



**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 TÍTULO  
LICENCIADA EN TERAPIA RESPIRATORIA**

**TÍTULO DEL CASO CLÍNICO**

**INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA + INSUFICIENCIA  
RENAL NO ESPECIFICA EN PACIENTE FEMENINO DE 24 AÑOS  
DE EDAD.**

**AUTORA**

**JAZMÍN YULLEIDY SILVA VALLE**

**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 BABAHYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**TERAPIA RESPIRATORIA**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN**



## **AGRADECIMIENTO**

Le agradezco a DIOS por darme la capacidad e inteligencia ya que sin el no habría podido seguir adelante cuando ya no podía.

A la Universidad Técnica de Babahoyo, Facultad de Ciencias de la Salud por haber contribuido positivamente a mi formación académica y profesional.

A mis DOCENTES que me inculcaron de sus conocimientos y sabiduría en toda esta etapa de mi vida Universitaria.

También le doy gracias a mis PADRES por ser el motor de mi vida por haberme inculcado buenos valores y haberme hecho una persona de bien. Por eso les estoy agradecida por todo su apoyo que me han brindado.

Gracias

Jazmín Silva Valle.



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



## **DEDICATORIA**

Este logro se lo dedico a DIOS por ser mi guía, mi luz por haberme dado sabiduría y entendimiento, a mis Padres Cristian Silva y Mercedes Valle por brindarme el tiempo necesario y su apoyo incondicional que tanto necesitaba de ellos en esos momentos de mi vida a mis Hermanos Jonathan Silva y Cristian Silva por estar junto a mí.

Prometo que ejerceré mi carrera con honestidad, para ser una persona valiosa para la comunidad a la que pertenezco y jamás defraudare a quienes de una u otra manera me dieron su apoyo para culminar mis estudios Universitarios.

Gracias

Jazmín Silva Valle.



## INDICE

AGRADECIMIENTO .....	I
DEDICATORIA .....	II
CAPITULO I .....	
1. TÍTULO .....	1
2. INTRODUCCIÓN .....	2
3.1. JUSTIFICACIÓN .....	14
3.2. OBJETIVOS.....	15
3.2.1. GENERAL.....	15
3.2.2. ESPECÍFICOS .....	15
3.3. DATOS GENERALES.....	15
CAPITULO II .....	
4. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO .....	16
4.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA.....	16
4.2. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE .....	16
4.3. ANAMNESIS.....	16
4.4. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA.....	17
4.5. EXPLORACIÓN CLÍNICA.....	17
4.6. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PREVIO ANÁLISIS DE DATOS.....	18
4.7. CONDUCTA A SEGUIR.....	18
4.8. INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	20
4.9. SEGUIMIENTO .....	20
4.10. OBSERVACIONES .....	21
CAPITULO III .....	



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



<b>5. CONCLUSIONES .....</b>	<b>22</b>
<b>CAPITULO IV.....</b>	
<b>6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>23</b>
<b>7. ANEXOS .....</b>	<b>27</b>



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



## **CAPITULO I**

### **1. TÍTULO**

**INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA + INSUFICIENCIA RENAL  
NO ESPECIFICA EN PACIENTE FEMENINO DE 24 AÑOS DE  
EDAD.**



## **2. INTRODUCCIÓN**

La insuficiencia respiratoria aguda es uno de los problemas médicos más comunes en los servicios de urgencias y una de las causas de recepción más frecuentes en las unidades de cuidado intensivo. Es importante recordar que la fisiopatología de la insuficiencia respiratoria tiene su comienzo en un desequilibrio entre la carga que se genera en el sistema respiratorio y la capacidad que el mismo tenga de responder a esta carga (Mir, 2008).

El siguiente trabajo se lo realizó con el motivo de saber cómo resolver el siguiente caso clínico. Paciente femenino de 24 años de edad, llega en condiciones críticas hemodinámicamente inestable ventilada a través de tubo endotraqueal con bolsa de reanimación, con datos de desaturación, Antecedentes patológicos personales de Hipertensión Arterial mal controlada, tratamiento hemodilialítico trisemanal desde hace 9 meses y hace 4 días no dializa por condiciones clínicas

Se comenzó a valorar por un médico especialista en Nefrología por enfermedad renal de mal pronóstico, se le realizó una Radiografía de Tórax, junto con exámenes de laboratorio, se le realiza monitoreo continuo ECG, SPO<sub>2</sub>, PANI, RESP, TEMP, PCV.

