



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE LA SALUD

CARRERA DE TERAPIA RESPIRATORIA

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

**INTERVENCIÓN DEL TERAPEUTA RESPIRATORIO EN PACIENTE FEMENINO DE 63 AÑOS CON
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA POR COVID -19.**

AUTOR:

RICARDO ALEXANDER ALLAN GUANO

TUTOR:

DR. OSCAR OMAR PÉREZ NARANJO

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2022

ÍNDICE

DEDICATORIA	4
RICARDO ALEXANDER ALLAN GUANO	4
AGRADECIMIENTO	5
RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	9
I. MARCO TEÓRICO	10
1.1 JUSTIFICACIÓN	14
1.2 OBJETIVOS	15
1.2.1. OBJETIVO GENERAL	15
1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
1.3 DATOS GENERALES	16
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	16
2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE	16
ANTECEDENTES:	16
2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).	17
ENFERMEDAD ACTUAL	17
2.3. EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA).	17
SIGNOS VITALES	17
CONDICIONES GENERALES	17
PRESIÓN ARTERIAL (mmHg):	18
PULSO (pul/min):	18
REVISIÓN POR SISTEMAS	18
2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS	19
2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO	20
2.6. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.	20
2.7. INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES	21
2.8. SEGUIMIENTO.	21
FECHA EVOLUCIÓN: 15/01/2021	21
FECHA EVOLUCIÓN: 16/01/2021	22
FECHA EVOLUCIÓN: 17/01/2021	24
FECHA EVOLUCIÓN: 18/01/2021	25
FECHA EVOLUCIÓN: 19/01/2021	26

FECHA EVOLUCIÓN: 20/01/2021	27
FECHA DE EVOLUCIÓN: 21/01/2021	27
FECHA EVOLUCIÓN: 22/01/2021	28
FECHA EVOLUCIÓN: 23/01/2021	29
FECHA EVOLUCIÓN: 24/01/2021	30
2.9. OBSERVACIONES	30
CONCLUSIÓN	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
ANEXOS	32

DEDICATORIA

Dedico mi trabajo a Dios, que me ha dado fuerzas para enfrentar los obstáculos durante mi carrera profesional, también agradecer a mi madre quien es mi pilar fundamental y mi más valioso tesoro, por creer siempre en mi capacidad para alcanzar mis metas propuestas, y sobre todo por su inmenso amor, apoyo y sacrificio a lo largo de todo este tiempo; por el apoyo, confianza y cariño que me han brindado para poder hacer realidad este sueño.

A mi familia en general y amigos por compartir conmigo buenos y malos momentos.

RICARDO ALEXANDER ALLAN GUANO

AGRADECIMIENTO

A Dios Por haberme permitido llegar hasta este punto y por darme salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi Madre que gracias a ella he llegado a ser una persona de bien, con sus consejos y ejemplos de perseverancia me motivaron a seguir luchando, y en especial gracias a su apoyo incondicional en el transcurso de mi vida y preparación académica.

INTERVENCIÓN DEL TERAPISTA RESPIRATORIO EN PACIENTE FEMENINO DE 63 AÑOS CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA POR COVID-19.

RESUMEN

El presente caso clínico es sobre Oxigenoterapia en paciente femenino de 63 años con insuficiencia respiratoria por COVID -19. El objetivo de la investigación será Identificar las manifestaciones clínicas de la Insuficiencia respiratoria aguda en pacientes mayores de 60 años.

Los resultados obtenidos durante la investigación fueron: la insuficiencia respiratoria aguda es una patología que produce la incapacidad de una buena respiración la misma que se va agravando en las personas mayores de 60 años.

La conclusión del caso clínico es que la enfermedad por mayor que sea siempre tendrá consecuencias y a pesar de todo se logro mantener al paciente con las técnicas apropiadas

Palabras claves: Insuficiencia respiratoria aguda, Coronavirus, Infección, Patologías, COVID-19, Manifestaciones clínicas.

ABSTRACT

This clinical case is about oxygen therapy in a 63-year-old female patient with respiratory failure due to COVID -19. The objective of the research will be to identify the clinical manifestations of acute respiratory failure in patients over 60 years of age.

The results obtained during the investigation were: acute respiratory insufficiency is a pathology that produces the inability to breathe properly, which is aggravated in people over 60 years of age.

The conclusion of the clinical case is that the disease, no matter how great it may be, will always have consequences and despite everything, it was possible to maintain the patient with the appropriate techniques.

Keywords: Acute respiratory failure, Coronavirus, Infection, Pathologies, COVID-19, Clinical manifestations.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación trata de responder a través del análisis de un caso clínico, como es la incidencia del COVID -19 la misma que es una enfermedad infecciosa provocada por el virus SARS-CoV-2. Coronavirus puede causar enfermedades que van desde un resfriado común hasta manifestaciones clínicas más severas como las observadas en el Síndrome respiratorio por el coronavirus de Oriente Medio (MERS) y el Síndrome espiratorio agudo grave (SARS). De igual manera notamos que esta enfermedad causa mayor daño y gravedad a las personas que tiene enfermedades catastróficas o enfermedad de base, la hipertensión arterial es una patología crónica en la que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, esta enfermedad no presenta unos síntomas claros y estos pueden tardar mucho tiempo en manifestarse. Sin embargo, constituye el factor de riesgo cardiovascular más prevalente.

También se puede tener presente que otra enfermedad de riesgo es la gastritis crónica la misma que consiste en una inflamación crónica de la mucosa del estómago que afecta inicialmente a áreas superficiales y glandulares de la mucosa, progresando a la destrucción glandular (atrofia) y metaplasia (el término metaplasia intestinal indica la conversión de las glándulas del estómago en otras parecidas a las del intestino delgado). Estas enfermedades hacen que la incidencia del COVID – 19 tome más relevancia en su forma de atacar y afectar al organismo y producir manifestaciones clínicas más severas y complicadas para los pacientes.

I. MARCO TEÓRICO

El virus SARS-CoV-2 es muy contagioso y se transmite rápidamente de persona a persona a través de la tos o secreciones respiratorias, y por contactos cercanos; las gotas respiratorias de más de cinco micras, son capaces de transmitirse a una distancia de hasta dos metros, y las manos o los fómites contaminados con estas secreciones seguido del contacto con la mucosa de la boca, nariz u ojos (Hung LS). Debido a que no hubo un aislamiento social a tiempo en China y luego en Italia y España, la enfermedad se esparció rápidamente a muchos países porque es muy contagiosa. Este nuevo virus tiene predilección por el árbol respiratorio, una vez que penetra genera una respuesta inmune anormal de tipo inflamatorio con incremento de citoquinas, lo que agrava al paciente y causa daño multiorgánico.

