



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE TERAPIA RESPIRATORIA

**COMPONENTE PRACTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO(A) EN TERAPIA
RESPIRATORIA**

TEMA

**PACIENTE MASCULINO DE 80 AÑOS DIAGNOSTICADO CON
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA**

AUTOR

KARLA ELIZETH ORTEGA RODRIGUEZ

TUTOR

DR. CARLOS JULIO HIDALGO COELLO

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR

2021

INDICE	
DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO.....	I
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT.....	V
INTRODUCCION.....	V
MARCO TEORICO	1
JUSTIFICACION.....	7
OBJETIVOS.....	8
OBJETIVO	
GENERAL.....	8
OBEJTIVOS	
ESPECIFICO.....	8
METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....	9
ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.....	9
PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).....	9
EXAMEN	
FISICO.....	9
INFORMACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....	10
FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....	13
INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	14
SEGUIMIENTO.....	15
OBSERVACIONES.....	17

CONCLUSIONES.....	18
REFERENCIAS	
BIBLIOGRAFICAS.....	19
ANEXOS.....	21

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado en primer lugar a mí que a pesar de las adversidades de la vida y de los problemas diario no me eh derrumbado y eh continuado luchando, a mis padres que han sido mi motor diario para salir adelante que han estado conmigo todo el tiempo, que han sido mi mayor inspiración para salir y que constantemente están aconsejándome para bien, a mi familia y mis ángeles en el cielo que son mis abuelos que siempre quisieron verme realizada profesionalmente.

Karla Elizeth Ortega Rodríguez

AGRADECIMIENTO

Agradezco primero a Dios porque me ha dado la fortaleza necesaria para avanzar y llegar donde estoy el día de hoy, porque gracias a su amor y a su bondad estoy de pie y luchando cada día.

Luego agradezco a mis padres porque sin ellos y sin su apoyo incondicional no hubiera podido continuar, a mi familia que ha estado conmigo, a mis tíos y primos que me han aconsejado y a mi abuela que ha sido mi segunda mamá y a cuidado de mí toda su vida.

Karla Elizeth Ortega Rodríguez

TITULO DE CASO CLINICO
PACIENTE MASCULINO DE 80 AÑOS DIAGNOSTICADO CON
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA

RESUMEN

Se hace evidencia de un estudio de caso clínico en paciente de 80 años de edad con cuadro clínico caracterizado por dificultad respiratoria, hipotonía progresiva, tos de varios meses de evolución, fue valorado e ingresado a nosocomio en el cual se realizan exámenes complementarios y es diagnosticados con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica se define como un proceso fisiopatológico, que se caracteriza por limitar el flujo de aire a los pulmones, en la mayoría de los casos de forma progresiva, su cuadro sintomatológico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica suele acompañarse de cuadros respiratorios persistentes que limitan el intercambio de gases en los alveolos pulmonares, una de las etiologías más relevantes es el consumo de tabaco y exposición a gases como monóxido de carbono el cual se encuentran en la quema de diferentes tipos de materiales de uso cotidiano en la vida de las personas.

La organización mundial de la salud la clasifica como una de las patologías respiratorias más frecuentes en el mundo con un índice de mortalidad elevado el cual alcanzo el tercer lugar de número de muertes en el 2020, es una enfermedad de relevancia para el sistema de salud pública a nivel nacional porque genera gran necesidad en lo socio económico, medico, y social.

El objetivo del estudio es reconocer el cuadro clínico en el paciente para brindar un tratamiento óptimo que garantice su supervivencia.

Palabras claves: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, dificultad respiratoria, pulmones, mortalidad, paciente.

ABSTRACT

Evidence is made of a clinical case study in an 80-year-old patient with a clinical picture characterized by respiratory distress, progressive hypotonia, cough of several days of evolution, was evaluated and admitted to the hospital in which complementary examinations are performed and is diagnosed with chronic obstructive pulmonary disease.

Chronic obstructive pulmonary disease is defined as a pathophysiological process, which is characterized by limiting the flow of air to the lungs, in most cases progressively, its symptomatic picture of chronic obstructive pulmonary disease is usually accompanied by persistent respiratory symptoms that limit the exchange of gases in the pulmonary alveoli, one of the most relevant etiologies is the consumption of tobacco and exposure to gases such as carbon monoxide which are found in the burning of different types of materials of daily use in people's lives.

