



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

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

TÍTULO DEL CASO CLINICO

**“INTERVENCION DEL TERAPISTA RESPIRATORIO EN NEUMONIA
INTERSTICIAL USUAL EN PACIENTE MACULINO DE 70 AÑOS DE EDAD”**

AUTORA

JENIFFER SUGGEYDY MOREJON MURILLO

TUTOR

QF. STALIN MARTÍNEZ MORA

Babahoyo - Los Ríos - Ecuador

2022

ÍNDICE

DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO	4
TÍTULO DEL CASO CLÍNICO	5
RESUMEN	6
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCIÓN	8
I. MARCO TEÓRICO.....	9
DATOS EPIDEMIOLÓGICOS	11
FACTORES DE RIESGO	11
DIAGNÓSTICO.....	11
COMORBILIDADES.....	15
TRATAMIENTO.....	15
Justificación	20
1.2 OBJETIVOS.....	21
1.2.1 Objetivo general.....	21
1.2.2 Objetivos específicos.....	21
1.3 DATOS GENERALES	22
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	23
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes patológicos.....	23
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	24
2.3 EXÁMEN FÍSICO (exploración clínica)	24
2.4 INFORMACIÓN DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS	25
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo	30
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema.....	30
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	31
2.8 Seguimiento.....	32
2.9 Observaciones.	35
CONCLUSIÓN	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXOS	38

DEDICATORIA

Este caso clínico va especialmente dedicado a todas las personas que me ayudaron al desarrollo del presente caso, ya que me alentaban a no desistir y no rendirme en el proceso, también dedico este logro especialmente a mi mamá ya que siempre me apoyó para seguir adelante, todo el esfuerzo lo hice por ella y tengo el fruto de todos los esfuerzos.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, le doy gracias a Dios por guiarme hasta donde he llegado, gracias a mi familia que siempre fueron ese pilar fundamental, ya que siempre estuvieron ahí apoyándome para vencer cada uno de los obstáculos que se presentaron.

Gracias a mi Universidad, gracias por haberme permitido formarme en ella, gracias a todas las personas que fueron partícipes de este proceso, ya sea de manera directa o indirecta, gracias por cada aporte que el día de hoy se verá reflejado en la culminación de mi paso por la universidad.

Este es un momento muy especial que espero, perdurará en el tiempo, no solamente de las personas a quienes agradecí, sino también a mi tutor que fue el que me estuvo guiando en este proceso, el cual ayudó que todo salga bien en este proceso, que fue la realización del caso clínico y estuvo pendiente en revisar el trabajo realizado; a todos les agradezco con todo mi ser.

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO

“INTERVENCIÓN DEL TERAPISTA RESPIRATORIO EN PACIENTE MACULINO DE 70 AÑOS DE EDAD CON NEUMONÍA INTERSTICIAL USUAL”

RESUMEN

El presente caso de estudio nos muestra una neumonía intersticial usual en un paciente masculino de 70 años, que ingresa a la unidad de emergencia con cuadro de dolor tipo urgente localizado en el hemitórax posterior bilateral, el cual se acompaña con tos crónica, incremento de la disnea a pequeños esfuerzos, disnea paroxística nocturna y ortopnea.

El paciente llega con muy mala mecánica respiratoria por lo cual se da la orden de canalizar vía periférica y se coloque oxígeno a 9 lpm a mascarilla simple.

El diagnóstico se comprobó con una tomografía de tórax en la cual se pudo observar la presencia de patrón de panal de predominio subpleural, bronquiectasias de tracción en ventana mediastínica esófago dilatado, por lo cual se llega a la conclusión de que el paciente presenta una neumonía intersticial usual. El tratamiento fue con Terapia respiratoria y medicación, recibiendo el alta a los 4 días de intervención.

Palabras claves: Disnea, neumonía, Hemitórax, intersticial, Tomografía, Tórax, saturación.

ABSTRACT

This case study shows us a usual interstitial pneumonia in a 70 year male patient, admitted to the emergency unit with symptoms of urgent type pain located in the bilateral posterior hemithorax, which is accompanied by chronic cough, increased dyspnea on slight exertion, paroxysmal nocturnal dyspnea, and orthopnea.

The patient arrived with very poor respiratory mechanics, for which the order was given to channel a peripheral route and place oxygen at 9 lpm through a simple mask.

The diagnosis was confirmed with a chest tomography in which the presence of a predominantly subpleural honeycomb pattern, traction bronchiectasis in the mediastinal window, and a dilated esophagus were observed, leading to the conclusion that the patient had interstitial pneumonia. usual. The treatment was with respiratory therapy and medication, receiving discharge after 4 days of intervention.

Keywords: Dyspnoea, pneumonia, Hemithorax, interstitial, Tomography, Thorax, saturation.

INTRODUCCIÓN

El presente caso clínico se refiere a la neumonía intersticial usual (NIU) la cual se define como un proceso de fibrosis intersticial crónica que destruye el parénquima pulmonar, dando lugar a insuficiencia respiratoria. Este tipo de neumonía es más frecuente en adultos mayores de 50 años y se caracteriza por fibrosis colágena, distribución irregular de las lesiones, focos fibroblásticos y deformación arquitectónica del parénquima pulmonar con frecuente formación de panal y/o cicatrización.