Se comienza con el tratamiento fisioterapéutico, modalidad ventilatoria A/C por Volumen colocando al paciente en posición semi-fowler con el fin de contrarrestar la redistribución del líquido intravascular, lo cual disminuye el retorno venoso al corazón y de la misma manera se administrará Bromuro de Ipratropio.



### **3. MARCO TEÓRICO**

#### **INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA**

El aparato respiratorio se encarga de realizar el intercambio de gases entre el aire ambiente y la sangre, captación de oxígeno (O<sub>2</sub>) y eliminación de anhídrido carbónico (CO<sub>2</sub>), desempeñando de esta manera su principal función (Escrich, 2005).

La insuficiencia respiratoria se define por la incapacidad del aparato respiratorio para mantener un adecuado intercambio gaseoso necesario para atender las necesidades metabólicas del organismo (Muñoz A. A., Valoración del paciente con insuficiencia respiratoria aguda y crónica, 2009).

Según (CHAVARRIA CANTOS, 2015) la insuficiencia respiratoria aguda (IRA) es un cuadro funcional que puede ser consecuencia de diversos procesos patológicos. La evaluación clínica se basa en el análisis de los gases arteriales. La IRA puede ser aguda o crónica, ventilatoria primaria o insuficiencia primaria de la oxigenación.

La insuficiencia respiratoria conocida como (IRA) es una enfermedad provocada por varios procesos patológicos.

Manifestó (Carrasco, 2014) la forma más común es la insuficiencia mixta, ventilatoria y de oxigenación. La insuficiencia ventilatoria puede aparecer en individuos con pulmones normales (mala función muscular o anomalías del sistema de control respiratorio) o en pacientes con obstrucción de la vía aérea.

En la insuficiencia de la oxigenación existen cuatro mecanismos básicos: alteración de la ventilación/perfusión (V/Q), corto circuito, anomalías de la perfusión e hipoventilación. Debe establecerse la causa, el mecanismo y la



gravidad de la anomalía del intercambio gaseoso (Muñoz F. R., Insuficiencia respiratoria aguda., 2010).

## **ETIOLOGÍA**

Las causas de IRA son cualquiera que afecte directa o indirectamente a los pulmones. Existen procesos extra-pulmonar e intrapulmonar, que desencadenarán como fin último, la insuficiencia respiratoria aguda. Se destaca entre estas la neumonía, edema pulmonar agudo y Síndrome del distrés respiratorio en el adulto (Betbesé Roig, Efectos gasométricos de la inhalación de óxido nítrico en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda. , 2010).

**La IRA hipóxica-no hipercápnica o IRP**, en un 90% de las ocasiones es por distrés respiratorio del adulto, un 50% por exacerbaciones de EPOC, además de otras enfermedades obstructivas como las bronquiectasias y el Trombo Embolismo Pulmonar (TEP).

**La IRA hipóxica-hipercápnica o IRG**, en un 50% son por exacerbaciones de EPOC, 10% por crisis asmática y el resto se reparte entre enfermedades con deformidad de la caja torácica, enfermedades neuromusculares y sobredosificación de fármacos.

En este tipo de IRA apoyándonos en la radiografía de tórax, si encontramos infiltrados en parche o difusos, nos orientaremos a infección respiratoria, la hemorragia alveolar, edema pulmonar, la neumonitis de radiación, la inhalación de gases tóxicos o el síndrome de distrés respiratorio del adulto. Si hay infiltrados localizados, orientado a infarto pulmonar, atelectasias o neumonía (Valero N. L., 2009).



## **DIAGNOSTICO DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA**

### **Clínica**

Según (Delgado, 2007) podemos sospechar la existencia de una IRA por la presencia de síntomas y signos de hipoxemia y/o hipercapnia, sobre todo en presencia de pacientes diagnosticados de enfermedades pulmonares agudas o crónicas agudizadas o procesos extra-pulmonares que potencialmente puedan desarrollar IRA. En muchas ocasiones son la presencia de clínica respiratoria aguda las que nos hacen sospechar la existencia de IRA (disnea, dolor torácico agudo, hemoptisis, etc.).

