



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA MEDICA
CARRERA DE TERAPIA RESPIRATORIA**



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

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO

**MANEJO INTEGRAL DE LA BRONQUITIS CRONICA SECUNDARIA AL
TABAQUISMO EN PACIENTE MASCULINO DE 65 AÑOS**

AUTOR

RAUL FERNANDO SERRANO UCHUBANDA

Babahoyo- Los Ríos- Ecuador

2017



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



TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

**DRA. ADELA MARIANA MORENO MARUN. MSC
DECANO (A)
O DELEGADA(O)**

**DR. CARLOS JULIO HIDALGO COELLO MSC.
COORDINADOR DE LA CARRERA
O DELEGADO (A)**

**DRA. SILVIA ELENA MORENO KIM. ESP.
COORDINADOR GENERAL DEL CIDE
O DELEGADA (A)**

**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
ESCUELA DE TECNOLOGIA MEDICA
CARRERA DE TERAPIA RESPIRATORIA**



AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis padres por siempre darme su apoyo y amor, a mis hermanos que a pesar de los problemas siempre estamos juntos ayudándonos, y principalmente a Dios por darme la voluntad y vida de siempre dar lo mejor de mí cada día.

Raúl Serrano Uchubanda



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA MEDICA
CARRERA DE TERAPIA RESPIRATORIA**



DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico a mi Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy. Para mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.



INDICE

PRELIMINARES

Agradecimiento.....	I
Dedicatoria.....	II

CAPITULO I

1. Título.....	1
2. Introducción.....	2
3. Marco Teórico.....	3
3.1 Justificación.....	20
3.2 Objetivos.....	21
3.3 Datos Generales.....	21

CAPITULO II

4. Metodología del diagnóstico.....	22
4.1 Análisis del Motivo de consulta.....	22
4.2 Historial Clínico del paciente.....	22
4.3 Anamnesis.....	23
4.4 Análisis y descripción de las conductas que determinan el problema.....	24
4.5 Exploración Clínica.....	24
4.6 Formulación del diagnóstico previo al análisis de datos.....	24
4.7 Conducta a seguir.....	25
4.8 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	26
4.9 Seguimiento.....	28
4.10 Observaciones.....	28

CAPITULO III

5. Conclusiones.....	29
----------------------	----

CAPITULO IV

6. Referencias Bibliográficas.....	30
7. Anexos.....	32



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA MEDICA
CARRERA DE TERAPIA RESPIRATORIA**



1. TITULO

**MANEJO INTEGRAL DE LA BRONQUITIS CRONICA SECUNDARIA AL
TABAQUISMO EN PACIENTE MASCULINO DE 65 AÑOS**



2. INTRODUCCIÓN

El profesional de terapia respiratoria es sumamente importante al momento de aplicar actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento y educación, como parte del manejo integral del paciente con alteraciones del sistema cardio-respiratorio agudo o crónico. El terapeuta respiratorio interviene como apoyo en la evaluación, diagnóstico y tratamientos que permite mejorar la calidad de vida del paciente (CLINICA DEL COUNTRY.2016)

Por lo tanto, el presente trabajo se realizó con la finalidad de aplicar los procesos de fisioterapias respiratorias en un paciente de 65 años que presenta una dificultad respiratoria a medianos esfuerzos físicos, acompañado de tos persistente sin expectoración desde hace 3 meses que no cede con antitusígenos y es un fumador habitual desde hace 40 años. Hace 2 años presentó bronquitis aguda.

El paciente presenta una saturación de oxígeno: 90%, frecuencia respiratoria: 26, temperatura corporal: 38°C. Está orientado, activo, responde a estímulos dolorosos, tórax de forma normal y en la percusión el hileo pulmonar ligeramente disminuido. En la auscultación presenta roncus en hileos pulmonares. Estertores húmedos en región hiliar de ambos lados.

Estos datos se utilizaron para la elaboración del diagnóstico de terapia respiratoria, y así poder ejecutar las actividades fisioterapéuticas necesarias para favorecer al mejoramiento del estado del paciente.



3. MARCO TEÓRICO

Bronquitis crónica

La bronquitis crónica es una enfermedad caracterizada por una creciente inflamación y mucosidad (flema o esputo) en las vías respiratorias (vías aéreas). Hay obstrucción de las vías aéreas en la bronquitis crónica porque la inflamación y la mucosidad adicional hacen que el interior de las vías respiratorias sea más pequeño de lo normal. El diagnóstico de bronquitis crónica se realiza en función de los síntomas de una tos que produce mucosidad o flema la mayoría de los días, durante tres meses, dos años o más después de haber descartado otras causas para la tos (Society, 2012)

Es una entidad clínica caracterizada por una secreción mucosa excesiva, que se manifiesta por productiva crónica o recurrente, la mayor parte de los días al menos durante tres meses al año y no menos de dos años consecutivos. (BORDOW, 2009)

La bronquitis crónica se define clínicamente como la tos y expectoración durante más de tres meses al año durante dos años consecutivos (Pazos, 2009)

Fisiopatología

Es la hiperplasia e hipertrofia de las glándulas mucosas que se encuentran en la submucosa de los grandes bronquios cartilagosos. La porción entre el grosor de la glándula bronquial y el grosor de la pared bronquial (índice de Reid) está aumentada. Las vías aéreas pequeñas, pueden estar afectadas también; pudiéndose demostrar impactaciones mucosas, fibrosis mural y estrechamiento, hiperplasia de células globoides e infiltrados celulares inflamatorios. (BORDOW, 2009)

A nivel de los bronquios se aprecian una hiperplasia e hipertrofia de las glándulas productoras de moco y áreas de metaplasia escamosa junto a



alteraciones de los cilios respiratorios, a nivel de los bronquiólos se produce una disminución de la luz bronquial por fibrosis, hipertrofia del músculo liso y cambios metaplásicos de las células caliciformes, todo esto implica impactación de la mucosa provocando el efecto de atrapamiento aéreo (Pazos, 2009)

Síntomas

- Tos persistente
- Sibilancias
- Molestias en el pecho
- Disnea

Valorización clínica

En la bronquitis crónica la historia de la enfermedad es larga con tos y expectoración durante muchos años, y casi siempre acompañada del hábito tabáquico.

Al principio la tos es estacional, suele ser en los meses de invierno, progresivamente con los años la tos progresa y se hace más constante, haciéndose más productiva, intensa, frecuente y duradera. Cuando comienza la disnea de esfuerzo ya existe un grado importante de obstrucción, suelen aparecer edemas periféricos secundarios a insuficiencia ventricular derecha.