Las características principales de esta enfermedad son típicas como la tos y la disnea de esfuerzo, cuya aparición y evolución son variables. Los síntomas comunes en este tipo de neumonía incluyen taquipnea, expansión torácica reducida, sequedad de las grietas al final de la inhalación en las bases de los pulmones y dedos en palillo de tambor (dilución en palillo de tambor).

Las causas de esta patología son desconocidas, aunque se conocen múltiples factores de riesgos que pueden estar asociados a esta enfermedad, en los últimos años se ha observado un incremento en su prevalencia gracias a la mejora de los métodos de diagnósticos y en el incremento de la esperanza de vida.

El objetivo principal del tratamiento consiste en disminuir los síntomas y que se pueda salvaguardar la vida del paciente ya que esta enfermedad no tiene un tratamiento 100% efectivo, pero existen diversos fármacos, mecanismos y combinaciones para obtener los resultados deseados

I. MARCO TEÓRICO

Neumonía intersticial usual

La neumonía intersticial usual (NIU) es un proceso fibrosante intersticial crónico que destruye el parénquima pulmonar, produciendo insuficiencia respiratoria. La Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI) es una forma específica de neumonía intersticial fibrosante, progresiva, limitada a los pulmones, que se presenta principalmente en hombres mayores, asociada a hechos radiológico e histopatológicos, que se expresan en un patrón que puede ser característico denominado neumonía intersticial usual (NIU) (Álvaro Undurraga P, 2017).

Bajo el término general “neumonía intersticial idiopática” se incluyen los siguientes tipos de neumonía:

- ❖ Fibrosis pulmonar idiopática/neumonía intersticial habitual
- ❖ Neumonía intersticial inespecífica
- ❖ Neumonía intersticial descamativa
- ❖ Bronquiolitis respiratoria asociada a enfermedad pulmonar intersticial
- ❖ Neumonía organizada
- ❖ Neumonía intersticial aguda
- ❖ Neumonía intersticial linfocítica

El advenimiento de nuevos tratamientos farmacológicos ha dado esperanza para el futuro y elevado el perfil de la FPI. La fibrosis pulmonar idiopática es una neumonía intersticial fibrosante asociada al patrón radiológico y/o histológico de la neumonía intersticial usual. No se conoce su etiología, aunque es probable que consista en la acción de diversos factores microambientales exógenos y/o endógenos en sujetos con predisposición genética. (Antoni Xaubet, Julio Ancochea, María Molina-Molina, 2017)

Las guías de manejo internacionales destacan el papel fundamental de la radiología como parte de un enfoque de equipo multidisciplinario de enfermedad pulmonar intersticial para lograr un diagnóstico preciso y temprano

de la FPI. Los criterios diagnósticos y de confianza diagnóstica para el patrón radiopatológico asociado con el síndrome clínico de FPI, neumonía intersticial usual (NIU), parecen sencillos; sin embargo, con el aumento de la investigación y el reconocimiento de la variabilidad Inter observador radiopatológica, las limitaciones de este modelo de clasificación son cada vez más evidentes (Soo E, 2017).

El diagnóstico preciso de la fibrosis pulmonar idiopática (FPI) es esencial para informar el pronóstico y el tratamiento. En 2018, la ATS/ERS/JRS/ALAT y la Sociedad Fleischner publicaron nuevas pautas de diagnóstico para la neumonitis intersticial habitual (UIP)/IPF, agregando Probable UIP como una categoría CT basada en estudios previos que demostraron que esta categoría tenía un valor predictivo positivo relativamente alto (PPV) para NIU histopatológica/NIU probable. Este estudio aplica las pautas de las sociedades ATS/ERS/JRS/ALAT y la Sociedad Fleischner de 2018 para determinar las características de prueba de las categorías de TC en la práctica clínica académica (Angela R Shih, 2021).

La exacerbación aguda de la enfermedad pulmonar intersticial (EPI) se asocia con un mal pronóstico y una alta mortalidad. Podemos definir la exacerbación aguda como un deterioro respiratorio agudo y clínicamente significativo, típicamente de menos de 1 mes de duración, junto con imágenes de tomografía computarizada que muestran una nueva opacidad de vidrio bilateral y/o consolidación superpuesta a un patrón de fondo compatible con EPI fibrosante. Sobre la base de las observaciones en la FPI, se sospecha que la lesión o proliferación epitelial y la autoinmunidad son factores de riesgo de exacerbación aguda en las EPI que pueden presentar un fenotipo fibrosante progresivo, pero se requieren más estudios. Las estrategias actuales de manejo de las exacerbaciones agudas se basan en las recomendaciones de la FPI, pero no se han realizado ensayos controlados aleatorios sobre el manejo de las exacerbaciones agudas. Aunque no existen estrategias formales para prevenir el desarrollo de la exacerbación aguda, los enfoques posibles incluyen fármacos antifibróticos (como nintedanib y pirfenidona) y minimizar la exposición a infecciones, irritantes y contaminantes transportados por el aire (Martin Kolb, 2018)