### **Gasometría Arterial/Pulsioximetría**

La gasometría arterial es la prueba imprescindible para confirmar la sospecha diagnóstica de IRA, además nos informa del grado de severidad de la misma, de la existencia o no de hipercapnia y de la existencia de alteraciones en el equilibrio ácido base (Flores Chango, 2017).

La pulsioximetría es un método no invasivo que permite obtener la saturación arterial de oxígeno (SaO<sub>2</sub>) y su monitorización continua. En condiciones normales una SaO<sub>2</sub> del 90% corresponde a 60 mmHg de presión parcial arterial de O<sub>2</sub>. Pero hay que tener en cuenta que la morfología de la curva de saturación de hemoglobina varía según el grado de afinidad existente entre la hemoglobina (Hb) y el O<sub>2</sub>, que está influenciada por los cambios de temperatura, acidez del medio, concentración intraeritrocitaria de 2,3 difosfoglicerato y tensión del CO<sub>2</sub>.

La hipercapnia, la acidosis y la hipertermia producen una desviación de la curva de hemoglobina hacia la derecha por lo que la afinidad de la Hb por el O<sub>2</sub> disminuye y se facilita su liberación a los tejidos (Muñoz A. A., valoración del paciente con insuficiencia respiratoria aguda y crónica, 2009).



## **Radiografía De Tórax**

La radiología de tórax nos puede ayudar al diagnóstico diferencial de la IRA. Las causas más frecuentes de IRA en función de los patrones radiológicos. Otras exploraciones complementarias Van dirigidas al diagnóstico en función de la sospecha clínica, por ejemplo, gammagrafía o TAC (tomografía axial computarizada) (Marcos, 2013).

## **TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA**

El tratamiento de la IRA comprende dos apartados. En primer lugar, buscar el tratamiento de la enfermedad de base causante de la IRA y en segundo lugar el tratamiento específico de la IRA. Este último incluye:

### **Medidas generales**

- ♣ Asegurar la permeabilidad de la vía aérea (retirar cuerpos extraños incluido prótesis dentales, aspirar secreciones, etc.) y si fuera preciso la intubación orotraqueal.
- ♣ Monitorización de constantes vitales y SaO<sub>2</sub>.
- ♣ Canalización de vía venosa.

### **Nutrición e hidratación adecuadas.**

- ♣ Tratamiento de la fiebre, la agitación o cualquier situación que conlleve un aumento del consumo de O<sub>2</sub>.
- ♣ Tratamiento si existe de la anemia y de la hipotensión para mejorar el transporte de O<sub>2</sub>.
- ♣ Protección gástrica si precisa.
- ♣ Profilaxis de la enfermedad tromboembólica.



### **Terapia Respiratoria Coadyuvante:**

- ♠ Cuidado de la Vía Aérea.
- ♠ Uso de los broncodilatadores.
- ♠ Fisioterapia respiratoria.
- ♠ Mejorar la capacidad funcional residual.

### **Ventilación no invasiva**

La ventilación no invasiva (VNI) se define como toda forma de soporte ventilatorio sin la creación de una vía aérea artificial mediante la intubación traqueal. La modalidad que vamos a utilizar en el caso clínico sería la siguiente:

### **Ventilación limitada por volumen**

En este tipo de ventiladores se generan volúmenes respiratorios elevados, sin tener en cuenta los límites de presión. Su mayor aplicación se encuentra en ventilaciones crónicas, especialmente en la modalidad conocida como ventilación mandataria asistida controlada, en donde el paciente genera esfuerzo respiratorio, y de acuerdo con la sensibilidad preestablecida en el ventilador, ese esfuerzo es censado, y se apoya con volumen. Se utilizan niveles altos por la frecuencia de fugas, que igualmente se compensan con aumento del flujo (Rodríguez, 2004).