The World Health Organization classifies it as one of the most frequent respiratory pathologies in the world with a high mortality rate which reached the third place in the number of deaths in 2020, it is a disease of relevance for the public health system at the national level because it generates great need in the socio-economic, medical, and social.

The objective of the study is to recognize the clinical picture in the patient to provide an optimal treatment that guarantees their survival.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease, respiratory distress, lungs, mortality, patient.

INTRODUCCION

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una patología pulmonar inflamatoria que produce la obstrucción del flujo de aire a los pulmones producto de la inhalación de gases tóxicos, irritantes u partículas de materias, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica se considera una de las patologías respiratorias con índice elevado de morbi-mortalidad, a pesar de considerarse una enfermedad prevenible y afecta tanto a hombres como mujeres, es considerada uno de los principales problemas en la salud pública con gran impacto en lo socio económico, por la elevada demanda de pacientes que genera un incremento en los ingresos hospitalarios, como son los gastos en insumos médicos, la gran mayoría de los pacientes que presentan esta enfermedad son fumadores activos y su cuadro clínico más característico es la dificultad para respirar que se muestra de forma progresiva, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica es la cuarta causa en número en muertes por enfermedades respiratorias a nivel mundial con un total de 5.5 millones de muertes anuales, para el 2030 se estima que el número de muertes rodeara los 8.5 millones de defunciones anuales, lo que representara el 10 por ciento de la mortalidad total en el mundo.

El estudio de caso revela a paciente de 80 años con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica cual acude a nosocomio por presentar cuadro clínico caracterizado por dificultad para respirar, hipotonía y tos de varios meses de evolución es valorado y se le realiza exámenes complementarios que confirmo el diagnostico.

I. MARCO TEORICO

DEFINICION

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una enfermedad prevenible y tratable con efectos extra pulmonares de relevancia que pueden contribuir a complicaciones en pacientes individualizados; (Giraldo, 2018).

Es una enfermedad tratable, prevenible, con efectos extra-pulmonares de relevancia, que pueden llegar a complicaciones en pacientes individualizados; (Giraldo, 2018).

La EPOC se define por la presencia de tos productiva de más de tres meses de duración que se caracteriza por un desarrollo progresivo en la limitación del flujo aéreo y que no es del todo reversible; (Gutierrez, Dominguez, & Acevedo, 2017).

CLASIFICACION

Tabla 1	
<i>Clasificación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.</i>	
Estadio	Características
Cero	Espirometría normal, tos, expectoración.
I: Epoc leve	FEV1/FVC inferior al 70% con o sin síntomas.
II: Epoc moderado	FEV1/FVC inferior al 70%, 30% inferior FEV1 inferior al 80% del predicho con o sin síntomas crónicos.
III: Epoc grave	FEV1/FVC inferior al 70% FV INFERIOR AL 30% del predicho O presencia de fallo respiratorio y signos clínicos de fallo cardiaco derecho
<i>Nota. Fuente: Compendio médico, herramientas para una efectiva práctica clínica.</i>	

ETIOLOGIA

La causa principal de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica es la exposición durante largos periodos de inhalación de gases irritantes producto de varios hábitos como son: fumar, contaminación ambiental, infección y factores genéticos; (Batanero, 2019).

FACTORES DE RIESGO

Tabaco

El tabaquismo es la causa principal del EPOC el número de casos no fumadores es del 10 al 15 por ciento es decir también están inmersos factores ambientales y predisposición de cada sujeto; (Piera, 2017).

Contaminación ambiental

La sobrecarga ambiental como lugares sobrecargados de moquetas u aire acondicionado incrementan el riesgo de padecer EPOC; (Piera, 2017).

La contaminación del

Factores genéticos

El trastorno genético que puede incurrir a la aparición de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica es deficiencia de alfa – 1 anti tripsina, es un enfisema importante en las personas no fumadoras; (Wise, 2020).

SIGNOS Y SINTOMAS

Disnea

Es el síntoma más característico de la enfermedad y el principal motivo de consultas, es la causa de disconfort, disminución de la calidad de vida, ansiedad, su aparición es un indicador del cambio de una etapa de moderada a grave afección; (Cimas, 2016).

Tos

Generalmente es el primer síntoma en aparecer, suele ser de forma intermitente, pero con el pasar de los días suele aparecer de manera más busca durante periodos extensos y suele intensificarse por las mañanas; (Cimas, 2016).