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

La incidencia de la enfermedad no se conoce con certeza. Diversos estudios han propuesto cifras entre 6,8 y 16,3 por cada 100.000 habitantes. Hay varios estudios en los últimos años que muestran un aumento sostenido de la incidencia. La prevalencia tampoco se conoce con certeza, pero un estudio reciente de Estados Unidos propone una cifra entre 14 y 42,7 por 100.000 según se utilicen criterios diagnósticos estrictos o más amplios. En los grupos de edad ≥ 75 años, las cifras de incidencia y prevalencia son de 71 y 271 por 100.000 habitantes para hombres y de 67 y 266 por 100.000 para mujeres. (Álvaro Undurraga P, 2017)

FACTORES DE RIESGO

Se han propuesto algunos posibles factores de riesgo, con muy poca evidencia al respecto, y con gran dificultad para la interpretación de los estudios correspondientes. Se ha demostrado que fumar está fuertemente asociado con la presencia de la enfermedad. También se ha descrito asociación con exposición a polvo de metal o madera, actividades agrícolas, peluqueros, cortadores o pulidores de piedra, y exposición a polvo de ganado y plantas o animales. También se han estudiado agentes microbianos, especialmente infecciones virales crónicas, en particular el virus de Epstein Barr y la hepatitis C, pero con resultados contradictorios. (Álvaro Undurraga P, 2017)

DIAGNÓSTICO

Se debe sospechar neumonía intersticial idiopática en cualquier paciente con enfermedad pulmonar intersticial inexplicable. Los médicos, radiólogos y patólogos deben intercambiar información para determinar el diagnóstico en pacientes individuales. Se evalúan sistemáticamente las posibles causas. Para

obtener el máximo rendimiento diagnóstico, la historia debe abordar los siguientes criterios:

- Duración de los síntomas
- Antecedentes familiares de enfermedad pulmonar, especialmente fibrosis pulmonar
- Antecedentes de tabaquismo (porque algunas enfermedades ocurren con más frecuencia entre los fumadores actuales o anteriores)
- Consumo actual o previo de drogas
- Revisión detallada de los entornos del hogar y el trabajo, incluidos los miembros de la familia.

Se obtiene un listado cronológico de toda la historia laboral del paciente, que cubre todas las funciones específicas y exposiciones conocidas a agentes orgánicos e inorgánicos. Se obtiene información sobre el grado, duración y latencia de la exposición y el uso de dispositivos de protección (Joyce Lee, 2019).

Los radiólogos tienen un papel fundamental en la evaluación y el diagnóstico de la sospecha de fibrosis pulmonar idiopática (FPI). La identificación precisa de patrones en imágenes es clave en el proceso de diagnóstico multidisciplinario y, con frecuencia, evita la necesidad de una biopsia pulmonar quirúrgica (Michael P Mohning, 2019).

Las pruebas que se realizan para el diagnóstico de neumonía intersticial usual son las siguientes:

- TC de alta resolución (HRCT)
- Pruebas de función pulmonar
- Biopsia pulmonar quirúrgica

Radiografías de tórax: Por lo general, son anormales, pero los resultados no son lo suficientemente específicos para diferenciar entre los distintos tipos.

Pruebas de función pulmonar: Suelen estar indicadas para estimar la gravedad del deterioro fisiológico, pero no ayudan a diferenciar entre los distintos tipos. Los resultados típicos son una fisiología restrictiva, con volúmenes pulmonares y capacidad de difusión reducidos.

TC de alta resolución: Distingue el espacio aéreo de la enfermedad intersticial, es la prueba más útil y siempre está indicada. Permite la evaluación de la etiología potencial, la magnitud y la distribución de la enfermedad y es más probable que detecte enfermedades coexistentes o subyacentes. La TC de alta resolución debe realizarse con el paciente en decúbito supino y prono y debe incluir imágenes espiratorias dinámicas para acentuar la evidencia de compromiso de las vías respiratorias pequeñas.

Pruebas de laboratorio: Se realizan en pacientes con características clínicas que sugieran un trastorno del tejido conectivo, vasculitis o exposición ambiental. Tales pruebas pueden incluir anticuerpos antinucleares, factor reumatoide y otras pruebas serológicas más específicas para enfermedades del tejido conjuntivo.

Biopsia broncoscópica transbronquial: Esta prueba nos permite diferenciar ciertas enfermedades pulmonares intersticiales como la sarcoidosis y la neumonitis por hipersensibilidad, pero no proporciona tejido suficiente para detectar las neumonías intersticiales idiopáticas.

Lavado broncoalveolar: Ayuda a limitar el diagnóstico en algunos pacientes y puede proporcionar información sobre la de la enfermedad y la respuesta al tratamiento. No obstante, no se ha establecido la utilidad de este procedimiento en la evaluación clínica inicial y el seguimiento de la mayoría de los pacientes con estas enfermedades.

Criobiopsia: Técnica que congela rápidamente el tejido pulmonar inmediatamente antes de la extracción, se está investigando como auxiliar para el diagnóstico de ciertas enfermedades pulmonares intersticiales. El rendimiento del tejido es mayor que el de la biopsia transbronquial pero menor que el de la biopsia pulmonar quirúrgica. Los riesgos del procedimiento

incluyen sangrado y neumotórax. La criobiopsia se encuentra actualmente bajo investigación y no se recomienda en las directrices internacionales; su papel en el diagnóstico aún no se ha establecido.

