



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**



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

TEMA:

**FIBROSIS PULMONAR MÁS INFECCION RESPIRATORIA AGUDA BAJA EN
PACIENTE FEMENINO DE 65 AÑOS DE EDAD.**

AUTORA:

CELINDA MARIUXI GUZMAN ALVARADO

BABAHOYO-LOS RÍOS -2017



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**



TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA. MILAY MONTERO CASTAÑO, ESP.
DECANA
O DELEGADO (A)

LCDA. VERONICA VALLE DELGADO, MSC.
COORDINADOR DE LA CARREA
O DELEGADO (A)

DR. CESAR BERMEO NICOLA, MSC.
COORDINADOR GENERAL DEL CIDE
O DELEGADO

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





**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**



AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a Dios por la bendición de haber tenido la oportunidad de seguir y culminar con éxito mi carrera Universitaria.

A mi madre por su apoyo incondicional en todo momento, no solo en mis estudios sino también en mi vida personal.

A mi abuela materna por sus palabras de aliento a lo largo de este tiempo.

A mis tíos que de una u otra manera me han aportado su granito de arena.

Y por último pero no menos importante, a cada uno de los docentes que me regalaron sus conocimientos en estos 5 años de carrera.

MARIUXI GUZMAN



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**



DEDICATORIA

Se lo dedico a Dios por regalarme las fuerzas necesarias en todo momento para la culminación de este proyecto.

A mi madre por ejemplo de valentía, perseverancia, por su lucha constante.

A mi papi Gerardo, espero que allá en cielo te sientas orgullo de mí.

A mis primos menores, que este trabajo sea un precedente en sus futuras vidas universitaria.

MARIUXI GUZMAN



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA



Tabla de contenido

1	REFERENCIAS TEÓRICAS.....	8
1.1	DEFINICIÓN DE FIBROSIS	8
1.2	¿CÓMO SE PRODUCE LA FIBROSIS PULMONAR?	8
1.3	FACTORES DE RIESGO	9
1.4	COMPLICACIONES	10
1.5	PRONÓSTICO	11
1.6	PREVENCIÓN.....	11
2	INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA BAJA	11
2.1	EPIDEMIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS DE VÍAS BAJAS.....	12
3	NEUMONÍA.	13
3.1	Etiología.....	13
3.2	EPIDEMIOLOGÍA	14
3.3	FACTORES DE RIESGO	14
3.4	CLASIFICACIÓN DE LAS NEUMONÍAS.....	16
3.4.1	Clasificación según el síndrome clínico de presentación.....	16
3.4.2	Clasificación según el ámbito donde se desarrollan: Neumonía intrahospitalaria (NIH) 16	
3.4.3	Neumonía adquirida de la comunidad (NAC)	17
3.5	Manifestaciones clínicas.....	17
3.6	Diagnostico.....	18
3.7	Examen Físico.....	18
3.8	Exámenes Complementarios.....	19
3.8.1	Examen radiológico:	19
3.8.2	Tomografías Computarizadas de Torax:	20
3.8.3	Analíticas:	20
3.8.4	Hemograma:	20
3.8.5	Prueba de esputo:	20
3.9	TRATAMIENTO	21
3.9.1	Aerosolterapia:.....	21
3.9.2	Antibióticos:	21
3.9.3	Broncodilatadores:.....	21
3.9.4	Mucolíticos:.....	21
3.9.5	Oxigenoterapia:	22



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA



3.9.6	Terapia física del tórax:	22
3.9.7	Aspiración de secreciones orofaríngea y nasal:.....	23
3.10	Alta hospitalaria	23
3.11	COMPLICACIONES	23
3.11.1	Recurrencia:	23
3.11.2	Neumonía crónica:.....	23
3.11.3	Neumonía necrotizante:.....	24
3.11.4	Sepsis respiratoria:	24
3.11.5	Derrame pleural:.....	24
3.12	PREVENCIÓN	24
3.13	JUSTIFICACION	26
3.14	Objetivos.....	27
3.14.1	OBJETIVO GENERAL	27
3.14.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
4	ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA.....	28
4.1	Se hizo una orden para realizarse los siguientes exámenes:.....	28
4.2	HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.	28
4.3	Anamnesis.....	29
4.4	Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema.	29
4.5	EXPLORACION CLINICA.....	29
4.6	Formulación del diagnóstico previo análisis de datos.....	30
4.7	Conducta a Seguir	30
4.8	Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	32
4.9	SEGUIMIENTO	32
4.9.1	Controles radiológicos	32
4.10	OBSERVACIONES.....	33
4.11	CONCLUSIONES	34
5	Referencias Bibliográficas.....	35
6	ANEXOS	37



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



INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias en general y las que afectan a las vías respiratorias bajas en particular son una de las patologías que se presentan con mayor frecuencia, tanto en Atención Primaria como en los servicios de urgencia.

La neumonía es una enfermedad inflamatoria del parénquima pulmonar de etiología infecciosa, puede ser causada por bacterias, virus, hongos o parásitos.

En las edades extremas de la vida su incidencia es mayor que en el resto de la población y es en estos pacientes en quienes tiene consecuencias más graves. Representa un problema relevante en salud pública, tanto en sus aspectos sociales como económicos: elevada morbimortalidad, altas tasas de hospitalización, estadía hospitalaria prolongada, costos elevados.

La incidencia anual de neumonía en el adulto fluctúa entre 1,07 y 1,2 casos por cada 1.000 persona-año o 1,5-1,7 casos por cada 1.000 habitantes, elevándose en el adulto mayor de 65 años a 12,7-15,3 casos por cada 1.000 personas-año.

El adulto mayor suele tener neumonías de presentación atípica que dificultan el diagnóstico y retrasan el inicio de tratamiento, afectando adversamente el pronóstico de los enfermos.

El tratamiento estará encaminado básicamente a la humidificación de las secreciones causadas por la infección respiratoria en las vías respiratorias bajas para evitar obstrucción bronquial para ello se necesitara de oxigenoterapia y esta va depende de la ventilación, de la concentración y saturación de la hemoglobina y del gasto cardíaco, acompañada de aspiración de secreciones para mejor la ventilación.



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



I.MARCO TEÓRICO

1 REFERENCIAS TEÓRICAS

1.1 DEFINICIÓN DE FIBROSIS

La fibrosis pulmonar es el daño que resulta al cicatrizarse el pulmón después de una inflamación, esto hace que el tejido se vuelva grueso, rígido y duro, causando una pérdida irreversible de la capacidad de intercambio de gases que disminuye progresivamente la oxigenación tisular general. (Portal, Diaz Baquero, & Rodriguez Becerra, pág. 403)

1.2 ¿CÓMO SE PRODUCE LA FIBROSIS PULMONAR?