Es de la familia de los viejos virus coronavirus, dos de cuyas cepas antiguas causan la gripe común, pero en el 2003 surgió la primera mutación, el SARS que se inició en China, con más de 8 460 pacientes en 27 países y una letalidad de 10% (Hung LS), y luego en el año 2012 apareció otra cepa mutante de coronavirus en Arabia Saudita, el MERS-CoV, con más de 2499 enfermos y una letalidad del 37% (BMJ Best Practice).

Tipos de coronavirus

Pertencientes al orden Nidovirales y a la familia Coronaviridae, estos virus envueltos de tipo ARN se distinguen en 4 géneros: alfa, beta, delta y gamma; siendo los dos primeros quienes infectan a los humanos, provocando enfermedades que van desde un resfrío leve hasta infecciones severas como el MERS (BMJ Best Practice), y el SARS causantes de miles de muertes. De los siete coronavirus que afectan a humanos (HCoV), cuatro son endémicos en todo el mundo y generan síntomas de resfrío, siendo los tipos 229E y OC43 los responsables del resfrío común, mientras que los tipos NL63 y HKU1 también se le asocian a problemas respiratorios. En algunos casos pueden producir infección en vías respiratorias inferiores, incluso neumonía en pacientes vulnerables, adultos mayores o personas inmunocomprometidas.

CLÍNICA

El periodo de incubación se estimó entre 4 a 7 días, pero el 95% de los casos fue de 12 días, sin embargo, basados en otros estudios de casos de Europa, podría ser de 2 a 14 días. La gran mayoría (80%) de los casos son asintomáticos (pueden ser contagiosos) o tienen cuadros leves con malestar general y tos ligera, en tanto que el 15 por ciento hace un cuadro moderado con fiebre, tos seca persistente, fatiga, sin neumonía, y el 5 por ciento hacen cuadros severos, caracterizados por fiebre constante, tos, disnea severa, debido especialmente a la neumonía viral; daño cardiovascular, falla multiorgánica, y pueden fallecer entre 3 a 4% de los afectados.

Fases de evolución

En la primera semana (primera fase), el test de RTPCR nasofaríngea es positiva, y los anticuerpos (IgM, IgG) son generalmente negativos; en cambio en la denominada fase dos (denominada pulmonar), que se inicia a partir del día al 15, es la fase donde se complica con neumonía, presentándose signos de consolidación bilateral distribución periférica). RT-PCR positiva en vías bajas a través del lavado broncoalveolar, la serología IgM/IgG comienza a ser positiva a partir del 6 día. La tercera fase (inflamatoria), ocurre a partir del día 10 a 15, no se presenta en todos los casos, y cuando ello sucede, se da especialmente en mayores de 65 años y pacientes inmunodeprimidos o con otros factores de riesgo, produciéndose una desregulación con una respuesta inflamatoria exacerbada. En autopsias de algunos pacientes fallecidos en Italia, se vio que algunos presentaban trombosis venosas en diversas regiones como el pulmón y miembros inferiores.

Evolución

Normalmente el COVID-19 se presenta de forma leve o moderada y en una minoría, la forma grave (fiebre alta, >30 respiraciones/minuto, SpO2 300), la mortalidad en UCI en Wuhan fue de 61 por ciento (20). Entre los síntomas observados en los pacientes peruanos destacan: la tos seca, dolor de garganta, cansancio y fiebre. Entre las características de 138 pacientes hospitalizados

según la serie de Wang, la media de edad fue de 56 años, 75 varones, 46,4% tenían alguna comorbilidad: 31,2% hipertensión arterial, 14,5% enfermedad cardiovascular, 10% diabetes mellitus, 7% neoplasia, 3% enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), en este estudio se contagiaron 40 miembros de los equipos de salud, siendo los síntomas más frecuentes: fiebre, tos, fatiga, astenia, anorexia, mialgias, disnea, el 1-10% tuvo diarrea y náuseas (Reforma.).

TERAPIA

Con respecto al abordaje terapéutico se puede señalar que el manejo es básicamente sintomático y de sostén, no hay droga antiviral efectiva, ni cura alguna ; se han investigado varias drogas tanto in vitro como in vivo en varios ensayos, con diversos resultados, algunos eficaces y otros no, entre ellos se tiene al Lopinavir/ritonavir, Remdesivir, favipiravir, azitromicina, interferón, cloroquina/hidroxiclороquina, ivermectina, nitoxazanida, doxiciclina, tocilizumab, sarilumab, siltuximab, bevacizumad, plasma de convalecientes, ozono, células madre, óxido nítrico (Reforma.). De todas ellas en el Perú se ha recomendado el uso de algunas medicinas de manera individual y con el consentimiento informado únicamente para pacientes con enfermedad leve con ambulatorios con factores de riesgo (diabetes mellitus, hipertensión, etc.) y en hospitalizados (Reforma.).

LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA (IRA)

Es la incapacidad del sistema respiratorio de cumplir su función básica, que es el intercambio gaseoso de oxígeno y dióxido de carbono entre el aire ambiental y la sangre circulante, ésta debe realizarse en forma eficaz y adecuada a las necesidades metabólicas del organismo, teniendo en cuenta la edad, los antecedentes y la altitud en que se encuentra el paciente. (Morejón A.).

Entonces en la práctica, según Campbell: la insuficiencia respiratoria se define como la presencia de una hipoxemia arterial (PaO_2 menor de 60 mmHg), en reposo, a nivel del mar y respirando aire ambiental, acompañado o no de hipercapnia ($PaCO_2$ mayor de 45 mmHg). Denominaremos solo como hipoxemia cuando la PaO_2 se encuentre entre 60 y 80 mmHg¹, (Morejón A.) En

la atención prehospitalaria con guía de pulsioximetría, se pueden considerar que valores de Saturación de Oxígeno de 90% a 95%.

FISIOLOGÍA

Como consecuencia inicial en la insuficiencia respiratoria pueden presentarse alteraciones en el nivel de oxígeno (O₂) y/o de anhídrido carbónico (CO₂), esto se explica por qué dentro del sistema respiratorio podemos distinguir en primer término los pulmones y su circulación, que es donde se realiza el intercambio gaseoso, su alteración produce hipoxemia con normocapnia o hipercapnia y en segundo término a la bomba que lo ventila que comprende la pared torácica que incluye la pleura y el diafragma así como los músculos respiratorios y los componentes del sistema nervioso central y periférico, cuya disfunción produce hipoventilación que produce principalmente hipercapnea y en menor grado hipoxemia, además podemos identificar problemas en la vía aérea que pueden causar ambos tipos de situaciones (Morales JE).