Expectoración

La expectoración en un paciente con EPOC es producto del deterioro de los cilios provocado la mayoría de las veces por el tabaco, lo que dificulta el transporte del moco, por otra parte, la producción del moco en este tipo de

pacientes se ve aumentada debido a la gran cantidad de glándulas caliciformes y submucosas del árbol bronquial; (Cimas, 2016).

Otros síntomas

Pueden aparecer cuadros sintomatológicos inespecíficos como dolor torácico, sibilancias y la intensidad de los mismo pueden varias en función de los días de evolución suelen estar atribuidos en el estadio III de la enfermedad; (Cimas, 2016).

DIAGNOSTICO

Se debe tomar en cuenta la presencia de la enfermedad en pacientes con cuadros clínicos de disnea, con antecedentes a exposición de factores de riesgo y tos crónica y productiva, para un diagnóstico clínico de epoc es requerida la Espirometría con valores de VEF1/CTV inferior a 0,7 confirmaría el deterioro de flujo de aire, la disminución de VEF1 confirmaría su intensidad, también se debe realizar oximetría y cuantificaciones de gases en sangre arterial para determinar hipoxemias en reposo y esfuerzo, una radiografía de tórax puede contribuir a la categorización del tipo de EPOC; (Barboza, 2017).

Diagnostico diferencial

La principal enfermedad para un diagnóstico diferenciado de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica es el asma, en algunos individuos con asma crónico resulta imposible realizar una diferenciación, otras enfermedades con las que se puede confundir esta patología son: insuficiencia cardiaca, tuberculosis, bronquiolitis y bronquiectasias; (Barboza, 2017).

TRATAMIENTO

Medidas generales

Eliminar el tabaquismo

El dejar de fumar es una prioridad en el cuidado de los pacientes, el abandono del tabaco es una medida terapéutica de suma importancia, en cierta parte las lesiones de los bronquios pueden ser reversibles y el deterioro de la función pulmonar no progresa, se debe emplear consejería, refuerzo psicológico, educación y soporte farmacológico; se estima que alrededor de un tercio de los fumadores pueden dejar este mal hábito con un buen apoyo profesional; (Bernadich & Torres, 2019).

Nutrición

Los malos hábitos alimenticios son muy frecuentes en los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica con 25 por ciento de los pacientes en las áreas hospitalarias y 45 por ciento en los ambulatorios, los problemas de mal nutrición traen consigo la hipotonía (por ende debilitamiento de los músculos respiratorios) lo que empeora el cuadro clínico y pronósticos en estos individuos, llevar programas de realimentación ha demostrado ser eficaz para la pronta recuperación de los estados hipotónicos, en los pacientes que padecen EPOC se recomienda la pérdida de peso y disminuir dietas altas en hidratos de carbono y consumir dietas hipocalóricas, para evitar la hiper producción de dióxido de carbono y demanda ventilatoria, además es necesario controlar a estos pacientes mediante un balance electrolítico debido a los trastornos que pueden tener tales como hipofosfatemia, hipocalcemia, hipopotasemia e hipo magnasemia; (Bernadich & Torres, 2019).

Inmunización

La infección por influenza es un factor de riesgo muy alto y en el caso de presentarse en estos pacientes agudiza el proceso de recuperación y ocasiona mal pronóstico, la inoculación por influenza ha demostrado tener unos buenos resultados en estos pacientes, además de reducir su mortalidad en los últimos años; (Bernadich & Torres, 2019).

Tratamiento farmacológico

Para un tratamiento farmacológico óptimo en paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica se debe tener en cuenta los siguientes puntos:

- El abordaje es diferente para cada paciente debido a la respuesta y estado de gravedad del mismo.
- La gravedad es directamente proporcional al estado de la disnea, numero de hospitalizaciones, numero de exacerbaciones y el grado de la obstrucción del flujo aéreo como resultado de la espirometría.
- Los broncodilatadores son esenciales en el tratamiento de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Broncodilatadores

Son los fármacos más importantes en el abordaje de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Mejoran la dificultad respiratoria, dan una buena tolerancia al ejercicio, aumentan la calidad de vida y disminuyen las exacerbaciones,

conforme a su tiempo de duración se clasifican en fármacos broncodilatadores de acción breve de y broncodilatadores de acción prolongada; (Ramirez, Rey, Cameiler, & Montes, 2017).