Se produce cuando los pequeños sacos de aire que forman parte del pulmón, conocidos como alveolos, son reemplazados gradualmente por tejido cicatricial o fibrótico. El mecanismo por el cual se produce este proceso alterado de cicatrización no es bien conocido. La teoría actualmente aceptada consiste en que determinados estímulos externos no bien establecidos producen un daño o lesión en las células que están en los alveolos (epitelio-intersticiales).

Como respuesta a esta lesión se produce una reparación anómala con un aumento de células (miofibroblastos y fibroblastos) y sustancias químicas que dan lugar a un tejido de cicatrización sin función respiratoria, que va destruyendo y reemplazando al tejido pulmonar sano impidiendo que el oxígeno llegue a la sangre. De esta manera los pulmones se hacen más duros y rígidos provocando al paciente dificultad para respirar. (Mora & Romero, 2012, pág. 7)



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



1.3 FACTORES DE RIESGO

Los factores que te hacen más propenso a la fibrosis pulmonar comprenden los siguientes:

- ❖ **Edad.** Si bien se ha diagnosticado fibrosis pulmonar en niños y bebés, es más probable que el trastorno afecte a adultos de mediana edad y mayores.
- ❖ **Sexo.** La fibrosis pulmonar idiopática afecta con mayor frecuencia a los hombres que a las mujeres.
- ❖ **Tabaquismo.** Muchos más fumadores y ex fumadores padecen fibrosis pulmonar que personas que nunca fumaron. La fibrosis pulmonar puede producirse en pacientes con enfisema.
- ❖ **Determinadas ocupaciones.** Las personas que trabajan en minería, agricultura o construcción o que están expuestas a contaminantes que se sabe dañan los pulmones tienen mayor riesgo de presentar fibrosis pulmonar.
- ❖ **Enfermedades por reflujo Gastroesofágico:** se cree que el reflujo ácido anormal del estómago puede provocar microaspiraciones que son un factor de riesgo para la FP.
- ❖ **Tratamientos oncológicos.** Recibir tratamientos con radiación en el tórax o determinados fármacos para quimioterapia puede aumentar el riesgo de fibrosis pulmonar.



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA



- ❖ **Factores genéticos.** Algunos tipos de fibrosis pulmonar son hereditarios, y los factores genéticos podrían ser un componente.
- ❖ **Tuberculosis Pulmonar:** Produciendo lesiones pulmonares denominadas cavernas, que se producen por la necrosis en los granulomas calcificados que luego se cicatrizan.

1.4 COMPLICACIONES

Entre las complicaciones de la fibrosis pulmonar, pueden mencionarse las siguientes:

- ❖ **Presión arterial alta en los pulmones (hipertensión pulmonar).** A diferencia de la presión arterial alta sistémica, esta afección repercute solo en las arterias de los pulmones. Se inicia cuando el tejido cicatricial comprime las arterias y los capilares más pequeños, lo cual incrementa la resistencia al flujo sanguíneo en los pulmones. Esto, a su vez, eleva la presión dentro de las arterias pulmonares y en la cámara cardíaca inferior derecha (ventrículo derecho).
- ❖ **Insuficiencia cardíaca derecha.** Esta afección grave se produce cuando la cámara inferior derecha del corazón (ventrículo) debe bombear más que lo normal para transportar la sangre por las arterias pulmonares que están obstruidas parcialmente.
- ❖ **Insuficiencia respiratoria.** A menudo, esta es la última etapa de la enfermedad pulmonar crónica. Ocurre cuando los niveles de oxígeno en la sangre decaen demasiado.



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA



- ❖ **Cáncer de pulmón.** La fibrosis pulmonar de larga data también aumenta el riesgo de que se desarrolle cáncer de pulmón.
- ❖ **Complicaciones pulmonares.** A medida que la fibrosis pulmonar avanza, puede derivar en complicaciones como coágulos sanguíneos en los pulmones, colapso pulmonar o infecciones pulmonares

1.5 PRONÓSTICO

Dado que la fibrosis pulmonar no presenta una evolución típica y, por ende, un cuadro clínico uniforme, es difícil de pronosticar.

Hay casos en los que la esperanza de vida a penas se acorta, y otros en los que la enfermedad progresa especialmente rápido y el tiempo de supervivencia es inferior a un año. La fibrosis pulmonar por ejemplo, presenta un mal pronóstico. (Redaccion Onmeda , 2012)

1.6 PREVENCIÓN

Las únicas medidas con las que se puede prevenir una fibrosis pulmonar consisten en prevenir las posibles enfermedades subyacentes. Así pues, se aconseja evitar el contacto con gases y polvos tóxicos.

Dado que las causas de la fibrosis pulmonar pueden ser enfermedades profesionales, la protección empresarial de los trabajadores es particularmente importante. (Club Ensayos, pág. 2)

2 INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA BAJA

Las infecciones respiratorias bajas son aquellas donde el agente infeccioso ataca o lesiona la zona del sistema respiratorio bajo.



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



Las infecciones respiratorias bajas siempre presentar ser un problema mayor .en comparación a las infecciones respiratorias altas debido a su gran frecuencia e impacto. (Boletín Epidemiológico, 1995)

Las vías respiratorias bajas comprenden la laringe (cuerdas vocales donde se emite la voz) y la tráquea, o sea el tubo grueso que continúa la laringe hacia abajo y que luego se bifurca en dos gruesos bronquios, uno para cada pulmón, dentro del cual se ramifican en millares de pequeños bronquios y bronquiolos diminutos, que desembocan en los alvéolos, especie de saquitos que constituyen el pulmón propiamente dicho y donde la sangre que viene del corazón toma el oxígeno del aire y expelle el gas carbónico. (Galeon, pág. 1)

2.1 EPIDEMIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS DE VÍAS BAJAS

Las infecciones respiratorias en general y las que afectan a las vías respiratorias bajas en particular son una de las patologías que se presentan con mayor frecuencia, tanto en Atención Primaria como en los servicios de urgencia. Sus posibilidades de presentación son tan amplias que abarcan desde procesos banales hasta potencialmente mortales, siendo necesario en la mayoría de las ocasiones un tratamiento empírico inicial por la dificultad para realizar un diagnóstico etiológico de forma rápida, lo que influye a priorizar sobre la decisión de remitir a los pacientes a un centro hospitalario. (Luque, 2015, pág. 15)

En el ámbito de la Atención Primaria las infecciones suponen entre el 14 y el 22% de las consultas, y de ellas, aproximadamente dos tercios son debidas a infecciones respiratorias. Las infecciones de vías bajas suponen, a su vez, la cuarta parte del total de las infecciones respiratorias. La mayoría tienen buen pronóstico y cursan de forma autolimitada.