. Describir la insuficiencia respiratoria como hipoxémica o hipercapnia provee alguna información acerca del déficit fisiológico que la produce, sin embargo, una mejor comprensión y reconocimiento de la fisiopatología, considerando individualmente cada uno de los componentes del sistema respiratorio que son requeridos para su funcionamiento fisiológico, nos permitiría una estrategia de diagnóstico y tratamiento (Rodríguez V).

.

1.1 JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo se realiza con la finalidad de dar a conocer mi caso clínico que es de gran relevancia y tiene mucha importancia porque habla de un tema que la sociedad está pasando ahora y es de conocimiento ver cómo afecta de manera grave a las personas que tienen enfermedades de base.

Este estudio tiene una gran relevancia porque queremos brindar la mayor información posible sobre esta patología la misma que con el pasar del tiempo se ha cobrado la vida de muchas personas porque no ha existido un tratamiento específico para combatir esta enfermedad, la misma que con su alto índice de mortalidad afecta en mayor proporción a personas adultas.

En este caso clínico se dictará y desarrollará un diagnóstico definitivo el mismo que ayudará a dar recomendaciones para que el paciente tenga una recuperación óptima y se hará un seguimiento para ver como mejora su estado de salud.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

Distinguir las patologías de la Insuficiencia respiratoria aguda en pacientes de 60 años y el uso correcto de técnicas terapéuticas ventilatorias.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la prevalencia del COVID -19 en las personas con enfermedades catastróficas.
- Conocer la incidencia del COVID -19 en las personas con patologías de insuficiencia respiratoria aguda.
- Reconocer las principales técnicas ventilatorias para pacientes con patologías respiratorias.

1.3 DATOS GENERALES

Raza: Mestizo

Sexo: Femenino

Nivel de Escolaridad: Secundaria Completa.

Fuente de historia: Indirecta

Dominancia: Diestro

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

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

MOTIVO DE CONSULTA

“paciente de 63 años que acude al centro hospitalario por tos, disnea, malestar corporal y alza térmica”.

ANTECEDENTES:

Patológicos personales:

VACUNAS: No vacunada para COVID – 19

ENF. CARDIACA: HIPERTENSIÓN ARTERIAL: desde hace 10 años, en tratamiento con micardis plus de 80/12.5 y concor de 2.5 tabletas, al día. Controles en toma de presión arterial en un consultorio médico.

ENF. DIGESTIVA: GASTRITIS CRÓNICA: desde hace 3 años, en tratamiento con omeprazol de 40 mg al día.

Patológicos familiares:

- Madre, hipertensión arterial

Quirúrgicos:

- Cesárea #1, la primera hace 26 años, la segunda hace 19 años.

Tóxicos: Ninguno

Antecedentes gineco-obstétricos:

- Preeclampsia, después de su segundo parto.

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

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente de 63 años de sexo femenino con antecedentes de hipertensión arterial, gastritis crónica, ingresa con cuadro clínico de 8 días de evolución caracterizado por malestar general, alza térmica no cuantificada, tos seca y disnea de moderados a mínimos esfuerzos, que exacerba hoy, ha recibido ciprofloxacino 500mg (2 días), amoxicilina+clavulanico 1g (2 días), rivaroxabán 10mg (2 días), hidroxiclороquina 400mg (2 días). El paciente que, a pesar de recibir tratamiento intradomiciliario o ambulatorio, no presenta mejorías, y en las últimas 4 horas se descompensa con exacerbación de sus síntomas, presentando mayor dificultad respiratoria, por lo que es internada de urgencia en el Hospital Luis Vernaza.

2.3. EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA).

SIGNOS VITALES

Fecha – Hora: 15/01/2021 21:27

Frecuencia Cardíaca: 68 Latidos/min

Tipo de Respiración: Normal

Frecuencia Respiratoria: 26 Latidos/min.

Ventilación Asistida: Si

Temperatura: 36°C

Lugar de la Toma: Axilar

Saturación de Oxígeno: 97%, Sin Oxígeno

FiO2: 50%

CONDICIONES GENERALES

Fecha – Hora: 15/01/2021 19:54

Aspecto General: Regular

Condición al Llegar: Vivo – Estable

Color de Piel: Pálido

Orientado en Tiempo: Si

Estado de Hidratación: Hipovolémico

Orientado en Persona: Si

Estado de Conciencia: Alerta

Orientado en Espacio: Si

Estado de Dolor: Sin Dolor

Posición corporal: Decúbito Dorsal

PRESIÓN ARTERIAL (mmHg):

Fecha – Hora	M/A	SISTÓLICA	DIASTÓLICA	PA MEDIA	LUGAR DE TOMA	POSICIÓN
15/01/2021 21:27	Manual	141	90	107	Miembro Superior Derecho	Decúbito Dorsal

PULSO (pul/min):

FECHA - HORA	VALOR	P/A	RITMO	LUGAR DE TOMA	INTENSIDAD
15/01/2021 21:27	68	Presente	Rítmico	Radial Derecho	Se palpa normal

A la inspección:

Cráneo normocéfalo, cabello buena implantación, no deformidades faciales, orejas bien implantadas. Cuello ancho, no masas ni pulsos visibles a nivel cervical. Tórax ancho, glándulas mamarias prominentes, se observa buena expansión de caja torácica. Extremidades superiores móviles, predominio de grasa parietal en brazos. Extremidades inferiores móviles y simétricas, con perímetros visiblemente aumentos.

A la palpación:

A nivel cervical, no masas ni adenopatías palpables, pulsos presentes. A nivel del tórax frémito perceptible, maniobras de expansión de la caja torácica normales.

A la percusión:

A nivel torácico se presenta elasticidad y expansibilidad disminuida

A la auscultación:

Presenta una taquipnea, murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares.

REVISIÓN POR SISTEMAS.

Órganos de los sentidos: normal.

Respiratorio: anormal. Taquipnea mala mecánica ventilatoria

Cardio vascular: normal.

Digestivo: normal.

Endocrino: normal.

Hemo linfático: normal.

Neurológico: normal.

