



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



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

**TÍTULO DEL CASO CLÍNICO
DERRAME PLEURAL BILATERAL, INSUFICIENCIA RENAL CRONICA Y
MIELOMA MULTIPLE EN PACIENTE MASCULINO DE 62 AÑOS DE EDAD.**

AUTOR

KERLY DENISSE LEON GARCIA

BABAHOYO-LOS RÍOS-ECUADO

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 TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
TERAPIA RESPIRATORIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**



Dedicatoria

Este proyecto va dirigido con mucho amor y cariño a mi madre MIRIAN GARCIA, quien con su sacrificio y esfuerzo, ha podido creer en mí, no fue fácil hemos pasado por momentos duros, pero nunca me abandono, ella ha estado firme brindándome motivación para seguir luchando por lo que deseo.

A mi padre ANTONIO LEON que desde el cielo siempre me guío y aunque no tenga el placer de verlo, sé que camina junto a mí.

Kerly León



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
TERAPIA RESPIRATORIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**



AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por permitirme realizar este examen complejo, donde aporté todo lo aprendido, no dejando atrás a mis maestros que con su ayuda he podido desempeñarme durante mis estudios universitarios.

A mi familia y amigos, que tuvieron el honor de ver mis inicios universitarios y hoy mi culminación.

Finalmente agradezco a quien lea este proyecto el cual he puesto mucha dedicación espero sea de su agrado.

Gracias

Kerly Le



INDICE

CAPITULO I.....	1
1. TITULO.....	1
2. INTRODUCCIÓN.....	2
3. MARCO TEÓRICO.....	3
4. JUSTIFICACIÓN.....	22
5. OBJETIVOS.....	23
5.1 Generales.....	23
5.2 Específicos.....	23
6. Datos generales.....	24
CAPITULO II.....	24
7. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	24
7.2.1 Antecedentes Patológicos Personales.....	24
7.2.2 Antecedentes Patológicos Familiares.....	24
7.2.3 Antecedentes Quirúrgicos Personales.....	24
8. ANAMNESIS.....	25
9. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema. 25	
10. Exploración clínica.....	25
10.1 Tórax:.....	25
10.2 Pulmones.....	25
10.2 Corazón.....	26
10.3 Abdomen.....	26
11. Formulación del diagnóstico previo análisis de datos.....	26
12. Conducta a seguir.....	26
13. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	27
14. Seguimiento.....	27
15. Observaciones.....	27
CAPITULO III.....	28



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
TERAPIA RESPIRATORIA
UNIDAD DE TITULACIÓN



16.	CONCLUSIONES.....	28
17.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
18.	ANEXOS.....	33



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
TERAPIA RESPIRATORIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**



CAPITULO I

1. TITULO

**DERRAME PLEURAL BILATERAL, INSUFICIENCIA RENAL CRONICA Y
MIELOMA MULTIPLE EN PACIENTE MASCULINO DE 62 AÑOS DE EDAD.**



2. INTRODUCCIÓN

Paciente masculino de 62 años de edad, que llega por sus propios medios y acompañado por familiares, en condiciones clínicas y hemodinámicas inestable. Presenta dolor torácico más o menos de cuatro días, acompañado de dificultad respiratoria de mediano a mínimos esfuerzos y taquipnea.

Antecedentes de cirugía, bypass cardiaco la cual se lo está tratando con un cardiólogo: medicamentos tales como clopidrogel y simvastatina.

En dos ocasiones fue llevado al hospital del IEES de Quevedo, donde no dan solución a su patología, por lo que posteriormente es dado de alta y llega a otra casa de salud con sus familiares, con cuadro antes mencionado. Se interna el paciente para realizar los estudios necesarios.

Resultado de suradiografía, examen de sangre, hemoglobina 9,5 g/L; hematocrito 20% y un calcio de 7,4/dL

Sudiagnósticoprimary la insuficiencia renal crónica, administrándole diuréticos y realizarle diálisis. Previamente a su derrame pleural, se le realiza al paciente una toraconcentesis sin dejar de aplicarle diuréticos, para eliminar líquido retenido en las paredes del pulmón.

Posterior se realiza una radiografía de tórax, para afirmar la depuración completa de sus pulmones, se le administra medicamentos como corticoesteroide, para su pronta recuperación.

Una vez realizado todos los tratamientos adecuados es dado de alta, y se elabora un control y previas citas para vigilar el estado del paciente.



3. MARCO TEÓRICO

DERRAME PLEURAL

Un derrame pleural es una acumulación de líquido entre los pulmones y el tórax. Los pulmones y el lado interno del tórax están revestidos por una capa fina.

Si los pulmones presentan una extensión normal, las hojas de la pleura están una encima de la otra. En medio se encuentra una película de líquido deslizante de unos 15 milímetros normalmente. La pleura absorbe diariamente 10 mililitros de este líquido y lo vuelve a formar en la misma medida. Si se altera este equilibrio, se produce un derrame pleural. El líquido sobrante se acumula siempre en la parte más profunda del tórax a causa de la fuerza de la gravedad.

Existen distintas intensidades del derrame pleural, el más leve se lo denomina laminar es una fina lamina de líquido se interpone entre las dos pleuras y no afecta en nada y no requiere tratamiento como diagnosticamos ese derrame leve por medio de una ecografía del espacio pleural y podemos ver que existe muy pequeñas cantidades de líquido que se controla todo los días al paciente internado el derrame pleural leve se reabsorbe y no genera ningún tipo de problema(Cobo, (2007)).

A veces hay más liquido nos dirigimos a un derrame pleural moderado ese derrame debe ser drenado porque está comprimiendo al pulmón y este no trabaja bien, entonces por medio de un punción entre dos costillas se retira ese líquido que además de servir para mejorar el estado clínico del paciente sirve para realizar estudios ya que podemos cultívalos para ver que bacterias están produciendo ese derrame pleural(Borja Molina, (2015)).



En caso de un derrame pleural severo este comprime completamente el pulmón deja que ese expanda no solamente hay que drenarlo si no hay que dejar un drenaje permanente porque se está formando mucho líquido si no se saca el líquido que se está formando va acumularse y se va tener que realizar varias punciones, para mejora del paciente se punza una sola vez y se deja un drenaje abierto para que ese líquido siga drenando hasta que deje de drenar y el medico vea, se le comunica al cirujano retira el drenaje y se cura el paciente.

Cuando un derrame pleural se continua más halla de dos semanas puede requerir una cirugía, pero son menos los casos que requieren esto, normalmente los derrames pleurales son leves y moderados y tiene una mejoría muy buena con el tratamiento adecuado(Garrido, (2006)).

Epidemiología

Determinar las causas del derrame pleural, las características bioquímicas, los días de estancia hospitalaria, la mortalidad y los factores asociados en pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (2011-2012). Pacientes y métodos: Fueron incluidos todos los pacientes que contaron con: a) un estudio bioquímico de derrame pleural, b) aquellos en los que se documentó la etiología maligna o benigna del tumor y c) aquéllos que pudieron ser clasificados como exudado o trasudado. El análisis se hizo utilizando el paquete estadístico STATA versión 9.0.