### **INSUFICIENCIA RENAL**

El fallo de riñón, también conocido como fallo renal, es un término utilizado para describir una situación en la que los riñones ya no pueden funcionar eficazmente.

Su doctor puede usar un ultrasonido renal, una TAC del cuerpo, una RMN o urografía por TC, una RMN del cuerpo, una gammagrafía renal, o una biopsia para ayudar a diagnosticar su condición.



Las opciones de tratamiento varían y dependen de las causas subyacentes de la condición (algunas de ellas requieren hospitalización). Los tratamientos pueden estar dirigidos a las causas del fallo renal o focalizarse en el reemplazo de la función renal usando stents uretrales, diálisis (Rivadeneira Landázuri, 2014).

### **En qué consiste la insuficiencia (renal) de los riñones**

Los riñones están diseñados para mantener un equilibrio adecuado de líquidos en el cuerpo, remover los residuos y eliminar las toxinas de la sangre. Los riñones producen orina que se encarga de transportar estos productos de eliminación y el exceso de líquido.

También producen hormonas que estimulan la producción de glóbulos rojos en la médula ósea y fortalecen los huesos. El término insuficiencia (renal) del riñón describe una situación en la que los riñones han perdido la capacidad de llevar a cabo estas funciones eficazmente. La acumulación en los niveles de residuos puede causar un desequilibrio químico en la sangre, que puede ser fatal si no se trata. Los pacientes con insuficiencia renal pueden desarrollar, con el tiempo, un recuento sanguíneo bajo o huesos débiles (De Lamo Martínez, 2015).

La insuficiencia renal crónica puede ser causada por una variedad de enfermedades (como la diabetes) y, con el tiempo, conduce al fallo de la función renal. Otras condiciones pueden conducir a una insuficiencia renal aguda, tales como una caída en el flujo de sangre a los riñones, la obstrucción del flujo de orina, o los daños causados por infecciones, ciertos medicamentos o materiales de contraste utilizados durante la toma de imágenes.

La insuficiencia renal aguda puede ocurrir rápidamente y puede dejar daños permanentes en los riñones. En muchos casos, ocurre en pacientes que ya están gravemente enfermos y que requieren cuidados intensivos (Gutierrez Navas, 2013).



### **Los síntomas pueden incluir:**

- ♣ Retención de líquidos
- ♣ Presencia de Sangre en la orina
- ♣ Falta de aliento
- ♣ Presión arterial alta
- ♣ Náuseas
- ♣ Somnolencia
- ♣ Facilidad para desarrollar hematomas
- ♣ Cambios en la micción, tales como como micción disminuida, excesiva o nula.

### **Insuficiencia Renal Aguda**

Declaro (Ribes, 2004) que la insuficiencia renal aguda (IRA) es un síndrome clínico caracterizado por una disminución brusca (horas a semanas) de la función renal y como consecuencia de ella, retención nitrogenada.

### **Etiología**

Según (López García, Prevalencia de la enfermedad renal en trabajadores agrícolas de la caña de azúcar en la región cañera de Venustiano Carranza, Chiapas., 2016) la IRA es un síndrome de etiología múltiple, pero para el enfoque diagnóstico usualmente se divide en pre-renal, post-renal e IRA intrínseca.

Revelo (de los Ríos, 2012) en la forma pre-renal o azotemia pre-renal, la retención de sustancias nitrogenadas es secundaria a una disminución de la función renal fisiológica debido a una disminución de la perfusión renal, como ocurre en deshidratación, hipotensión arterial, hemorragia aguda, insuficiencia cardiaca congestiva, hipoalbuminemia severa, etc. Como no hay necrosis del tejido renal,



la retención nitrogenada revierte antes de las 24 horas de haber logrado una adecuada perfusión renal.

La insuficiencia renal aguda post-renal, es usualmente un problema de tipo obstructivo que puede ocurrir en diferentes niveles: uretral, vesical o ureteral. En estos casos, también, si la obstrucción persiste por periodos prolongados el paciente desarrollará insuficiencia renal aguda intrínseca (Tapia, 2011).

En la insuficiencia renal intrínseca, hay daño tisular agudo del parénquima renal y la localización del daño puede ser glomerular, vascular, tubular o intersticial (Caiza, 2016).