EXÁMENES FÍSICO POR REGIONES

Piel – Faneras: Normal

Cabeza: Normal

Ojos: Normal

2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Biometría. -

EXAMEN	RESULTADO	RANGO DE REFERENCIA
Glóbulos blancos	17.95	4.40 – 10.00
Neutrófilos	16.51	2.00 – 8.00
Linfocitos	0.54	1.00 – 4.40
Monocitos	0.40	0.08 – 0.88
Eosinófilos	0.00	0.08 – 0.44
Basófilos	0.07	0.00 – 0.11
Neutrófilos %	92.0	50.0 – 70.0
Linfocitos %	3.0	25.0 – 40.0
Monocitos %	2.2	2.0 – 10.0
Eosinófilos %	0.0	1.0 – 4.5
Basófilos %	0.4	0.0 – 1.0
Recuento de G Blancos	4.96	3.90 – 5.60
Hemoglobina	14.6	12.6 – 16.4
Hematocritos	41.5	38.0 – 48.0
Volumen corpuscular medio	83.7	76.0 – 96.0
HB corpuscular media	29.4	28.0 – 33.0
Concent. HB corpuscular media	35.20	33.00 – 36.00
Ancho de distribución de G.R.C.V %	12.3	11.5 – 14.5
Plaquetas	319	150 – 450
Volumen medio plaquetario	10.4	8.4 – 12.4
Granulocitos inmaduros	0.43	0.00 – 0.03
Granulocitos inmaduros	2.4	0.0 – 0.4

Gasometría. – Los resultados establecieron que era una Alcalosis Respiratoria.

EXAMEN	RESULTADO	RANGO DE REFERENCIA
pH Sanguíneo	7.43	7.35 – 7.45
PCO ₂	33.60	35.00 – 45.00
PO ₂	94.40	80.00 – 95.00
HCO ₃	21.80	21.00 – 29.00
ctO ₂	18.60	21.00 – 30.00
BE	-1.80	-2.00 – 3.00
O ₂ sat	97.50	94.00 – 98.00

Química Sanguínea. -

EXAMEN	RESULTADO	RANGO DE REFERENCIA
Creatinina	0.84	0.50 – 1.30
Fosforo	3.3	2.7 – 4.5
Cpk	526	-167
Sodio	140.0	133.0 – 145.0
Urea	62.90	16.00 – 48.00
Myoglobina	209.70	25.00 – 58.00

TAC. – Hallazgos tomográficos pulmonares descritos altamente sugestivos en contexto clínico y epidemiológico actual con proceso infeccioso en relación a Neumonía por COVID-19.

F. Hisopado. – Los resultados fueron positivo para COVID – 19.

Electrocardiograma. – Los resultados fueron un EKG normal.

PCR CUANTITATIVA. -

EXAMEN	RESULTADO	RANGO DE REFERENCIA
PCR Cuantitativa	305.49	0.00 – 5.00

2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

Presuntivo. –

Insuficiencia Respiratoria no especificada.

Diferencial. -

Insuficiencia respiratoria Aguda.

Neumonía Inespecífica

COVID – 19

Edema Agudo de Pulmón

Definitivo. -

Neumonía Bacteriana No especificada.

Insuficiencia Respiratoria por COVID – 19, Virus no identificado.

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

El problema se originó cuando a la paciente en su casa se contagió del virus COVID – 19 el mismo que afectó a sus vías aéreas así provocándole una insuficiencia respiratoria, al momento de ingresar al hospital se le realiza una tomografía de tórax – exámenes de laboratorio – protocolo de pandemia – F hiposódica - A paracetamol 1G – U omeprazol 40MG IV.

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

Al comparar los valores presentados por el paciente frecuencia respiratoria 26 rpm, frecuencia cardíaca 68 lpm, temperatura 36°C, saturación de oxígeno 97%, con los valores normales, frecuencia respiratoria 30 rpm, frecuencia cardíaca 100 lpm, temperatura 37.5°C, y saturación 95% podemos verificar la existencia de una patología, la que debe ser atendida lo más rápido para evitar posibles complicaciones.

2.8. SEGUIMIENTO.

Luego de que se realizó un diagnóstico en el cual por la clara sintomatología y por los exámenes complementarios que se le realizó se estableció que la paciente de 63 años padecía de una Insuficiencia Respiratoria por COVID – 19. Previamente a iniciar con el tratamiento se controló el funcionamiento de todos los órganos del cuerpo humano, para proceder a colocar al paciente en ventilación mecánica porque sus bajos niveles de oxígeno. Al paciente se lo coloca en posición de pronación para tener una mejor ventilación de sus pulmones, al mismo tiempo se lo administraba medicamentos

FECHA EVOLUCIÓN: 15/01/2021

Signos vitales con presión arterial 141/90 MMHG temperatura 36°C, frecuencia cardíaca 68 por minuto; frecuencia respiratoria 26 por minuto; saturación de oxígeno 97% con mascarilla de no reinhalacion, examen físico. - campos pulmonares estertores secos en bases y campos medios, muidos cardiacos rítmicos y sin soplos. Abdomen blando depresible no doloroso neurológico orientada en tiempo y espacio, extremidades simétricas y sin edema. Id. Neumonía viral atípica insuficiencia respiratoria paciente valorado durante 30 minutos en área de emergencia cursa primeras horas de hospitalización. Se realiza tomografía de tórax con 80% de compromiso pulmonar y corads 5, en espera de resultados de laboratorios, se da pase a terapia intensiva.

FECHA EVOLUCIÓN: 16/01/2021**Hora: 00:42:40 ubicación: emergencia**

Examen clínico neurológico: bajo efectos de sedoanalgesia y relajación con fentanilo, sevoflurano y rocuronio rass -5. Pupilas isocóricas hipo reactivas. Cardiovascular: hemodinamicamente sin requerimiento vasopresor normotensa, PA: 140/70 MMHG adecuada perfusión periférica. HB: 14.6 HTO: 41.5 PLAQ: 319.000. Respiratorio: acoplada a VMI modo VCAC con PP: 48 a 7 ML/KG. FR: 20. VT: 340. PEEP: 10. FIO2: 408 en posición prono saturando 978. CST: 33. DP: 13. Abdomen globuloso por panículo adiposo. Es presentes. Medio interno: ionograma sin alteraciones. Hiperglicemia a su ingreso 290 mg/ul se realiza corrección renal diuresis conservada por sonda vesical 100 ml/hr. Azoados normales 17.9 neutros: 321 por: 305 PQT: 0.27. Se indica ATB piperacilina + tazobactam previo pan cultivos. Leucocitos: tiempo de valoración: 120 minutos tiempo de información 30 minutos id: sdras severo por SARS COV 2 recibimos paciente con Glasgow 14/15. Hemodinamia estable respirando por mascarilla de reservorio a 12 lts x min en insuficiencia respiratoria amerita intubación endotraqueal de emergencia. Paciente con vía aérea difícil. Mallapantti IV. Requiere traqueostomía percutánea de emergencia realizada sin complicaciones, hipoxémica, amerita ventilación en prono. Actualmente bajo sedoanalgesia con sevoflurano, fentanilo y rocuronio, hemodinamia estable. Acoplado a VMI con presiones de la vía aérea normales. CST: 33. DP: 12. Pulmón restrictivo. No se evidencian otros fallos asociados. Se toman pancultivos y se inicia Piperacilina + Tazobactam previa toma de cultivos.