Resultados: Se incluyeron 364 pacientes que contaban con información completa (80.4%). Los principales resultados fueron: a) proporción de derrames infecciosos, 52% (tuberculosis, 16.2%; derrame para neumónico, 24.7%; empiema, 11.1), seguido por cáncer torácico (33.5%); b) no hubo diferencias en la proporción de exudados entre pacientes con derrame maligno o benigno; c) en los derrames benignos se encontró un incremento en la deshidrogenasa láctica pleural y del colesterol en líquido pleural. En contraste, los derrames



malignos mostraron mayor proporción de polimorfonucleares y de linfocitos en líquido pleural y d) no hubo diferencias en los días de hospitalización y la mortalidad entre pacientes con derrame benigno o maligno.

Causas

Las causas de la acumulación de líquido en la pleura, según la sociedad española de neumología y cirugía torácica, pueden ser la Insuficiencia cardiaca, esta enfermedad consiste en un desequilibrio entre las necesidades del cuerpo y la capacidad del corazón para bombear la sangre.

Según su naturaleza, el líquido de un derrame pleural se subdivide en dos categorías:

Derrame pleural trasudativo: es causado por la pérdida de líquido en el espacio pleural. Tal fuga puede ser debido a una variedad de razones, pero la más común es la insuficiencia del ventrículo izquierdo en el corazón humano. Las personas que sufren de complicaciones después de una cirugía de corazón, también han sido frecuentemente diagnosticadas con derrame pleural trasudado. La embolia pulmonar y cirrosis son otras causas comunes de este tipo de derrame pleural (Fuentes Gago, (2012)).

Derrame pleural exudativo: es causado por vasos sanguíneos que gotean, y a su vez, debido a una enfermedad pulmonar. Algunas de las causas más comunes son las infecciones pulmonares, tuberculosis, neumonía bacteriana, la embolia pulmonar, cáncer de mama y el cáncer de pulmón. Los lupus inducidos por la exposición continua a ciertos fármacos y drogas a veces se producen y esto también puede resultar en un derrame pleural.

Síntomas

Los derrames pleurales pueden aparecer por trastornos físicos muy diferentes.



El derrame pleural también es un síntoma importante de enfermedades que no afectan directamente a los pulmones (por ejemplo, enfermedades cancerosas de otros órganos, enfermedades cardíacas, enfermedades renales, enfermedades hepáticas y enfermedades reumáticas)(Despaigne Cuevas, (2012)).

Hay tres síntomas propios del derrame pleural: la tos, la disnea (dificultad para respirar) y el dolor torácico. La irritación que produce el acumulo de líquido en la pleura, da lugar a un dolor que tiene características pleuríticas, es decir, se instaura de forma brusca y generalmente aumenta con los movimientos respiratorios por lo que el paciente se hace consciente de la respiración.

El dolor pleurítico también puede aumentar con la tos y los movimientos del tronco y se alivia con la inmovilización del lado afecto, suele ir acompañado de sensación de ahogo o falta de aire, tos seca y de respiración superficial. El dolor se localiza generalmente en la zona afectada aunque a veces se irradia al abdomen e incluso a los hombros.

- Dolor en el pecho
- Dificultad para respirar
- La tos
- La disnea (falta de aire)

Tratamiento

Cuando se ve que hay líquido en la pleura, el objetivo principal del médico es drenarlo, evitar que éste se acumule otra vez e intentar averiguar la causa por la que se ha almacenado.

La técnica más empleada para sacar el líquido es la toracentesis, así deja de hacer presión en el tórax y permite que éste se expanda. Los diuréticos, según



Marrón, son la base del tratamiento para el derrame pleural si es de tipo trasudado porque son eficaces para tratar la insuficiencia cardiaca. Por el contrario, si es exudado, lo importante será tratar el origen de la enfermedad, por ejemplo si ha sido causada por una infección. Los antibióticos son la opción más efectiva.

En pacientes con cáncer se suele utilizar una sonda pleural durante varios días para sacar el líquido que se acumula en el pulmón. El tratamiento se combina con los adecuados para curar el cáncer, como la quimioterapia o la radioterapia, y en casos más complicados, se utiliza la cirugía para sacarlo(Rodríguez, (2007)).

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La insuficiencia renal crónica es la pérdida de las funciones del riñón que vienen reflejadas como un deterioro progresivo, durante más de tres meses, y generalmente irreversible, del filtrado glomerular por debajo de 60 ml/min/1.73 m² o por la lesión de los riñones en su estructura.

El filtrado glomerular es el volumen de plasma necesario para depurar una sustancia cuando es filtrada por el riñón. Habitualmente nos da idea de la cantidad o porcentaje de riñón deteriorado, pues está directamente relacionado con este deterioro de la depuración renal(Quispe Peralta, (2017)).

Como consecuencia de este filtrado insuficiente, se produce una acumulación de sustancias nitrogenadas en la sangre, especialmente urea y sus derivados, y una elevación de la creatinina plasmática, que es lo que se detecta en los análisis de sangre. Esta situación desemboca en lo que se conoce como uremia o síndrome urémico(Guasco, (2015)).



Se estima que en torno al 10% de la población padece algún grado de enfermedad renal crónica, si bien existe una mayor incidencia en la población anciana, llegando al 20-25% de los mayores de 65 años. Esto se debe, no solo al envejecimiento sino a las enfermedades que son reconocidas como causas y que son más prevalentes en este rango de edad.

Las características del síndrome de insuficiencia renal crónica son:

- Una función renal reducida, debido a la disminución en el número de nefronas (unidad funcional básica del riñón).
- Un deterioro funcional del riñón.
- Una situación funcional estable durante semanas o meses, pero que presenta un empeoramiento progresivo.

Si la disfunción renal se mantiene, tanto si esto es debido a un fallo de la irrigación del riñón, como a una lesión de los tejidos que lo forman, se puede desarrollar una insuficiencia renal crónica. Es importante saber que la progresión de la insuficiencia renal provoca la muerte del paciente si no se supe la función renal, ya que no se eliminarían las sustancias toxicas que normalmente desecha el riñón(León Pineda, (2012)).

Se establecen fases de la enfermedad renal crónica, En fases iniciales puede haber pérdidas de sodio y agua, al haber problemas para concentrar la orina. Sin embargo, en fases avanzadas puede ocurrir lo contrario, es decir, retención y aumento de sodio y agua, definidas por el filtrado glomerular, siendo el estadio final un filtrado menor de 15, suponiendo la necesidad de diálisis por ausencia casi total de cualquier funcionamiento de los riñones(Reyes C. &, (2016)).



Su detección precoz y, en lo posible, su prevención son de vital importancia por la cantidad de enfermedades asociadas y por los altos costes económicos y el deterioro de la calidad de vida en sus fases finales.