Biopsia pulmonar quirúrgica: Técnica necesaria para confirmar el diagnóstico cuando los antecedentes y la TCAR no permiten hacer el diagnóstico. Es preferible la biopsia de varios sitios con un procedimiento de cirugía toracoscópica video asistida.

Para los pacientes con enfermedad pulmonar intersticial (EPI) recientemente detectada que tienen un patrón de exploración de tomografía computarizada de alta resolución de NIU probable, indeterminado o un diagnóstico alternativo, se hicieron recomendaciones condicionales para realizar BAL y biopsia pulmonar quirúrgica; debido a la falta de evidencia, no se hizo ninguna recomendación a favor o en contra de realizar una biopsia pulmonar transbronquial o una criobiopsia pulmonar. Por el contrario, para los pacientes con EPI recién detectada que tienen un patrón de exploración de tomografía computarizada de alta resolución de NIU, se hicieron fuertes recomendaciones contra la realización de biopsia pulmonar quirúrgica, biopsia pulmonar transbronquial y criobiopsia pulmonar, y se hizo una recomendación condicional contra la realización de BAL. Las recomendaciones adicionales incluyeron una recomendación condicional para la discusión multidisciplinaria y una fuerte recomendación contra la medición de biomarcadores séricos con el único propósito de distinguir la FPI de otras enfermedades pulmonares intersticiales. (Ganesh Raghu, 2018.)

La FPI es probable si cualquiera de los siguientes está presente:

- Bronquiectasias/bronquiolectasias por tracción leves en cuatro o más lóbulos o moderadas a severas en dos o más lóbulos, en un hombre mayor de 50 años o una mujer mayor de 60 años.

- Extensa reticulación en mayores de 70 años.

- Aumento de neutrófilos o ausencia de linfocitosis en citología de lavado

broncoalveolar.

- La discusión multidisciplinar conduce a un diagnóstico fiable de la FPI.

Indeterminado: sin una biopsia adecuada, es poco probable que sea FPI. Con una biopsia adecuada, se puede reclasificar a un diagnóstico más específico después de una discusión multidisciplinaria o consulta adicional.

La mayoría de los posibles diagnósticos de NIU correspondieron a NIU probable, lo que se asoció con un pronóstico significativamente peor que indeterminado para NIU. Esta distinción entre estos dos patrones de TC enfatiza la relevancia de las nuevas guías internacionales para el diagnóstico de la FPI (T Diridollou, 2020)

COMORBILIDADES

Puede haber comorbilidades subclínicas o evidentes, como hipertensión pulmonar, reflujo gastroesofágico, apnea del sueño, obesidad y enfisema. La hipertensión pulmonar (HP), entendida como una presión media 25 mmHg (más de 17 según otros), se ha asociado con un mayor riesgo de mortalidad, al igual que un aumento de las resistencias vasculares pulmonares. Ocurre con relativa frecuencia en esta enfermedad y se relaciona con una DLCO baja, menor distancia recorrida en el test de los seis minutos y desaturación durante el ejercicio. Sin embargo, tiene poca correlación con los índices de restricción pulmonar. Describió la asociación de fibrosis pulmonar y enfisema (CPFE) como un síndrome resultante de la asociación de diferentes factores, entre ellos el tabaquismo, disnea severa, hallazgos espirométricos relativamente leves, muy baja capacidad de difusión, hipoxemia de esfuerzo y características radiológicas características, además de una alta probabilidad de hipertensión pulmonar. Estos pacientes tienen un pronóstico mucho peor que los pacientes con FPI sin enfisema. (Álvaro Undurraga P, 2017).

La identificación temprana de las complicaciones es muy importante y requiere un abordaje integrado entre especialistas, para poder planificar el

tratamiento correcto. En algunos casos, el grado de gravedad de los pacientes con complicaciones de la FPI puede requerir un abordaje personalizado, basado en servicios de cuidados paliativos (Federica Galioto, 2020).

TRATAMIENTO

El tratamiento varía según el trastorno siempre se recomienda dejar de fumar para evitar la posibilidad de acelerar la progresión de la enfermedad y limitar las comorbilidades respiratorias. (Álvaro Undurraga P, 2017).

Medicamentos corticosteroides. - Muchas personas diagnosticadas con enfermedades pulmonares intersticiales son tratadas inicialmente con corticosteroides (prednisona), a veces combinados con otros medicamentos que inhiben el sistema inmunitario. Según la causa de la enfermedad pulmonar intersticial, esta combinación puede retrasar o incluso estabilizar la progresión de la enfermedad.

Medicamentos que retrasan la progresión de la fibrosis pulmonar idiopática. - Los medicamentos pirfenidona (Esbriet) y nintedanib (Ofev) pueden disminuir la velocidad a la que progresa la enfermedad. Los efectos secundarios relacionados con el tratamiento pueden ser significativos.

Medicamentos que reducen el ácido estomacal. - La enfermedad por reflujo gastroesofágico afecta a la mayoría de las personas con fibrosis pulmonar idiopática y se asocia con un mayor daño pulmonar. Si el paciente presenta síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofágico, el médico puede recetar terapias que reduzcan el ácido estomacal, incluidos los antagonistas de los receptores H2 o los inhibidores de la bomba de protones, como lansoprazol (Prevacid 24HR), omeprazol (Prilosec OTC) y pantoprazol (Protonyx).