En los servicios de urgencia hospitalarios la prevalencia se estima en un 3% con una distribución estacional debiéndose la mayor parte de los ingresos hospitalarios, tanto a procesos infecciosos agudos como a exacerbaciones de



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA



procesos crónicos. El 20% de los traslados de pacientes institucionalizados en residencia son por causa de infecciones respiratorias. (Jimenez de la Cruz, Bárcena Caamaño, & Sabio Reyes, 2008, pág. 11 12)

3 NEUMONÍA.

La neumonía es una enfermedad inflamatoria del parénquima pulmonar de etiología infecciosa, puede ser causada por bacterias, virus, hongos o parásitos. La frecuencia relativa de cada agente etiológico varía de acuerdo a muchos factores, tales como la edad del paciente, la existencia de enfermedades asociadas y el contexto en que se adquiere la infección (comunidad, hospital, residencia de ancianos), entre otros (Macedo & Mateos, pág. 153)

En las edades extremas de la vida su incidencia es mayor que en el resto de la población y es en estos pacientes en quienes tiene consecuencias más graves. Representa un problema relevante en salud pública, tanto en sus aspectos sociales como económicos: elevada morbimortalidad, altas tasas de hospitalización, estadía hospitalaria prolongada, costos elevados.

Ante la dificultad diagnóstica para establecer una etiología en la mayoría de los casos, en las últimas décadas se han utilizado clasificaciones en base a las características clínicas y al tipo de población afectada.

3.1 Etiología.

La distribución y frecuencia de los agentes son muy diversas, según el lugar donde se realiza el estudio y la metodología diagnóstica empleada; pese a ello en la mayoría de las series se mantiene a *S. pneumoniae* como la primera causa, seguido en frecuencia por *H. influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumophila*, *Chlamydia pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis* y virus Influenza A. Más del 90% de las neumonías son producidas por estos agentes.



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



Staphylococcus aureus representa entre el 2% y 5% de los casos, adquiere importancia en ancianos y como complicación poco frecuente luego de una gripe. Los bacilos gramnegativos representan entre 5% y 10%, son agentes particularmente importantes en residentes en hogares de ancianos y alcoholistas.

3.2 EPIDEMIOLOGÍA

La neumonía ocasiona importante morbilidad y mortalidad en la población adulta, determinando un elevado índice de hospitalizaciones y uso de recursos sanitarios, especialmente en el adulto mayor con enfermedades preexistentes. La incidencia anual de neumonía en el adulto fluctúa entre 1,07 y 1,2 casos por cada 1.000 personas-año o 1,5-1,7 casos por cada 1.000 habitantes, elevándose en el adulto mayor de 65 años a 12,7-15,3 casos por cada 1.000 personas-año. El estudio de Carga Global de Enfermedad de 2010 reportó que las infecciones del tracto respiratorio inferior, incluyendo la neumonía, constituyen la cuarta causa de muerte en el mundo, después de la cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y son la segunda causa determinante de años de vida potencial perdidos de la población. (Saldías & Diaz, 2014, pág. 554)

3.3 FACTORES DE RIESGO

- ❖ **Es mayor de 65 años:** A medida que envejece, el sistema inmunitario tiene menos capacidad para combatir las infecciones como la neumonía.
- ❖ **Tiene una enfermedad o una afección que le debilita el sistema inmunitario:** Cuando el sistema inmunitario está debilitado, es más fácil que tenga neumonía dado que el cuerpo no puede combatir la infección. Las personas que tienen el sistema inmunitario debilitado también tienen probabilidades de desarrollar neumonía a causa de bacterias, virus y gérmenes que no provocan neumonía en personas sanas.



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



- ❖ **Las personas que tienen alguno de los siguientes problemas están en mayor riesgo:** Las personas que se han realizado un trasplante de órgano en forma reciente y las personas que están recibiendo quimioterapia también tienen mayor riesgo.

- ❖ **Trabaja en el área de construcción o agricultura:** Trabajar en entornos donde inhala polvo, sustancias químicas, contaminación del aire o emanaciones tóxicas puede dañarle los pulmones y hacerlos más vulnerables a infecciones como la neumonía.

- ❖ **Fuma o abusa de alcohol.** Fumar daña los diminutos vellos que se encuentran en los pulmones que ayudan a eliminar los gérmenes y las bacterias. El abuso de alcohol puede aumentar el riesgo de neumonía por aspiración, un tipo de neumonía que se desarrolla después de inhalar partículas en los pulmones

- ❖ **Está hospitalizado, en especial en una unidad de cuidados intensivos (ICU).** La neumonía que se contrae en un hospital (que se llama neumonía intrahospitalaria) puede ser más grave que otros tipos de neumonía. Su riesgo aumenta si está usando un respirador para que lo ayude a respirar. Los respiradores hacen que sea difícil toser y pueden atrapar los gérmenes que provocan infecciones en los pulmones.

- ❖ **Se ha realizado en forma reciente una cirugía mayor o ha tenido una lesión grave.** Recuperarse de una cirugía mayor o de una lesión grave por lo general lo debilita. También puede hacer que sea difícil toser, que es la defensa más rápida del cuerpo para eliminar las partículas de los pulmones. Estar acostado boca arriba durante un período prolongado puede permitir que se junte líquido o mucosidad en los pulmones, por lo que se crea un lugar para que crezcan bacterias.



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



3.4 CLASIFICACIÓN DE LAS NEUMONÍAS

3.4.1 Clasificación según el síndrome clínico de presentación.

Clásicamente la clínica se ha dividido en síndrome típico y síndrome atípico. Sin embargo, se considera actualmente que esta diferenciación es artificial en algunos casos, ya que ciertos microorganismos pueden tener una u otra forma de presentación y en ocasiones, la clínica del paciente no se encuadra en ninguno de los dos síndromes. No obstante, en ocasiones esta diferenciación puede orientar al diagnóstico etiológico:

Síndrome típico: cuadro agudo con fiebre elevada, escalofríos, tos productiva y dolor pleurítico. En la auscultación se detectan crepitantes, broncofonía y pectoriloquia. Radiológicamente se aprecia una condensación homogénea y bien delimitada que suele afectar todo un lóbulo. Suele presentar leucocitosis. Esta es la forma habitual de presentación del *Streptococcus pneumoniae*. (Miguel & Echeverría, 2008, pág. 59)

Síndrome atípico: cuadro subagudo con fiebre sin escalofríos, cefalea, mialgias, artralgias, tos seca. La auscultación puede ser normal, aunque a veces pueden detectarse crepitantes y sibilancias. Radiológicamente el patrón es intersticial o con infiltrados múltiples. No suele haber leucocitosis. Esta es la forma de presentación de *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* y diversos virus. (Fine, 1997)

3.4.2 Clasificación según el ámbito donde se desarrollan: Neumonía intrahospitalaria (NIH)

Es una infección nosocomial: comienza después de 48 hs del ingreso hospitalario, es decir, no existía ni se estaba incubando en el momento del ingreso.