La evolución de la enfermedad origina un aumento de la urea en sangre y casi siempre aparecen sus manifestaciones iniciales, siendo las más frecuentes la hipertensión arterial y la anemia; otras alteraciones incluyen intolerancia a los hidratos de carbono, aumento del ácido úrico y de los triglicéridos, y disminución de la capacidad de concentración urinaria, que hace que el paciente orine mucho, y más de lo normal también durante la noche(Sivisaka, (2012)).

- Hipertensión arterial
- Anemia
- poliuria

Epidemiología

En Ecuador existen cerca de 10.000 personas que padecen insuficiencia renal y que necesitan diálisis, ha dicho a REDACCIÓN MÉDICA Julio Moscoso.

Según el último reporte del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) hasta el 2014 en el país se contabilizaban 6.611 personas con insuficiencia renal crónica. No obstante Moscoso explicó que las estadísticas han crecido “no porque aumentó la prevalencia de la enfermedad sino porque hay más acceso a la salud” y por ende ha mejorado el diagnóstico temprano.

Eleyne Cabezas del servicio de nefrología, diálisis y trasplante renal del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, ha indicado que las estadísticas sobre insuficiencia renal tienen una tendencia al incremento por varios factores.



De acuerdo a su labor diaria, la diabetes, la hipertensión, las enfermedades propias del riñón y sobre todo el actual estilo de vida de la gente, han hecho que existan más personas jóvenes diagnosticadas con esta patología, ha señalado.

Los pacientes que son atendidos en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo tienen entre 25 y 45 años de edad.

Actualmente tanto en los hospitales públicos como en los centros privados de Nefrología se brinda una atención integral al paciente con hemodiálisis, medicamentos, exámenes, ayuda psicológica, transporte, entre otros insumos, todos incluidos en un paquete de tratamiento.

Para alcanzar una cobertura total a todas las personas con insuficiencia renal crónica, el Ministerio de Salud Pública (MSP) mantiene convenios con los centros privados de diálisis del Ecuador para que atiendan a estos pacientes.

Causas

Son muchas las causas de la enfermedad renal crónica (ERC). Las dos causas más comunes, la diabetes y la hipertensión arterial (presión arterial alta), son responsables de dos tercios de los casos de ERC. Pero, en ocasiones, hasta las personas que parecen tener una buena salud son diagnosticadas sin mucha advertencia (Delgado Herrero, (2017)).

- Diabetes (44 %): la principal causa de insuficiencia renal en los EE. UU., sobre todo la diabetes tipo 2.
- Hipertensión arterial (29 %): también llamada presión arterial alta, es la segunda causa de insuficiencia renal.
- Enfermedad glomerular (7 %): provoca daño en los vasos sanguíneos que filtran la sangre en los riñones.



- Enfermedad renal poliquística (1.6 %): provoca una acumulación de quistes en los riñones que deriva en ERC.
- Otras (18.4 %): abuso de medicamentos o drogas ilícitas, enfermedades del sistema inmunológico (VIH, SIDA), lupus, cáncer e infecciones graves.
- Dislipemias (altos niveles de colesterol o triglicéridos en la sangre).
- Antecedentes familiares.
- Tumores.

Síntomas

A diario los riñones filtran unos 180 litros de sangre, y esta capacidad tiende a conservarse cuando se reduce el filtrado glomerular, aunque la progresión de la insuficiencia renal crónica produce un deterioro en la capacidad de las funciones renales(Mendoza Berdugo V. E., (2015)).

Como consecuencia de la afectación progresiva del tejido renal, el número de nefronas disminuye, por lo que las que quedan (residuales) se ven sometidas a una sobrecarga en sus funciones y aumentan de tamaño para compensarlo. Este mecanismo se denomina hipertrofia renal compensadora, y gracias a eso se mantiene el balance de líquidos en el organismo, pero llega un momento en el que esas variaciones no son suficientes, y se producen las manifestaciones clínicas. Al disminuir el número de nefronas, la capacidad de filtrado de la sangre también disminuye y se presenta poliuria (producción y expulsión de gran cantidad de orina) y una acumulación de sustancias nitrogenadas en la sangre(Aldaz Meneces, (2015)).

Se altera también la función hormonal del riñón, que produce menos eritropoyetina (proteína encargada de la regulación de la producción de los glóbulos rojos y, por lo tanto, implicada en el transporte de oxígeno en la



sangre) .A consecuencia de esta alteración el paciente desarrollará anemia y un déficit de calcio(Mendoza Berdugo V. E., (2015)).

Los síntomas que acompañan a la insuficiencia renal crónica dependen de la velocidad de instauración y de la fase en que se encuentre la enfermedad. Cuando el filtrado glomerular se ha reducido a la mitad o menos de lo normal el paciente se mantiene sin síntomas. Pero cuando el filtrado se encuentra entre un 25% y un 35% de lo normal, aparecen las manifestaciones iniciales, porque se empiezan a acumular urea y creatinina en la sangre(Rueda Guerra, (2015)).

A continuación se detallan los síntomas más frecuentes de la insuficiencia renal crónica, clasificados según los órganos que se ven afectados:

- Aparato digestivo
- Anorexia.
- Vómitos matutinos.
- Aliento urémico, característico por tener olor a pescado o amoníaco, debido a la acumulación de sustancias que deberían ser excretadas por la orina.
- Diarreas.
- Hemorragia digestiva y úlceras.
- Aparato cardiovascular
- Hipertensión arterial (complicación más frecuente).
- Aterosclerosis generalizada, (el infarto agudo de miocardio es la causa más frecuente de muerte en estos enfermos).
- Insuficiencia cardíaca, debida a la retención de líquidos.
- Alteración en la curación de las heridas.
- Sistema endocrino (alteraciones hormonales)

A pesar de estas alteraciones los pacientes al principio se encuentran bien; sin embargo, cualquier proceso como una infección, una obstrucción urinaria,



deshidratación, o la administración de fármacos que puedan dañar el riñón, puede deteriorar aún más la función renal y aparecer entonces la sintomatología florida de insuficiencia renal avanzada.

El síndrome urémico es el estadio final de la evolución de la insuficiencia renal, y se manifiesta por una afectación de varios órganos a causa de la retención de sustancias, las alteraciones hormonales, los cambios metabólicos y los trastornos en el equilibrio de iones. El síndrome urémico es una entidad grave, y antes de que se empleara el tratamiento con diálisis y el trasplante, su aparición significaba una muerte a corto plazo, generalmente a consecuencia de problemas cardiovasculares(Cañizares Guerrero, (2015)).

❖ **Trastornos metabólicos**

- a) Hiperglucemia por intolerancia a la glucosa.
- b) Aumento de los triglicéridos.
- c) Descenso de las HDL (“colesterol bueno”).