Suspensión del tabaco: La FPI es más frecuente en fumadores y se han propuesto varios mecanismos por los que el cigarrillo podría participar en las micro lesiones repetidas del epitelio respiratorio. Por tanto, es fundamental que el paciente deje de fumar en el momento del diagnóstico.

Oxígeno: Es característico del trastorno funcional de estos pacientes que presenten hipoxemia de ejercicio, trastorno que se profundiza a medida que avanza la enfermedad. En estadios relativamente avanzados de la enfermedad, los pacientes pueden presentar una saturación de hemoglobina basal muy poco alterada, pero ésta cae manifiestamente con poco ejercicio y esta caída debe ser el parámetro utilizado para la indicación de oxigenoterapia. Hay pocos datos en la literatura que apoyen esta indicación y al menos un estudio retrospectivo no encuentra ventajas en la supervivencia. Sin embargo, la experiencia compartida por muchos médicos que tratan a estos pacientes es la mejora en la capacidad de ejercicio y la calidad de vida al utilizarlo.

Rehabilitación: En general, se han estudiado programas complejos de rehabilitación que incluyen condiciones aeróbicas, ejercicios de fuerza y flexibilidad, charlas educativas, intervenciones nutricionales y apoyo psicosocial. Estos programas han mostrado mejoras en la capacidad de la marcha y la calidad de vida y el consenso las recomienda con indicación débil. Sin embargo, estos programas son costosos, requieren la asistencia de fisioterapeutas y no están ampliamente disponibles. A pesar de ello, aunque no estén disponibles, el médico tratante tiene el recurso de estimular e insistir al paciente, en la medida de sus posibilidades, en mantener un plan de ejercicios sencillos y caminar con oxígeno, que pueden aliviar las condiciones de atrofia muscular que padecen. Muchos de estos pacientes se encuentran en etapas más avanzadas de su enfermedad.

El trasplante de pulmón: Es una terapia costosa, que solo se realiza en unos pocos centros y requiere que el candidato permanezca cerca del lugar donde se realiza el procedimiento, antes y después del trasplante por períodos no menores a un año. Por lo tanto, esta indicación debe ser considerada con mucho cuidado para evitar viajes, gastos y falsas expectativas en los pacientes.

TRATAMIENTO DE COMORBILIDADES Y COMPLICACIONES FRECUENTES

Ventilación mecánica: En el consenso de 2010 se reportaron varios estudios con un número limitado de pacientes con tasas de mortalidad muy altas en estas condiciones. La recomendación general fue no utilizar este tipo de ventilación, aunque se admitió como elección razonable en una minoría de pacientes. La ventilación no invasiva puede ser una opción y, en casos excepcionales, la ventilación invasiva puede ser un puente al trasplante.

Exacerbaciones agudas: El tratamiento habitualmente recomendado son dosis altas de corticoides, en concreto 1g de metilprednisolona al día durante tres días consecutivos para posteriormente continuar con dosis altas de corticoides orales, con reducción progresiva de dosis. La recomendación es débil evidencia más que anecdótica y justificada por la alta mortalidad de la condición.

Hipertensión pulmonar (PA media > 25 mm Hg): Epoprostenol y Bosentan se han utilizado en pequeñas series de pacientes. Se ha demostrado que Sildenafil, en un pequeño grupo de pacientes, mejora la prueba de la marcha y la hemodinámica pulmonar.

Reflujo gastroesofágico: Es muy prevalente en la FPI y asintomático en la mitad de los casos. La recomendación del consenso internacional es muy vaga. Recomienda con un énfasis débil tratar a la mayoría de los pacientes asintomáticos sin especificar de qué mayoría se trata. Hay fundamentos muy pobres en la literatura y existe un riesgo potencial de neumonía y osteoporosis con el tratamiento crónico del RGE. Es probable que solo la mitad de los votantes en la reunión de Consenso de 2010 lo intenten. Es un campo del que se habla mucho. Muy recientemente, se publicó un artículo controvertido que afirmaba, después de una búsqueda retrospectiva en bases de datos de pacientes con terapia anti-RGE y FPI, que la terapia anti-RGE se asocia con

una mayor supervivencia en la FPI. Este trabajo ha sido criticado. Sí, hay acuerdo en que claramente se requiere una mayor investigación del problema.

Justificación

La neumonía intersticial usual, es una enfermedad que no se conoce con certeza, pero según el último estudio realizado en Estados Unidos sobre la epidemiología de esta enfermedad, se propone una cifra entre 14 y 42,7 por 100.000 según se utilicen criterios diagnósticos estrictos o más amplios. En los grupos de edad ≥ 75 años, las cifras de incidencia y prevalencia son de 71 y 271 por 100.000 habitantes para los hombres, y entre 67 y 266 por 100.000 para las mujeres.

Este caso de estudio demuestra la importancia de la terapia respiratoria en el centro hospitalario y su función en las diferentes patologías relacionadas con la mecánica respiratoria.

La justificación del presente trabajo investigativo radica en el hecho de que la terapia respiratoria tiene un factor importante en el tratamiento de la neumonía intersticial usual, para proporcionar volúmenes correctos del oxígeno de acuerdo con las necesidades del paciente y a su mecánica respiratoria, el uso de corticoides a través de la terapia inhalada para disminuir los síntomas del paciente.

