



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**



**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN TERAPIA RESPIRATORIA**

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO

**TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO ASOCIADO A UNA DIFICULTAD
RESPIRATORIA SEVERA EN PACIENTE MASCULINO DE 23 AÑOS DE EDAD.**

AUTORA

YOSSELIN TATIANA FAJARDO JAÑA

BABAHOYO-LOS RÍOS-ECUADOR

2017



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**



TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

**MED. ANGEL CABALLERO CARRALERO, MSC.
DECANA O DELEGADO (A)**

**QF. MAITE CECILIA MAZACON MORA, MSC.
COORDINADOR DE LA CARRERA O DELEGADO (A)**

**DR. ALEX ENRIQUE DIAZ BARZOLA, MSC.
COORDINADOR GENERAL DEL CIDE O DELEGADO**

**AB. VANDA YADIRA PARAGUNDI HERRERA
SECRETARIA GENERAL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA



AGRADECIMIENTO

Agradezco indiscutiblemente a Dios por guiarme en todo momento de mi vida iluminándome con sabiduría e inteligencia para culminar mi carrera con éxitos.

A mi esposo por brindarme su apoyo y comprensión durante esta larga carrera estudiantil, por sus palabras de aliento y cariño que me impulsaron a continuar con mis estudios.

A mi madre y mis hermanas quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo incondicional depositando su entera confianza en cada reto que se me ha presentado sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad.

Como no agradecer también a mis docentes a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias por sus enseñanzas y sabidurías, que nos han transmitido durante todos estos años de estudios.

Yosselin Fajardo



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**



DEDICATORIA

Dedico este Trabajo a Dios por darme salud, sabiduría y la fuerza para culminar mi carrera, a mi esposo que siempre me ha mostrado su cariño y me ha brindado su total apoyo, a mi madre y hermanas que son los pilares fundamentales en mi vida, quienes han sabido impulsarme para ser mejor cada día.

Gracias

Yosselin Fajardo



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**



CAPITULO I

1. TITULO

**TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO ASOCIADO A UNA DIFICULTAD
RESPIRATORIA SEVERA EN PACIENTE MASCULINO DE 23 AÑOS DE EDAD.**



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA



INDICE

PORTADA	
TRIBUNAL DE SUSTENTACION.....	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
CAPITULO I.....	
1. TITULO	V
2. INTRODUCCIÓN.....	7
3. MARCO TEÓRICO	8
4. JUSTIFICACIÓN.....	18
5. OBJETIVOS.....	19
6. DATOS GENERALES.....	19
CAPITULO II.....	
7. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	20
7.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA	20
7.2 HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.....	20
7.3 ANAMNESIS.....	21
8. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA.....	22
9. EXPLORACIÓN CLÍNICA	23
10. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PREVIO ANÁLISIS DE DATOS.....	24
11. CONDUCTA A SEGUIR.....	24
12.INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	24
13. SEGUIMIENTO	25
14. OBSERVACIONES.....	25
CAPITULO III.....	
15. CONCLUSIONES	26
CAPITULO IV.....	
16 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27
17. ANEXOS.....	29



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**



2. INTRODUCCION

“El traumatismo craneoencefálico es una lesión traumática producida sobre la bóveda craneal. Esta patología incluye contusiones simples, fracturas craneales, edema cerebral, hemorragias intra o extraparenquimatosas y dificultad respiratoria severa producidas por algún tipo de accidente”. (Villar, 2015)

Por lo tanto, el presente estudio de caso clínico se realizó con la finalidad de aplicar el proceso de cuidado de Terapia Respiratoria en un paciente masculino de 23 años de edad que se recibe en emergencia con trauma craneoencefálico con pérdida de la conciencia por hematoma epidural, cianosis distal y peribucal, quejidos espiratorios sin mas sintomatología, es traído por familiares.

Los signos vitales indican FC: 80X', FR: 26X', TA: 110/70, TC: 37°C, SAT.O2: 80%, GLASGOW: 8/15.

En la auscultación presenta movilización de secreciones en ambos campos pulmonares.

Estos datos se utilizaron para el descubrimiento e indagación del diagnóstico asociado a un traumatismo craneoencefálico mas dificultad respiratoria severa, ya que es un paciente crítico que hay que intubarlo y conectarlo a una maquina de ventilación mecánica asegurando la permeabilidad de las vías aéreas con el objetivo de salvarle la vida al paciente brindándole el cuidado necesario que este tipo de patología necesita logrando conseguir ventilación y estabilidad hemodinámica, diagnostico y cirugia inmediata de lesiones, descartar y tratar las lesiones asociadas que amenazan la vida del paciente.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**



3. MARCO TEORICO

TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO

DEFINICIÓN

El traumatismo craneoencefálico puede definirse como cualquier lesión física o deterioro funcional de contenido craneal secundario a un intercambio brusco de energía mecánica. Esta definición incluye a todas aquellas causas externas que pudiesen causar conmoción, contusión, hemorragia o laceración del cerebro, cerebelo y tallo encefálico. (Rozman F. , 2012)