❖ **Trastornos pulmonares**

- a) Edema pulmonar, con alteración de la función respiratoria.
- b) Pleuritis: complicación terminal, que consiste en inflamación de la pleura, que es la capa que recubre los pulmones.

❖ **El tratamiento de estas dos alteraciones es la diálisis.**

- a) Trastornos reumatológicos
- b) Debilidad muscular.
- c) Artritis.
- d) Trastornos del agua y la sal



Tratamiento

En la actualidad existen tres tratamientos de la insuficiencia renal crónica terminal: hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal.

1. **Hemodiálisis** la eliminación de toxinas y líquido sobrante se realiza a través de un filtro artificial. Requiere circuito extracorpóreo con necesidad de acceso vascular (fístula arteriovenosa o catéter de hemodiálisis). Consta de sesiones intermitentes (tres a la semana) de duración variable (3 a 4 horas).
2. **Diálisis peritoneal** la eliminación de toxinas y de líquido se produce a través de la membrana del peritoneo. Requiere una cavidad peritoneal íntegra con necesidad de la implantación de un catéter de diálisis peritoneal para introducir líquido de diálisis dentro del abdomen. Es una diálisis continua, requiriendo el recambio del líquido de diálisis peritoneal tres o cuatro veces al día (Reyes Z. &, (2013)).

3. Trasplante renal

Consiste en la extracción de un riñón de un individuo previamente sano (cadáver o de vivo) y su colocación en un enfermo con insuficiencia renal crónica en fase terminal e incompatible con la vida (Velasco, (2014)).

Técnicamente, la operación es sencilla y consta de tres anastomosis o uniones (arterial, venosa y urinaria). La duración de la intervención en el receptor es de unas 3-4 horas.

Los pasos que se siguen en la realización de un trasplante son los siguientes:

- A. Compatibilidad de grupo sanguíneo e inmunológico.
- B. Selección del receptor (edad, tiempo en diálisis, situación clínica).



- C. Preparación de receptor.
- D. Cirugía.

Dependiendo de la procedencia del injerto, puede ser de donante vivo emparentado (padres, hermanos, hijos, primos), donante vivo emocionalmente relacionado (por ejemplo, entre esposos) y de donante cadáver (por muerte cerebral previa o a corazón parado). Los mejores resultados se obtienen con el trasplante renal de donante vivo (Salinas Pauta, (2016)).

Complicaciones de un trasplante de riñón

Las complicaciones precoces más frecuentes son las relacionadas con la cirugía (obstrucción urinaria, fístula urinaria, colecciones líquidas, infección de la herida quirúrgica, infecciones de orina, del pulmón, etc.).

El sangrado puede ocurrir con cualquier cirugía porque se cortan los tejidos del cuerpo y los vasos sanguíneos. Si el sangrado ocurre después de la cirugía del trasplante de riñón, usualmente se detecta dentro de las primeras 12 a 24 horas después de la operación. El paciente vuelve a ingresar a la sala de operaciones para reparar el vaso sanguíneo sangrante (Plua Cercado, (2015)).

A más largo plazo, las principales complicaciones son las infecciones, los tumores malignos, el rechazo crónico y las complicaciones cardiovasculares.

MIELOMA MULTIPLE

El mieloma múltiple también conocido como (mieloma de células plasmáticas o Plasmacitoma maligno) es un cáncer producido por una degeneración maligna del ADN que comienza en las células del plasma, un tipo de glóbulos blancos. Estas células forman parte del sistema inmunitario, que ayuda a proteger el cuerpo contra los gérmenes y otras sustancias malignas, con el paso del



tiempo, las células del mieloma se acumulan en la médula ósea y en las partes sólidas del hueso(Garza Salazar, (2013)).

A diferencia de lo que ocurre con la mayoría de los tipos de cáncer, el mieloma múltiple no produce masas sólidas y, por lo tanto, no aparece en forma de tumor, sino que sus células se dividen y extienden dentro de la médula ósea.

El mieloma afecta a múltiples lugares del cuerpo, donde normalmente la médula ósea es activa en los adultos, dentro de la espina dorsal, del cráneo, de la pelvis, de las costillas, y en las áreas alrededor de los hombros y de las caderas.No se conoce la causa exacta del mieloma múltiple, pero es más común en las personas de edad avanzada y en afroamericanos. Puede ser hereditaria.

Tipos de mieloma

Los diferentes tipos de mieloma se basan en el tipo de inmunoglobulina (paraproteína) producida en la célula del mieloma. Cada inmunoglobulina tiene una estructura específica con dos componentes principales: cadenas pesadas así como dos cadenas ligeras, que se ensamblan en una única molécula(Fernández de Larrea Rodríguez, (2011)).

Hay 5 tipos de anticuerpos:

- IgG → Inmunoglobulina o gammaglobulina G .
- IgA → Inmunoglobulina o gammaglobulina A.
- IgM → Inmunoglobulina o gammaglobulina M.
- IgD → Inmunoglobulina o gammaglobulina D.



– IgE → Inmunoglobulina o gammaglobulina E.

Los cinco tipos posibles de cadenas pesadas, que se definen con letras G, A, D, E y M, y dos tipos de cadenas ligeras que se marcan con las letras griegas Kappa (κ) y Lambda (λ). Cada inmunoglobulina individual (en adelante, Ig) puede tener únicamente uno de los tipos de cadenas pesadas y uno de los tipos de cadenas ligeras. En las personas que no padecen mieloma encontramos todas las combinaciones posibles y las inmunoglobulinas son por tanto policlonales. En el mieloma, como se ha mencionado, solo existe una única combinación de cadena pesada y cadena ligera, la proteína monoclonal.

Síntomas

El mieloma múltiple generalmente afecta a varios huesos diferentes en nuestro esqueleto, principalmente aquellos que tienen médula ósea en su interior. Los principales ejemplos son:

- Columna vertebral.
- Cráneo.
- Cadera.
- Costillas.
- Fémur (hueso del muslo).
- Húmero (hueso del brazo).

Por lo tanto, como la lesión de los huesos es muy común, el síntoma principal del mieloma suele ser el dolor óseo. Cuando el hueso afectado es una o más vértebras de la columna vertebral, la vértebra puede colapsar y comprimir la médula nerviosa (Terreros Cárdenas, (2011)).

Un aumento desmedido de estos niveles puede provocar diversos síntomas, por ejemplo necesidad de beber y de orinar constantemente, mareos,



sensación de cansancio, confusión, pérdida del apetito, dolor estomacal y signos de estreñimiento severo, etc. En los casos en los que los niveles de calcio en sangre es muy elevado el paciente podría llegar a entrar en coma(Castillo Martínez, (2017)).

Otra de las principales consecuencias de mieloma múltiple es que impide que las células plasmáticas combatan otro tipo de infecciones, por lo que nuestro sistema inmunológico no funcionará igual y estaremos más expuestos a otras infecciones.