El paciente bronquítico suele ser obeso, está cianótico y por lo general no presenta molestias en reposo, la frecuencia respiratoria es normal, no utiliza la musculatura accesoria. La percusión es normal (claro o pulmonar), en ocasiones si hay una hipertrofia ventricular derecha se percibe matidez en borde inferior izquierdo del esternón. A la auscultación se aprecian roncus y sibilantes que cambian de lugar con la tos (Pazos, 2009)



Espirómetro en enfermedades obstructivas

El Patrón obstructivo se caracteriza por la afectación de la relación de volumen-tiempo y de las relación es volumen/flujo.

En la limitación ventilatoria obstructiva característicamente existe:

- FEV1 disminuido
- PEF reducido, o normal.
- MMEF, MEF50 Y MEF 25 reducidos.
- VC normal o ligeramente reducida
- FVC normal
- FVC/FVC reducida, por debajo del 70%.

Gasometría en pacientes obstructivos

La hipoxemia, acompañada o no de hipercapnia, es un dato característico de la enfermedad y es una de las alteraciones funcionales con mayor repercusión e implicación pronóstica de esta enfermedad (Rafael Pazos, 2009).

Test fisiológico

- Capacidad pulmonar total normal, con una elevación discreta del volumen residual y de la capacidad residual funcional
- Cierta grado de obstrucción al flujo aéreo inspiratorio y espiratorio
- Elasticidad y distensibilidad normales
- Alteraciones leves del intercambio gaseoso que condicionan una hipoxemia debido a un desequilibrio ventilación-perfusión. Puede producir una hipercapnia si es severa.
- Capacidad de difusión para el monóxido de carbono normal (BORDOW, RIES Y MORRIS,2003)



Disnea

Es una sensación subjetiva de respiración incómoda y es un síntoma que a menudo se debe al aumento del trabajo de inhalación y exhalación. La valoración inicial al establecer la calidad y la intensidad de la molestia. Suele deberse a problemas cardiopulmonares que aumentan el estímulo respiratorio, incrementan el trabajo de la respiración o estimulan a los receptores específicos presentes en el corazón, los pulmones o la vasculatura (HARRISON, 2013)

CAUSAS

Disnea del aparato respiratorio

Enfermedades de las vías respiratorias. El asma y la EPOC son causas frecuentes de disnea que se acompañan de incremento del trabajo de la respiración. El broncoespasmo puede causar sensación de opresión torácica e hiperventilación. La hipoxemia y la hipercapnia pueden deberse a una discordancia entre la ventilación y la perfusión.

- Trastornos de la pared torácica. La rigidez de la pared torácica (p. ej., cifoescoliosis) y la debilidad neuromuscular (p. ej., miastenia grave) producen un incremento del trabajo de la respiración).
- Trastornos del parénquima pulmonar. Las enfermedades pulmonares intersticiales producen disminución de la distensibilidad pulmonar y un aumento del trabajo de la respiración. La discordancia entre la ventilación y la perfusión y la fibrosis pulmonar pueden originar hipoxemia.

Disnea del aparato cardiovascular

- Trastornos del hemicardio izquierdo. Los incrementos de la presión telediastólica del ventrículo izquierdo y de la presión pulmonar capilar de enclavamiento causan disnea relacionada con la estimulación de receptores pulmonares e hipoxemia por la descoordinación entre la ventilación y la perfusión.



- Trastornos vasculares pulmonares. Los émbolos pulmonares, la hipertensión arterial pulmonar primaria y la vasculitis pulmonar estimulan a los receptores pulmonares a través de un incremento de las presiones de la arteria pulmonar. La hiperventilación y la hipoxemia también contribuyen a la disnea.
- Enfermedades pericárdicas. La pericarditis constrictiva y el taponamiento pericárdico producen aumento de las presiones arteriales intracardiacas y pulmonares, lo que da por resultado disnea (HARRISON, 2013).

Drenaje postural y maniobras de tos asistida

Se refiere a la utilización de diversas posiciones, en las que el segmento por drenar se coloca en posición elevada para que la fuerza de gravedad favorezca el desplazamiento de mucosidad hacia las vías aéreas grandes, desde las cuales se facilitan su eliminación mediante la tos o la aspiración. Se produce por la combinación de dos mecanismos, la fuerza de gravedad y los cambios de posición.

Una vez identificado el segmento pulmonar por drenar, se realiza la maniobra de drenaje postural selectivo, técnica diferente al drenaje postural generalizado o no selectivo, en la que se utilizan exclusivamente el decúbito supino y las posiciones de cubito lateral.

Posición de trendelenburg:

Nunca intentarlo en pacientes con hipertensión endocraneana, patología vertebral o politraumatizado, no hacerle en los pacientes que han recibido alimentación enteral durante 2 horas previas, no en recién nacidos, no en neumopatas crónicos, en torax inestables, edema pulmonar, SDRA, tromboembolismo pulmonar, derrame pleural, broncoespasmo, debido a que la dificultad respiratoria puede agravarse, ni en pacientes con reflujos gastroesofágicos.



Posición Prono:

No realizar en torax inestables, crisis asmáticas, lesión vertebral y/o medular, quemaduras del torax, politraumatizados, produce lesión del muñón umbilical en el recién nacido.

Posición Decúbito Lateral:

Tener cuidado en torax inestables, si existen lesión vertebral y/o medular, el paciente debe ser movilizado en bloque. En algunas situaciones, los cambios de posición se utilizan no para eliminar secreciones, sino como medida terapéutica para favorecer la evolución hacia la mejoría de zonas pulmonares comprometidas por colapso alveolar (William Cristancho, 2015).

Maniobras de tos asistida.

Maniobras que facilitan a la expectoración y así conseguir un adecuado aclaramiento de la vía aérea, entre las cuales existen:

- Percusión del torax
- Vibración del torax
- Compresión torácica
- Tos asistida-inducida

Percusión del tórax.

Entre los objetivos principales son: 1. auspiciar el desprendimiento de secreciones adheridas a las paredes de la vía aérea. 2. Promover el desalojo de tapones de moco. 3. Favorecer el desplazamiento de secreciones hiperviscosas

La percusión es manual: percusión con la mano "cóncava o ahuecada" o clapping; puño percusión. La técnica más utilizada en el adulto es el clapping.

El impacto sobre el torax debe ser seco, vigoroso y detonante, pero no debe producir dolor. Los percutores manuales o eléctricos, incrementan la eficacia de la percusión.