CLASIFICACIÓN

Clasificamos el traumatismo craneoencefálico (TCE) según la gravedad en:

- Grado I ó TCE leve (GCS 14-15): Paciente alerta y orientado, sin déficit neurológico. Puede haber fractura, amnesia postraumática ó pérdida de conciencia.
- Grado II ó TCE moderado (GCS 13-9): Disminución del nivel de conciencia leve (con respuesta a órdenes simples) o alerta con déficit neurológico. Puede haber fractura, amnesia postraumática ó pérdida de conciencia.
- Grado III ó TCE grave (GCS 3-8): Disminución importante del nivel de conciencia (sin respuesta a órdenes verbales). (Rodriguez D. , 2015)



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA



La escala de Glasgow (GCS) se utiliza para cuantificar la gravedad del paciente; está compuesta por la exploración y cuantificación de tres parámetros: la apertura ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora. La puntuación obtenida para cada uno de los tres se suma, con lo que se obtiene el puntaje total. El valor más bajo que puede obtenerse es de 3, y el más alto es de 15. (Murillo, 2009)

SÍNTOMAS

Los síntomas dependen del tipo de traumatismo craneoencefálico, de la parte del cerebro que esté afectada y de la gravedad de la lesión.

Con un traumatismo cerebral leve el paciente puede permanecer consciente o puede perder el conocimiento durante unos segundos o minutos.

Una persona con un TCE moderado o grave puede tener un dolor de cabeza que no desaparece, vómitos repetidos, náuseas, convulsiones, incapacidad para despertar, dilatación de una o ambas pupilas, dificultad para hablar, afasia (dificultad para encontrar palabras), disartria (debilidad muscular que causa trastornos del habla), debilidad o entumecimiento en las extremidades, pérdida de coordinación, confusión, inquietud o agitación. (Mendez, 2016)

DIAGNÓSTICO

"El diagnóstico del TCE es clínico y se basa en gran medida en la historia obtenida del paciente y de cualquier testigo. Los diagnósticos con presentaciones similares incluyen convulsiones, síncope, intoxicaciones, la ansiedad y otros trastornos psiquiátricos". (Medina, 2015) Existen varios criterios clínicos orientados al diagnóstico de TCE.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA



La evaluación radiológica inicial es la misma que para cualquier paciente con trauma: radiografía (Rx) de tórax, de pelvis y de columna cervical. El estudio de neuroimagen de elección en el TCE es TAC de cabeza sin. No todos los paciente con TCE necesitan un TAC, estos dependerá del mecanismo de lesión, de la gravedad del TCE y de los antecedentes del paciente. (Alvarez, 2013)

TRATAMIENTO DEL TCE MODERADO Y GRAVE:

A todos los pacientes con trauma craneal moderado o grave se les realizará urgente una TAC craneal, RX simple de cráneo, cuello, tórax, abdomen y pelvis, además de un (ecofast) urgente para descartar un posible hemotorax, neumotórax o hemonemotórax que en general suelen aparecer por algún tipo de traumatismo del parénquima pulmonar. Por lo que estos pacientes deben permanecer en observación hasta que recuperen un buen nivel de conciencia. Debe repetirse la TAC craneal a las 12 horas si el paciente no ha recuperado una puntuación en la ECG de 14 o 15 o en cualquier momento si el paciente presenta un deterioro neurológico. (Jimenez, 2013)

En caso de que el paciente presente hemorragia intracraneal o lesiones focales en la TAC craneal deberá consultarse con el neurocirujano de guardia.

El manejo de los pacientes con TCE severo debe realizarse en una UCI, donde se estabilizará al paciente intubación, estabilización hemodinámica y sedación. (Franquelo, 2012)



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**



LESIONES CEREBRALES SECUNDARIAS DE CAUSA SISTÉMICA

Se desarrolla posterior al trauma y de forma indirecta. Pueden ser las previamente referidas en que la causa está en el propio cerebro, pero también puede haber causas sistémicas que ocasionan lesión cerebral secundaria por un traumatismo craneoencefálico:

Hipoxia: por obstrucción de la vía aérea, traumatismo torácico, depresión del centro respiratorio, broncoaspiración, neumonías, etc.; se traduce en una eliminación excesiva o un acúmulo de CO₂. Ambos extremos son negativos para el cerebro.

Hipotensión arterial: especialmente grave cuando llega a fallar la autorregulación del FSC por una caída excesiva de la presión de perfusión cerebral. Puede ocurrir en casos de choque hipovolémico, falla circulatoria, etc.

Hipercapnia: provoca vasodilatación, congestión cerebral y aumento de la presión intracraneal. La hipocapnia provoca vasoconstricción, que ocasiona isquemia cerebral.