FECHA EVOLUCIÓN: 16/01/2021.- hora: 01:13:40 ubicación: emergencia

Paciente con requerimiento de sedoanalgesia profunda. De rass-5 por SDRA severo y ventilación prono. No se logra con Propofol, fentanilo, se solicita 1 kit de sedación anaconda para sedación con sevoflurano para lograr rass -5, se descarga 1 kit de sedación anaconda paciente con requerimiento de sedoanalgesia profunda.

FECHA EVOLUCIÓN: 16/01/202.- hora: 12:59:02 ubicación: emergencia

Examen clínico neurológico: bajo efectos de sedoanalgesia y relajación con fentanilo, sevoflourano y rocuronio rass -5. Pupilas isocóricas hiporreactivas. Cardiovascular: hemodinamicamente sin requerimiento vasopresor normotensa. PA: 140/70 MMHG adecuada perfusión periférica. HB: 14.6. HTQ: 41.5. PLAQ: 319.000. Respiratorio: acoplada a VMI modo VCAC con PR: 48 a 7 ml/kg. FR: 20. VT: 340. PEEP: 10. FIO2: 40% en posición prono saturando 97%. CST: 33. DP: 13. Abdomen globuloso por panícula adiposo. RSHS presentes. Medio interno: ionograma sin alteraciones. Hiperglicemia a su ingreso 290 mg/dl se realiza corrección. Renal: diuresis conservada por sonda vesical 100 ml/hr. Azoados normales. Infeccioso: afebril. Leucocitos: 27.9 neutros: 528. PCR: 305. POT: 0.27. Se indica atb piperacilina tazobactam previo pancultivos tiempo de valoración: 120 minutos tiempo de información: 30 minutos ID: SDRÁ severo por SARS COV 2 paciente de sexo femenino de 63 años que cursa internación por SDRÁ severo por SARS COV 2, intercorre con dificultad en la intubación y requerimiento de traqueotomía de emergencia, actualmente presenta debito porraceo por sng se indica protección gástrica con bic de omeprazol y se suspende enoxaparina. Laboratorio de control no muestra caída de htco, permanece bajo sedoanalgesia y relajación con objetivo de RASS-5 adaptado a ARM en modo VCV hemodinamicamente compensado con bajas dosis de noradrenalina, en tratamiento atb con tazobactam basta resultados de cultivos.

Hora 18:01:22 ubicación: emergencia. Especialidad: hematología

Paciente con mala mecánica ventilatoria Rs Cs: taquicárdicos Cs Ps: estertores en ambas bases pulmonares. abdomen: depresible, no doloroso. extremidades: simétricas tiempo de atención: 1 hora. Femenino de 63 años con Dx. De INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA + NEUMONÍA VIRAL ATÍPICA SARS COV 2. En laboratorios persiste parámetros de inflamación.

HORA: 21:15:26 ubicación emergencia. Especialidad: hematología

Paciente al momento en condiciones de vulnerabilidad. Paciente con evidente mala mecánica ventilatoria. Paciente con uso de musculatura accesoria, y con

tiraje intercostal. Paciente con alteración de la FRECUENCIA RESPIRATORIA: 38 respiraciones por minuto y con saturación de 90%. En TC Tórax alta resolución se evidencia patrón de aumento de la atenuación pulmonar bilateral multifocal tipo vidrio esmerilado sugestivo de proceso infeccioso atípico de probable etiología viral. Hallazgos altamente sugestivos de neumonía por COVID - 19 (CORADS 5). TIEMPO DE ATENCIÓN 1 HORA. Femenino de 63 años de INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA NEUMONÍA VIRAL ATÍPICA SARS-COV-2. En laboratorios persiste parámetros de INFLAMACIÓN. Por el estado clínico delicado médicos del área de EMERGENCIA realizan IC al servicio de Hematología y Medicina transfusional para poder hacer uso de terapia con PLASMA CONVALECIENTE (uso de plasma de paciente que resulto positivo para COVID – 19 pero, que se encuentra asintomático). Este tratamiento se lo colocara el día 16 de enero 2021.

FECHA EVOLUCIÓN: 17/01/2021

Hora: 11:38:54. ubicación Mega UCI PISO 2

Neurológico: Bajo y relajación con fentanilo, sevoflurano y rocuronio RASS – 5 pupilas isocóricas hiporreactivas. Cardiovascular: hemodinamicamente sin requerimiento vasopresor normotensa. PA: 125/75 10 acoplada a vmi modo asistido por volumen prono saturando 97%. Pafi mayor de 300 se decide supinar pafi 305 277-245 ventilación mecánica digestivo: rshs presentes, metabólico: electrolitos y glicemia normal renal: diuresis conservada por sonda vesical ml/hr. Azoados normales infeccioso: afebril. Con atb piperacilina tazobactam previo pancultivos tiempo de valoración 120 minutos tiempo de información: 30 minutos 10: SDR severo+ neumonía por SARS COV 2 paciente que cursa el 2 DO día de hospitalización, anestesiado con sevoflurano, analgesiado con fentanyl, hemodinamicamente estable a través de traqueostomía. Pronada ya 48 hora por lo que se supina pafi 305- 277 -245 metabólicamente electrolitos normales, función renal normal, con atb con piperacilina más tazobactam en espera de cultivos.

Hora: 16:56:38 ubicación: mega uci piso 2 sec. Especialidad: terapia intensiva

Se solicita kit 2 de anaconda tiempo de valoración: 120 minutos tiempo de información: 30 minutos id: SRDA severo+ neumonía por SARS COV 2 se solicita kit 2 de anaconda

FECHA EVOLUCIÓN: 18/01/2021

Hora: 10:29:00 ubicación: mega uci piso 2 sec. Especialidad: gastroenterología

Bajo sedoanalgesia en vmi sdra severo+ neumonía por SARS COV 2 hda en estudio. Tiempo de valoración: 20 minutos.