Contraindicaciones

- Torax inestable
- Fracturas vertebrales
- Metatasis oseas
- Osteopenia
- Quemaduras del torax
- Neumotórax
- Derrame pleural
- Meumomediastino
- Broncoespasmo
- Edema pulmonar
- Cáncer broncogénico
- Tuberculosis activa
- IAM
- Hipertensión pulmonar

Vibración del tórax

Procedimiento que se realiza durante la fase espiratoria usualmente como paso posterior a la percusión. La maniobra en el tórax puede modificar las propiedades reológicas del como para favorecer su evacuación por tixotropía (transformación al estado de sol de geles muy viscosos, cuando se les agita) y promover el desplazamiento de este a través de las vías aéreas debido a la transmisión de ondas de presión al interior del tórax. Debe recordarse que la vibración se realiza durante la fase espiratoria, por lo cual algunos autores la llaman "aceleración de flujo espiratorio"

Contraindicaciones

- Tórax inestable
- Enfisema subcutáneo
- Anestesia raquídea reciente
- Quemaduras e infecciones subcutáneas
- Osteomielitis y osteoporosis costal
- Broncoespasmo
- IAM
- Neonatos o niños menores de 3 meses

Compresiones torácicas

La compresión manual del torax durante la fase espiratoria sumada al estímulo de tos favorece el desplazamiento y la evacuación de secreciones puesto que:



“un aumento de presión en un punto cualquiera de un fluido encerrado se transmite a todos los puntos del mismo (principio de pascal).

La maniobra permite además favorecer el vaciado alveolar en pacientes con compresión de la elasticidad. Siempre debe comprimirse en fase espiratoria acompañado el movimiento del torax, es decir, respetando y apoyando la mecánica. Se comprime la base, la mano se desplaza de afuera hacia adentro y de abajo hacia arriba.

Los objetivos son: permitir incrementar la presión intratoracica para favorecer la tos, aumentan los volúmenes pulmonares de fase espiratoria e incrementan los flujos espiratorios.

Contraindicaciones:

- Osteoporosis y/o osteomielitis costal
- Quemaduras y/o lesiones cutáneas
- Torax inestable
- Enfisema subcutáneo

Tos asistida-inducida

Es la inducción mediante la estimulación mecánica de la tráquea comprimiendo está en su posición extratorácica por debajo de la laringe en decúbito supino. No resulta efectiva en el recién nacido debido a que el reflejo tusígeno por la compresión no está maduro, y en el adulto la maniobra puede ser dolorosa por la rigidez. (William Cristancho, 2015).



Oxigenoterapia

Es la administración de oxígeno suplementario el cual tiene una indicación absoluta: la hipoxemia, además ayuda a disminuir el trabajo respiratorio y a la disminución en el trabajo miocárdico.

Causas de la hipoxemia:

- Hipoxemia por hipoventilación
- Hipoxemia por trastornos de la difusión
- Hipoxemia por desequilibrio en la relación V/Q
- Hipoxemia por incremento en el shunt

Sistemas de administración del oxígeno

El oxígeno se puede administrarse a través de dos sistemas:

- **Sistemas de bajo flujos:** son aquellos que proporcionan una parte de la atmósfera inspirada por el paciente. Esto quiere decir que el sistema entrega una parte del caudal volumétrico inspirado y la parte faltante la toma el paciente del medio ambiente.
- **Sistema de alto flujo:** son aquellos que proporcionan la totalidad de la atmósfera inspirada por el paciente. Esto quiere decir que el sistema entrega todo el caudal volumétrico inspirado.

Sistemas de oxigenoterapia de bajo flujo más comúnmente utilizados:

- Catéter nasofaríngeo
- Cánula nasal
- Mascarilla simple
- Mascarilla con bolsa de reserva



TABLA # 1. Valores de FiO₂ en sistemas de bajo flujo

CATÉTER NASOFARÍNGEO Y CANULA NASAL	
FLUJO (LPM)	FiO₂
1	0.24
2	0.28
3	0.32
4	0.36
5	0.40
MASCARA SIMPLE DE OXIGENO	
5-6	0.40
6-7	0.50
7-8	0.60
MASCARA CON BOLSA DE RESERVA	
6	0.60
7	0.70
8	0.80
9	>0.80
10	>0.80

(William Cristancho, 2015).

Sistemas de oxigenoterapia de alto flujo más comúnmente utilizados:

- Adaptador de Venturi
- Tienda facial
- Adaptador de Briggs (tubo en t)
- Cánula o mascara de traqueostomía
- Oxihod



TABLA #2. Relación de admisión de aire referida al flujo de oxígeno en los sistemas de alto flujo.

FiO2	Flujo	Flujo de aire admitido
0.24	1	25
0.28	1	10
0.34	1	5
0.40	1	3
0.60	1	1
0.70	1	0.6

(William Cristancho, 2015)

Efectos adversos de la oxigenoterapia

- Depresión de la ventilación en la neumópata crónico
- Atelectasia por reabsorción de nitrógeno
- Fibroplasia retrolental o retinopatía del prematuro

Aerosolterapia

Es la administración de medicamentos por la vía inhalatoria, para la cual se usan diversos sistemas de producción y entrega de aerosoles terapéuticos.

La correcta administración de aerosoles se basa no solamente en el tipo de dispositivos escogido, sino además en el conocimiento exacto del evento fisiopatológico que van a ser manejado y administrados.

Existen diferentes tipos de aerosoles:

- Aerosoles betaadrenergicos
- Aerosoles anticolinérgicos
- Aerosoles humectantes y mucolíticos
- Aerosoles utilizados en patologías de la vía aérea superior
- Otros aerosoles



Aerosoles beta adrenérgicos

El mantenimiento de un óptimo tono bronquial es indispensable para asegurar la circulación de los gases por la vía aérea con adecuadas condiciones de resistencia. El tono bronquial tiene dos componentes: nervioso y uno humoral. Hay evidencia que el PIV (péptido inhibidor vasoactivo) es el responsable de la dilatación. Los leucotrienos son los constrictores; El sistema simpático inerva más selectivamente los bronquios distales y posee mediadores llamados catecolaminas y receptores llamados adrenérgicos (William Cristancho, 2015).

TABLA #3. Efectos de la estimulación alfa y betaadrenérgicos

Sitio de estímulo	Alfa	beta	Tipo
corazón	Contracción	Aumento de la frecuencia, contractibilidad y consumo de O ₂	Beta 1
Musculo liso bronquial	Contracción	dilatación	Beta2
Vasos	Contracción	Dilatación de vasculatura coronaria	Beta2 Beta1
Útero	Contracción	relajación	Beta2

(William Cristancho, 2015)

Dentro de los aerosoles broncodilatadores existen dos importantes: las catecolaminas y las no catecolaminas.

- Adrenalina

Sustancias con propiedades alfa y betaestimulantes que tiene variados efectos secundarios que eventualmente puede ser deletéreos, por lo cual no se utiliza en la actualidad.



- **Isoetarina**

Es una amina simpaticomimético que tiene acción sobre los receptores alfa y beta, pero que parece tener un poco más selectividad por los beta 2.

- **Salinogenos**

El principal es el salbutamol, medicamento que tiene acción más broncoselectiva, pero no deja de tener efectos cardiovasculares. Se observa la disminución de la presión diastólica y a producir taquicardia. La dosis utilizada es de 0.1 mg/Kg, se diluye en solución salina normal.