### **Insuficiencia Renal Crónica**

Según (Barrio Ríos, Enfermedad Renal Crónica, 2016) 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 m<sup>2</sup> o por la lesión de los riñones en su estructura.

Revelo (Pazos Pazos, Incidencia de Insuficiencia Renal Crónica en Pacientes Ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial General Docente Riobamba Durante Enero a Diciembre 2009. , 2012) 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.

Revelo (San Millán, 2007) 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.

Según (Palacios Sánchez, 2012) 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.

Declaro (Zúñiga Sánchez, 2014) 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.

Según (Robayo Ortiz, 2012) se establecen cinco fases de la enfermedad renal crónica, 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. Su detección precoz y, en lo posible, sus prevenciones 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.



## **HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

La hipertensión arterial es una patología crónica que consiste en el aumento de la presión arterial. Una de las características de esta enfermedad es que no presenta unos síntomas claros y que estos no se manifiestan durante mucho tiempo.

En la actualidad, las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad en España. Sin embargo, la hipertensión es una patología tratable. Si no se siguen las recomendaciones del médico, se pueden desencadenar complicaciones graves, como, por ejemplo, un infarto de miocardio, una hemorragia o trombosis cerebral, lo que se puede evitar si se controla adecuadamente (Sánchez Miranda, 2012).

Según datos de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (Seh-Lelha), en España existen más de 14 millones de personas con hipertensión. De esta cantidad, 9,5 millones no están controlados y 4 millones están sin diagnosticar (Villar Álvarez, 2004).

Las personas que tienen una Hipertensión Arterial con una Insuficiencia renal no pueden ser tratados con Losartan por el motivo que es un antagonista y este acumula potasio el medicamento más apropiado sería Enalapril es un inhibidor de la enzima

### **La hipertensión puede afectar a la salud de cuatro maneras principales:**

**Endurecimiento de las arterias:** La presión en el interior de las arterias puede causar engrosamiento de los músculos que recubren la pared arterial y estrechamiento de las arterias. Si un coágulo de sangre obstruye el flujo sanguíneo al corazón o al cerebro, puede producir un ataque al corazón o un accidente cerebrovascular (Cerna, 2016).



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



**Agrandamiento del corazón:** La presión arterial alta hace trabajar más al corazón. Al igual que cualquier otro músculo del cuerpo que se someta a exceso de ejercicio, el corazón aumenta de tamaño para poder realizar el trabajo adicional. Cuanto más grande sea el corazón, más sangre rica en oxígeno necesitará, pero menos podrá mantener una circulación adecuada. A consecuencia de esta situación, la persona afectada se sentirá débil y cansada, y no podrá hacer ejercicio ni realizar actividades físicas. Sin tratamiento, la insuficiencia cardíaca seguirá empeorando (Cedeño-Torres, 2016).

**Daño renal:** La presión arterial alta prolongada puede lesionar los riñones si el riego sanguíneo de estos órganos se ve afectado.

**Daño ocular:** En los diabéticos, la hipertensión puede generar rupturas en los pequeños capilares de la retina del ojo, ocasionando derrames. Este problema se denomina «retinopatía» y puede causar ceguera (Quispe Gallo, Evaluación química y hematológica en pacientes con hipertensión arterial de la parroquia san francisco en el subcentro de salud la vicentina en el cantón ambato de la provincia de tungurahua periodo junio-diciembre del 2011 , 2013).



### **3.1. JUSTIFICACIÓN**

El siguiente trabajo se lo realizó con el propósito de aplicar los conocimientos teóricos y prácticos para la resolución del siguiente caso clínico, lo mismo que vamos a poner en destreza en la vida hospitalaria mediante un estudio prospectivo, correlacional no experimental se pretende determinar los factores de riesgo.

En primer lugar, tenemos que saber su concepto, ¿cuáles son sus causas? las complicaciones y el tratamiento que podemos seguir para dar la solución a esta enfermedad que se está tratando en el siguiente caso clínico

El resultado del presente trabajo se socializará con las autoridades de la Universidad Técnica de Babahoyo para crear programas de prevención o protocolos de atención. Con el objetivo de prevenir los cuadros respiratorios, disminuir el uso de exámenes y tratamiento innecesarios, y evitar probables complicaciones.