- Bajo conteo de glóbulos rojos (anemia), lo cual puede llevar a que se presente fatiga y dificultad respiratoria.
- Bajo conteo de glóbulos blancos, lo que lo hace más proclive a contraer infecciones.
- Bajo conteo de plaquetas, que puede ocasionar sangrado anormal.
- Fracturas de huesos
- Debilidad o fatiga
- Pérdida de peso
- Infecciones y fiebre frecuentes
- Sed
- Ganas de orinar con frecuencia

Tratamiento

A las personas con casos leves de la enfermedad o con un diagnóstico dudoso normalmente se las monitorea de cerca. Algunas personas presentan una forma de mieloma múltiple de desarrollo lento (mieloma múltiple asintomático) que tarda años en causar síntomas(Medranda Santos, (2014)).

Quimioterapia: es el uso de medicamentos para destruir o controlar las células cancerosas. Estos medicamentos se administran en forma oral, por vía



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
TERAPIA RESPIRATORIA
UNIDAD DE TITULACIÓN



intravenosa o en el músculo. Penetran al torrente sanguíneo y llegan a todas las áreas del organismo, lo que hace que este tratamiento sea útil contra los tipos de cáncer, tales como mieloma múltiple, que con frecuencia se propagan a muchas partes del cuerpo(Vivanco Zambrano, (2015)).

Las combinaciones de estos medicamentos suelen ser más eficaces que un solo medicamento. A menudo estos medicamentos son combinados con otros tipos de medicinas, como corticosteroides o agentes inmunomoduladores (medicamentos que cambiarán la respuesta inmune del paciente).

Radioterapia: Este tratamiento emplea rayos de energía, igual que las radiografías, para dañar las células del mieloma y detener su crecimiento. La radioterapia puede servir para encoger rápidamente las células del mieloma en una zona específica; por ejemplo, cuando un grupo de células plasmáticas anormales forma un tumor (plasmocitoma) que produce dolor o daña algún hueso.

Si el mieloma debilita en gran medida los huesos vertebrales (la espalda), estos huesos pueden colapsar y ocasionar presión en la médula espinal y los nervios espinales. Los síntomas incluyen cambios abruptos en la sensibilidad, tales como adormecimiento u hormigueo, debilidad súbita en los músculos de las piernas o problemas súbitos para orinar o evacuar. Esto se considera una urgencia médica, los pacientes con estos síntomas deben llamar a sus médicos inmediatamente. Para prevenir parálisis, a menudo se necesita tratamiento rápido con radioterapia y/o cirugía(Vanegas Quizhpe, (2010)).

El tipo de radioterapia que se utiliza con más frecuencia para tratar el mieloma múltiple o el plasmacitoma solitario se llama radioterapia de rayos externos.

Efectos de la radioterapia:



- Cambios en el área de la piel tratada que pueden variar desde enrojecimiento hasta ampollas y descamación.
- Cansancio (fatiga).
- Náuseas
- Diarrea
- Bajos recuentos sanguíneos
- Pérdida de cabello

Trasplante de células madre: Es un procedimiento que reemplaza una médula ósea enferma con médula ósea sana.

Antes de realizar el trasplante de células madre, de la sangre del paciente se recolectan células madre generadoras de sangre. Luego, se administra al paciente dosis altas de quimioterapia para destruir la médula ósea enferma

Se pueden usar dos tipos de trasplante de médula ósea:

➤ **Trasplantes autólogos (autotrasplantes).**

En un autotrasplante de células madre, las propias células madre del paciente se extraen de su médula ósea o sangre periférica antes del trasplante. Las células se almacenan hasta que se vayan a necesitar para el trasplante.

Entonces, la persona con mieloma recibe el tratamiento, como una dosis alta de quimioterapia, algunas veces con radiación, para eliminar las células cancerosas.

Este tipo de trasplante es un tratamiento convencional para pacientes con mieloma múltiple. Sin embargo, a pesar de que un trasplante autólogo puede hacer que el mieloma desaparezca por un tiempo (incluso años), este no cura el cáncer, y a la larga el mieloma regresa.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
TERAPIA RESPIRATORIA
UNIDAD DE TITULACIÓN



➤ **Trasplantes alogénicos (alotrasplantes)**

En un alotrasplante de células madre, el paciente recibe células madre productoras de sangre de otra persona (un donante). Los mejores resultados del tratamiento se presentan cuando las células del donante son muy compatibles al tipo de célula del paciente y el donante es un familiar cercano, como un hermano o una hermana.

Actualmente, los trasplantes no se consideran un tratamiento convencional para el mieloma, aunque se pueden realizar como parte de un estudio clínico.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
TERAPIA RESPIRATORIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**



4. JUSTIFICACIÓN

Por medio de este caso clínico aportar elementos necesarios para solucionar las enfermedades que llevaron al paciente geriátrico a una insuficiencia renal crónica agudizada, a un estado eventual debido a sus múltiples síntomas la cual llevo a esta casa de salud, debido a su cirugía realizada hace 2 años como antecedente, ha encaminado a ciertas enfermedades.

Luego se le realizaron varios estudios, donde encontramos más anomalías como un derrame pleural bilateral, y así una vez diagnosticado, fue tratado con el sumo cuidado y las normas necesarias para su pronta recuperación.



5. OBJETIVOS

5.1 Generales

Determinar cuál fue la primera enfermedad que llevo a desencadenar un deterioro en su estado. Y Aplicar los tratamientos necesarios para mejorar su salud.

5.2 Específicos

- Disminuir o eliminar el líquido que presenta el paciente en el pulmón.
- Realizar Hemodiálisis.
- Efectuar los exámenes complementarios.



6. Datos generales

Sexo: Masculino

Edad: 62 años de edad

Estado Civil: soltera

Nivel Sociocultural/Económico:Medio

Nivel de Estudios:Secundario

CAPITULO II

7. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

7.1 Análisis del motivo de consulta

Paciente masculino llega por sus propios medios y acompañado por familiares en condiciones clínicas y hemodinámicas inestables, con desaturación, taquipnea, dolor torácico de más o menos cuatro días de evolución.

Acompañado de dificultad respiratoria.

7.2 Historial clínico del paciente.

7.2.1 Antecedentes Patológicos Personales: Hipertensión Arterial

7.2.2 Antecedentes Patológicos Familiares:No refiere.

7.2.3 Antecedentes Quirúrgicos Personales: cirugía de revascularización coronaria hace dos años.



8. ANAMNESIS

Paciente masculino de 62 años de edad, que llega por sus propios medios y acompañado por familiares en condiciones clínicas y hemodinámicas inestables, además con desaturación, taquipnea, refiere dolor torácico de más o menos 4 días de evolución, acompañándose de dificultad respiratoria de esfuerzos de medianos a mínimos, paciente con antecedente de cirugía cardíaca previa más revascularización de bypass cardíaco, por enfermedad multivascular según refiere en tratamiento con cardiólogo con clopidogrel y simvastatina al momento paciente con dolor de moderada intensidad que se acompañó posteriormente de náuseas y vómitos en 2 ocasiones fue llevado al hospital del IEES de Quevedo donde no dan solución a su patología por lo posteriormente es dado de alta y viene con familiares a esta casa de salud con cuadro antes mencionado, se evalúan resultados de laboratorio que trae paciente, donde se evidencia alteraciones con función renal disminución hematocrito coincidiendo con datos de insuficiencia renal crónica valores de nitrogenados elevados se solicita valoración

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

Paciente con insuficiencia renal crónica agudizada, que lo lleva a un derrame pleural bilateral.