- **Resorcionoles**

El más utilizado es el sulfato de terbutalina, su dosis es de 0.1 mg/kg y la disolución es en solución salina.

Efectos terapéuticos de los betaadrenérgicos:

- Broncodilatación
- Inhibición de la liberación de mediadores del broncoespasmo
- Activan el escalador mucociliar y en esta forma contribuyen a la limpieza del árbol bronquial.
- Contribuyen a mejorar las pruebas de función pulmonar

Efectos adversos de los betaadrenérgicos:

- Arritmias o paro cardíaco
- Hipoxemia secundaria a la alteración V/Q
- Toxicidad
- Temblor en musculatura estriada.
- Tolerancia por abuso

Aerosoles anticolinérgicos

El espasmo del músculo liso bronquial puede representarse como resultado de la estimulación parasimpática puesto que la liberación de acetilcolina, induce a un aumento en los niveles de guanilciclasa, hecho este que inclina la balanza del equilibrio bronquial hacia el lado de la broncoconstricción (William Cristancho, 2015).

Los principales anticolinérgicos son:



- **Bromuro de ipratropio**

No es selectivo para los diferentes subtipos de receptores muscarinicos, de manera que ejerce acciones farmacológicas parecidas a las de la atropina. Su acción es muy corta de 4-6 horas

- **Bromuro de oxitropio**

Es similar al ipratropio, su efecto es más rápido que el iprotropio. Su punto máximo se alcanza a los 15 minutos.

- **Bromuro de tiotropio**

Es un broncodilatador colinérgico de larga duración, porque se une fuertemente a los receptores muscarinicos, solo es recomendado en mantenimiento.

Aerosoles humectantes y mucolíticos.

Sus dos objetivos principales son:

- modificación de las propiedades físicas y químicas de las secreciones.
- Al mejoramiento de la actividad del escalador mucociliar

Entre los principales mucolíticos existen:

- **N-ACETIL-L-CISTEINA**

Es el mucolítico más potente, su dosis es de 2ml en adultos y 1ml en niños, sus efectos son:

- mucolítico
- mucocinetico
- antioxidante

Indicaciones:

- Atelectasias
- Bronquitis crónica
- Bronconeumonía
- Abscesos pulmonares
- Bronquiectasias
- Tuberculosis pulmonar
- Fibrosis quística

- **Ambroxol**

La multiplicación de gránulos secretores lisosomicos y su intervención en la destrucción de mucinas, constituyen la base de la administración de ambroxol



inhalados en patologías respiratorias. Su dosis es de 7.5 a 15mgs en adulto y de 5 a 7.5 mgs en el niño (William Cristancho, 2015).

Aerosoles utilizados en patología de la vía aérea superior.

- Anticolinérgicos
- Esteroides
- Cromoglicato disódico
- Antihistamínicos

Otros aerosoles

- Antibióticos nebulizados
- Furosemida inhalada
- Cromoglicato disódico
- Lidocaína
- Esteroides

Ejercicios respiratorios

Existen numerosos programas de ejercicios respiratorios orientados a mejorar la función respiratoria mediante el uso del ejercicio terapéutico.

El ejercicio terapéutico debe obedecer a los principios básicos del entrenamiento:

- a) Sobrecarga referida al aumento en la carga contra la que el musculo debe trabajar o al incremento en las repeticiones de su acción, lo cual genera aumento en su fuerza y su resistencia
- b) Especificidad, referida al diseño de ejercicios específicos para un musculo o un grupo de músculos que realicen la misma acción
- c) Reversibilidad, referida a la perdida de efectos si el ejercicio es suspendido

Ejercicios diafragmáticos

El objetivo es reeducar el patrón diafragmático para recuperar su funcionalidad fisiológica.

Se realiza en bipedestación, para facilitar la acción por fuerza de gravedad. La inspiración es nasal, el abdomen debe proyectarse hacia afuera durante esta fase. En la espiración el abdomen debe proyectarse hacia adentro, por retracción del proceso elástico del pulmón, es conveniente espirar contra los labios fruncidos para incrementar la presión endobronquial que tiende a



mantener permeable las vías aéreas. Se realiza 10 veces tomando un periodo de reposo, si presenta hiperventilación, se suspende y se realiza menos sesiones.

El segundo ejercicio es similar pero se realiza en posición sedente, existe aún el efecto de la gravedad, esta posición se puede aprovecharse como una primera carga que se aplica al músculo.

Posteriormente se repite el ejercicio en decúbito supino, desaparece el efecto facilitador de la gravedad.

Ejercicios respiratorios no específicos

Estos ejercicios no se realizan de forma separada sino que se ejecutan maniobras conjuntas de varios músculos, modificando las condiciones de volumen intratorácico. Estos se realizan para favorecer la fase inspiratoria y espiratoria.

1. Sentado o parado, los miembros superiores descansan a un lado, se realiza la inspiración simultánea con el cuello extendido (apertura de vía aérea por sus ejes alineados), en la espiración, se flexiona la cabeza empleando un tiempo largo.
2. Sentado o parado, los miembros superiores descansan a un lado, durante la inspiración los brazos se mueven y se flexionan hasta 90° y durante la espiración regresan a la posición de reposo.
3. Sentado o parado, los miembros superiores descansan a un lado, los brazos se movilizan en abducción hasta 90° y durante la espiración retornan a la posición de reposo.

Estos grupos sirven para el aumento de volumen y la disminución de la presión torácica durante la inspiración. Y facilitan el llenado del tercio superior del pulmón. (Útil en pacientes con atelectasia).

4. Paciente sentado, con las manos descansando en los muslos, el paciente lleva extendido un miembro superior en abducción máxima a la vez que inclina el tronco al lado contrario mientras inspira profundamente y en la espiración vuelve a la posición de reposo, luego cambia por la otra extremidad.



5. El paciente dirige un miembro superior hacia el suelo inclinando el tronco hacia el mismo lado inspirando profundamente. Luego regresa espirando a la posición de reposo.
6. El paciente coloca una mano detrás de la nuca y la otra en la cintura. Luego inspira profundamente, llevando hacia atrás el codo del brazo colocando en la nuca sin girar el tronco. En la espiración se lleva el codo hacia adelante espirando lentamente.

Este grupo de ejercicio está orientado a activar cada hemitorax por separado, por lo cual tiene doble utilidad, ayudando al llenado diferencial de cada hemitorax.

7. El paciente coloca las manos detrás de la nuca; luego inspira profundamente por la nariz, simultáneamente y lentamente los codos hacia atrás. En la espiración lleva los codos hacia delante, espirando lentamente por la boca.
8. El paciente coloca las manos detrás de la nuca y luego inspira llevando los codos hacia atrás. Luego flexiona el tronco hacia adelante hasta lograr contacto de estos con las rodillas. Durante la flexión espira profundamente. Posteriormente vuelven a la posición inicial inspirando lentamente.
9. El paciente coloca las manos detrás de la nuca y luego inspira llevando los codos hacia atrás. En la espiración el paciente flexiona lateralmente el tronco hasta tocar con un codo la rodilla opuesta y luego vuelve a la posición inicial (William Cristancho, 2015).