## **3.2. OBJETIVOS**

### **3.2.1. GENERAL**

Prolongar el volumen de líquido del paciente dentro de los límites normales manteniendo así una buena oxigenación y ventilación.

### **3.2.2. ESPECÍFICOS**

- Mantener el intercambio gaseoso del paciente en óptimas condiciones.
- Realizar aspiración de secreciones con sistema abierto o bien con sistema cerrado si se encuentra oro-intubado para no desconectar del sistema y se pierda la PEEP.
- Colocar al paciente en la posición óptima para mejorar el patrón respiratorio (fowler o semifowler) administrando broncodilatadores y evaluar sus efectos mantener la higiene de la cavidad oral.

## **3.3. DATOS GENERALES**

**Sexo:** Femenino

**Edad:** 24 años de edad

**Estado Civil:** Soltera

**Nivel Sociocultural/Económico:** Medio

**Nivel de Estudios:** Bachillerato

**Procedencia Geográfica:** No difiere



## CAPITULO II

### 4. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

#### 4.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente femenino llega con mala ventilación mecánica, hipertensión arterial mal controlada, deterioro en nivel de conocimiento, disnea, taquipnea, Palidez generalizada.

#### 4.2. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE

**Antecedentes Patológicos Personales:** Hipertensión Arterial + Insuficiencia Respiratoria Aguda.

**Antecedentes Patológicos Familiares:** Hipertensión Arterial.

**Antecedentes Quirúrgicos Personales:** No Refiere.

**Antecedentes Obstétricos:**

- ♣ **Fecha de Última Menstruación:** No Refiere.
- ♣ **Gestación:** No Refiere.
- ♣ **Partos:** No Refiere.
- ♣ **Cesárea:** No Refiere.
- ♣ **Abortos:** No Refiere.

#### 4.3. ANAMNESIS

Paciente femenino de 24 años de edad transferido desde el hospital de Milagro ingresa por el área de emergencia, llega en condiciones críticas hemodinámicamente inestable ventilada a través de tubo endotraqueal con bolsa de reanimación, con datos de desaturación, APP de HTA mal controlada, tratamiento hemodialítico trisemanal desde hace 9 meses y hace 4 días no



dializa por condiciones clínicas, al momento bajo efecto de sedo-analgésia con rescate de Propofol y midazolam más fentanilo, mala mecánica respiratoria por lo que se decide pasar a la Unidad de Cuidados Críticos, se comenzó a valorar por un médico especialista en Nefrología por enfermedad renal.

Al momento paciente con efectos de sedo-analgésia desadaptada de la ventilación mecánica invasiva permanece en malas condiciones clínicas en espera de una reevaluación.

#### **4.4. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA.**

Paciente con Hipertensión Arterial e Insuficiencia renal mal controlada.

#### **4.5. EXPLORACIÓN CLÍNICA**

**Neurológico:** Paciente bajo efecto de sedo-analgésia con pupilas isocóricas hipo-reativas intercurrente con periodos de desadaptación a modo ventilatorio.

**Mucosas:** semi-húmedas hipo-coloreas.

**Cardiovascular:** tendencia a taquicardia datos de Hipertensión Arterial al momento de la evaluación no evidencio soplos a la auscultación.

**Respiratorio:** Hipoventilación bases bilaterales con disminución de murmullo vesicular base derecha.

**Digestivo:** No evidencia de sangrado digestivo al momento de rshs hipo-audibles no luce distendido.

**Extremidades:** Asimétricas con edema en las mismas.

#### **Signos vitales:**

- ♣ **FC:** 66 lpm
- ♣ **TA:** 131/102mmhg
- ♣ **SatO2:** 99%



♣ **FR:** 16rpm

**Piel:** signos de hipoperfusión, llenado capilar lento.

**Abdomen:** Blando depresible sin megalias, ruidos hidroaéreos presentes.

#### **4.6. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PREVIO ANÁLISIS DE DATOS**

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA + INSUFICIENCIA RENAL NO ESPECIFICA.