Hipertermia: Empeora los efectos de la isquemia cerebral. (Agudelo, 2010)



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA



LESIONES FOCALES: HEMORRAGIA INTRACRANEAL

Hematoma extradural o epidural.- Es una colección de sangre entre el cráneo y la duramadre cuya causa más frecuente es la lesión traumática de la arteria menígea media. En la mayoría de los casos existe fractura lineal o con hundimiento. Clínicamente se debe sospechar ante todo paciente que ha sufrido un TCE con o sin breve pérdida de conciencia y que tras un período de 1 a 24 horas (período lúcido) entra en estado de coma, pudiendo haber dilatación pupilar del lado lesionado y hemiparesia contralateral. Tras el intervalo lúcido, que sólo se da en un 12% de los casos y durante el cual el paciente está libre de síntomas, aparece cefalea, agitación, vómitos, vértigo, confusión, ausencia de respuestas y en ocasiones crisis convulsivas.

Estos síntomas suelen ser progresivos y deben alertar ante la posibilidad de una complicación del TCE. Este cuadro requiere cirugía inmediata ya que un hematoma epidural es el desarrollo de hipertensión intracraneal súbita con compresión rápida de estructuras cerebrales. La TAC establece un diagnóstico claro, localizando la lesión de forma precisa. (Villar S. , 2015)

Hematoma subdural.- Es una colección de sangre debido a rotura de las venas comunicantes entre corteza cerebral y duramadre. Se localizan preferentes en la convexidad frontoparietal. Su incidencia es mayor en pacientes etílicos, ancianos y en aquellos con tratamiento anticoagulante.

Su evolución clínica es similar a la del hematoma epidural, aunque se extiende a lo largo de un mayor espacio de tiempo. Pueden acompañarse o no a fracturas del cráneo.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA



Aquellos que aparecen en las primeras 24 horas se denominan agudos, subagudos cuando lo hacen entre las 24 horas y 2 semanas, y crónicos cuando aparecen más tardíamente. (Rodríguez V. , 2015)

Hemorragia subaracnoidea.- La hemorragia subaracnoidea traumática se acompaña a menudo de un hematoma subdural o de una contusión cerebral. Clínicamente se expresa mediante cefalea intensa, inquietud, febrícula, rigidez de nuca y otros signos meníngeos. No requiere tratamiento quirúrgico urgente. (Murillo J. , 2009)

Hematoma intraparenquimatoso.- Los hematomas intraparenquimatosos traumáticos pueden manifestarse como lesiones rápidamente expansivas o ser asintomáticos. En la mayoría de los casos existe fractura craneal asociada por golpe. (Mendez L. , 2013)

COMPLICACIONES RESPIRATORIAS

Una de las complicaciones asociadas al paciente que presenta un Traumatismo craneoencefálico severo es la Lesión Pulmonar Aguda (LPA) y Síndrome de Distres Respiratorio (SDRA). Esta patología aparece con relativa frecuencia durante la evolución de un TCE, según las series entre un 20 y un 81%, y su incidencia es mayor en aquellos pacientes que han presentado episodios de hipertensión endocraneal. (MEDINA C. , 2014)



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**



DIFICULTAD RESPIRATORIA SEVERA

DEFINICIÓN

“Severa alteración en el intercambio gaseoso pulmonar debido a anormalidades en cualquiera de los componentes del sistema respiratorio, que se traduce en hipoxemia con o sin hipercápnea”. (JIMENEZ, 2013)

“Es la incapacidad del sistema pulmonar de satisfacer las demandas metabólicas del organismo y se evidencia por disminución de la $PaO_2 < 60$ mmHg y aumento de la $PaCO_2 > 50$ mmHg”.(Harrison, 2013)

FACTORES DE RIESGO

- Neumonía severa.
- Aspiración de contenido gástrico.
- Sepsis o Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS) severa.
- Cirugía torácica abdominal alta y/o Cirugía prolongada.
- Trauma torácico moderado-severo.
- Trauma craneoencefálico y desorden vascular cerebral con Glasgow < 8 .
- Enfermedad neuromuscular de progresión rápida.
- Obesidad.
- Enfermedad crónica cardiorespiratoria. (I.CASAS, 2008)



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA



CUADRO CLÍNICO

Signos y síntomas relacionados con la enfermedad de fondo, adicional a los relacionados a hipoxemia, hipercápnea y acidosis respiratoria.

Las manifestaciones clínicas presentes en la IRA dependen de:

- El incremento en el trabajo respiratorio.
- Las manifestaciones propias de la hipoxemia o hipercapnea.
- Las manifestaciones del compromiso pulmonar o multisistémico por la enfermedad de fondo. (IMBERGER, 2010)

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Rx estándar de tórax, TAC de cerebro, Gasometría Arterial, Glicemia, Urea, Glucosa, Hemograma, Hemoglobina, Electrolitos, Creatinina, Albumina, Globulina

Los exámenes bacteriológicos y citopatológicos efectuados por fibrobroncoscopía u otras técnicas de aspiración bronquio-alveolar, se deben solicitar según los hallazgos de la historia y el examen físico. (Paniagua, 2013)