3.1 JUSTIFICACIÓN

El presente estudio de caso se llevó a cabo con el fin de identificar los problemas de salud que afectan a pacientes con Bronquitis Crónica y la importancia en la aplicación de Plan de cuidados y fisioterapias respiratorias que permitirán el restablecimiento del estado de salud de los pacientes, evitando de esta manera posibles y/o futuras complicaciones que pueden llegar a ser mortales.

El principal objetivo de este estudio de caso es el de aplicar las técnicas fisioterapéuticas respiratorias mediante el análisis de los datos previamente recolectados a través de la anamnesis y la exploración clínica, poniendo en práctica los conocimientos adquiridos, los mismos que permitirá elaborar un plan de cuidados de terapias y rehabilitaciones, conformados por una serie de actividades, métodos y ejercicios respiratorios que favorezcan y/o contribuyan de manera positiva, prioritaria y directa en el mejoramiento del estado de salud de la paciente, resolviendo cada una de sus necesidades interferidas por la patología y así lograr el restablecimiento de la misma en el menor tiempo posible.

También cabe recalcar que los resultados que arroje el presente estudio de caso no solo servirán para mejorar el estado de salud del paciente; sino también para identificar las intervenciones que ayuden directamente y de manera eficaz a los pacientes que padezcan este tipo de enfermedad teniendo de esta manera una atención de calidad y calidez de parte del profesional de salud.



3.1 OBJETIVOS

General

Aplicar los métodos fisioterapéuticos de terapia respiratoria para mejorar la calidad de vida de un paciente de 65 años de edad con impresión diagnóstica de Bronquitis Crónica secundaria al tabaquismo.

Específicos

- Formular el diagnóstico, métodos y tratamientos de acuerdo al problema de salud detectado.
- Planificar las actividades fisioterapéuticas que contribuyan a solucionar o a disminuir los problemas de salud detectados.
- Ejecutar las actividades fisioterapéuticas planificadas para el paciente.

3.3 DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: XXXXX

Edad: 65 años

Sexo: Masculino

Peso: XXXXX

Talla: XXXXX

Estado civil: XXXXX

Ocupación: XXXXX

Nivel de estudios: XXXXX



CAPITULO II

4. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

4.1 Análisis del motivo de consulta

Paciente que acude a consulta con dificultad respiratoria a medianos esfuerzos físicos, acompañado de tos persistente sin expectoración desde hace 3 meses que no responde con antitusígenos administrados por familiares.

4.2 Historial clínico del paciente

Motivo de consulta:

- Dificultad respiratoria
- Tos persistente sin expectoración desde hace 3 meses

Antecedentes

- **Antecedentes patológicos personales**

Hace 2 años atrás presento bronquitis crónica aguda.

- **Antecedentes personales quirúrgicos**

Apendicetomía hace 8 años

- **Antecedentes familiares**

Madre hipertensa, Padre hipertenso

- **Alergias**

No refiere

- **Hábitos**

Fumador crónico



4.3 Anamnesis

Signos vitales

- **Temperatura:** 38°C
- **Frecuencia Respiratoria:** 26x'
- **Frecuencia cardiaca:** 80x'
- **Presión arterial:** 140/90
- **Saturación de oxígeno:** 90%
- **Glasgow:** 15/15

Estado Nutricional

Normolineo.

Cabeza

Orientado, activo, responde a estímulos dolorosos, normocefalo, ORF: húmedas normales.

Cuello

No adenopatías.

Tórax

- **Forma:** normal
- **Tipo de respiración:** taraco-abdominal
- **Percusión:** en hileo pulmonar ligeramente disminuido
- **Palpación:** dolorosa a la digito presión a nivel de espacios intercostales.
- **Auscultación:** roncus en hileos pulmonares. Estertores húmedos en región hilar de ambos lados.



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

Una vez realizado el análisis del cuadro clínico que presenta el paciente y así como sus antecedentes familiares, en el cual el paciente es un fumador crónico, se puede determinar que la situación de salud descrita, obedece a una irritación de la mucosa bronquial secundario al consumo de tabaco habitual desde hace 40 años.

Exploración clínica

➤ Exámenes de Laboratorio

No se han realizados

➤ Exámenes complementarios

- Rx estándar de tórax
- Glicemia
- Urea y creatinina
- Prueba broncodilatadora
- Gasometría arterial
- Cultivo de esputo
- Electrolitos
- Espirometria

4.6 Formulación del diagnóstico previo análisis de datos.

Una vez realizado la recolección de los datos se procedió a realizar el análisis de los mismos, obteniendo como Impresión Diagnostica: **Bronquitis Crónica.**

➤ **Causas:**

Fumador habitual desde hace 40 años

➤ **Signos y síntomas**

- Dificultad respiratoria a medianos esfuerzos físicos



- Tos persistente sin expectoración desde hace 3 meses

➤ **Tratamientos**

- Antibióticos
- Oxigenoterapia
- Aerosol terapia
- Drenaje posturales y maniobras de tos asistidas
- Ejercicios respiratorios

4.7 Conducta a seguir

- **Oxigenoterapia:** utilización de oxígeno complementario mediante cánulas nasales o mascarilla de oxígeno para ayudar a la oxigenación del paciente debido a la disminución de la saturación a nivel capilar el cual es de 90%.
- **Aerosolterapia:** utilización de broncodilatadores, anticolinérgicos y esteroides inhalados para ayudar a reducir la inflamación bronquial y la broncoconstricción y además el uso de mucolíticos para favorecer en la expulsión de las secreciones bronquiales.
- **Drenaje posturales y tos asistida:** ejecución de las diferentes maniobras de drenajes posturales para facilitar la expulsión de las secreciones bronquiales mediante la tos dirigida o asistida y así facilitar la respiración y evitar más problemas respiratorios.
- **Ejercicios respiratorios:** realización de ejercicios respiratorios para favorecer en la ventilación pulmonar, y al fortalecimiento muscular de la respiración según la necesidad, los músculos respiratorios y del tórax se adaptará o modificará el patrón respiratorio para que sea más eficaz en los esfuerzos.