El diagnóstico no es fácil. Se manifiesta por un infiltrado nuevo en la radiografía de tórax, junto con fiebre y secreciones traqueo-bronquiales purulentas o leucocitosis.



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA



Es la segunda causa de infección nosocomial, luego de las infecciones urinarias y la de mayor mortalidad (50 %). (SM & Mejia, 2012)

3.4.3 Neumonía adquirida de la comunidad (NAC)

Se presenta en pacientes no hospitalizados durante los 14 días previos.

Se manifiesta por síntomas y signos de infección respiratoria baja asociados a un infiltrado nuevo en la radiografía de tórax.

Presenta una mayor incidencia en invierno.

La mortalidad promedio es del 4 %. En Argentina es la 6° causa de muerte en general. (Sociedad Iberoamericana de Información Científica, 2002)

3.5 Manifestaciones clínicas

El adulto mayor (> 65 años) suele tener neumonías de presentación atípica que dificultan el diagnóstico y retrasan el inicio de tratamiento, afectando adversamente el pronóstico de los enfermos. Estos pacientes suelen no presentar los síntomas respiratorios clásicos y/o fiebre, consultando por síntomas inespecíficos como decaimiento, mal estado nutricional, estado mental alterado, o por descompensación de enfermedades crónicas. Por otra parte, los adultos mayores frecuentemente tienen comorbilidades como insuficiencia cardíaca congestiva, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cuya sintomatología dificulta aún más la pesquisa de los signos clínicos clásicos de la neumonía.

La neumonía comunitaria del adulto es un cuadro de evolución aguda, caracterizado por compromiso del estado general, fiebre, calofríos, tos, expectoración mucopurulenta y dificultad respiratoria; asociado en el examen físico a taquicardia, taquipnea, fiebre y signos focales en el examen pulmonar. La probabilidad de un paciente con síntomas respiratorios agudos de tener una



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA



neumonía depende de la prevalencia de la enfermedad en el ambiente donde se presenta y de las manifestaciones clínicas del enfermo. (Urgencias, 2013, pág. 216)

Se estima que la prevalencia de neumonía en los servicios de atención primaria (consultorios y servicios de urgencia) corresponde a 3-5% de las consultas por patología respiratoria. El diagnóstico clínico de neumonía sin confirmación radiográfica carece de precisión ya que el cuadro clínico (anamnesis y examen físico) no permite diferenciar con certeza al paciente con neumonía de otras condiciones respiratorias agudas (infecciones de la vía aérea superior, bronquitis, influenza, asma o EPOC exacerbados).

Se han diseñado reglas clínicas predictivas para sistematizar la solicitud de radiografía de tórax en pacientes adultos que consultan por síntomas respiratorios agudos y facilitar la pesquisa de pacientes con neumonía comunitaria en los servicios de atención primaria. Las reglas clínicas predictivas pudieran ser de utilidad para los médicos novicios en la toma de decisiones costo-efectiva. (Gil, Fernandez, & Sabbagh, 2006)

3.6 Diagnostico

La neumonía puede ser difícil de diagnosticar porque puede parecer un resfriado o la gripe. Usted no puede darse cuenta de que es más grave hasta que dure más tiempo que estas otras condiciones. Su médico diagnosticará la neumonía según su historial médico, un examen físico y los resultados de las pruebas. (Blood, 2013)

3.7 Examen Físico

A la inspección podemos observar:

- ❖ Cianosis
- ❖ Estridor audible



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA



- ❖ Taquipnea

A la palpación podemos explorar:

- ❖ disminución de la expansión y de la elasticidad torácica.
- ❖ aumento de las vibraciones vocales.

A la percusión permite evaluar:

- ❖ Matidez

A la auscultación explorar:

- ❖ Estertores húmedos en zona afectada.
- ❖ Soplo tubario.

3.8 Exámenes Complementarios

3.8.1 Examen radiológico:

De darse los síntomas que hagan pensar en una neumonía, el facultativo realiza una radiografía de los pulmones. En caso de neumonía, se pueden detectar posibles signos de inflamación en la radiografía porque aparecen zonas con un color más claro en la imagen. En una radiografía el aire se ve negro, muy oscuro y cuando hay un infiltrado neumónico este se ve más blanco. Esto ayuda a determinar el lugar donde ha surgido la neumonía y las causas que la han provocado.

En el caso de pacientes hospitalizados con sospecha clínica elevada de neumonía y una radiografía de tórax sin datos de lesión pleural o pulmonar, por consenso se considera razonable iniciar tratamiento antibiótico empírico y repetir la radiografía de tórax en 24 a 48 horas.



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA



3.8.2 Tomografías Computarizadas de Torax:

Una alternativa a este mismo escenario es realizar una tomografía computada de tórax (TC), ya que ésta es más sensible que la radiografía frontal de tórax. Los nódulos acinares, las opacidades en vidrio deslustrado, consolidación, cavitación, broncograma aéreo, adenopatía hiliar y la distribución centrilobulillar o perilobulillar se distinguen mejor en la TC que en la radiografía frontal de tórax.

3.8.3 Analíticas:

Sirven para detectar la presencia de agentes patógenos (bacterias, virus y hongos) en la sangre y en el esputo.

3.8.4 Hemograma:

puede contribuir a elaborar el diagnóstico de la neumonía, ya que indica la existencia de una inflamación en el cuerpo. Además determinados valores sanguíneos permiten definir el tipo de patógeno: si la neumonía está causada por bacterias, suele aparecer un recuento muy elevado de glóbulos blancos (leucocitos), mientras que en el caso de neumonía viral la concentración de leucocitos es normal, e incluso algo baja.

3.8.5 Prueba de esputo:

El médico puede pedir una muestra de esputo (flema) obtenida de usted después de una tos profunda. Esto puede ayudar a su médico a determinar qué gérmenes están causando la neumonía. Luego, el médico puede planificar el tratamiento.