MANEJO INICIAL: MEDIDAS GENERALES

- Colocar al paciente en posición semisentado.
- Verificar la permeabilidad de la vía aérea y la necesidad de intubar al paciente.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA



- Considerar la asistencia ventilatoria inicialmente con un resucitador manual.
- Asegurar una vía intravenosa permeable con un catéter periférico.
- Colocar una sonda nasogástrica si hay distensión gástrica.
- Nebulizaciones con β -agonistas (Salbutamol ó Fenoterol: 5 – 7 gotas en 5 cm. de agua destilada por 10 a 15 minutos) si hay broncoespasmo. De persistir el espasmo bronquial puede asociarse Aminofilina por vía intravenosa: dosis de carga de 5 mg/kg. y dosis de sostén de 0.5 mg/Kg/hr.
- Considerar el inicio de profilaxis con ranitidina: 50 mg. endovenoso cada 12 horas y Heparina 5,000 mg. subcutáneo cada 12 horas.
Considerar inicio de terapia específica para la causa de la falla respiratoria.
(Imberger, 2010)

MANEJO ESPECIALIZADO

Es necesario mantener un recambio gaseoso adecuado que permita lograr una PaO₂ de 60 a 70 con una SaO₂ \geq 90% y una PaCO₂ adecuado para el estado ácido base del paciente. Para este fin podemos administrar en forma gradual oxígeno suplementario y ventilación mecánica con o sin PEEP.(Hadjiliadis, 2015)

TERAPIA RESPIRATORIA TRATAMIENTO COADYUVANTE

- Cuidado de la vía aérea.
- Uso de broncodilatadores.
- Mejorar la capacidad funcional residual.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA



METAS TERAPÉUTICAS

Se deben considerar las siguientes metas:

- Frecuencia respiratoria ≤ 35 por minuto.
- Hemoglobina ≥ 10 gr/dl.
- PaO₂ > 60 torr.
- PaO₂ 50 – 60 torr en pacientes respiratorios crónicos.
- FiO₂ $\leq 50\%$.
- FiO₂ inicial $\leq 30\%$ en pacientes con hipercapnea crónica.
- SpO₂ de 92 a 95%.
- SaO₂ de 84 a 86% en pacientes respiratorios crónicos.
- PaCO₂ < 42 torr.
- PaCO₂ < 60 torr en pacientes crónicos con pH de 7.32 – 7.35. (ARGENTES, 2013)

MONITOREO

- Monitoreo de funciones vitales como: presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura; así mismo el estado del sensorio, escala de coma de Glasgow.
- Monitoreo de la mecánica respiratoria: Trabajo respiratorio, broncoespasmo, amplexación pulmonar.
- Monitoreo del recambio gaseoso y ventilación: PaO₂, PaCO₂, SaO₂, SpO₂.
- Monitoreo hemodinámico no invasivo: ritmo cardiaco, perfusión distal, diuresis.
- Balance de fluidos y estado nutricional. (Casas, 2008)



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**



4. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio de caso clínico se llevó a cabo con el fin de identificar los problemas de salud que afectan a un paciente masculino de 23 años de edad que presenta Traumatismo craneoencefálico más dificultad respiratoria severa donde la ventilación mecánica es imprescindible en este tipo de patologías ya que protege la vía aérea a través de la Intubación endotraqueal o traqueostomía permitiendo la sedación y evitando la hipoxemia e hipercapnia.

El principal objetivo de este estudio es que el profesional de Terapia Respiratoria ponga en práctica los conocimientos adquiridos asistiendo de manera positiva, prioritaria y directa en el mejoramiento del estado de salud del paciente en el menor tiempo posible.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**



5. OBJETIVOS

5.1 GENERAL

Brindar buena atención en terapia respiratoria en paciente masculino de 23 años de edad con traumatismo craneoencefálico asociado a una dificultad respiratoria severa.

5.2 ESPECIFICOS

- Asegurar la permeabilidad de las vías respiratorias.
- Conocer complicaciones que se relacionan al traumatismo craneoencefálico y a la dificultad respiratoria severa.
- Aplicar el cuidado necesario que este tipo de patología necesita.

6. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: XXXXX

Edad: 23 años

Sexo: Masculino



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**



CAPITULO II

7. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

7.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 23 años de edad llega al área de emergencia trasladado por familiares con pérdida de conciencia, cianosis distal y peribucal. El familiar relata que el ingresado ha sufrido un accidente automovilístico, por lo cual el medico a cargo de la guardia lo ingresa al área de terapia intensiva y procede a intubarlo y conectarlo a una maquina de ventilación mecánica asegurando la permeabilidad de las vías respiratorias.

7.2 HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE

Paciente masculino de 23 años de edad, se recibe por emergencia por haber sufrido un trauma craneoencefálico con perdida de la conciencia por hematoma epidural, cianosis distal y peribucal con un Glasgow de 8, a la auscultación presenta movilización se secreciones en ambos campos pulmonares.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**



7.3 ANAMNESIS:

7.3.1 Datos Personales

Nombres y Apellidos: XXXXX

Edad: 23 años

Sexo: Masculino

7.3.2 Antecedentes Patológicos Personales:

No refiere

7.3.3 Antecedentes Patológicos Familiares:

Madre diabética. Padre hipertenso.