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

- **Oxigenoterapia:**

Tratamiento en el que se administra oxígeno en concentraciones elevadas con la finalidad de prevenir o tratar la deficiencia de oxígeno (hipoxemia y evitar la hipoxia tisular) utilizando los diferentes sistemas de oxígeno: bajo y alto flujo

- sistema de bajo flujo:

Cánula de oxígeno	
Flujo de O₂	FIO₂
1Lt/min	24% aprox
2Lt/min	28% aprox
3Lt/min	32% aprox
4Lt/min	36% aprox
5Lt/min	40% aprox

Mascarilla de oxígeno	
Flujo de O₂	FIO₂
5-6Lt/min	40%
6-7Lt/min	50%
7-8Lt/min	60%

- Niveles de hipoxemia

Niveles de oxígeno en sangre	PaO₂ (presión parcial de oxígeno en sangre) (mmhg)
Normal	80 a 100mmHg
Hipoxemia leve	60 a 70mmHg
Hipoxemia moderada	40 a 59mmHg
Hipoxemia grave	Bajo 40mmHg



- **Aerosolterapia**

Es un método de tratamiento que permite administrar sustancias en forma de aerosol por vía inhalada, siendo los nebulizadores los dispositivos encargados de generar aerosoles de partículas líquidas, los IDM o IPS.

- El broncodilatador es un medicamento, que causa que los bronquios y bronquiolos de los pulmones se dilaten, provocando una disminución en la resistencia aérea y permitiendo así el flujo de aire.
- Los anticolinérgicos se utilizan fundamentalmente por su acción sobre el sistema nervioso periférico, además tiene un efecto relajante sobre el músculo liso, por lo que se utiliza para evitar los espasmos de los bronquios, y reduce las secreciones bronquiales.
- La administración de esteroides inhalados ayuda a disminuir la inflamación de las vías aéreas de los pacientes y así permite el paso del flujo del aire
- El uso de los mucolíticos ayudara a la expulsión y eliminación de las secreciones, debido a que los mucolitos modifican las propiedades físicas o químicas de las secreciones y mejora la actividad del escalador mucociliar.

Drenaje postural y maniobras de tos asistidas

El drenaje postural es una manera de ayudar a tratar los problemas respiratorios debidos a hinchazón y demasiada mucosidad en las vías respiratorias de los pulmones. En el drenaje postural, adopta una posición que le ayuda a movilizar las secreciones de los pulmones. Éste puede ayudar a:

- Tratar o prevenir una infección
- Facilitar la respiración
- Prevenir más problemas con los pulmones
- Expulsión de secreciones

Las maniobras de tos asistidas suelen combinarse para conseguir un adecuado aclaramiento de la vía aérea. Entre las cuales tenemos:

- Percusión del tórax,
- Vibración del tórax,



- Comprensión torácica,
- Tos asistida-inducida

Ejercicios respiratorios

Consiste en fáciles ejercicios respiratorios que el paciente realizará y aprenderá en la consulta para posteriormente hacerlos también en su domicilio a diario.

Con estos ejercicios trabajará la ventilación pulmonar, se relajarán o fortalecerán, según la necesidad, los músculos respiratorios y del tórax y se adaptará o modificará el patrón respiratorio para que sea más eficaz en los esfuerzos, como:

- Ejercicios diafragmáticos
- Ejercicios respiratorios no específicos

4.9 Seguimiento

El seguimiento a los pacientes con bronquitis crónica, es el de asistir a las consultas médicas, para la valorización de un especialistas y así evitar complicaciones o exacerbaciones de los síntomas.

4.10 Observaciones

Se debe explicar al paciente del uso correcto de los inhaladores y de los beneficios que tiene para su salud, de las técnicas de drenaje posturales para facilitar la movilización y expulsión de las secreciones y además se debe realizar charlas educativas al paciente y a los familiares sobre la influencia que tiene el humo de tabaco sobre la salud respiratoria, por lo que se sugiere que elimine el hábito de fumar debido a que este es uno de los factores principales por los cuales pueden desarrollar futuras complicaciones e incluso puede interferir de forma negativa en los tratamientos, ocasionando una respuesta negativa a dichos tratamientos terapéuticos evitando la mejoría de la salud o peor aún, el agravamiento de la calidad de vida de la persona afectada.



CAPITULO III

5. CONCLUSIONES

El Proceso de atención del terapeuta respiratorio es una herramienta básica y primordial al momento realizar las fisioterapias ya que mediante la metodología que se aplica está constituido por una serie de pasos relacionados entre sí, en donde el profesional interactúa con el paciente para obtener la información necesaria que lo facilita a la elaboración del diagnóstico y de esa manera explicar las necesidades que se deben satisfacer en el paciente. Cabe resaltar que para la aplicación de estos procesos, la interacción con el paciente y familiar son puntos clave para elaborar un buen procedimiento que contribuyan a solucionar los problemas de salud.

Es importante reconocer que la bronquitis crónica es una enfermedad permanente y grave. Se presenta si la capa interna de los bronquios está constantemente irritada e inflamada, lo cual causa una tos prolongada con mucosidad. El hábito de fumar es la principal causa de esta patología respiratoria de forma secundaria.

Los virus o bacterias pueden infectar con facilidad los bronquios irritados. Si esto sucede, la enfermedad empeora y se prolonga. Por esa razón, las personas que sufren bronquitis crónica pasan por épocas en las que los síntomas se vuelven más intensos. Las personas que la sufren pueden llevar una vida mejor si la bronquitis crónica se diagnostica y trata pronto. Además, deben dejar de fumar y tienen que evitar el humo de otros fumadores. Las personas que tienen bronquitis crónica grave tienen pocas probabilidades de recuperarse por completo.

Por lo tanto, el objetivo principal del Plan de fisioterapias respiratorias en pacientes con Bronquitis crónica es mejorar el estado de salud, satisfaciendo todas las necesidades interferidas por dicho problema de salud especialmente las necesidades correspondientes al Patrón respiratorio y su calidad de vida.



CAPITULO IV

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFIA

1. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). 2014 Update, REVISTA MÉDICA.
2. HARRISON MANUAL DE MEDICINA INTERNA, 18a edición, 2013
3. American Thoracic Society, REVISTA MEDICA 2012
4. Semiología medica, (Horacio A. Argentes – Marcelo E.Aalvarez)
5. Fundamentos de fisioterapia respiratoria y ventilación mecánica, 2ª. Edición. William Cristancho Gomez
6. Colmenarejo Hernandoa, J. C., & Calle Rubio, M. (2012). Definición y clasificación de la EPOC. Epidemiología y factores de riesgo. In Guía de buena práctica clínica en Geriatria. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. España: Elsevier.
7. Grainge CL, Lau LC, Ward JA, Dulay V, Lahiff G, Wilson S et al. Effect of Bronchoconstriction on Airway Remodeling in Asthma. N Engl J Med. 2011; 364:2006-15.
8. Alfred P. Fischman; Tratado de Neumología Vol. II. Mexico; Mc Graw-Hill de México S.A.; 1983:987-996.