Tabla 2	
<i>Tratamiento de la EPOC, broncodilatadores de acción corta y prolongada.</i>	
Acción corta	Acción prolongada
Salbutamol 200 ug c/6-8	Formoterol 9-12 ug c/12hrs
Ipratropio 40 – 80 ug c/6-8	Salmeterol 50 ug c/12 hrs
	Tiotropio 18 ug c/24 hrs
<i>Nota. Fuente: Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.</i>	

Broncodilatadores de acción corta

El efecto terapéutico es de forma rápida, son utilizados como rescatistas durante cualquier etapa de la enfermedad, se caracterizan por que su utilización puede ser de forma regular en caso de no disponer con los de acción prolongada; (Ramirez, Rey, Cameiler, & Montes, 2017).

Broncodilatadores de acción prolongada

Su uso está recomendado de forma regular en pacientes sintomáticos, existen tres tipos de fármacos de acción prologada que son:

- **β2-agonistas - LABA:** contribuye a la relajación del musculo liso de las vías aéreas, su vida media prologada es de 12 hrs.
- **Anticolinérgicos – LAMA:** se caracterizan por la inhibición de la acción de la acetilcolina lo que produce bronco dilatación, su acción se mantiene durante más de 24 horas.
- **Inhibidores de la fosfodiesterasa:** releja el musculo liso de la vía aérea provocando bronco dilatación, existe un gran margen de efecto nocivo lo cual provoca que su uso sea limitado; (Ramirez, Rey, Cameiler, & Montes, 2017).

Tratamiento no farmacológico

Oxigenoterapia

Se debe mantener una PaO₂ superior a 60 mmhg en reposo o una saturación de oxígeno del 90 por ciento, la gasometría arterial es fundamental para establecer indicaciones; (Ramirez, Rey, Cameiler, & Montes, 2017).

Indicaciones de oxigenoterapia – continúa:

- PAO₂ igual o inferior a 55 Mmhg u saturación del 88 por ciento con o sin hipercapnia
- PAO₂ 50 a 55 Mmhg u saturación del 89 por ciento asociado insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión pulmonar.

1.1. JUSTIFICACION

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una de las causas más comunes de morbi-mortalidad de enfermedades respiratorias crónicas en países subdesarrollados, su prevalencia se ha incrementado en los últimos 5 años a pesar de las campañas de prevención propuestas por el ministerio de salud pública, es la cuarta causa de mortalidad de todas las enfermedades a nivel mundial, se estima que para la siguiente década el número de muertes incrementara al 53.2 por cada 100.000 personas, esta enfermedad está íntimamente relacionada a las personas consumidoras de tabaco y en la actualidad es ineficientemente tratada y diagnosticada estas situaciones ocurren por varios factores como el grado de interés de la persona enferma e incorrecto manejo de los pacientes por parte del personal de salud, desde el punto de vista educativo y asistencial, por este motivo la presente investigación adopta una importancia didáctica porque permite conocer cómo actuar de forma óptima frente a pacientes con diagnósticos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, valorar, diagnosticar planificar y ejecutar intervenciones terapéuticas que contribuyan al alivio de los síntomas, mejoren la calidad de vida y recuperación del estado de salud, el principal objetivo del presente caso tiene como finalidad definir un correcto tratamiento terapéutico en paciente de 80 años diagnosticado con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

1.1.1. OBJETIVOS

1.1.2. Objetivo general

- Definir un correcto tratamiento terapéutico en paciente de 80 años diagnosticado con enfermedad pulmonar obstructiva crónica

1.1.3. Objetivos específicos

- Identificar los factores de riesgo presentes en el paciente con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Interpretar los exámenes complementarios realizados en paciente de 80 años.
- Emplear un régimen terapéutico individualizado que garantice el alivio de su sintomatología durante su estadía hospitalaria

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

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

Paciente masculino de 80 años ingresa al área de emergencia por presentar cuadro clínico de tos productiva intermitente acompañado de disnea progresiva que exacerba con la marcha y actividades diarias, presencia de cianosis.

Antecedentes Patológicos Personales: bronquitis a repetición

Hábitos Y Estilo De Vida: Fumador: Refiere que es fumador activo desde los 16 años, consume media cajetilla diaria; Cocina a leña. Alcohólico: no frecuentemente, a partir de los 18 años.

Antecedentes Patológicos Familiares: Madre fallecida hace 20 años por Bronquitis Crónica. Padre fallecido hace 25 años por ECV.

Antecedentes Quirúrgicos Personales: Sin antecedentes quirúrgicos.

Medicación Habitual: No refiere medicación.