10. Exploración clínica

10.1 Tórax: simétrico

10.2 Pulmones: Murmullo vesicular disminuido hacia las bases pulmonares con estertores bibasales



10.2 Corazón: Ruidos cardíacos rítmicos y de buen tono e intensidad. No soplos. No gradientes térmicos, Pulsos periféricos presentes y sincrónicos.

10.3 Abdomen: Blando, depreciables, y doloroso a la palpación en hipocondrio, ruidos hidroaereos presentes.

11. Formulación del diagnóstico previo análisis de datos.

Derrame pleural bilateral, insuficiencia renal crónica y mieloma múltiple

12. Conducta a seguir

Se solicita radiografía de tórax, electrocardiograma, análisis de sangre en laboratorio (gasometría, potasio, electrolitos, Uría, Albuminuria, calcio) previo a la alteración en función renal que padece.

Se canaliza una vía intravenosa al paciente para administrar medicamentos mediante la solución, se le dispone a la enfermera de turno que le suministre al paciente oxígeno 2 L/min mediante una cánula nasal, para contrarrestar la dificultad respiratoria en la que vino y mantener una saturación por encima de 90%. El medicamento principal para dar solución a la enfermedad renal es la furosemida, y la realización de la hemodiálisis, que nos ayudaría para la eliminación de líquido que retiene el riñón.

Una vez obtenida la radiografía se encuentra obliteración del ángulo costofrenico, además se visualiza que cantidad de líquido se encuentra en el pulmón, para así ejecutar una toracentesis que nos ayudara a eliminar el fluido y mejorar el estado del paciente y su función pulmonar.

Consiguiendo los exámenes de sangre del laboratorio, revelamos en hemoglobina 9,5 g/L; hematocrito 20%; creatinina sérica 0,6-1,5 mg/dl; volumen corpuscular medio 70,2%

Electrolitos, magnesio 1,5 mEq/L; sodio 140 mEq/L; calcio 7,4/dL



Descartando así un mieloma múltiple.

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

La gestión primaria sería la insuficiencia renal crónica agudizada.

Inconvenientesecundario seríael derrame pleural bilateral, descartando un mieloma múltiple.

Se interna al paciente con los cuidados necesarios.

14.Seguimiento.

Se administra al paciente diurético. Luego se realiza hemodiálisis con todos los protocolos necesarios. Seguido por medicamentos como la heparina,se usa para prevenir la formación de coágulos en la sangre.

Una vez observada la radiografía de tórax, encontrando la localidad de la enfermedad un derrame pleural, se le ejecuta una toracentesis, es decir eliminar el líquido que se encuentra obstruyendo la expansión del pulmón.

15. Observaciones.

Sobre la insuficiencia renal crónica, el paciente manifestó picazón en la piel, posterior a la hemodiálisis realizada.



CAPITULO III

16. CONCLUSIONES

Luego de internar al paciente, durante varios días y de realizarle los estudios necesarios, se mantuvo estable su cuadro clínico.

Obteniendo sus tratamientos efectivos, es dado de alta.

Sin embargo el paciente debe tener sumo cuidado, una dieta controla sin sal y sin grasas, alimentarse con frutas, verduras altos en proteínas y vitaminas.

Mantenerse en absoluto reposo.

Inicia una etapa de diálisis, y constantes exámenes, para mantener su estado de salud normal.



17. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía

- A. Arnedillo Muñoz, C. G.-C. (s.f.). *Insuficiencia respiratoria aguda*. Obtenido de <http://www.neumosur.net/files/EB03-18%20IRA.pdf>
- Aldaz Meneces, M. E. ((2015)). *eterminación de clearance de creatinina y su relación con el filtrado glomerular como método de control de la función renal en pacientes geriátricos de la parroquia Huambaló período 2015*.
- Almache, D. C. ((2010)). *Análisis del uso de sistemas de drenaje ambulatorio en las intervenciones fisiokinesiterapeúticas para el tratamiento del derrame pleural maligno y fístula bronco pleural persistente en pacientes adultos del servicio de cardiotorácica del Hospital Eugenio*.
- Borja Molina, J. C. ((2015)). *Evaluación de conocimiento y prácticas de enfermería en el manejo de pacientes con trauma torácico, servicio de emergencia del Hospital Eugenio Espejo, Junio 2014* .
- Caisaguano, L. &. ((2010).). *Eficacia de la terapia respiratoria en pacientes con neumonía que acuden al departamento de fisioterapia del hospital provincial general docente de Riobamba en el periodo de junio a diciembre del 2008* .
- Cañizares Guerrero, W. L. ((2015)). *ausas de insuficiencia renal crónica e incidencia durante el año 2012 al 2014 en el Hospital" Luis Vernaza" de la ciudad de Guayaquil* .
- Castillo Martínez, A. V. ((2017)). *Apoyo familiar y su relación con síntomas de ansiedad o depresión en madres adolescentes gestantes que acuden a consulta ginecológica en el Centro de Salud N° 3-Loja*.
- Cobo, E. P. ((2007)). *Rehabilitación integral en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica*. Ed. Médica Panamericana.
- Córdova Orellana, N. S. ((2016)). *Relación entre la Carga Blástica y la Enfermedad Mínima Residual en pacientes pediátricos con Leucemia Linfoblástica Aguda B precursora en la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) de Guayaquil durante el período de 2012 al 2014* .
- Cortinas, C. ((2013)). *Cáncer: herencia y ambiente*. Fondo de Cultura Económica.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
TERAPIA RESPIRATORIA
UNIDAD DE TITULACIÓN