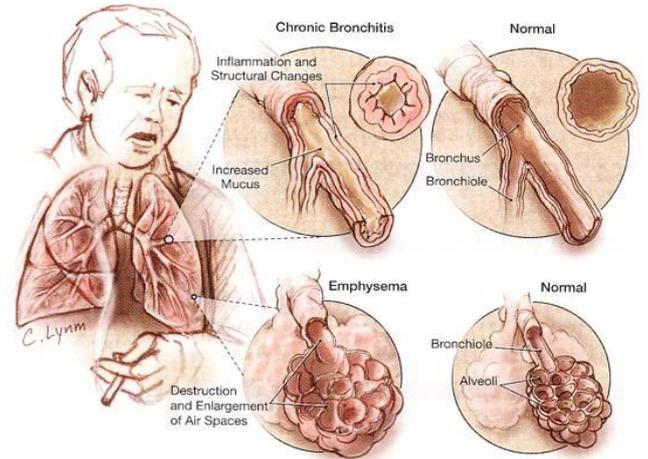
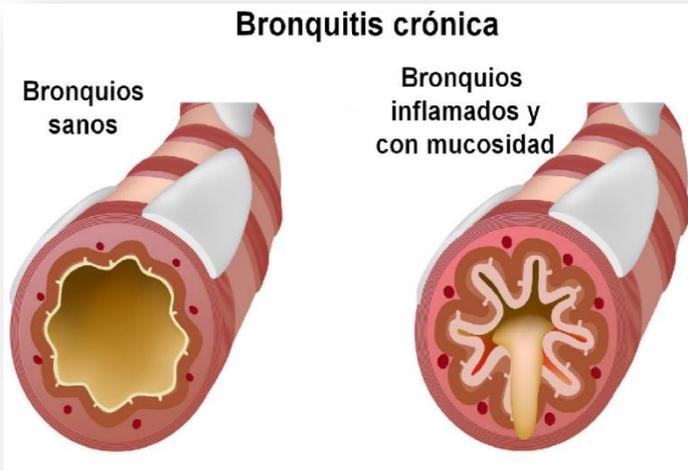


9. Algoritmos en neumología, 2da edición. Editor: Jaime corral peñafiel.
10. Bordow, Ries y Morris, NEUMOLOGIA 5ta edición, 2009
11. Enfermedades respiratorias, consejos para pacientes, sociedad española de neumología y cirugía torácica,
12. Medicina respiratoria, segunda edición, SEPAR.
13. Diagnóstico y manejo integral del paciente con epoc, Horacio Giraldo estrada, segunda edición.
14. Rafael Pazos, 2009. Artículo científico bronquitis

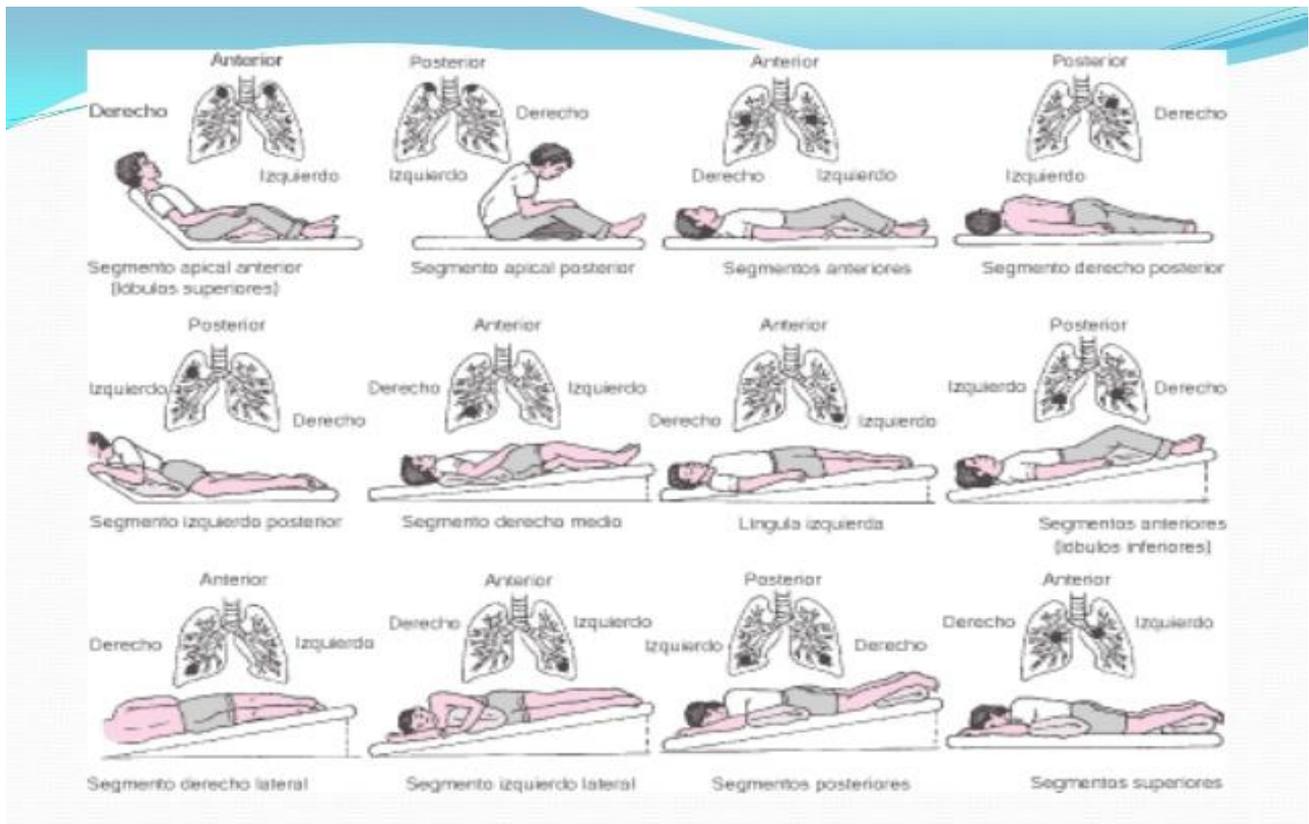
LINKOGRAFIA

1. National Heart, Lung, and Blood Institute
<https://www.nhlbi.nih.gov/health-spanish/health-topics/temas/brnchi>
2. Familydoctor.org
<https://es.familydoctor.org/condicion/bronquitis-cronica/>
3. Medlineplus
<https://medlineplus.gov/spanish/chronicbronchitis.html>
4. Archivos de Bronconeumología
<http://www.archbronconeumol.org/es/manifestaciones-pulmonares-las-enfermedades-inflamatorias/articulo/13070806/>
5. Separ
<http://www.separ.es/?q=node/641>
6. Goldcopd
http://goldcopd.org/wp-content/uploads/dlm_uploads/2016/04/GOLD_Pocket_Spanish.pdf
7. Revista Médica Electrónica PortalesMedicos.com
<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/bronquitis-cronica>

7. ANEXOS



POSICIONES PARA EL DRENAJE POSTURAL





EJERCICIOS RESPIRATORIOS

1) Respiración abdominal o diafragmática:

a. Coger aire por la nariz dirigiéndolo hacia la barriga.

b. Soplar lentamente por la boca, procurando alargar este tiempo.