7.3.4 Antecedentes Personales Quirúrgicos:

Apendicetomía hace 4 años.

7.3.5 ALERGIAS:

No refiere.

7.3.6 HABITOS:

Ninguno.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA



7.3.7 EXAMENES COMPLEMENTARIOS

RX estándar de tórax. Muestra lesiones Oseas o fracturas

TAC. De cerebro.- Aportara mas información acerca de las lesiones intracraneales

Gasometría arterial.

Glucosa

Electrolitos

Urea

Albumina

Globulina

8. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA.

Una vez examinado el análisis del cuadro clínico que presenta el paciente y los acontecimientos producidos por el trauma craneoencefálico que le ocasiono perdida del conocimiento con un Glasgow de 8, cianosis distal y peribucal se puede respaldar que la patología que presenta el paciente es de característica física y respiratoria.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA



9. EXPLORACIÓN CLÍNICA

Paciente ingresa al área de emergencia con trauma craneoencefálico con pérdida de la conciencia por hematoma epidural, cianosis distal y peribucal.

9.1 Signos Vitales: FC: 80X', FR: 26X', TA: 110/70, TC: 37°C,
SAT.O2: 80%, GLASGOW: 8/15.

9.2 Estado Nutricional: Normolineo.

9.3 Cabeza: Normocefalo, Inconsciente, no responde a estímulos dolorosos,
Normocefalo, orofaringe: húmedas cianóticas.

9.4 Cuello: No adenopatías.

9.5 Tórax:

- Forma: Normal.
- Tipo de respiración: toraco-abdominal
- Percusión: en hileo pulmonar ligeramente disminuido.
- Palpación: no valorable

9.6 Pulmones:

Auscultación: movilización de secreciones en ambos campos pulmonares.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**



10. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PREVIO ANÁLISIS DE DATOS

Una vez realizado la recolección de los datos y exámenes complementarios se procedió al análisis de los mismos en el cual se logra identificar que el paciente presenta una impresión diagnóstica de Traumatismo Craneoencefálico asociado a una dificultad respiratoria severa.

11. CONDUCTAS A SEGUIR

El paciente con Traumatismo Craneoencefálico mas Dificultad Respiratoria Severa requiere ser intubado y conectado a una maquina de ventilación mecánica urgente ya que es un paciente crítico y por lo tanto su estadía en la Unidad de Cuidados Intensivos es mucho más prolongada y con mayor riesgo de mortalidad, por lo que es muy fundamental el empleo de ventilación mecánica de la manera mas apropiada manteniendo en todo momento la vía aérea permeable, SATO2 mayor a 95%. PaCO2 35-40mmHg, evitando la hipo e hiperventilación.

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

Teniendo en cuenta la sintomatología del cuadro clínico, los hallazgos en el examen físico, los resultados de exámenes radiológicos, nos encontramos frente a un Traumatismo Craneoencefálico más Dificultad Respiratoria Severa.

La ventilación mecánica constituye una maniobra terapéutica imprescindible en este tipo de patología, puesto que protege a la vía aérea a través de la intubación endotraqueal, permite la sedación, e incluso el bienestar del paciente y de esta



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA



forma se evita la hipoxemia y la hipercapnia que pueden traer consecuencias fatales en la evolución del paciente con patología cerebral grave.

13. SEGUIMIENTO

No se realizó seguimiento

14. OBSERVACIONES

De los estudios realizados en este caso clínico de este paciente con traumatismo craneoencefálico más dificultad respiratoria severa durante su estadía en el área de terapia intensiva, los cuidados y procedimientos necesarios de enfermería y terapia respiratoria no fue satisfactoria ya que decayó su salud provocando la muerte del paciente debido a que estas patologías desarrollaron futuras complicaciones a nivel respiratorio interfiriendo de forma negativa en el tratamiento ocasionándole una respuesta negativa a dicho procedimiento evitando el mejoramiento de la salud.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**



CAPITULO III

15. CONCLUSIONES

Todo paciente con traumatismo de cráneo más dificultad respiratoria severa debe evaluarse globalmente, siguiendo un estricto protocolo estandarizado.

Durante los exámenes del paciente se mantendrá la ventilación y se administrará oxígeno.

El signo neurológico más importante es la depresión progresiva del sensorio.

Los síntomas clínicos predictivos son: Signos neurológicos focales y Síntomas o signos de hipertensión endocraneana. Todo paciente con trastorno progresivo del estado de conciencia o alteración de la conciencia al momento del examen debe ser hospitalizado y estudiado con TAC simple.

La escala de Glasgow es la mejor forma de establecer el estado y evolución clínica de este tipo de patologías.