El aislamiento de una bacteria en una muestra adecuada (> 25 leucocitos por campo y < 10 células epiteliales) es indicativo de infección bacteriana.



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA



3.9 TRATAMIENTO

3.9.1 Aerosolterapia:

Las partículas altamente dispersas son libremente aspiradas y se depositan primordialmente en las paredes de los alvéolos y los bronquiolos. Los medicamentos prescritos para su administración mediante aerosolterapia domiciliaria son de varios tipos:

3.9.2 Antibióticos:

La elección de un plan de tratamiento antibiótico empírico es una tarea compleja, para la que debe tenerse la suficiente información en relación a: los gérmenes más frecuentemente responsables de esa infección, su patrón de sensibilidad en el medio, el estado de gravedad del enfermo y otras características del huésped. (R & J.F, 1997)

3.9.3 Broncodilatadores:

Facilitan la apertura de los bronquios, permiten una mayor captación de oxígeno en los pulmones.

3.9.4 Mucolíticos:

Disuelven las secreciones del tracto respiratorio para facilitar su eliminación.

Todos estos medicamentos se pueden utilizar también en servicios de urgencia, salas de hospitalización, unidades de terapia intensiva, e incluso, en los servicios de rehabilitación. La terapia nebulizada constituye un importante apoyo para la fisioterapia respiratoria. (Cordero, 2016)



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



3.9.5 Oxigenoterapia:

Oxígeno, depende de la ventilación, de la concentración y saturación de la hemoglobina y del gasto cardíaco.

3.9.6 Terapia física del tórax:

❖ Drenaje postural:

Es la técnica que mejor se tolera y la preferida para la eliminación de las secreciones. El objetivo de esta técnica conseguir que las secreciones drenen por acción de la gravedad hacia bronquios mayores, traquea hasta conseguir expulsarlas con la tos. Para realizar este drenaje postural es preciso colocar al paciente en la situación más adecuada según la zona del pulmón que deseemos drenar. Cada posición debe mantenerse durante 3-5 minutos. Antes de comenzar la técnica es necesario que el paciente sepa toser y respirar de forma profunda y eficaz. No debe realizarse cuando el paciente está recién comido.

❖ Percusión y vibración:

Se usan asociadas a la técnica de drenaje postural. Su objetivo consiste el desalojar mecánicamente las secreciones espesas adheridas a las paredes bronquiales.

❖ Educación de la tos:

Esta técnica consiste en enseñar a toser, después de una inspiración profunda durante la espiración, procurando hacerla en dos o tres tiempos para un mejor arrastre de las secreciones. Está indicada en el pre y



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA



postoperatorios de pacientes con excesivas secreciones, así como en las situaciones de producción excesiva de esputo.

3.9.7 Aspiración de secreciones orofaríngea y nasal:

Eliminar las secreciones que puedan obstruir la vía aérea, para favorecer la ventilación pulmonar y prevenir las infecciones respiratorias.

3.9 Alta hospitalaria

Se considera cuando el paciente alcanza la estabilidad clínica, no tiene otros problemas médicos que requieran hospitalización y dispone de un entorno adecuado para continuar el tratamiento. Tras la estabilización, la posibilidad de deterioro clínico grave es $\leq 1\%$ y la observación durante 24 horas más en el hospital no supone mayor beneficio, describiéndose el mismo número de reingresos y mortalidad a los 30 días en sujetos observados y no observados. Por otro lado, el alta con algún parámetro de inestabilidad está ligada a mayor número de reingresos o muertes. (Ministerio de la Salud, 2012, pág. 113)

3.10 COMPLICACIONES

3.10.1 Recurrencia:

Dos o más episodios de neumonía separados por un periodo de tiempo sin lesión en radiografía de tórax o por un periodo de un mes sin síntomas. Ha de valorarse en estos pacientes el estado inmunológico, las alteraciones de la anatomía de la zona afectada, o la existencia de otra enfermedad no infecciosa.

3.10.2 Neumonía crónica:

Existencia de infiltrado alveolar (afectación en el espacio alveolar) durante más de un mes sin resolución de los síntomas. En estos casos convendrá despejar dudas diagnósticas con el cáncer de pulmón mediante un TAC o una broncoscopia.



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



3.10.3 Neumonía necrotizante:

Formación de cavidades múltiples a nivel del tejido pulmonar y la consecuente destrucción del mismo. Si esas pequeñas cavidades aumentan dan lugar a la aparición de otra complicación llamada absceso pulmonar. Suelen producirlo gérmenes poco habituales (anaerobios de la boca) y en pacientes de alto riesgo (VIH, adictos a drogas).

3.10.4 Sepsis respiratoria:

se trata de una afectación general muy grave con caída de la tensión arterial, taquicardia, afectación de otros órganos y del nivel de conciencia. Suele estar asociada a la neumonía bacteriémica.

3.10.5 Derrame pleural:

Es la presencia de líquido alrededor del pulmón como consecuencia de la inflamación pleural que genera la neumonía. Puede sobreinfectarse y acumular pus, en cuyo caso se denomina empiema y requiere el drenaje con un tubo de tórax.

3.11 PREVENCIÓN

- ❖ Evitar cambios bruscos de temperatura que impliquen pasar del calor al frío de manera frecuente y en diversos ambientes.
- ❖ Aplicarse oportunamente las vacunas conjugada de neumococo (que implica los 13 serotipos más comunes del *Streptococcus pneumoniae*) y contra la influenza estacional.



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



- ❖ Acudir con un especialista cuando se presente un cuadro de resfriado o gripe para evitar que altere el ecosistema de la faringe y active la bacteria del neumococo.

- ❖ Tener una alimentación saludable, buena hidratación, cubrirse del frío, así como evitar fumar, factor muy determinante que detona infecciones respiratorias.

- ❖ Ventilar los espacios que habitamos, como las casas y oficinas, para prevenir la proliferación de la bacteria.



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**



3.12 JUSTIFICACION

Se trata de una Paciente con un cuadro infección respiratoria aguda baja con una patología de base.

La fibrosis pulmonar generalmente suele ser de origen desconocido por eso motivo se denomina idiopática pero teniendo en cuenta el antecedente patológico de la paciente con tuberculosis hace 5 años posiblemente como secuelas de esta enfermedad provoco cavernas tuberculosas, haciendo que el tejido del parénquima pulmonar se fibrosara siendo esta la causa de la fibrosis pulmonar que presenta el paciente.

