pulmonar extravascular.

Patogénicamente, este edema puede obedecer al aumento de la presión capilar pulmonar (cardiogénico) o bien al aumento de la permeabilidad capilar (no cardiogénico). No obstante, existen algunas formas de edema de patogenia mixta. Así, se ha descrito el edema pulmonar neurogénico, en el que hay un aumento de la presión capilar (por aumento del volumen sanguíneo pulmonar secundario a la estimulación hipotalámica sobre el sistema simpático) y un incremento de la permeabilidad vascular. Esta entidad se producirá en pacientes con traumatismos o lesiones craneales y también en heroínómanos durante la administración intravenosa de una dosis masiva de droga. Otra situación considerablemente compleja corresponde al edema pulmonar de las grandes alturas, en el que aparece hipertensión pulmonar con presión capilar normal.

El edema pulmonar cardiogénico puede ser secundaria a infarto agudo de miocardio o a insuficiencia cardiaca izquierda de cualquier origen (crisis hipertensiva, arritmias cardíacas) o presentarse en cardiopatías crónicas o valvulares (estenosis mitral) descompensadas (por aumento de la presión arterial, arritmias, hipoxemia). Este síndrome se desarrolla aproximadamente en unas 72 h, sus causas son numerosas, puede tener origen pulmonar o extra pulmonar y su mortalidad es elevada. Uno de los principios terapéuticos fundamentales es el reconocimiento y tratamiento precoz de la causa desencadenante. (Parra Parada , 2000)

Fisiopatología

El edema agudo de pulmón (EAP) es el acumulo excesivo de líquido extravascular en el pulmón, ya sea en el intersticio (edema intersticial) o en el alveolo (edema alveolar). La fisiopatología de la formación del edema pulmonar es similar a la de edemas en tejidos subcutáneos. Las situaciones que pueden causar edema son el aumento de la presión capilar por presión venosa elevada o disminución de la resistencia arteriolar; una disminución de las proteínas plasmáticas; un aumento de la permeabilidad capilar o un bloqueo linfático.

En el pulmón, el edema se produce de la misma forma que en cualquier otra parte del organismo. Cualquier factor que produzca elevación de la presión del líquido intersticial desde valores negativos a positivos provocará el llenado repentino con grandes cantidades de líquido en los pulmones y, en casos más graves, incluso de los alvéolos.

El volumen de líquido de los pulmones no puede aumentar, por lo general, en más de un 50 % (representaría unos 100 ml) sin que aparezca la rotura de las membranas epiteliales alveolares y el vertido de los alvéolos. Sucede porque el epitelio alveolar presenta muy poca resistencia a la distensión, de manera que la presencia de presión positiva en los espacios de líquido intersticial produce la rotura de este epitelio. Por lo tanto, salvo en los casos más leves, el líquido edematoso siempre penetrará en los alvéolos, llegando a provocar la muerte por asfixia si alcanza suficiente importancia.

Cuando la presión capilar pulmonar rebasa el nivel de factor de seguridad, puede producirse un edema pulmonar mortal en cuestión de horas, e incluso en sólo 20-30 minutos si la presión capilar supera el nivel del factor de seguridad en 25-30 mm Hg. Así, en la insuficiencia aguda del ventrículo izquierdo, que induce elevaciones de la presión capilar pulmonar de hasta 50 mm Hg, la muerte sobreviene frecuentemente en un plazo inferior a media hora desde la aparición del edema pulmonar agudo. (Castillo , 2015)

SÍNTOMAS

Según la causa, los signos y síntomas del edema pulmonar pueden aparecer de repente o desarrollarse con el tiempo.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE EDEMA PULMONAR REPENTINO (AGUDO)

- La falta de aliento o la dificultad para respirar (disnea) excesiva que empeora con la actividad o al acostarse
- Una sensación de asfixia o ahogamiento que empeora al acostarse
- Sibilancias o jadeos para respirar
- Piel fría y húmeda

- Ansiedad, inquietud o sensación de aprehensión.
- Una tos que produce expectoración espumosa que puede tener manchas de sangre
- Labios azulados
- Taquicardia o arritmia (palpitaciones)

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE EDEMA PULMONAR DE LARGO PLAZO (CRÓNICO)

- Más dificultad para respirar de lo normal si eres físicamente activo
- Dificultad para respirar cuando estás recostado
- Sibilancias
- Despertarse por la noche con una sensación de tos o sin aliento que puede aliviarse al sentarte
- Aumento de peso repentino
- Hinchazón en las extremidades inferiores
- Fatiga

SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL EDEMA PULMONAR DE GRAN ALTITUD (EPGA)

El edema pulmonar de gran altitud (EPGA) puede producirse cuando las personas viajan o realizan actividad física en grandes altitudes. Los signos y síntomas son similares a los que se producen con el edema pulmonar agudo e incluyen los siguientes:

- Dificultad para respirar después de un esfuerzo, que avanza y se transforma en dificultad para respirar en estado de reposo
- Tos
- Dificultad para caminar en subida, que avanza y se transforma en dificultad para caminar en superficies planas
- Fiebre

- Fatiga
- Tos que produce esputo con espuma, el cual puede contener rastros de sangre
- Un latido rápido e irregular (palpitaciones)
- Molestias en el pecho
- Dolores de cabeza, que pueden ser el primer síntoma

RECOMENDACIÓN

El edema pulmonar que aparece repentinamente es potencialmente mortal. Llama al 911 o a la atención médica de emergencia si presentas alguno de los siguientes signos y síntomas agudos:

- Dificultad para respirar, especialmente si es repentina
- Dificultad para respirar o sensación de sofocación (disnea)
- Un sonido burbujeante, sibilante o jadeante al respirar
- Expectoración espumosa y rosa al toser
- Dificultad respiratoria junto con sudoración profusa
- Piel azulada o grisácea
- Desorientación
- Una disminución significativa de la presión arterial que provoca aturdimiento, mareos, debilidad o sudoración
- Un empeoramiento repentino de cualquiera de los síntomas asociados con edema pulmonar crónico o edema pulmonar de gran altitud

No trates de conducir hasta el hospital. Por el contrario, llama al 911 o atención médica de emergencia y espera recibir ayuda.

COMPLICACIONES

Si el edema pulmonar continúa, puede aumentar la presión en la arteria pulmonar (hipertensión pulmonar), y eventualmente el ventrículo derecho del corazón se debilita y comienza a fallar. El ventrículo derecho tiene una pared muscular mucho más delgada que el lado izquierdo del corazón, ya que está sujeto a menor presión para bombear la sangre hacia los pulmones. El aumento de presión se acumula en la aurícula derecha y después en varias partes del cuerpo, donde puede causar lo siguiente:

- Distensión abdominal y de las extremidades inferiores
- Acumulación de líquido en las membranas que rodean los pulmones (derrame pleural)

Si no se trata, el edema pulmonar agudo puede ser mortal. En algunos casos, puede ser mortal incluso si recibes tratamiento.

(Borda, Bastidas, & Pernet, 4 Diciembre de 2008)

Edema pulmonar relacionado con el corazón (cardiogénico)

El edema pulmonar cardiogénico ocurre como consecuencia del aumento de las presiones en el corazón.

Suele ser resultado de la insuficiencia cardíaca. Cuando el ventrículo izquierdo está enfermo o sobrecargado y no es capaz de bombear una parte suficiente de la sangre que recibe de los pulmones, las presiones en el corazón aumentan. Este aumento de la presión empuja el líquido a través de las paredes de los vasos sanguíneos hacia las bolsas de aire.

Entre las afecciones médicas que pueden provocar una insuficiencia cardíaca y, como resultado, derivar en un edema pulmonar, se pueden mencionar las siguientes:

- Enfermedad de las arterias coronarias.

- Miocardiopatía.
- Problemas de las válvulas cardíacas.
- Presión arterial alta (hipertensión).
- Enfermedad renal.
- Afecciones crónicas.

Edema pulmonar no relacionado con el corazón (no cardiogénico)

El edema pulmonar que no es causado por el aumento de la presión en el corazón se llama "edema pulmonar no cardiogénico". Entre las causas del edema pulmonar no cardiogénico, se pueden mencionar las siguientes:

- Síndrome de dificultad respiratoria aguda.
- Reacción adversa a un medicamento o sobredosis.
- Coágulos en los pulmones (embolia pulmonar).
- Exposición a ciertas toxinas.
- Grandes alturas.
- Situaciones cercanas al ahogamiento.
- Edema pulmonar por presión negativa: El edema pulmonar puede desarrollarse después de que una obstrucción en las vías respiratorias superiores genera presión negativa en los pulmones, debido a los esfuerzos intensos para respirar a pesar de la obstrucción.
- Procedimientos o afecciones del sistema nervioso.
- Inhalación de humo.
- Lesión pulmonar relacionada con una transfusión.
- Infecciones virales.