Por lo tanto, el objetivo principal del profesional en Terapia Respiratoria en este tipo de pacientes es mejorar el estado de salud del enfermo, satisfaciendo todas las necesidades interferidas por dichas patologías especialmente las necesidades correspondientes al Patrón respiratorio.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA



CAPITULO IV

16. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- GARCIA, J. R. (2013). CUIDADOS CRITICOS (pags. 98-99). MADRID: MARBAN .
- Agudelo, M. (2010). Fundamentos de Medicina. En M. Agudelo, Fundamentos de Medicina (págs. 405-406). Colombia: ELSEVIER.
- Alvarez, A. (2013). semiologia medica. En A. Alvarez, diagnostico del traumatismo (pág. 920). Guatemala: ELSEVIER.
- ARGENTES, A. (2013). SEMIOLOGIA MEDICA. En A. ARGENTES, SEMIOLOGIA MEDICA (págs. 842-843). España: ELSEVIER.
- Casas, I. (2008). medigraphic. Manual de Traumatismo Craneoencefalico.(pag.58).Lima:MALBAN
- Castillo, J. V. (2011). Prevención de aspiración pulmonar y tratamiento en TCE.(pag82-83)España.
- GOMEZ, R. (2015). Medicina Interna. En R. D.V., Medicina Interna (págs. 230-231). Madrid: Marban.
- FERNANDEZ, S. E. (2011). Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo.PAG: 172-173GENERAL 2 .
- Franquelo, F. (2012). Urgencias Medicas. En F. Franquelo, Urgencias Medicas (págs. 89-90). Madrid: Marban.
- Harrison. (2013). manual de medicina 18 edicion . En Harrison, manual de medicina 18 edicion (pág. 850). argentina: edicion. ELSEVIER.
- FLORES, D. (2003) ISSSTE. Unidad de Cuidados Intensivos. MANEJO DEL TRAUMATISMO , PAG 64-66.España: MALBAN.
- I.CASAS. (2008). Manual De Cuidados Criticos. En I.CASAS, Manual De Cuidados Criticos (pág. 50). Lima: Medigraphic.
- IMBERGER, G. (2012). CUIDADOS INTENSIVOS. En G. IMBERGER, Emergencias (págs. 183-184). Guatemala: MALBAN.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA



JIMENEZ, F. (2013). MANUAL DE MEDICINA CARDIORESPIRATORIA. En F. JIMENEZ, MANUAL DE MEDICINA CARDIORESPIRATORIA (págs. 122-123). España: Wolters Kluwer.

AGUILAR, R. (2013). Manual de Medicina . En R. Jimenez, Manual de Medicina (págs. 367-368). España: wolters kluwer.

leon, j. (2013). Manejo ventilatorio del paciente con traumatismo craneoencefálico (pág. 112). Colombia.malban

Medina, J. (2015). Medicina De Urgencias. En J. Medina, Medicina De Urgencias (pág. 96). Lima: Medica Panamericana, S.A.

Mendez, L. (2013). Manual de Medicina Intensiva. En L. Mendez, Manual de Medicina Intensiva (págs. 84-85). Barcelona: Wolters Kluwer.

MINSA. (2005). Guia Practica Clinica de Emergencia. En MINSA, Insuficiencia Respiratoria Aguda (pág. 240). Londres:MALBAN

Murillo, J. (2009). Medicina de Urgencias. En J. Murillo, Medicina de Urgencias (págs. 235-236). Barcelona: ELSEVIER.

CAJAS, L. (2009). Medicina de Urgencias Y Emergencia Barcelona. En L. Murillo, Medicina de Urgencias Y Emergencia Barcelona (pág. 112). Barcelona: EL SEVIER.

Rodriguez, D. (2015). Medicina Interna. En D. Rodriguez, Medicina Interna (págs. 203-204). Madrid: Marban.

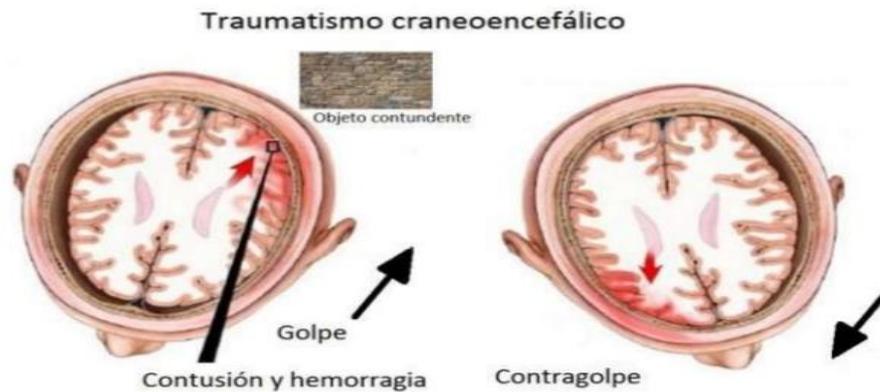
LARA, D. S. (2015). cuidados criticos . En D. S. Rodriguez, cuidados criticos (pág. 960). guatemala : Marban .