- Cruz, R. S. ((1997)). *Clasificación histológica según la Organización Mundial de la Salud y frecuencia de neoplasias en animales domésticos, aves y peces, durante el periodo 1967-1995 en Valdivia, Chile.*
- Cruz, R. S. ((1997)). *Clasificación histológica según la Organización Mundial de la Salud y frecuencia de neoplasias en animales domésticos, aves y peces, durante el periodo 1967-1995 en Valdivia, Chile.*
- Delgado Herrero, V. ((2017)). *Guía de nutrición para un paciente en consulta de ERCA (enfermedad renal crónica avanzada).*
- Despaigne Cuevas, R. C. ((2012)). *Metabolismo de compuestos nitrogenados. Medisan, 16(6), 978-914.*
- Fernández de Larrea Rodríguez, C. J. ((2011)). *Remisión completa en el mieloma múltiple: Impacto pronóstico de las bandas oligoclonales, cociente de cadenas ligeras libres en suero y células plasmáticas residuales en médula ósea.*
- Fuentes Gago, M. G. ((2012)). *Fisiología del espacio pleural después de lobectomía pulmonar. Valor predictivo de las presiones intrapleurales en la predicción de la fuga aérea prolongada postoperatoria.*
- Garrido, V. V. ((2006)). *Diagnóstico y tratamiento del derrame pleural.*
- Garza Salazar, J. G. ((2013)). *El cáncer.*
- Guasco, A. &. ((2015)). *Determinación de urea, creatinina, nitrógeno ureico, albumina sérica y su relación con la tasa de filtración glomerular en personas diabéticas del Barrio la Floresta de la Parroquia Augusto N. Martínez, cantón Ambato mayo-octubre 2014".*
- IC Casas Quiroga, E. C. (2008). *medigraphic*. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2008/nt081e.pdf>
- Jiménez García, C. ((2014)). *stado de salud bucodental de los pacientes con mieloma múltiple, antes o durante el tratamiento con ácido zoledrónico: estudio piloto en la Región de Murcia.*
- Jiménez García, C. ((2014)). *Estado de salud bucodental de los pacientes con mieloma múltiple, antes o durante el tratamiento con ácido zoledrónico: estudio piloto en la Región de Murcia.*
- Largo Iglesias, C. ((2007)). *Caracterización genética y genómica del mieloma múltiple.*
- León Pineda, D. C. ((2012)). *roteinuria y microalbuminuria como indicadores de daño renal en diabéticos que acuden al Hospital de Yantzaza durante el periodo Mayo–Octubre 2012*



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
TERAPIA RESPIRATORIA
UNIDAD DE TITULACIÓN



- Medranda Santos, D. G. ((2014)). *Prevalencia, causas, complicaciones de la insuficiencia cardiaca en pacientes que acuden a la emergencia y propuesta de protocolo de atención médica Hospital Verdi Cevallos Balda 2010-2011.*
- Mendoza Berdugo, V. E. ((2015)). *Influencia de un programa de facilitación recreativa en la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal durante la terapia de hemodiálisis .*
- Mendoza Berdugo, V. E. ((2015)). *Influencia de un programa de facilitación recreativa en la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal durante la terapia de hemodiálisis .*
- Paciente con mieloma múltiple + insuficiencia renal crónica es lo que lo lleva a un derrame pleural . (s.f.).*
- Plua Cercado, S. I. ((2015)). *anejo y cuidados de accesos vasculares en pacientes de hemodiálisis que asisten a Farmadial SA en la Ciudad de Guayaquil .*
- Quispe Peralta, M. M. ((2017)). *Calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica con terapia de diálisis peritoneal ambulatoria continua, asegurados en EsSalud Puno-2016.*
- Ranero M., J. L. (DICIEMBRE de 2001). *bases.bireme*. Obtenido de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=343293&indexSearch=ID>
- Reyes, C. &. ((2016)). *Calidad de vida en los pacientes ambulatorios con enfermedad renal crónica terminal en el servicio de hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2015.*
- Reyes, Z. &. ((2013)). *Factores de riesgo para peritonitis en pacientes con insuficiencia renal crónica (irc), que reciben diálisis peritoneal, hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital provincial docente ambato. ambato.*
- Rodríguez, J. C. ((2007)). *Cáncer de pulmón. Cuestiones más frecuentes. Roche*. Libro electrónico para pacientes.
- Rueda Guerra, M. A. ((2015)). *Valoración de urea y creatinina sérica como indicador de daño renal en pacientes diabéticos de 40 a 70 años, en la Provincia de Santa Elena Cantón La Libertad de mayo–agosto del 2015.*
- Salinas Pauta, G. A. ((2016)). *La Omisión de los Grados de Afinidad en la Ley de Donación de Órganos en el Ecuador.*
- Severini, J. C. ((2007)). *DERRAME PLEURAL .*
- Sivisaka, O. &. ((2012)). *eguimiento de la adecuacion de hemodialisis en la unidad de diálisis del Hospital General de las Fuerzas Armadas Hg1-Quito, durante el periodo Enero–Julio 2012.*



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
TERAPIA RESPIRATORIA
UNIDAD DE TITULACIÓN



Solano Alvarado, A. V. ((2006)). *Traumatología torácica y determinación de presión intrapleural en caninos residentes en la ciudad de Bogotá-Colombia.*

Solano Alvarado, A. V. ((2006)). *Traumatología torácica y determinación de presión intrapleural en caninos residentes en la ciudad de Bogotá-Colombia.*

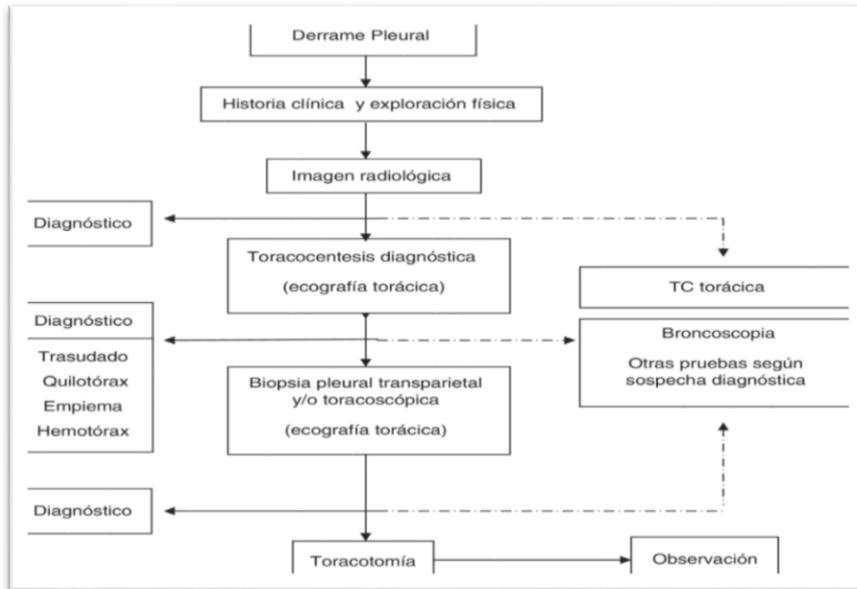
Terreros Cárdenas, M. B. ((2011)). *Alteraciones radiológicas en la columna dorso lumbar en pacientes diagnosticadas de osteoporosis atendidas en los hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca 2010-2011 .*

Vanegas Quizhpe, O. S. ((2010)). *Lesiones músculo-esqueléticas en pianistas y técnica ergonómica de ejecución.*

Velasco, A. &. ((2014)). *Valoración del estado nutricional y su relación con la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica de la unidad de hemodiálisis" Esmeraldas" de la ciudad de Esmeraldas en el periodo mayo-agosto 2013.*