(CLINIC, 2020)

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN EL EDEMA AGUDO DE PULMÓN

Ventilación no invasiva (VNI) se aplica a la administración de una ayuda ventilatoria sin establecer una vía endotraqueal. Las primeras experiencias con VNI y presión positiva provienen de los años treinta, cuando se utilizó precisamente en pacientes con edema agudo de pulmón (EAP). Sin embargo, su utilización posterior no se extendió debido, en parte, a la proliferación de mecanismos ventilatorios con presión negativa externa, como el «pulmón de acero» usado en las epidemias de poliomielitis de los años treinta y, con posterioridad, por la extensión de la ventilación «invasiva», con intubación orotraqueal (IOT) ligada a las unidades de cuidados intensivos (UCI). En los años ochenta, la VNI con presión positiva volvió a resurgir con la introducción de la presión continua en el vía aérea (CPAP) en el tratamiento de la apnea del sueño², aunque el espaldarazo definitivo se ha producido en la década de los noventa, a raíz de la introducción de la presión de soporte (PS) como modalidad ventilatoria.

CPAP

CPAP significa presión positiva continua en la vía aérea (continuous positive airway pressure). Aunque en realidad se produce presión positiva continua siempre que se utiliza un respirador con PEEP en cualquiera de sus modalidades (en pacientes intubados o no), el término se reserva exclusivamente para cuando se aplica con respiración espontánea, sin insuflación de aire a presión. Por tanto, la CPAP no es propiamente ventilación mecánica, ya que con ella no «se ventila al paciente», pero dado que provoca presión positiva, se la considera en este grupo.

PEEP

Mantiene los alveolos desplegados en espiración, lo cual facilita el intercambio gaseoso durante todo el ciclo respiratorio, mejorando la oxigenación. También aumenta la presión intratorácica, con lo que disminuye el retorno venoso y modifica favorablemente la relación de las fuerzas de Starling del complejo capilar/intersticio/alveolo.

Tratamiento

El edema pulmonar es una afección grave, por lo que es necesario recibir tratamiento de inmediato. En casos graves, el paciente quizás deba recibir tratamiento en una unidad de cuidados intensivos.

Estas son algunas de las opciones de tratamiento del edema pulmonar:

- aspiración (el líquido se succiona de los pulmones con un tubo que se inserta por la garganta)
- diuréticos (medicamentos que se usan para eliminar el líquido del organismo)
- medicamentos para el corazón para controlar el pulso y reducir la presión
- intervención quirúrgica (consiste en abrir el tórax y extraer el líquido)

En algunos casos, quizás sea necesario usar una máquina de ventilación mecánica. A veces, solo se coloca una máscara de oxígeno sobre la boca y la nariz, pero el médico también puede colocar una sonda endotraqueal (tubo) en la garganta para suministrar oxígeno a los pulmones de forma directa.

Prevención

No existe una forma de prevenir el edema pulmonar por completo. Quienes tienen afecciones de riesgo elevado deben buscar atención inmediata si se presentan síntomas. La mejor manera de prevenir cualquier trastorno es mantenerse saludable:

- reciba la vacuna contra la neumonía
- reciba la vacuna contra la gripe (especialmente si tiene problemas cardíacos o si es una persona mayor)
- tome diuréticos después de un episodio de edema pulmonar para prevenir un nuevo episodio

Para prevenir la insuficiencia cardíaca (la causa más frecuente de edema pulmonar), pueden tomarse las siguientes medidas:

- consulte al médico de forma periódica
- no fume ni consuma drogas
- adopte una rutina de actividad física regular

- consume alimentos saludables
- mantenga un peso normal

(Krause, 2007)

1.1 JUSTIFICACION

En el presente caso clínico trata del edema agudo de pulmón en un paciente de 68 años de edad , clasificada dentro de una gran dificultad requerido a que se designa un porcentaje no muy favorable que se da en el centro de salud.

Cabe de recalcar desde mi punto de vista como terapeuta respiratorio es brindar un mayor conocimiento de esta enfermedad del edema agudo pulmonar afecta más a las personas mayores ya que es un padecimiento que perjudica agresivamente a los pulmones del aparato respiratorio, para evitar proporcionar un oxígeno suplementario, el oxígeno se lo puede hacer a través de una mascarilla facial.