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

Paciente de sexo masculino de 40 años de edad con antecedentes de Bronquitis a repetición, acude a Unidad hospitalaria por el área de emergencia por presentar cuadro clínico caracterizado por tos productiva de característica mucoide amarillento e intermitente de predominio matutino de evolución de larga data, acompañado de disnea progresiva que se exacerba con la marcha y actividades diarias, cede levemente con el reposo, además refiere cefalea de moderada intensidad con escala de dolor de 6/10, se evidencia cianosis periférica a nivel de ambas manos y uso de músculos intercostales de evolución de 1 semana motivo por el que acude a emergencia, sin otra sintomatología aparente, afebril, no náuseas, no vómitos, orientado en tiempo y espacio.

2.3. Examen físico (exploración clínica).

Datos antropométricos:

Peso: 87kg

Estatura: 162cm.

Signos Vitales

Presión arterial	130/80 Mmhg
Frecuencia cardiaca	89 Lpm
Frecuencia respiratoria	31 rpm
Saturación de oxígeno	89%
Temperatura	36.5C
Glicemia	90 mg/dl
Nota. Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica del paciente.	

Examen físico regional

Cabeza: Normo cefálico.

Mucosas: levemente deshidratadas.

Orofaringe: faringe eritematosa, eutrófica.

Cuello: Normal, sin presencia de adenopatías.

Tórax: en tonel, se evidencia tiraje intercostal.

CsPS: a la auscultación presencia de roncus en ambos campos pulmonares y sibilancias que se acentúan en bases pulmonares, a la palpación se evidencia disminución de la expansión torácica, a la percusión se evidencia hipersonoridad.

RsCs: No soplos, ruidos cardiacos normo fonéticos.

Abdomen: Suave, globuloso, depresible no doloroso a la palpación superficial y profunda.

Extremidades: Simétrico, pulso periférico palpable, se evidencian cianosis a nivel de dedos de ambas manos.

Neurológico: Escala de Glasgow 14/15.

2.4. Información de exámenes complementarios realizados

Radiografía de tórax: aumento de la trama broncovascular y engrosamiento de paredes bronquiales, leve aplanamiento de los diafragmas.

Espirometría:

FEV1 (ml): 790
FEV1 (%): 38.66
FVC (ML): 18.80
FVC (%): 69.59
FEV1/FVC (%): 42.01
Nota. Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica del paciente.

Gasometría

Ph	7.43
PaCo2	34mmhg
PaO2	60mmhg
Nota. Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica del paciente.	

Biometría hemática – bioquímica sanguínea y electrolitos

Biometría Hemática Completa	Leucocitos: 9.500 Milímetro cubito. Neutrófilos: 75%. Linfocitos: 14%. Monocitos: 4%. Eosinófilos:1%. Basófilos: 1%. Eritrocitos: 5`000.000 Milímetro cubito.
------------------------------------	---

	<p>Hemoglobina: 14 g/dL.</p> <p>Hematocrito: 45%.</p> <p>Volumen Corpuscular: 89 Fentolitros.</p> <p>Hemoglobina Corpuscular Medio: 30 Picogramos.</p> <p>La Concentración De Hemoglobina Corpuscular Medio: 33 Gramos/Decilitro. Plaquetas: 225.000mm3.</p>
Química sanguínea	<p>Urea: 30 Miligramos/ Decilitro</p> <p>Creatinina: 0,7 Miligramos/ Decilitro</p> <p>Alanina Transaminasa: 24 Unidades/ Litros</p> <p>Aspartato Aminotransferasa 28 Unidades Internacionales</p> <p>Proteínas Totales 6.3 Gramos/ Decilitro</p> <p>Albumina: 3.5 Gramos/Decilitro</p> <p>Tiempo De Protrombinas: 16 Segundos</p> <p>Bilirrubina directa: 0.7 mg/dl</p> <p>Bilirrubina indirecta: De 0,4 Miligramos/ Decilitro.</p>
Uroanálisis	<p>color: amarillo claro; densidad: 1.020;</p> <p>PH: 6.5</p> <p>Proteínas: negativo.</p> <p>Glucosa: negativo.</p> <p>Cuerpos cetónicos: negativo</p> <p>Hemoglobina: negativo</p> <p>Eritrocitos: 1/campo</p> <p>Leucocitos: 2-3 xc</p> <p>Bacterias: negativo.</p>

Electrolitos:	Sodio: 136 Miliequivalentes/ Litro, Potasio 3,6 Miliequivalentes/ Litro, Cloro: 105 Miliequivalentes/ Litro.
----------------------	--

2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Presuntivo: El caso clínico que estamos describiendo anteriormente, evidenciamos mediante la sintomatología del paciente y exámenes complementarios realizados, nos encontramos con un caso presuntivo de Enfermedad pulmonar obstructiva.