RIVERA, d. v. (2017). medicina interna. PAG.67-68 madrid: marban.

Villar, S. (2015). Cuidados Criticos. En S. Villar, Cuidados Criticos (págs. 87-88). Madrid: Marban.

17. ANEXOS

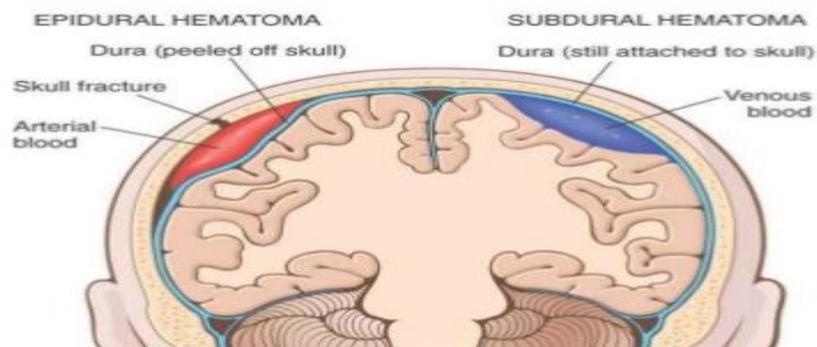
IMAGEN 1



CONTUSION Y HEMORRAGIA EN TCE

<http://www.neurowikia.es/content/manejo-de-los-pacientes-con-traumatismo-craneal>

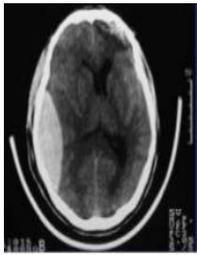
IMAGEN 2



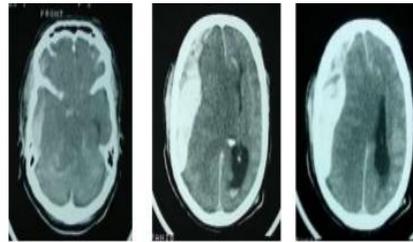
HEMATOMA EPIDURAL/HEMATOMA SUBDURAL

<http://www.neurowikia.es/content/manejo-de-los-pacientes-con-traumatismo-craneal>

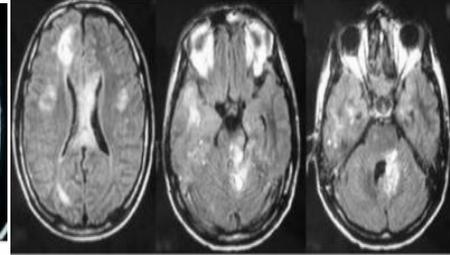
IMAGEN 3



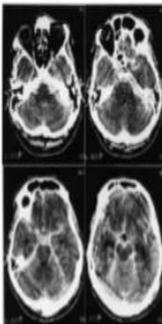
Hematoma epidural.



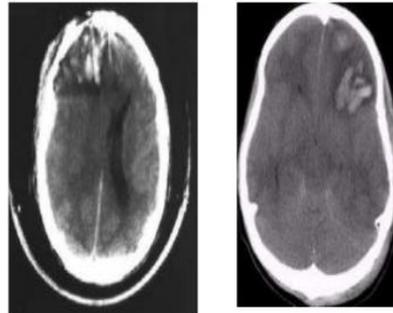
Hematoma subdural agudo



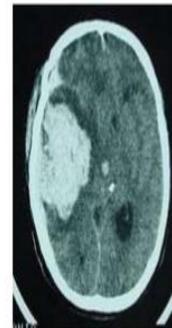
Daño Axonal Difuso



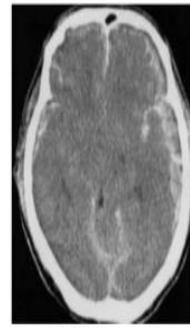
Hemorragia subaracnoidea



Contusión cerebral



Hematoma Intraparenquimatoso



Swelling difuso

CONTUSIONES CEREBRALES OCASIONADAS POR TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO

<https://es.slideshare.net/neuromero/traumatismo-cranеоencefalico-14715472>



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

Facultad de Ciencias de la Salud

SECRETARÍA



CERTIFICACION

AB. Vanda Aragundi Herrera, Secretaría de la Facultad de Ciencias de la Salud,

Certifica:

Que, por **Resolución Primera de Consejo Directivo de fecha 14 de abril del 2017**, donde se indica: *"Una vez informado el cumplimiento de todos los requisitos establecidos por la Ley de Educación Superior, Reglamento de Régimen Académico y Reglamentos Internos, previo a la obtención de su Título Académico, se declaró EGRESADO(A) DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD a: FAJARDO JAÑA YOSSELIN TATIANA, C.I. 1206857623 carrera de TERAPIA RESPIRATORIA, estando APTO para el PROCESO DE DESARROLLO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN O EXAMEN COMPLEXIVO".- Comuníquese a la Msc. Karina de Mora, Responsable de la Comisión General del Centro de Investigación y Desarrollo de la Facultad.*