En esta investigación es conocer el correcto tratamiento de la enfermedad y su prevención para así poder evitar que no haya más personas con esta enfermedad y disminuir en el centro hospitalario más personas adultos mayores en UCI (Unidad de Cuidado Intensivos).

1.7 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Identificar la definición, fisiopatología y clasificación del Edema del Pulmón así como sus principales diagnóstico y tratamiento.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer signos y síntomas del edema pulmonar y complicaciones de esta patología.
- Corregir las causas y los mecanismos desencadenantes de Edema Pulmonar.
- Identificar la frecuencia de pacientes con ingreso a UCI en el centro hospitalario.

1.3 DATOS GENERALES

Nombre: NN	Lugar de Nacimiento: Guayaquil-guayas
Apellido: NN	Raza: Mestizo
Edad: 68	Grupo sanguíneo: o factor: +
Etnia: Afro Ecuatoriano	Sexo: Masculino

Elaborado por: Denisse Salazar Quizhpe

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

1.5 ANÁLISIS DEL MOTIVO DEL CONSULTA

Paciente masculino de 68 años que acude a centro Hospitalario por un cuadro clínico Hipertenso y Diabético de 5 días de evolución a esta Atención presenta disnea y sibilancias.

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

Historial patológico personal

- Diabetes

Historial personal quirúrgico

- No posee

Historial patológico familiar

- **MADRE:** Diabetes
- **PADRE:** Hipertenso

Hábitos:

- Mala alimentación

Alergia

- No posee

2.3 EXAMEN FÍSICO (exploración física)

Piel: pálida

Cráneo: normal

Cara: ovalada

Boca: semi húmeda

Labios: secos

Cuello: corto

Tórax: anormal sibilancias

Abdomen: globuloso pero no está con dolor

Extremidad inferior y superior: ulcera en los pies izquierdos

Peso: 65kg

Talla: 1.73 mts.

Índice masa corporal: 16.

Exploración clínica

Frecuencia cardiaca: 78 latidos por minuto

Frecuencia respiratoria: 25 latidos por minuto

Temperatura: 36.1

Presión arterial: 130/80

Saturación de oxígeno: 96%

2.4. INFORMACIÓN DE LOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

EXAMEN COMPLEMENTARIOS

Análisis de sangre

- Hemoglobina: 13g/dl
- Eritrocito: 3.8 millones / mm³
- Hematocrito : 45%
- Leucocitos: 25.000/mm³
- Trombocitos: 250.000/mm³

Análisis de gases arteriales

- PaO₂: 53 mmHg
- PaCO₂: 50 mmHg
- PH: 7.24
- HCO₃: 23 mEq/L
- Be: -18.80

Otros análisis

- Pulsioxímetro : SatO₂: 96 %

Radiografía torácica

- Tráquea de diámetro y trayecto conservado.
- Silueta cardiomedíastínica no valorable.
- Botón aórtico sin particularidades.
- Hilios pulmonares ligeramente acentuados, desflecados.

Ventilación mecánica No Invasiva

- Modo Asistido controlado por presión

2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL.

Luego de analizar el interrogatorio del paciente, el examen físico, las diferentes pruebas de laboratorio y los resultados de los estudios imagen lógicos, el

diagnóstico del paciente indica Edema Pulmonar con antecedentes Hipertensión Arterial, para lo cual se tomarán los métodos terapéuticos respectivos para su tratamiento y así poder compensar tanto esta complicación respiratoria como su patología de base.

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

Se recomienda continuar con el tratamiento prescrito por el médico que lo controla con antibiótico para la Hipertensión arterial y también le inyecta insulina por lo que es diabético y La administración de oxígeno es el primer paso en el tratamiento del edema pulmonar. Generalmente, recibes oxígeno a través de una máscara facial esto debería aliviar algunos de tus síntomas.