Hora: 13:47:48 ubicación: mega uci piso 2 sec. Especialidad: Terapia Intensiva

Neurológico: con fentanilo, sevoflourano rass -5. Pupilas isocóricas hiporreactivas. Cardiovascular: PA: 140/75 mmg FC: 84 lpm FC: 6:38 neutropellos: 72.4%. Plaquetas: 262000 respiratorio: vmi modo a/c por volumen supino saturando 938. Pafi de 208 digestivo: rshs presentes metabólico: electrolitos y glicemia normal renal: diuresis conservada por sonda vesical 1300 ml/h azoados normales. Infeccioso: afebril. con atb piperacilina tazobactam previo pancultivos tiempo de valoración: 120 minutos tiempo de información: 30 minutos 10: sdra severo neumonía por SARS COV 2 paciente que cursa 3 día de hospitalización al momento con rass: -5 bajo efectos de sedación, se suspende relajación y presenta calda de la relajación por lo que se inicia nuevamente relajación, hemodinamicamente sin soporte vasopresor, en ventilación mecánica modo a/c por volumen ultima pafi02:208, no alteración de electrolitos, función renal conservada, hoy se realiza video endoscopia alta por sangrado digestivo, se evidencia gastritis erosiva en antro gástrico, no signos de sangrado activo. No ha presentado registros de leucocitosis, con esquema de piperacilina/tazobactam con esquema de pipertazo desde el 16/01/2021.

Hora 15:11:20 ubicación: mega uci piso 2 sec. Especialidad: cirugía plástica y reconstruct.

Neurológico: con fentanilo. Sevoflourano rass-5. Pupilas isocóricas hiporreactivas cara: presenta ulcera por presión con escara que compromete epidermis y dermis de bordes sangrantes en dorso y punta nasal. Cardiovascular: PA: 140/75 mg. FC: 84 lpm. FC: 6.38 neutrófilos: 12.4 plaquetas: 262000 respiratorio: vmi modo a/c por volumen supino saturando 93%. Fafi. Digestivo rshs presentes. Metabólico: electrolitos y glicemia normal renal: diuresis conservada por sonda vesical 1300 ml/br azoados normales infeccioso: afebril. Con atb piperacilina tazobactam previo pancultivos paciente presenta ulcera por presión con escara que compromete epidermis y dermis de bordes sangrantes en dorso y punta nasal. Se decide curación cada 6 horas con iruxol y limpieza diaria hasta lograr delimitación de la misma y contracción de bordes de herida. Tiempo de valoración 60 min.

FECHA EVOLUCIÓN: 19/01/2021

Hora: 11:20:05 ubicación: mega uci piso 2 sec. especialidad: cirugía plástica y reconstruct

Se realiza seguimiento de lesiones en cara: presenta ulcera por presión con escara que compromete epidermis y dermis de bordes sangrantes en dorso y punta nasal. Bordes sangrantes, escasamente delimitado paciente presenta ulcera por presión con escara que compromete epidermis y dermis de bordes sangrantes en dorso y punta nasal. Se decide curación cada & horas con iruxol y limpieza diaria basta lograr delimitación de la misma y contracción de bordes de herida se dará seguimiento periódico por nuestro servicio tiempo de valoración 60 min.

Hora: 13:33:09 ubicación: mega uci piso 2 sec. Especialidad: terapia intensiva

Anestesiado con sevofluorano se solicita kit 2 de anaconda tiempo de evolución 120 minutos id: sdra severo neumonía por SARS COV 2 paciente con sedación se requiere kit 2 de anaconda.

FECHA EVOLUCIÓN: 20/01/2021

Hora: 11:16:05 ubicación: mega uci piso 2 sec. especialidad: terapia Intensiva.

Neurológico: Raas: -5, pupilas reactivas isocóricas, en sedación con sevoflurano inhalado mediante dispositivo anaconda. Respiratorio en ventilación mecánica modo a/c por volumen FR: 20. VT: 350ml. Flujo: 30. Pausa insp: 0.5. Peep:10. Fio: 45. Renal: urea: 54. Creatinina: 0.24 electrolitos: NA: 14a. K:4.6. CL:106 infeccioso: leucocitos :9080. Neutro: 78%. Linfo:3.3 tiempo de valoración; 120 minutos tiempo de información: 30 minutos ID: SDRA severo+ neumonía por SARS COV 2 paciente que cursa 5 días de hospitalización al momento bajo los efectos de sedagalgnesia y relajación con sevoflurano inhalado mediante dispositivo anaconda, con rass-5, hemodinamicamente con soporte vasopresor, norepinefrina a 0.0mcg/kg/min sin alteración de la macho o microhemodicamente, en ventilación mecánica, modo a/c por volumen en decúbito prono por segunda ocasión cursa ya 20 horas, ultima paFi 02: UE 208 cumpliendo objetivos de ventilación protectiva, función renal conservada con diuresis espontanea de 2350 en 245 horas, no alteración de electrolitos, no ha presentado registros febriles con leucotis en tendencia la descenso y con esquema de piperacilina tazobactam en espera de resultados de cultivos tomados al ingreso. Continua con lesión en piel de la nariz por el decúbito prono, se coloca iruxzol y se cubre con gasa vaselinadas de rota la cabeza para evitar la presión prolongada.

FECHA DE EVOLUCIÓN: 21/01/2021

Hora: 11:01:33 ubicación: mega uci piso 2 sec. Especialidad terapia intensiva.

Neurológico: rass -5. Pupilas isocóricas hiporreactivas cardiovascular: PA: 163/98 100g FC: 87 lpm. Plaquetas: 262000. Respiratorio: vmi modo a/c por volumen supino saturando 93%, pafi de 166 digestivo: rshs presentes metabólicos electrolitos NA: 14a. K: 4.7. CL: 107 y glicemia 168 renal: diuresis conservada azoados normales, Urea: 55 crea: 0.61 infeccioso: afebril. Con atb

piperacilina + tazobactam previo pancultivos. Tiempo de valoración: 120 minutos tiempo de información: 30 minutos id: sdra severo+ neumonía por SARS COV 2.

Hora: 13:31:46 ubicación: mega uci piso 2 sec. especialidad: cirugía Plástica y reconstruct.