Diferencial: en base a los síntomas y signos descrito por el paciente como tos con expectoración amarillenta podemos pensar en neumonía bacteriana, por la tos crónica en Tuberculosis, por sibilancias a la auscultación pensamos en un cuadro de asma bronquial, además de la disnea progresiva podemos pensar en insuficiencia cardíaca congestiva.

Definitivo: para poder emitir un diagnóstico definitivo de la patología se manda exámenes pertinentes entre estas la radiografía de tórax evidencia el aumento de la trama broncovascular y engrosamiento de paredes bronquiales y leve aplanamiento de los diafragmas. Además, para el diagnóstico definitivo se realiza una espirometría donde se evidencia obstrucción del flujo aéreo, en la gasometría nos manifiesta alteración del intercambio gaseoso discreta hipoxemia, en el electrocardiograma signos de sobrecarga derecha, donde se confirma el diagnóstico de Enfermedad pulmonar obstructiva Crónica por Bronquitis crónica.

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

Estamos frente a un paciente con hábitos de antecedentes tabáquicos además de realizar actividades de cocinar a leña de larga data de recurrencias, por la exposición a estos factores es muy frecuente que con el transcurso del tiempo comience a desarrollar esta patología; mediante la anamnesis y una exploración física adecuada se observan síntomas y signos sugestivos de esta

enfermedad, donde se confirma el diagnóstico mediante los exámenes complementarios correspondientes anteriormente descritos.

Luego de analizar la severidad del cuadro mediante la clasificación y criterios de espirometría se llega a la conclusión que el paciente presenta un cuadro severidad de Epoc grave y mediante esta clasificación se decide ingresar y mantener en observación al paciente para la administración de medicamentos.

En estos pacientes se debe combinar el tratamiento no farmacológico y farmacológico, es útil que el paciente adopte hábitos saludables generales.

La presencia de tos y expectoración crónica predispone a las agudizaciones en la EPOC. El primer escalón de tratamiento para este paciente será la doble terapia con broncodilatadores, y el siguiente paso será identificar la mejor opción para cada paciente según sus características. Entre las opciones se incluyen fármacos como los Corticoesteroides y mucolíticos, además de los inhibidores de la fosfodiesterasa 4 y los antibióticos a largo plazo. Además, por los criterios de saturación de oxígeno se decide administrar oxígeno.

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

Debido a la escala de Severidad del cuadro de Epoc, se observa que es un paciente que necesita ser ingresado para valoración y recibir el tratamiento en el hospital para estabilizar valores; con oxígeno, broncodilatadores, corticoides y antibióticos de amplios espectros por procesos de agudizaciones.

Se basa esta conducta mediante los criterios de tratamiento de Gold, debido a que la presencia de tos y expectoración del paciente es el factor que predispone a agudizaciones en esta patología, la primera línea de tratamiento se aplica broncodilatadores de acción larga agonista beta-2 como el salmeterol acompañado de broncodilatadores de acción larga anticolinérgicos como el bromuro de tiotropio y un corticoesteroide inhalado.

Se añade además mucolíticos para también evitar las reagudizaciones de este paciente en este caso se utiliza N-acetilcisteína para evitar el uso de aspiración nasal y evitar reagudizaciones se añade el uso de profilaxis antibiótica con macrólidos el de preferencia por accesibilidad y menor costo se administra claritromicina, Debido a los niveles de saturación de oxígeno se añade O2 por cánula nasal a 5lts por minuto y se mantiene en observación por 48 horas.

Posterior a la estabilización del paciente se consideran ciertas medidas entre estas se emplean:

Deshabitación tabáquica: es la intervención temprana que tiene mucha repercusión en esta patología, es una medida mas efectiva y de menos costo de realizar.

Educación y soporte psicológico: Con frecuencia estos pacientes sufren cuadros de ansiedad y/o depresión. La percepción de la enfermedad por parte del paciente y la adaptación a ella repercuten sobre su calidad de vida y también sobre su propio entorno. El tratamiento del estado emocional sobre la salud. Por tanto, la educación debe siempre debe estar dirigida al paciente y a su entorno.