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

Resultados de laboratorio	Valores normales de referencia
Hemoglobina: 13g/dL	14 g/dl
Eritrocitos: 3.8 millones/mm ³	4.5-3.9 millones/mm ³
Hematocrito: 45%	42-60%
Leucocitos: 25.000/mm ³	10.000-30.000/mm ³
Trombocitos: 250.000/mm ³	150.000-350.000/mm ³
PaO ₂ : 53mmHg	60-80 mmHg
PaCO ₂ : 50mmHg	35-45mmHg
Ph: 7.24	7.35-7.45
HCO ₃ : 23 mEq/L	22-28 mEq/L
Be: -18.80	3.0
SatO ₂ : 96%	95-100%

2.8 SEGUIMIENTO

Dia 1

Una vez obtenido los resultados de los exámenes complementarios En su Cuadro clínico indica que el paciente Se obtuvo un diagnostico de Edema pulmonar, el medico encargado que estuvo en la guardia indico que sea hospitalizado se le colocara medicamentos Amlodipina Tableta Oral 10 Mg 1 tableta oral las 24 horas y Paracetamol Solución inyectable Cada 8 horas y Enoxaparina 60 Mg por 24 horas . Además en el lado respiratorio Se le hizo percusión , drenaje, vibración , ejercicios respiratorio y espirometria intensiva y nebulización con atrevent

Dia 2

El paciente obtuvo una total vigilancia De signos y sintomas por el medico encargado el paciente esta cumpliendo su logro de recuperarse , el medico le agrego Metoclopramida solución inyectable de 10 mg por 8 horas , Doxasocina tableta oral cada 6 horas , losartan tableta oral 100mg 24 horas porque estaba hipertenso , por lado en terapia respiratorio el paciente Respirando espontáneamente Con soparte de oxigeno Por cánula nasal Fr. 14 se oe nebulizo con atrovent .

Dia 3

El paciente inestable el personal medico y la terapista tuvo la necesidad que intubarlo y conectarlo a su ventilador mecánico

Dia 4

Paciente le dio un paro cardiaco se le realizo maniobra de resucitación Cardiopulmonar sin lograrse obtener resultados positivos y falleció con Edema Agudo de Pulmón.

OBSERVACIONES

- Se pudo evidenciar que el progreso fue beneficio y se dio a los cuatro días
- En la ventilación mecánica no tengo ninguna observación
- Se examinó al paciente por medio de radiografías torácicas cada dos días
- No hubo que efectuar cambios en la vía de administración de fármaco, puesto la paciente estuvo consciente durante el lapso de su hospitalización.
- En el diagnóstico y un correcto proceso de medicación y técnica de fisioterapia respiratoria se pudo mejorar la salud del paciente.

CONCLUSIONES

Por medio del diagnóstico pertinente del edema Agudo de Pulmón y en complemento con el conveniente tratamiento beneficio a la paciente en su restablecimiento de salud.

Como futura profesional en terapia respiratoria, queda evidenciado que por medio de la aplicación de conocimientos adquiridos durante el desarrollo de mis estudios se puede coadyuvar a los pacientes a efectuar un correcto manejo de su padecimiento. Su atención debe ser en forma inmediata y precisa así evitando posteriores complicaciones o que se vea comprometida la vida del paciente.

Cabe señalar existen una serie de recursos que nos ayudara a identificarla y una serie de prevenciones con las que se puede disminuir el riesgo de contraerlas entre lo principal es no fumar ni consumir drogas.

Bibliografía

- Borda, A., Bastidas, A., & Pernet, F. (4 Diciembre de 2008). Caracterización de los pacientes con diagnóstico de edema pulmonar. Acta Colombiana de Cuidado Intensivo.
- Canelo, P., & Centeno, E. (2017-07-25). Edema pulmonar de las grandes alturas. REVISTA ECUATORIANA DE MEDICINA Y CIENCIAS BIOLÓGICAS.
- Castillo, Y. (2015). Edema agudo de pulmón. Edema agudo de pulmón.
- Gutiérrez Gómez, V., Hernández Trujillo, I., & Reyes Ramos, G. (septiembre-diciembre 2014). Edema pulmonar de altura. Presentación de cinco casos pediátricos. INVESTIGACION MATERNO INFANTIL.
- Muñoz, C., Hernán, F., & Espinoza, J. (octubre-diciembre, 2014). Edema pulmonar agudo posoperatorio de presión negativa. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas.
- Parra Parada, J. (2000). EDEMA PULMONAR CARDIOGENICOS. Edema Pulmonar Cardiogenicos.
- Raviolo, J., Giraud, J., Lovera, H., Martínez, R., Nora, T., Mouguelar, H., & Zielinski, G. (Pecu Méx 2007). Descripción de un brote de enfisema y edema pulmonar bovino agudo en el suroeste de Córdoba, Argentina. EDEMA PULMONAR .

ANEXOS

RADIOGRAFÍA DE PACIENTE CON EDEMA AGUDO PULMONAR