Al final del presente caso clínico se brindará la información necesaria para que sea utilizada y consultada por futuras generaciones de terapeutas, esperando contribuir en todo lo clínicamente relacionado la patología tratada.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general

Conocer la influencia de la Terapia Respiratoria para el óptimo tratamiento en pacientes con neumonía intersticial usual.

1.2.2 Objetivos específicos

- ❖ Elaborar un diagnóstico adecuado en la neumonía intersticial usual en el paciente de estudio.
- ❖ Analizar un tratamiento correcto en el paciente con neumonía intersticial usual.
- ❖ Determinar la eficacia del tratamiento en la evolución del paciente con neumonía intersticial usual.

1.3 DATOS GENERALES

Edad: 70 años

Sexo: Masculino

Estado civil: Casado

Hijos: 3 hijos

Nivel económico: Clase media

Nivel de estudio: Primaria incompleta (segundo grado)

Profesión: Agricultura

Procedencia geográfica: San Juan

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes patológicos

Paciente masculino que ingresa a unidad de emergencia por dificultad respiratoria al cual medicina interna solicita valoración ya que el paciente se encuentra en sospecha de Tuberculosis Pulmonar.

Historial clínico del paciente

Antecedentes personales patológicos (APP)

COVID mayo del 2020

Neumonía en 2016

Antecedentes patológicos familiares (APF)

Cardiopatía no especificada

Antecedentes quirúrgicos

OTS mano izquierda

Catarata ojo izquierdo

Alergias:

No refiere

Medicamentos:

No refiere

Hábitos:

No refiere

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

- ❖ Tos crónica desde hace 5 años
- ❖ Disnea crónica desde hace 2 años
- ❖ Exposición a fungicidas y plaguicidas
- ❖ Se le enviará a realizar exámenes complementarios, entre ellos:
Exámenes de laboratorio, Tac de tórax, gasometría

2.3 EXÁMEN FÍSICO (exploración clínica)

Abdomen: Sin elevación

Glasgow: 15/15

Saturación: 77%

Tensión arterial: 120/81

Frecuencia cardiaca: 109 l/m

Frecuencia respiratoria: 41 r/m

Pulmones: Crepitantes Bilaterales

2.4 INFORMACIÓN DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Biometría Hemática - Hematología

	Valores	Valor Referencial
Leucocitos	10.57	5-10 k/ μ L
Hemoglobina	14.2	12-15 g/dL
Hematocrito	41.1	40.7 - 50.3%
Volumen corpuscular medio	102.7	80-94 fL
Conc. Media hemoglobina	35.5	27-31.2 pg
Conc. HGB. Corp. Med	34.6	32-36 g/dL
Volumen medio plaquetario	9.3	7.4-10. 4fL
Monocitos	0.50	0.3 – 0.8 k/ μ L
Eosinofilos	0.05	1- 4%
Linfocitos	1.24	1.1 – 3.2 k/ μ L
Neutrófilos	8.75	2.2 – 4.8 k/ μ L
Basófilos	0.03	0 a 2%
Plaquetas	139	150 – 400
Recuento de glóbulos rojos	4.00	4 – 5.3 M/ μ L
Monocitos %	4.7	0 – 8%
Eosinofilos%	0.5	0 – 6%
Linfocitos%	11.8	20 – 50%
Neutrofilos%	82.7	37 – 72%
Basófilos%	0.3	0.2 – 1%

Inmunología

	Valor	Valor referencial
Interleucina	109.00	0 – 7 pg/ml

Influenza A-B	Negativo
---------------	----------

Hematología

Ferritina	198.60	12 - 300 ng/ml
Dímero D	0.59	< 05 ugUEF/mL

Método utilizado: Electroquimiluminiscencia valor de referencia: 30/400

Nitrógeno ureico Urea – Química

	Valor	Valor referencial
Nitrógeno Ureico	10	4 – 22 mg/dL

Creatinina – Química

	Valor	Valor referencial
Creatinina	0.8	0.5 – 1.2 mg/dL

Examen electrolitos

Sodio en suero	1376yh	135 – 155 meq/L
Potasio en suero	4.2	3.5 – 5 meq/L
Cloro en suero	99	94 – 110 meq/L

LABORATORIO

24/10/2021

GAS: PH: 7.36 Pco2: 37 Po2:101 So2: 97.6 Be: - 3.8 Cho3: 21.4

25/10/2021

PCR 64.89

BH:

LEU	4520
HB	12,8
HCTO	37
VCM	103.6
MCHC	34.6
NEU	3670 (81.3%)
LINF	720 (16%)
PLAQ	113000

Glu	133
Na	137
K	4.5
Cl	103

BUN	12
CREAT	0.6
AST	12
ALT	6
LDH	182

EMO infección nitritos positivo, LEU 125 bacterias +++

26/10/2021

BH:

LEU	10.670
HB	13.3
HCTO	38.4
VCM	104.4
MCHC	34.5
NEU	8470 (79,3%)
LINF	1580 (14.8)
EOS	40 (0.4%)

PLAQ	135000
------	--------

GLU	86.50
BUN	12
CREAT	0.5

DIMERO D	0.64
TROPONIA T	9.52
CPK	25
CKMB	10.70

27/10/2021

GSA: SIN OXÍGENO

PH	7, 37
PCO2	44.6
PO2	48,5
SO2	85. 4
HCO3	24.5

28/10/2021

PCR 90.61

BH:

LEU	720
HB	13
HCTO	38
VCM	103
MCHC	35.3
NEU	50.80 (64.9%)
LINF	1690 (21.6%)
EOS	570
PLAQ	142000

GLU	74.5
NA	136
K	4.6
CL	100
BUN	17
CREAT	0.7

Tomografía Computarizada del tórax

Presencia de patrón de panal de Predominio subpleural con componente apico basal, patrón reticular grueso heterogéneo de Predominio subpleural, bronquiectasias de tracción en ventana mediastinica esófago dilatado

.