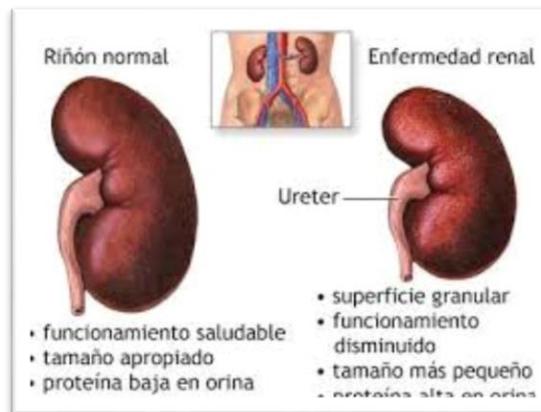
Vivanco Zambrano, E. P. ((2015)). *Efectos en la cavidad bucal de pacientes sometidos a quimioterapia .*

18. ANEXOS



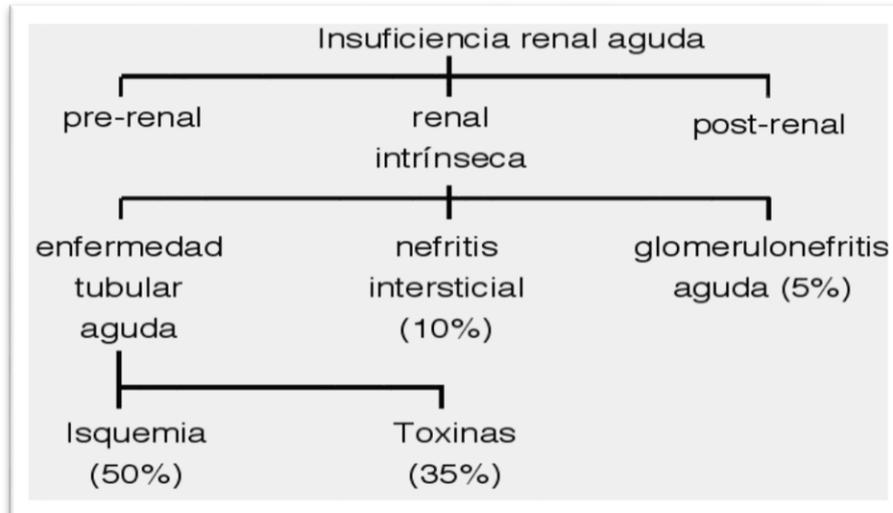
Fuente: libro VV Garrido

Realizado: Kerly León



Fuente: libro Uyus, J.C.

Realizado: Kerly León



Libro: libro Guevara Hidalgo

Realizado: Kerly León



Radiografía posteroanterior de tórax que muestra un gran derrame pleural izquierdo.

Fuente: terapia respiratoria

Realizado: Kerly León



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

Facultad de Ciencias de la Salud

SECRETARÍA



CERTIFICACION

AB. Vanda Aragundi Herrera, Secretaria 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: LEON GARCIA KERLY DENISSE, C.I. 1207138239 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


17/05/2017 15:20

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



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA



Babahoyo, Mayo 03 de 2017

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

De mis consideraciones:

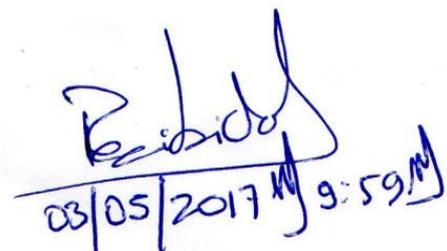
Por medio de la presente Yo, **León García Kerly Denisse** con cédula de ciudadanía **1207138239**, egresada de la carrera de **TERAPIA RESPIRATORIA**, de la **FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**, me dirijo a usted de la manera más comedida autorice a quien corresponda, me recepte la documentación para la inscripción en el Proceso de Titulación en la modalidad de Examen Complexivo de esta Facultad.

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

Atentamente,



León Garcia Kerly Denisse
C.I. 1207138239





UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO



Babahoyo 8 de Agosto del 2017.

Doctora.

Alina Izquierdo Cirer, MSC

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN

En su despacho:

De mis consideraciones

Yo, **LEON GARCÍA KERLY DENISSE**, con CI. **1207138239** 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: **DERRAME PLEURAL BILATERAL, INSUFICIENCIA RENAL CRONICA Y MIELOMA MULTIPLE EN PACIENTE MASCULINO DE 62 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,

.....

LEON GARCÍA KERLY DENISSE

CI. 1207138239

Recibido
08/08/2017 18:01



CASO CLINICO 20

Paciente masculino de 62 años de edad que llega por sus propios medios y acompañado por familiares en condiciones clínicas y hemodinámicas inestables además con desaturación, taquipnea refiere dolor torácico de más o menos 4 días de evolución acompañándose de dificultad respiratoria de esfuerzo de mediano a mínimos paciente con antecedentes de cirugía cardiaca previa más revascularización de bypass cardiaco por enfermedad multivaso según refiere en tratamiento con cardiólogo con clopidogrel y simvastatina al momento paciente con dolor de moderada intensidad que se acompañó posteriormente de náuseas y vómitos en 2 ocasiones fue llevado a hospital del IEES de Quevedo donde no dan solución a su patología por lo que posteriormente es dado de alta y viene con familiares a esta casa de salud con cuadro antes mencionado se evalúan resultados de laboratorio que trae paciente donde se evidencia alteración en función renal disminución de hematocrito coincidiendo con datos de insuficiencia renal crónica valores de nitrogenados elevados se solicita valoración.

ANAMNESIS:

Antecedentes patológicos Personales: Hipertensión arterial.

Antecedentes patológicos Familiares: No refiere

Antecedente quirúrgico: Cirugía de revascularización coronaria hace 2 años.

EXAMEN FÍSICO

- TORAX: Simétrico
- PULMONES: Murmullo vesicular disminuido hacia las base pulmonares con estertores bibasales
- CORAZON: Ruidos cardiacos rítmicos y de buen tono e intensidad. No soplos. No gradiente térmico. Pulsos periféricos presentes y sincrónicos.
- ABDOMEN: Blando, depresible, y doloroso a la palpación en hipocondrio, ruidos hidroaereos presentes.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA (IDX): DERRAME PLEURAL BILATERAL, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, MIELOMA MÚLTIPLE EN ESTUDIO

- EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:.....
- TRATAMIENTO COADYUVANTE

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

Recibido
02/08/2017 18:02

Kerly Leon G.
Terapia Respiratoria
08/08/17



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA 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, **LEON GARCIA KERLY DENISSE**, con cédula de ciudadanía **120713823-9**, 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: **DERRAME PLEURAL BILATERAL, INSUFICIENCIA RENAL CRONICA Y MIELOMA MULTIPLE EN PACIENTE MASCULINO DE 62 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,

**LEON GARCIA KERLY DENISSE
C.I 120713823-9**

Recibido
21/08/2017 14:11