La fibrosis pulmonar es una enfermedad pulmonar intersticial caracterizada por la sustitución de tejido pulmonar por tejido colágeno. Esta sustitución genera cambios en las características físicas de los mismos, generando importantes cambios hemodinámicos y clínicos que pueden conducir a la muerte.

Las exacerbaciones infecciosas son la principal causa de mortalidad en la fibrosis pulmonar. La obstrucción de vías aéreas por secreciones viscosas, trastornos de la inmunidad local y factores de adherencia e invasividad bacteriana, contribuyen a la patogénesis, asociados a intensa respuesta inflamatoria persistente.

Las exacerbaciones se caracterizan por aumento de signos y síntomas pulmonares y de las secreciones de vías aéreas, manifestaciones generales e infiltrados en la radiografía. El tratamiento debe ser multidisciplinario y favorecer el drenaje de las secreciones, controlar la respuesta inflamatoria excesiva y mantener un óptimo estado nutricional. La antibioticoterapia agresiva va dirigida al patógeno sospechado o aislado. Se recomienda la combinación de una penicilina antipseudomonas o cefalosporina con un aminoglucósido.



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**



3.13 Objetivos

3.13.1 OBJETIVO GENERAL

- ❖ Conocer el tratamiento oportuno de una infección respiratoria aguda baja (Neumonía) en una paciente femenina de 65 años de edad con fibrosis pulmonar.

3.13.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Analizar las pruebas diagnosticas para un correcto tratamiento.
- ❖ Identificar la importancia de las exacerbaciones infecciosas en pacientes con fibrosis pulmonar.
- ❖ Determinar los factores de riesgo que desencadenaron dichas patologías.

DATOS GENERALES

Identificación del paciente: NN

Edad: 65 años de edad

Sexo: Femenino

Raza étnica: mestiza

Estado civil: Viuda

N° de hijos: 3

Profesión: Ama de Casa

Nivel de estudio: Bachiller

Nivel sociocultural/económico: medio



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**



II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

4 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente femenino de 65 años de edad con diagnóstico antiguo de fibrosis pulmonar que acude a la consulta con dificultad respiratoria y tos frecuente desde hace 20 días acentuada más alza térmica no cuantificada y algo letárgico.

4.1 Se hizo una orden para realizarse los siguientes exámenes:

- ❖ Hemograma completo (HC)
- ❖ Gasometría arterial
- ❖ Cultivo de esputo
- ❖ radiografía de tórax
- ❖ tomografía computarizada (TC) de cerebro

4.2 HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.

Acude a la consulta algo letárgica más alza térmica no cuantificada con presencia de dificultad respiratoria y tos frecuente de 20 días de evolución, cuadro clínico que empeora con diagnóstico antiguo de fibrosis pulmonar. Entre los antecedentes patológicos personales se le diagnóstico tuberculosis pulmonar, además que actualmente presenta hipertensión arterial. Manifiesta antecedente quirúrgico en apendicetomía hace 4 años.



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**



4.3 Anamnesis

Paciente femenino de 65 años de edad con antecedente patológico personal de tuberculosis pulmonar hace 5 años que posiblemente como secuelas de esta enfermedad provoco cavernas tuberculosas, haciendo que el tejido del parénquima pulmonar se fibrosara siendo esta la causa de la fibrosis pulmonar que presenta el paciente, además presenta antecédete quirúrgico de apendicetomía hace 4 años y actualmente hipertensión arterial con un cuadro de alza térmica no cuantificada y tos con 20 días de evolución, repercutiendo en dificultad respiratoria y somnolencia.

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

La dificultad respiratoria mas la tos de 20 días de evolución con la alza térmica no cuantificada dan origen al motivo de consulta.

4.5 EXPLORACION CLINICA

Paciente refiere alza térmica pero a la exploración física se presenta una temperatura de 37, frecuencia cardiaca de 80X´ (normal), frecuencia respiratoria de 24X´ (taquipnea), presión arterial de 140/90, Sat. O₂: 90%, con una escala de Glasgow de 15/15.

Con estado nutricional normolineo, cabeza normocefalico, no se evidencia adenopatías en cuello, la forma del tórax es normal, el tipo de respiración es toraco-abdominal, en la percusión se encontró en hileo pulmonar ligeramente disminuido, a la palpación dolorosa a la digitopresion a nivel de espacios intercostales y a la auscultación roncus ápex pulmonar derecho y estertores húmedos en región hilear de ambos lados.



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA



4.6 Formulación del diagnóstico previo análisis de datos.

Después de chequear el historial clínico del paciente, realizar una anamnesis y una correcta exploración física, revisar los resultados de las diferentes pruebas diagnosticas. La impresión diagnostica es Fibrosis pulmonar mas infección respiratoria aguda baja (Neumonía), ahora teniendo en cuenta el diagnostico se dará el tratamiento adecuado para combatir la infección respiratoria y disminuir la agresividad de la fibrosis pulmonar ya que es una afección irreversible.

4.7 Conducta a Seguir

En la fibrosis pulmonar:

Vigilar la dieta

Comer bien y mantener una dieta equilibrada es importante. A las personas con FP se les hace más difícil respirar con el estómago lleno, porque el diafragma no tiene espacio para expandirse, por lo que debe realizar comidas más frecuentes pero menos copiosas; en la noche es necesario comer alimentos de fácil digestión.

Oxigenoterapia

Su utilización será prescrita en los pacientes cuando los niveles de oxígeno en sangre sean menores de 50 mmHg o la saturación de oxígeno menor del 90%.

En la infección respiratoria aguda baja:

Broncodilatadores: El uso de b-agonistas (como salbutamol o fenoterol) y/o anticolinérgicos (bromuro de ipratropio), está indicada en pacientes con Neumonía



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



portadores de fibrosis pulmonar o ante la presencia de broncoespasmo. Se deben administrar por vía inhalatoria (nebulización o aerosol con espaciador).

Antibióticos: Amoxicilina/ácido clavulánico cada 8 horas por 7 días, cefuroxima 500 mg cada 12 horas vía oral por 7 días.

Mucolíticos: N-acetilcisteína como el flumucil diluidos en 3 ml de suero fisiológico por sesión, 1-2 veces al día. Puede administrarse después de broncodilatadores y/o vasoconstrictores.

Terapia física del tórax: Se utilizan para facilitar la movilidad de las secreciones hacia el exterior.

Drenaje postural: Para realizar este drenaje postural es preciso colocar al paciente en la situación más adecuada según la zona del pulmón que deseamos drenar. Cada posición debe mantenerse durante 3-5 minutos. Antes de comenzar la técnica es necesario que el paciente sepa toser y respirar de forma profunda y eficaz. No debe realizarse cuando el paciente está recién comido.