Babahoyo, 13 de Mayo del 2017

Abg. Vanda Aragundi Herrera
SECRETARIA

Recibido
17/05/2017 a las 14:40 hrs

ACCIÓN	ELABORADO POR:	CARGO	FIRMA
ELABORADO POR	Lic. Dalila Gómez Alvarado	Analista Administrativo Secretaria de la Facultad	



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA**



Babahoyo, 03 de mayo del 2017

Doctora
Alina Izquierdo Cirer MSc.
**COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**

De mi consideración:

Por medio de la presente, Yo, **FAJARDO JAÑA YOSSELIN TATIANA** con cédula de ciudadanía 120685762-3 egresada de la carrera de **TERAPIA RESPIRATORIA**, de la **FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**, me dirijo a usted de la manera más comedida autorice a quien corresponda, me recepte la documentación para la inscripción en el proceso de titulación en la modalidad examen complejo de esta Facultad.

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente,

FAJARDO JAÑA YOSSELIN TATIANA
C.C.Nº 120685762-3
Solicitante

Recibido
03/05/2017 J. 33 W



Babahoyo 9 de Agosto del 2017.

Doctora.
Alina Izquierdo Cirer, MSC
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN

En su despacho:

De mis consideraciones

Yo, **FAJARDO JAÑA YOSSELIN TATIANA**, con CI. **120685762-3** Egresada de la Carrera de **TERAPIA RESPIRATORIA**, de la Facultad Ciencias de la Salud, me dirijo a usted para solicitarle la manera más comedida se nos acepte el Tema: **TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO ASOCIADO A UNA DIFICULTAD RESPIRATORIA SEVERA EN PACIENTE MASCULINO DE 23 AÑOS DE EDAD**, el mismo que debe ser aprobada por las autoridades respectivos para continuar con el la defensa del caso clínico, practico, en el proceso de Titulación Modalidad **EXAMEN COMPLEXIVO**.

Por la atención que se dé a la presente, le reiteramos nuestros agradecimientos.

Atentamente,

FAJARDO JAÑA YOSSELIN TATIANA
CI. 120685762-3

Recibido
08/08/2017 18:05



CASO CLINICO 11

Paciente masculino de 23 años de edad que se recibe en emergencia con trauma craneoencefálico con pérdida de la conciencia por hematoma epidural.

Cianosis distal y peribucal. Quejidos expiratorios sin mas sintomatología. Es traído por familiares.

ANAMNESIS:

Antecedentes Patológicos Personales: Sin importancia.

Antecedente Patológico Familiares: Madre Diabética. Padre Hipertenso.

Antecedente Personales Quirúrgico: apendicectomía hace 4 años.

ALERGIAS: No refiere.

HABITOS: Ninguno.

EXAMEN FISICO

Signos Vitales: FC: 80X' FR: 26X' TA: 110/70 TC: 37oC SAT.O2: 80%
GLASGOW: 8/15

ESTADO NUTRICIONAL: Normolíneo.

CABEZA: Normocefalo.

Inconciente, no responde a estímulos dolorosos, Normocéfalo, OROfaringe: húmedas cianóticas.

CUELLO: No Adenopatías.

TÓRAX:

- Forma: Normal.
- Tipo de respiración: toraco-abdominal.
- Percusión: en hileo pulmonar ligeramente disminuido.
- Palpación: no valorable

PULMONES:

- Auscultación: movilización de secreciones en ambos campos pulmonares.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (IDX): TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO + DIFICULTAD RESPIRATORIA SEVERA

➤ EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

➤ TRATAMIENTO COADYUVANTE-

VALORE DE FORMA INTEGRAL LA PATOLOGIA DESCRITA SEGÚN LA METODOLOGIA ENTREGADA POR LA UNIDAD DE TITULACION

Revisión
08/08/2017 MJ 18:05 *MD*

Yosselin Tatiana Fajardo Jans
terapia Respiratoria
08/08/2017
1. *MD*



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA



Babahoyo, 21 de agosto del 2017

Dra. Alina Izquierdo Cirer, MSc.
COORDINADORA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

Presente.

De mi consideración:

Por medio de la presente, yo, **FAJARDO JAÑA YOSSELIN TATIANA**, con cédula de ciudadanía **120685762-3**, egresada de la Escuela de Tecnología Médica, carrera de **TERAPIA RESPIRATORIA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud de Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para que por su digno intermedio se me recepte los tres anillados requeridos en el componente práctico (Casos Clínicos) del Examen Complexivo, tema: **TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO ASOCIADO A UNA DIFICULTAD RESPIRATORIA SEVERA EN PACIENTE MASCULINO DE 23 AÑOS DE EDAD**, para que pueda ser evaluado por el Jurado respectivo, asignado por el Consejo Directivo.

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente,

FAJARDO JAÑA YOSSELIN TATIANA
C.I 120685762-3