2.8. Seguimiento.

Día 1

Paciente de sexo masculino de 40 años de edad con antecedentes de Bronquitis a repetición, acude a Unidad hospitalaria por el área de emergencia por presentar cuadro clínico caracterizado por tos productiva de característica mucoide amarillento e intermitente de predominio matutino de evolución de larga data, acompañado de disnea progresiva que se exacerba con la marcha y actividades diarias, cede levemente con el reposo, además refiere cefalea de moderada intensidad con escala de dolor de 6/10, se evidencia cianosis periférica a nivel de ambas manos y uso de músculos intercostales de evolución de 1 semana motivo por el que acude a emergencia, sin otra sintomatología aparente, afebril, no nauseas, no vómitos, orientado en tiempo y espacio. Se observa en radiografía de tórax bronquitis crónica, y espirometría nos certifica un cuadro obstructivo. Se decide el ingreso y se inicia con tratamiento con salmeterol en razón de 2-0-2 y bromuro Tiotropio, en razón de 1-0-0 y el siguiente además se añade Dexametasona intravenosa, N-acetilcisteína cada 12h, ceftriaxona intravenosa 2gr cada 12 horas y oxígeno por cánula nasal a 5lts.

Día 2

Paciente al momento se encuentra disneico, con saturación de oxígeno del 91%, presenta roncus en ambos campos pulmonares, y leves sibilancias que se acentúan en base, diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica

por bronquitis crónica, refiere cuadro de disnea en la madrugada a pesar del tratamiento con saturación de 90%, por lo que se decide nebulización.

Presión arterial 130/80; frecuencia cardíaca: 89, paciente despierto, orientado en tiempo y espacio, álgico e hidratado.

Se describe la siguiente prescripción:

- Dieta general
- Control de signos vitales cada 6 horas
- Paciente en semifowler
- Oxígeno por cánula nasal a 5lts
- Rx estándar de control
- Control de analítica sanguínea.
- Seguir con mismas indicaciones farmacológicas

Día 3

Paciente se encuentra con presión arterial de 130/80, frecuencia cardíaca de 76x', temperatura de 36.4°C, saturación de 92% en mejoría de condiciones clínicas para el paciente:

- Dieta hipocalórica
- Oxígeno a cánula nasal a 4lts x min'
- Posición semifowler
- Seguir con mismas indicaciones farmacológicas
- Nebulización con ½ ampolla de combivent cd/8h
- Fisioterapia respiratoria (Inspirometo incentivo, ejercicios de expansión torácica y diafragmáticos)

Día 4

Paciente se encuentra con presión arterial de 130/70, frecuencia cardíaca de 80x', temperatura de 36.1°C, saturación de 92% en mejoría de condiciones clínicas para el paciente:

- Dieta hipocalórica
- Oxígeno a cánula nasal a 3lts x min'
- Posición semifowler
- Seguir con mismas indicaciones farmacológicas
- Nebulización con ½ ampolla de combivent cd/8h
- Fisioterapia respiratoria (Inspirometo incentivo, ejercicios de expansión torácica y diafragmáticos)

Día 5

Paciente se encuentra con presión arterial de 120/70, frecuencia cardiaca de 70x', temperatura de 36.1°C, saturación de 92% en mejoría de condiciones clínicas para el paciente:

- Dieta hipocalórica
- Oxígeno a cánula nasal a 3lts x min'
- Posición semifowler
- Seguir con mismas indicaciones farmacológicas
- Nebulización con ½ ampolla de combivent cd/8h
- Fisioterapia respiratoria (Inspirometo incentivo, ejercicios de expansión torácica y diafragmáticos)

Día 6

Paciente actualmente refiere disnea leve con mejoría de sintomatología, tos esporádicas productivas con mejoría de su intensidad, signos vitales presión arterial 120/80; FC: 70; T:36.4°C, SO₂: 93%, FR:25x'. Se mantiene al enfermo con oxigenoterapia, tratamiento broncodilatador con oxigenoterapia con evolución clínica favorable. Se realiza nueva RX de tórax previa al alta y se repite analítica sanguínea: mismas indicaciones terapéuticas

Día 7

Actualmente se evidencia mejoría notable. Los exámenes reportan; PH:7.45, PCO₂:46; HCO₃: 32; SO₂: 95%, actualmente paciente hemodinamicamente estable, orientado en tiempo y espacio, estabilizado, tolerando deambulación hospitalaria es dado de alta y seguirá controles por terapeuta respiratorio y neumología. Se indica tratamiento no farmacológico, medidas higiénicas dietéticas, deshabitación tabáquica y apoyo terapéutico psicológico., en tratamiento ambulatorio se envía atb cefuroxima, ambroxol, nebulizaciones, omeprazol y spiriva.