Paciente que curso prono hace 24 horas por condiciones clínicas. Actualmente en decúbito supino se realiza seguimiento de lesiones en cara: presenta ulcera por presión con escara que compromete epidermis y dermis de bordes sangrantes en dorso y punta nasal. Bordes sangrantes, escasamente delimitado paciente presenta ulcera por presión con escara que compromete epidermis y dermis de bordes sangrantes en dorso y punta nasal. Se decide curación cada 6 horas con iruxol y limpieza diaria hasta lograr delimitación de la misma y contracción de bordes de herida se dará seguimiento periódico por nuestro servicio tiempo de valoración 60 min.

FECHA EVOLUCIÓN: 22/01/2021

Hora: 07:09:10 ubicación: mega uci piso 2 sec. especialidad: terapia intensiva.

Neurológico: sedación con midazolam fentanilo y relajación con rocuronio rass 5. Pupilas isocorias hiporreactivas. Cardiovascular: PA: 155/66 mmhg FC: 87 lpm. Plaquetas: 248000 respiratorio: vmi modo a/c por volumen supino, saturando 94%. Pafi de 167. VT: 350 FR: 20. Flujo: 35. PEEP: 8. FIO: 50% presión plateau: 23. Pmax:28 digestivo: rshs presentes metabólico: electrolitos. NA: 147. K: 3.9. CL: 109 y glicemia 168. renal: diuresis conservada azoados normales. Urea: 70 crea: 0.34 infeccioso: febril. Meropem vancomicina previo pancultivos. Tiempo de valoración: 120 minutos tiempo de información: 30 minutos id: sura severo+ neumonía por SARS COV 2 paciente que cursa 7 días de hospitalización al momento bajo efectos de sedaoanalgesia y relajación, hemodinamicamente con soporte vasopresor, norepinefrina a 0, 08mcg/kg/min, en ventilación mecánica modo a con por volumen con valores de presiones pulmonares en rango para ventilación protectora sin embargo paciente que interccure ya con dos periodos de prono, y al momento ya en 24 horas en supino con deteriore de la oxigenación, con elevación de leucocitos, fiebre y cambios en

las secreciones traqueales, se considera choque séptico de foco pulmonar, se policultiva paciente y se inicia meropenem, vancomicina y se considera colistin, por días de hospitalización antecedentes de antibioticoterapia, corticoides, y flora microbiana del área con sospecha de gérmenes multi dorgoresistentes, función renal conservada, no alteración de electrolitico, paciente en condiciones clínicas críticas con probabilidades de fallecer, se informa a los familiares.

FECHA EVOLUCIÓN: 23/01/2021

Hora. 18:40:37 ubicación: mega uci piso 2 sec. Especialista: Terapia Intensiva.

Se prescribe colistin paciente en choque distributivo por sepsis de foco pulmonar, con estancia hospitalaria de 7 días y de 6 días en ventilación mecánica, previamente con antibioticoterapia, presenta descompensación hemodinámica y signos de sepsis, se considera microbiota local, multidrogoresistente se indica colistina y se solicita interconsulta con infectología para continuar seguimiento por especialidad.

Hora: 09:47:27 ubicación: mega uci piso 2 sec. Especialidad terapia intensiva

Examen clínico neurológico: sedación con midazolam fentanilo y relajación con rocuronio Rass-5. Pupilas isocorias hiporreactivas. Cardiovascular: hipotensión. Hemodinamicamente inestable con alto requerimiento de soporte vasopresor persistiendo Hipotensión. Respiratorio: vmi modo a/c por volumen supino. Saturando 91%. Modo prvc. Fio2: 50%. VT: 380. FR: 22. PEEP: 10. PAFI: 198. PMAX: 30. Digestivo: RSHS presentes. Metabólico: NA: 152. K: 3.5 CL: 116. Mg: 2.54. Renal: urea: 55, creatinina: 0,94. Infeccioso: febril. Recibe esquema meropenem. Se añadió colistina ante sospecha de germen multidrogoresistente. Valoración: 120 minutos tiempo de información: 30 minutos. ID: SDRA severo neumonía por SARS COV 2 paciente que cursa 8 días de hospitalización al momento bajo efectos de sedaoanalgesia y relajación alto soporte vasopresor. Persiste hipotensión, con signos de hipoperfusión periférica acoplada a VMI con presiones de la vía aérea elevadas. Pulmón restrictivo. En shock séptico recibe

esquema meropenem colistina. Paciente en condiciones clínicas críticas, con probabilidades de fallecer, se informa a familiares.

FECHA EVOLUCIÓN: 24/01/2021

Hora: 04:57:55. Ubicación: mega uci piso 2 sec. Especialidad terapia intensiva

Paciente se mantiene en estado crítico. Hemodinamicamente inestable a pesar de soporte vasopresor altas dosis persistiendo hipotensión. Mala perfusión periférica. Gradiente térmico distal acoplada a VMI hipoxémica con presiones de la vía aérea elevadas. Realiza parada cardiaca en asistolia. Se realizan maniobras de RCP avanzado durante 30 minutos sin retorno de circulación espontánea. Se comunica a familiares.

2.9. OBSERVACIONES

La paciente falleció después de 9 días de haber estado internada dentro del Hospital por el virus COVID – 19 el mismo que atacó directamente a sus pulmones también presentó enfermedades de base las mismas que al momento de ser tratadas dentro del área de UCI, la paciente estuvo expuesta a gérmenes que condicionaron su estado de salud y empeoraron los síntomas que ya presentaba a pesar de haber realizado todos los procedimientos no se logró un resultado positivo.

CONCLUSIÓN

Por eso el COVID-19 puede producir una afección grave en el sistema cardiovascular. Los pacientes con factores de riesgo cardiovascular o con una enfermedad cardiovascular subyacente son poblaciones particularmente vulnerables, con un riesgo muy elevado de sufrir complicaciones y muerte. Sin embargo, se ha tenido que asistir a dichos pacientes con una evidencia científica inexistente o muy escasa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hung LS. The SARS epidemic in Hong Kong: what lessons have we learned? J R Soc Med. 2003; 96(8):374-8. doi: 10.1258/jrsm.96.8.374.
- BMJ Best Practice. Visión general de los coronavirus. Londres: BMJ Publishing Group; 2018. (Citado el 15 de abril del 2020).
- Reforma. Panorama al día: Covid-19. Ciudad de México: Seguridad en América; 12 de abril del 2020. (Citado el 15 de abril del 2020).
- Reforma. Panorama al día: Covid-19. Ciudad de México: Seguridad en América; 12 de abril del 2020. (Citado el 15 de abril del 2020).
- Morejón A., Quintero Y., Moreno J. y Col., Insuficiencia Respiratoria Aguda, Revista de las Ciencias de la Salud de Cien fuegos 2006, 11 N° Especial 1, 70-75.
- Rodríguez V. Emergencias Respiratorias en Medicina de Emergencia Prehospitalaria, Sociedad Venezolana de emergencias. Capítulo IV, 44-46.
- Morales JE, Barbera Mir, Insuficiencia Respiratoria: concepto, fisiopatología y clasificación, MEDICINE Clínica Actual, 2002, 08, N°74, 3983 – 3988, www.db.doyma.es.