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

Diagnóstico presuntivo: Tuberculosis Pulmonar.

Diagnóstico diferencial: Hay una llamativa imagen de dilatación esofágica por lo que no se descarta NIU y por la presencia de cicatrices se diagnostica una Enfermedad pulmonar intersticial.

Diagnóstico definitivo: Se realiza Tc tórax en la cual se encuentra presencia de panal de Predominio subpleural con componente apico basal, bronquiectasias de tracción en ventana mediastínica esófago dilatado y otros exámenes complementarios y se llega al diagnóstico de Neumonía intersticial usual, Insuficiencia crónica reagudizada, Enfermedad pulmonar intersticial difusa, Enfermedad del tejido conectivo, infección en las vías urinarias, Hipertensión pulmonar grupo 3.

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema

Paciente refiere tos crónica desde hace 5 años, disnea crónica desde hace 2 años, el paciente estuvo hospitalizado por neumonía en el 2016 y COVID en el 2020, el paciente ha estado constantemente expuesto a productos tóxicos por su trabajo como agricultor, por lo cual se han formado cicatrices en los pulmones.

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

	Valores	Valor Referencial
Leucocitos	10.57	5-10 k/ μ L
Hemoglobina	14.2	12-15 g/dL
Hematocrito	41.1	
Volumen corpuscular medio	102.7	80-94 fL
Conc. Media hemoglobina	35.5	27-31.2 pg
Conc. HGB. Corp. Med	34.6	32-36 g/dL
Volumen medio plaquetario	9.3	7.4-10. 4fL
Monocitos	0.50	0.3 – 0.8 k/ μ L
Eosinofilos	0.05	0-6%
Linfocitos	1.24	1.1 – 3.2 k/ μ L
Neutrófilos	8.75	2.2 – 4.8 k/ μ L
Basófilos	0.03	0.2 - 1%
Plaquetas	139	
Recuento de glóbulos rojos	4.00	4 – 5.3 M/ μ L
Monocitos %	4.7	0 – 8%
Eosinofilos%	0.5	0 – 6%
Linfocitos%	11.8	20 – 50%
Neutrofilos%	82.7	37 – 72%
Basófilos%	0.3	0.2 – 1%

2.8 Seguimiento

24/10/2021

Paciente ingresa a unidad por dificultad respiratoria, al que medicina interna solicita valoración por su especialidad, ya que el paciente tiene antecedentes de neumonía en 2016 y COVID en abril del 2020 por el cual estuvo hospitalizado por 14 días, mantiene tos crónica desde hace 5 años y disnea desde hace 2 años, paciente se mantiene expuesto a agentes tóxico como los fungicidas y plaguicidas por su trabajo en la agricultura, no presenta alergias y no refiere medicamentos. El paciente presenta una Frecuencia cardiaca (FC) 109 l/m, Frecuencia respiratoria (FR) 41 r/m, Temperatura (T) 37°C, Tensión arterial (TA) 120/81 mmhg, Pulso (P) 109 l/m, saturación de oxígeno (SatO2) 77%. Al momento paciente llega con muy mala mecánica respiratoria por lo que se da indicación de canalizar vía periférica y que se coloque oxígeno a 9 litros por Mascarilla simple, se consigue mejor la saturación de 77% a 98%. Se le realizó una gasometría y una TC tórax, Paciente se encuentra saturando sin requerimiento de amina vasopresoras.

Medidas generales

Nada vía oral hasta que mejore mecánica respiratoria

Canalizar vía periférica

EKG

Exámenes de laboratorio

Tac de tórax

Terapia respiratoria

Salbutamol 2 puff cada 6 horas

Oxigeno por mascarilla 8 litros

Gasometría arterial cada 6 horas

25/10/2021

Paciente con cuadro de tos y disnea crónicas, paciente con dolor tipo urgente localizado en el Hemitórax posterior bilateral se acompaña con incremento de la disnea a pequeños esfuerzos, disnea paroxística nocturna y Ortopnea, desde el momento del ingreso del paciente, no refiere alza térmica, ni cambios en la expectoración. Paciente consciente, orientado, hidratado y afebril. Se le realiza una exploración física en la cual encontramos una Frecuencia cardíaca de 85 l/m, Frecuencia respiratoria de 24 r/m, saturación de 96%, Tórax: Amplexación basal incrementada, estertores tipo velcros bibasales, tos productiva de hace 1 día color amarillosa acompañada con sangre.