Percusión y vibración: La percusión consiste en dar palmadas, de una manera rítmica, con las manos huecas.

Su objetivo consiste el desalojar mecánicamente las secreciones espesas adheridas a las paredes bronquiales.

La vibración consiste en la compresión intermitente de la pared torácica durante la espiración, intentando aumentar la velocidad del aire espirado para de esta manera desprender las secreciones.

Educación de la tos: Esta técnica consiste en enseñar a toser, después de una inspiración profunda durante la espiración, procurando hacerla en dos o tres tiempos para un mejor arrastre de las secreciones.



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA



Aspiración de secreciones orofaríngea y nasal

4.8 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales

Basándose a los hechos clínicos y en los resultados de las pruebas realizadas para definir el diagnóstico, se llegó a la conclusión que las dosis y las técnicas en el tratamiento que se van administrar son las adecuada para la paciente.

4.9 SEGUIMIENTO

4.9.1 Controles radiológicos

La resolución radiológica es más lenta que la resolución clínica y a veces puede empeorar a pesar de la mejoría sintomática. Los controles radiológicos dependerán de la evolución clínica; si es satisfactoria en pacientes ambulatorios, se hará un control a las 4-6 semanas de finalizar el tratamiento, y en pacientes hospitalizados puede adoptarse una postura parecida, no recomendándose su práctica sistemática al alta. Lo que es imprescindible en todos los casos es comprobar la “curación” radiológica de la neumonía. Recientemente se ha visto que sólo el 25% de las Neumonías severas normalizaron la radiografía a la semana, y que el 53% lo hicieron a las 4 semanas, la mayoría de los cuales tenían menos de 50 años y sin enfermedad pulmonar subyacente, tardando hasta 3 meses en normalizarse si eran mayores o tenían enfermedad pulmonar.

Resoluciones en pocos días nos deben sugerir edema pulmonar, sobre todo en pacientes ancianos. La presencia de comorbilidades, bacteriemia, enfermedad multilobar o neumonía por Legionella pueden demorar la resolución radiológica. La persistencia de alteraciones radiológicas si no se acompaña de mejoría clínica, o el empeoramiento clínico en el periodo de convalecencia, nos debe alertar de la posibilidad de patología endobronquial subyacente.



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**



4.10 OBSERVACIONES

- ❖ Se restableció el tratamiento para la fibrosis pulmonar.
- ❖ Se le informo a la paciente las técnicas de Fisioterapia para contrarrestar la infección respiratoria.
- ❖ Después de dar la información pertinente al paciente sobre las técnicas de tratamiento y teniendo su aprobación se procedió a realizarlo.
- ❖ El tratamiento se realizó con éxito, dejando con fin la infección respiratoria aguda baja.
- ❖ La paciente sigue recibiendo el tratamiento para su enfermedad de base.



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**



4.11 CONCLUSIONES

Realizar un diagnóstico temprano en la infección respiratoria aguda baja es de vital importancia, teniendo en cuenta que las exacerbaciones infecciosas son la principal causa de mortalidad en la fibrosis pulmonar.

La alta incidencia de letalidad en la población sugiere un importante problema de salud pública. La prevención por medio de vacunación, evitar factores de riesgo como el tabaquismo y una conciencia de la enfermedad, disminuirán la incidencia de neumonía adquirida en la comunidad.

El tratamiento farmacológico y la fisioterapia respiratoria se deben elegir de acuerdo a la gravedad con la que se presente la patología.

Para concluir, cabe destacar que se lograron los objetivos propuestos al iniciar este estudio de caso, y así mismo, los objetivos propuestos al iniciar el tratamiento.



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA



5 Referencias Bibliográficas

- Blood, N. H. (2013). *GeoSalud*. Obtenido de http://www.geosalud.com/enfermedades_infecciosas/neumonia/como-se-diagnostica-la-neumonia.html
- Boletin Epidemiologico. (1995). Obtenido de http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol11_2_98/res01298.htm
- Club Ensayos. (s.f.). Obtenido de <https://www.clubensayos.com/Ciencia/Rehabilitacion-Cardiopulmonar/363613.html>
- Cordero, J. M. (21 de agosto de 2016). *Ecuared*. Obtenido de <https://www.ecured.cu/Areosolterapia>
- Fine, M. (1997). Sociedad de Neumonia .
- Galeon. (s.f.). *Galeon 2013*. Obtenido de <http://respiratorias.galeon.com/aficiones1506372.html>
- Garcia, J., & Aspa, J. (2005). Neumonias .
- Gil, R., Fernandez, P., & Sabbagh, R. (2006). Diagnostico clinico-radiologico de la neumia del adulto adquirida en la comunidad .
- Jimenez de la Cruz, M., Bárcena Caamaño, M., & Sabio Reyes, F. (2008). *Guía de buena practica clinica en infecciones respiratorias bajas*. Editorial: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C).
- Luque, R. (2015). Casos clinicos de enfermedades espiratorias .
- Macedo, & Mateos. (s.f.). *Enfermedades respiratorias*. Obtenido de <http://www.higiene.edu.uy/cefa/2008/Infeccionesrespiratorias.pdf>
- Miguel, G., & Echeverria, M. (2008). Neumonia aguda. Madrid .
- Ministerio de la Salud. (2012). *Guías Clínicas de Medicina Interna*. San Salvador.
- Mora, G., & Romero, A. (2012). *Guia para paciente con fibrosis pulmonar idiopatica*. Obtenido de <http://fibrosispulmonar.es/wp-content/uploads/2014/09/gpfpi.pdf>



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**



Portal, J. R., Díaz Baquero, A., & Rodríguez Becerra, E. Enfermedades intersticiales difusas del pulmón .

R, G., & J.F, S. (1997). Antibiotic prescribing for adults with colds, upper respiratory tract infections, and bronchitis by ambulatory care physicians. .

Redaccion Onmeda . (19 de Marzo de 2012). Obtenido de
http://www.onmeda.es/enfermedades/fibrosis_pulmonar-evolucion-3130-11.html

Saldías, F., & Díaz, O. (2014). *Evaluación y manejo de la neumonía adquirida en la comunidad* .

SM, F., & Mejía, H. (2012). *Scielo*. Obtenido de
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752012000300006

Sociedad Iberoamericana de Información Científica. (2002). *Bago*.