2) Respiración costal:

a. Situando las manos sobre las costillas, coger aire por la nariz dirigiéndolo hacia el pecho (las manos tienen que notar el movimiento de expansión de la caja torácica).

b. Soplar lentamente por la boca, procurando alargar este tiempo.

3) Respiración acompañada por el movimiento de los brazos:

a. Inspirar separando los brazos en cruz hasta unir las manos por encima de la cabeza.

b. Soplar bajando los brazos rectos por delante de la cara hasta el suelo.

1) Respiración abdominal o diafragmática:

a. Coger aire por la nariz dirigiéndolo hacia la barriga.

b. Soplar lentamente por la boca intentando alargar este tiempo.

2) Respiración costal:

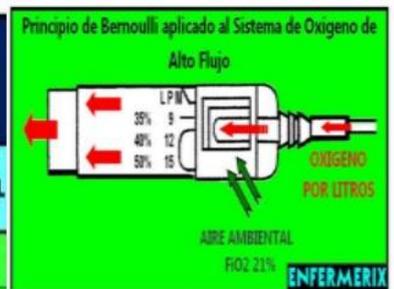
a. Situando las manos sobre las costillas, coger el aire por la nariz dirigiéndolo hacia el pecho (las manos tienen que notar el movimiento de expansión de la caja torácica).

b. Soplar lentamente por la boca procurando alargar este tiempo.

SISTEMAS DE BAJO Y ALTO FLUJO

SISTEMAS DE BAJO FLUJO							
CÁNULA DE OXÍGENO		MÁSCARA DE OXÍGENO		MASK DE OXÍGENO CON RESERVORIO (Con bolsa de reservorio Reinhalatoria)		MASK DE OXÍGENO CON RESERVORIO (Con bolsa de reservorio NO Reinhalatoria)	
Litros x minuto	Porcentaje Oxígeno	Litros x minuto	Porcentaje Oxígeno	Litros x minuto	Porcentaje Oxígeno	Litros x minuto	Porcentaje Oxígeno
1	24%						
2	28%						
3	32%						
4	36%						
5	40%	5-6	40-45%				
6		6-7	45-50%				
7		7-8	55-60%				
8				8	60%		
9				9	65%		
10				10	70%	8 a 12 LITROS	90 - 99%
11				11	75%		
12				12	80%		

SISTEMA DE ALTO FLUJO (Sistema Dual Venturi)			
SISTEMA	LITROS X MINUTO	PORCENTAJE DE OXIGENO	FLUJO TOTAL
BAJO FLUJO (Verde)	3	24%	79 lpm
	3	26%	47 lpm
	6	28%	68 lpm
	6	30%	53 lpm
ALTO FLUJO (Blanco)	9	35%	50 lpm
	12	40%	50 lpm
	15	50%	41 lpm





SISTEMA DE AEROSOL TERAPIA



MDI con espaciador



MDI



Diskus



Handihaler



Twisthaler



Autohaler



Aerolizer



Flexhaler



Neohaler



Respimat



Pressair



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

Facultad de Ciencias de la Salud

SECRETARÍA



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

CERTIFICACION

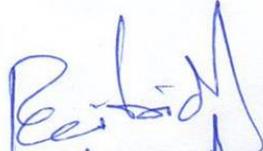
AB. Vanda Aragundi Herrera, Secretaría de la Facultad de Ciencias de la Salud,

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: SERRANO UCHUBANDA RAUL FERNANDO, C.I. 1207983410 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 15:79

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



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



Babahoyo, 03 de mayo del 2017

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

De mi consideración:

Por medio de la presente, Yo, **SERRANO UCHUBANDA RAUL FERNANDO** con cédula de ciudadanía 120798341-0, egresado 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 agradecido.

Atentamente,

SERRANO UCHUBANDA RAUL FERNANDO

C.C.Nº 120798341-0

Solicitante

03/05/2017



Universidad Técnica de Babahoyo

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA



Babahoyo 08 de Agosto del 2017

Dra.

Alina Izquierdo Cirer, Msc.

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACION

En su Despacho.

De mis Consideraciones

Yo **SERRANO UCHUBANDA RAUL FERNANDO**, con C.C. 120798341-0, egresado de la carrera **TERAPIA RESPIRATORIA**, por medio de la presente hago la entrega del tema: **MANEJO INTEGRAL DE LA BRONQUITIS CRONICA SECUNDARIA AL TABAQUISMO EN PACIENTE MASCULINO DE 65 AÑOS**, el mismo que debe ser aprobado por las autoridades respectivas para continuar con la defensa del caso clínico, practico, en el proceso de titulación modalidad **EXAMEN COMPLEXIVO**.

Adjunto mis más sinceros saludos y exalto su gran labor dentro del área a la que debidamente representa.

Atentamente.

SERRANO UCHUBANDA RAUL FERNANDO

C.C. 120798341-0

Recibido
08/08/2017 17:04



CASO CLINICO 9

Paciente masculino de 65 años de edad que acude a consulta con dificultad respiratoria a medianos esfuerzos físicos, acompañado de tos persistente sin expectoración desde hace 3 meses que no sede con antitusígenos administrado por familiares. Fumador habitual desde hace 40 años.

ANAMNESIS:

Antecedente Patologico Personales: Hace 2 años atrás presentó bronquitis aguda.

Antecedente Patologico Familiares: Madre hipertensa, Padre hipertenso.

Antecedentes personales Quirúrgicos: Apendicectomía hace 8 años.

ALERGIAS: No refiere.

HABITOS: Fumador crónico.

EXAMEN FISICO

Signos Vitales: FC: 80X' FR: 26X' TA: 140/90 TC: 38oC 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 hilios pulmonares. Estertores húmedos en región hilar de ambos lados.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA (IDX): BRONQUITIS CRONICA

- EXAMENES COMPLEMENTARIOS:
- TRATAMIENTO COADYUVANTE

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

Revisado
08/08/2017 17:10M

Raúl Clemente Sarano Alchuberto
Tráquea Respiratoria
8 de Agosto del 2017



**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, **SERRANO UCHUBANDA RAUL FERNANDO**, con cédula de ciudadanía **1207983410**, egresado (a) 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 practico (Casos Clínicos) del Examen Complexivo, tema: **MANEJO INTEGRAL DE LA BRONQUITIS CRONICA SECUNDARIA AL TABAQUISMO EN PACIENTE MASCULINO DE 65 AÑOS**, 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.

Atentamente,

SERRANO UCHUBANDA RAUL FERNANDO
C.I 120798341-0