Terapia respiratoria

No inhaladores

No nebulizaciones

O2 por catéter nasal para mantener saturación entre 88%-92%

Medicación

Ampicilina + Salbutamol 1.5 Gr IV c/6h

Paracetamol 1 Gr VO PRN

Omeprazol 20 Mg VO QD

Enoxaparina 40 MCG SC QD

Estudios complementarios realizados

Cultivo de esputo

Cultivo de orina

BAAR primera prueba: Negativa

BAAR segunda prueba: Negativa

Medidas generales

Dieta hipocalórica para insuficiencia respiratoria

CSV

Control de ingesta y excreta

Posición semiflower

Cuidados de piel en zonas de presión y abordaje

Medidas anti escaras

Medidas para evitar broncoaspiración

Protocolos anticaídas

28/10/2021

Paciente de 70 años cursa 4 días de ingreso, se solicita valoración por cardiología ya que el paciente presenta extrasístole a nivel de ECG por lo que se solicita valoración por su servicio para valoración de la disnea del paciente.

Paciente diagnosticado con enfermedad pulmonar intersticial difusa, Neumonía intersticial usual a DC enfermedad del tejido conectivo (ssc), infección en las vías urinarias, hipertensión pulmonar grupo 3. Paciente refiere disminución de la disnea, se encuentra consciente, orientado, hidratado y afebril, pulmones MV disminuidos. En caso de finalizar tramite de oxigeno planificar alta.

Estudios complementarios

Cultivo de esputo

Cultivo de orina

Interconsultas

Cardiología

Nutrición

Psicología

Prescripciones

Concentración de oxígeno y tanque de oxígeno a domicilio.

O2 por cánula nasal a 2lpm, 12 horas noche + 4 horas en el día.

2.9 Observaciones.

Paciente colabora con el interrogatorio se encuentra en decúbito dorsal con oxígeno por cánula nasal a 3 lpm se observa cansado al hablar refiere tos con expectoración blanquecina pero su disnea ha disminuido

Plétora yugular

Csps crepitantes bibasales

No megalias

Sin demás extremidades simétricas

Somos interconsultados porque el paciente presenta ESV ocasional, pero al no referir palpitations, no se le implementará medicación ya que se tendría que administrar betabloqueantes los cuales aumentarían la insuficiencia respiratoria del paciente, se dialogó con el hijo del paciente y se lo puso al tanto del caso, se le dará sólo tratamiento de prevención el cual ya está dado por el médico tratante por enoxaparina

Damos de alta del servicio y damos novedades

Se le deja una orden de ecocardiograma, pero se coordinará con la licenciada de cardiología cuando el paciente pueda mobilizarse sin oxígeno

CONCLUSIÓN

En conclusión, la neumonía intersticial usual es una enfermedad que aún no se conoce con certeza, sin un tratamiento definido y con una incidencia y prevalencia no conocidas con certeza.

En el presente caso clínico se le realizó al paciente una TC tórax y exámenes complementarios los cuales ayudaron a saber el diagnóstico y de acuerdo a esto, se realizó el tratamiento, el cuál se basó en oxigenoterapia y administración de medicamentos, el tratamiento tuvo una buena eficacia en el paciente, el cual pudo mejorar en poco tiempo. Este caso será de mucha ayuda en un futuro porque a través de este se pueden determinar más causas por la cual se origina la enfermedad, a elaborar un diagnóstico al paciente y analizar el tratamiento adecuado para el paciente.

El papel del terapeuta respiratorio es muy importante ya que es de vital importancia para la mejora del paciente, ya que también es fundamental para el tratamiento domiciliario para el mejoramiento de la calidad de vida de este, cumpliendo con cada uno de los objetivos planteados durante el estudio del caso clínico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Soo E, et al. Clin Radiol. Guidelines for Management of Incidental Pulmonary Nodules Detected on CT Images: From the Fleischner Society. (2017)
- Michael P Mohning et al. Br J Radiol. (2019). Idiopathic pulmonary fibrosis: the radiologist's role in making the diagnosis
- Ganesh Raghu et al. Am J Respir Crit Care Med. (2018). Diagnosis of Idiopathic Pulmonary Fibrosis. An Official ATS/ERS/JRS/ALAT Clinical Practice Guideline
- Martin Kolb et al. Eur Respir Rev. (2018). Acute exacerbations of progressive-fibrosing interstitial lung diseases
- Joyce Lee,(2019). Generalidades sobre la neumonía intersticial usual
- Álvaro Undurraga P, (2017). Fibrosis pulmonar idiopática. Elsevier
- Angela R Shih et al. Respir Res. (2021). Practical application and validation of the 2018 ATS/ERS/JRS/ALAT and Fleischner Society guidelines for the diagnosis of idiopathic pulmonary fibrosis
- T Diridollou et al. Respir Med Res. (2020). Idiopathic pulmonary fibrosis: Significance of the usual interstitial pneumonia (UIP) CT-scan patterns defined in new international guidelines
- Antoni Xaubet, Julio Ancochea, María Molina-Molina. Fibrosis pulmonar idiopática, Idiopathic pulmonary fibrosis. Medicina Clínica. (2017)
- Federica Galioto et al. Diagnostics (Basel). (2020) . Complications in Idiopathic Pulmonary Fibrosis: Focus on Their Clinical and Radiological Features

ANEXOS