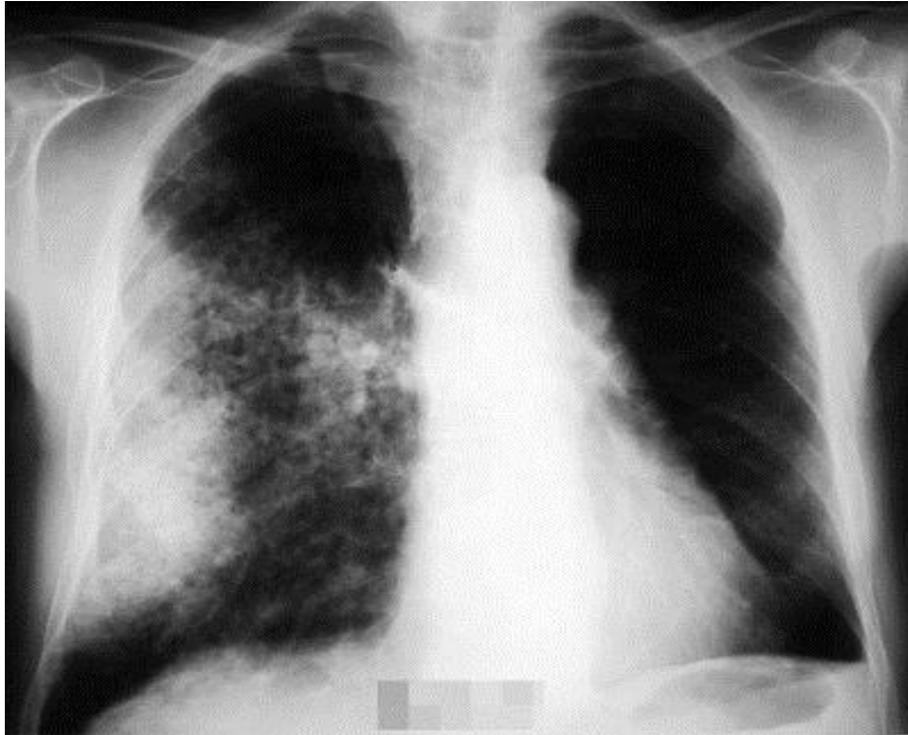
Urgencias, G. N. (2013). *Neumonía comunitaria*. Obtenido de
<https://sites.google.com/site/neumoniacomunitaria/tarea>



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**



6 ANEXOS





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

Facultad de Ciencias de la Salud

SECRETARÍA



CERTIFICACION

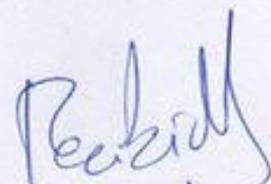
AB. Vanda Aragundi Herrera, Secretaría de la Facultad de Ciencias de la Salud,

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: GUZMAN ALVARADO CELINDA MARIUXI, C.I. 1207968460 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
SECRETARÍA


17/05/2017 15:44

ACCIÓN	ELABORADO POR:	CARGO	FIRMA
ELABORADO POR	Lic. Dalia Gómez Alvarado	Analista Administrativo Secretaría de la Facultad	



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



Babahoyo, 03 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, **GUZMAN ALVARADO CELINDA MARIUXI** con cédula de ciudadanía 120796846-0 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,

Mariuxi Guzmán

GUZMAN ALVARADO CELINDA MARIUXI
C.C.Nº 120796846-0
Solicitante

Rebido
03/05/2017 12:05 M



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Babahoyo, 9 de agosto de 2017

DOCTORA

Alina Izquierdo Cirer, Msc.

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACION
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

En su despacho.-

De mis consideraciones:

Yo, Celinda Mariuxi Guzmán Alvarado con C.I.1207968460, egresada de la Escuela de Tecnología Médica de la Carrera de Terapia Respiratoria de la Facultad de Ciencias de la Salud-UTB., me dirijo a usted para solicitarle de la manera más comedida se nos recepte el tema del caso clínico #10: FIBROSIS PULMONAR MAS INFECCION RESPIRATORIA AGUDA BAJA EN PACIENTE FEMENINO DE 65 AÑOS DE EDAD, para continuar con el cronograma establecido.

Por la atención dada a la presente, reitero mi agradecimiento.

Atentamente,

Mariuxi Guzmán A.

Mariuxi Celinda Guzmán Alvarado

C.I.1207968460

Celinda
08/08/2017 M/ 18:10 M.



CASO CLINICO 10

Paciente femenina de 65 años de edad con diagnóstico antiguo de fibrosis pulmonar que acude a consulta con dificultad respiratoria y tos frecuente desde hace 20 días acentuada aparece alza térmica no cuantificada y algo letárgico.

ANAMNESIS:

Antecedentes Patológicos Personales: Tuberculosis hace 5 años.

Antecedentes Patológicos Familiares: Madre hipertensa. Padre Diabético.

Antecedente Personales Quirúrgico: Apendicetomía hace 4 años.

ALERGIAS: No refiere.

HABITOS: Ninguno.

EXAMEN FISICO

Signos Vitales: FC: 80X' FR: 24X' TA: 140/90 TC: 37oC SAT.O2: 90%
 GLASGOW: 15/15

ESTADO NUTRICIONAL: Normolineo.

CABEZA: Normocefalo.

Orientado, activo, responde a estímulos dolorosos, Normocéfalo, ORF: húmedas normal.

CUELLO: No Adenopatías.

TÓRAX:

- Forma: Normal.
- Tipo de respiración: toraco-abdominal.
- Percusión: en hileo pulmonar ligeramente disminuido.
- Palpación: Dolorosa a la digitopresion a nivel de espacios intercostales.

PULMONES:

- Auscultación: roncus en apex pulmonar derecho. Estertores húmedos en región hilar de ambos lados.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA (IDX): FIBROSIS PULMONAR + INFECCION RESPIRATORIA AGUDA BAJA.

- EXAMENES COMPLEMENTARIOS:
- TRATAMIENTO COADYUVANTE

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

Recebido
 08/08/2017 18:10 W

Belinda Mariuxi Guzmán Alvarado
 Terapia Respiratorio
 08/08/2017



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA DE 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, **CELINDA MARIUXI GUZMAN ALVARADO**, con cédula de ciudadanía 120796846-0 egresada de la Escuela de Tecnología Médica, carrera 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: **FIBROSIS PULMONAR MÁS INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA BAJA EN PACIENTE FEMENINO DE 65 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 agradecido (a).

Atentamente,

Mariuxi Guzman A.

CELINDA MARIUXI GUZMAN ALVARADO

120796846-0

[Handwritten signature]
22/08/2017 11:14 AM