2.9 Observaciones

Paciente adulto mayor acudió por presentar sintomatología de tos con expectoración crónica y disnea marcada, responde de manera positiva, disminuyendo de la sintomatología mejorando la permeabilidad de la vía aérea, mas no la resolución del cuadro de epoc debido que es una patología que no tiene resolución por su gravedad.

Mediante el tratamiento brindado previamente informados de las consecuencias y beneficios de aceptar o no el procedimiento al paciente y a los familiares acceden al tratamiento y firman el consentimiento informado, se procede a aplicar oxígeno terapia y tratamiento de fisioterapeuta respiratorio más cuidados de enfermería y médicos se llevó un lapso en conseguir resultados favorables, se envía de manera ambulatorio con seguimiento de psicólogo para que brinde terapia conductual y además de seguir con tratamiento de fisioterapeuta respiratorio.

CONCLUSIONES

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una de las principales causas de muerte a nivel mundial dentro de las enfermedades respiratorias, produce depleción respiratoria impidiendo el ingreso del flujo de aire hacia los pulmones, ocasionando cuadros de disneas, aumento en la frecuencia respiratoria, su etiología principal es el consumo de tabaco y su tratamiento principal se basa en la corrección de los malos estilos de vida, además de oxígeno suplementario y tratamiento farmacológico.

En el estudio se logró identificar los factores predisponentes para la aparición de la enfermedad como es el hábito de fumar registrado en la historia clínica del paciente, al ingreso se realizaron estudios complementarios, como fueron hemograma completo, bioquímica sanguínea, uroanálisis y espirometría, al interpretarse se obtuvo un mejor panorama para el abordaje correcto en base a las necesidades y demandas que presento, por último se brindó un adecuado tratamiento terapéutico, que logro el alivio de los síntomas respiratorios y mejoro favorablemente el estado de salud durante su hospitalización.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barboza, M. (2017). enfermedad pulmonar obstructiva cronica. revista medica sinergia, 5.
- Batanero, A. (2019). etilogia y clinica de la EPOC. *revista patologica respiratoria* , 2.
- Bernadich, O., & Torres, A. (2019). Terapeutica en neumologia . *Monografico* , 8.
- Borja, P., & Zambrano, A. (2016). ASFIXIA PERINATAL SEVERA. *Hospital Regional less Teodoro Maldonado Carbo*, 3.
- Cimas, H. (2016). importancia de los sintomas de la epoc . *medifam*, 10.
- Doenges, M., & Moorhouse, M. (2016). *Proceso y diagnostico de enfermeria*. El manual moderno.
- Dowes, G. (22 de 04 de 2016). *salud infantil* . Obtenido de http://www.saludinfantil.org/Guia_Alegria/guia/5.-Asfixia_Neonatal.htm
- Giraldo, H. (2018). *EPOC, diagnostico y tratamiento integral*. editorial medica panamericana.
- Gutierrez, I., Dominguez, A., & Acevedo, J. (2017). *medicina de urgencias* . editorial medica panamericana .
- Hidalgo, I. (2017). Un reto para los intensivistas . *Revista Cubana Pediatrica* , 14.
- MSP. (2016). Proceso de atencion de enfermeria. *Salud publica paraguay*, 8.
- MSP. (2017). Diagnostico y tratamiento de la asfixia Neonatal. En MSP. instituto mexicano de seguridad social.

- Nazer, J. (2017). *Neonatología* . Universitaria.
- Orellana, A., Alvarenga, C., & Alabi, F. (2019). *Lineamientos técnicos del PAE*.
- Piera, M. (2017). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Farmacia profesional* , 3.
- Ramirez, A., Rey, A., Cameiler, A., & Montes, M. (2017). *Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica*. ALAT.
- Wise, R. (06 de 2020). *Manual msd*. Recuperado el 2021 de 09 de 01, de <https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-pulmonares/enfermedad-pulmonar-obstructiva-cr%C3%B3nica-y-trastornos-relacionados/enfermedad-pulmonar-obstructiva-cr%C3%B3nica-epoc>

ANEXOS