Identificación: 000092064
Tipo Paciente: PRIUADO
 Habitación:

DA LOS DEL PACIENTE
MARCHENO GUANO, MAU ANITA DE JESUS

Nombre: MARCHENO GUANO, MAU ANITA DE JESUS
Código de Identificación: CC
Tipo de Identificación: CC
Sexo: Femenino
Emergencia: C. SOTO MAYOR
Emergencia: C. SOTO MAYOR TRIAG

Fecha de Nacimiento: 18/01/2021 01:28

Medicina Clínica: EMERGENCIA - C. SOTO MAYOR
Servicio: EMERGENCIA - C. SOTO MAYOR
Ubicación: EMERGENCIA - C. SOTO MAYOR
Responsable: EMERGENCIA - C. SOTO MAYOR

Extracción: EMERGENCIA - C. SOTO MAYOR

Diagnóstico: EMERGENCIA - C. SOTO MAYOR

Nombre: MARCHENO GUANO, MAU ANITA DE JESUS
Código de Barras: EMERGENCIA - C. SOTO MAYOR
Subtipo de Problema: EMERGENCIA - C. SOTO MAYOR
NETO A PALGAR PROF

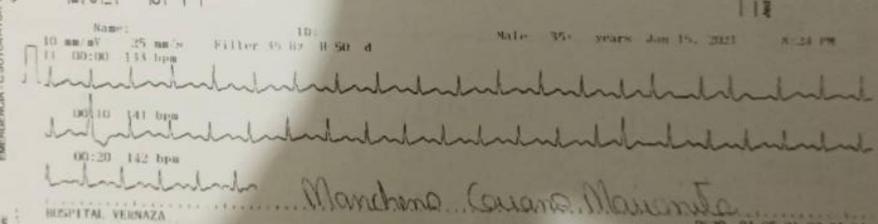
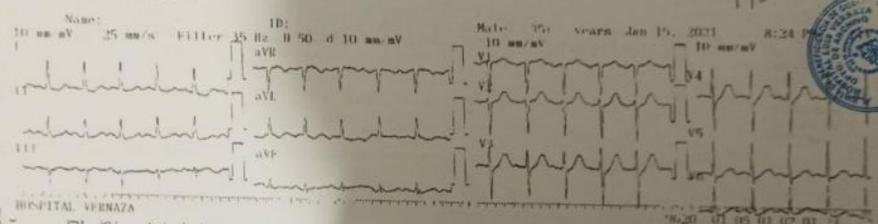
Fecha de Salida: EMERGENCIA - C. SOTO MAYOR
MOTIVOS DE SALIDA: EMERGENCIA - C. SOTO MAYOR
DESCRIPCIÓN: EMERGENCIA - C. SOTO MAYOR

Nombre: EMERGENCIA - C. SOTO MAYOR
Firma: EMERGENCIA - C. SOTO MAYOR

Nombre: EMERGENCIA - C. SOTO MAYOR
Firma: EMERGENCIA - C. SOTO MAYOR

Nombre: EMERGENCIA - C. SOTO MAYOR
Firma: EMERGENCIA - C. SOTO MAYOR

Nombre: EMERGENCIA - C. SOTO MAYOR
Firma: EMERGENCIA - C. SOTO MAYOR



Manchano Guano, Maucanta

HOSPITAL VERNAZA

HOSPITAL VERNAZA

HOSPITAL VERNAZA

HOSPITAL VERNAZA



Nombre: EMERGENCIA - C. SOTO MAYOR
Firma: EMERGENCIA - C. SOTO MAYOR

Nombre: EMERGENCIA - C. SOTO MAYOR
Firma: EMERGENCIA - C. SOTO MAYOR

Nombre: EMERGENCIA - C. SOTO MAYOR
Firma: EMERGENCIA - C. SOTO MAYOR

Nombre: EMERGENCIA - C. SOTO MAYOR
Firma: EMERGENCIA - C. SOTO MAYOR

Nombre: EMERGENCIA - C. SOTO MAYOR
Firma: EMERGENCIA - C. SOTO MAYOR

Nombre: EMERGENCIA - C. SOTO MAYOR
Firma: EMERGENCIA - C. SOTO MAYOR

Document Information

Analyzed document	CASO CLINICO RICARDO.docx (D142282181)
Submitted	7/21/2022 11:22:00 PM
Submitted by	
Submitter email	rallan026@fcs.utb.edu.ec
Similarity	4%
Analysis address	onaranjop.utb@analysis.orkund.com

Sources included in the report

SA	UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO / CASO CLINICO MICHELD DIAZ CUADRO.docx	 1
	Document CASO CLINICO MICHELD DIAZ CUADRO.docx (D112602531)	
	Submitted by: ddiaz458@fcs.utb.edu.ec Receiver: walle.utb@analysis.orkund.com	
SA	UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO / Caso Clinico Karem Marianella Villamar Garcia..docx	 2
	Document Caso Clinico Karem Marianella Villamar Garcia..docx (D78421392)	
	Submitted by: kvillamar@fcs.utb.edu.ec Receiver: smartinez.utb@analysis.orkund.com	
SA	UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO / INTERVENCIÓN DEL TERAPISTA RESPIRATORIO EN PACIENTE MASCULINO DE 54 AÑOS CON EDEMA AGUDO DE PULMÓN.docx	 1
	Document INTERVENCIÓN DEL TERAPISTA RESPIRATORIO EN PACIENTE MASCULINO DE 54 AÑOS CON EDEMA AGUDO DE PULMÓN.docx (D142087740)	
	Submitted by: jcaicedo167@fcs.utb.edu.ec Receiver: mroldan.utb@analysis.orkund.com	
SA	UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO / Urkund-GAMARRA ARAGUNDII.docx	 2
	Document Urkund-GAMARRA ARAGUNDII.docx (D78432590)	
	Submitted by: karlagamarraaragundi@gmail.com Receiver: chidalgo.utb@analysis.orkund.com	