#### **4.7. CONDUCTA A SEGUIR**

Para poder controlar la insuficiencia renal se va suministrar Furosemida para que la paciente pueda orinar y así elimine líquido retenido por que ya que hace 4 días no dializa, se canalizara una vía intravenosa permeable con un catéter periférico para administrar medicamentos mediante solución, un protector gástrico como el Omeprazol que es un inhibidor de la bomba de protones.

Se solicita radiografía de tórax, ecografía torácica para detección de derrame, electrocardiograma EKG, análisis de sangre, gasometría arteria y detección de antígenos respiratorios en orina.

En lo terapéutico para controlar la insuficiencia respiratoria aguda se ventiló al paciente con una modalidad de A/C por Volumen

Parámetros Ventilatorios

- ♣ **Frecuencia Respiratoria (FR):** 12 - 16 Respiraciones por Minuto (R/Min).
- ♣ **Volumen Tidal (VT):** 6 – 8 ml/kg (mililitros por kilogramo de peso).
- ♣ **Fracción inspiratoria de oxígeno (FiO<sub>2</sub>):** 100%
- ♣ **Presión positiva al final de la espiración (PEEP):** 3 - 4
- ♣ **Flujo-Pico:** 60 litros por minuto (L/min)
- ♣ **Relación I: E:** 2.4



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



La (FR) es la que incide directamente en la ventilación alveolar así que esta se ajusta para mantener un nivel de  $PCO_2$  deseado.

El (VT) es el volumen de aire que entra en el pulmón en cada insuflación.

La ( $F_{iO_2}$ ) es la porción de oxígeno que suministramos dentro del volumen de gas inspirado.

La (PEEP) es la que permite mejorar el recambio gaseoso al reclutar los alvéolos colapsados y mantener distendidos los alvéolos durante la espiración incrementando la capacidad residual funcional de los pulmones y mejorando la oxigenación.

El Flujo Pico es a la fuerza que debe generar el ventilador para hacer llegar el flujo de aire del ventilador al pulmón del paciente venciendo la resistencia de los corrugados.

La Relación I: E es el tiempo que duran las fases inspiratoria y espiratoria del ciclo.

Se realizará limpieza del tubo endotraqueal cada 8 horas dependiendo de la cantidad de secreciones que el paciente produzca junto con su respectivo aseo de la cavidad bucal con Clorhexidina al 2% teniendo en cuenta el manejo de los cambios posturales se recomienda una posición semisentada para así tener una óptima mejoría en su patrón respiratorio, administrando Bromuro de Ipratropio cada 4 horas.

Mientras el tratamiento de la enfermedad de base alivia el padecimiento.



#### **4.8. INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.**

La conducta clave sería la insuficiencia renal y la manera para solucionar esta patología sería realizando Hemodiálisis trisemanalmente.

La conducta problema sería la insuficiencia respiratoria aguda solucionándolo mediante un soporte ventilatorio.

#### **4.9. SEGUIMIENTO**

El seguimiento para realizar será el monitoreo de funciones vitales: Presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, estado del sensorio, Glasgow, monitoreo de la mecánica respiratoria: Trabajo respiratorio, amplexación pulmonar, monitoreo de la gasometría arterial: PaO<sub>2</sub>, PaCO<sub>2</sub>, SaO<sub>2</sub>, SpO<sub>2</sub>, Monitoreo hemodinámico no invasivo: Ritmo cardíaco, perfusión distal, diuresis horaria

Como también con el Monitoreo del ventilador, el modo los parámetros y alarmas; permeabilidad de los tubos corrugados y filtros

Ya que si la paciente en el transcurso del tiempo que este internada tenga alguna mejoría se tendría que cambiar algunos de sus parámetros ventilatorios.

Para así obtener resultados favorables.



#### **4.10. OBSERVACIONES**

Paciente femenino de 24 años de edad que llego con un mal manejo respiratorio y hemodinamicamente inestable se lo puso en un modo ventilatoria A/C por volumen teniendo en cuenta el manejo de los cambios posturales administrando broncodilatadores siguiendo con todos los tratamientos para poder contrarrestar la enfermedad que lo llevo a esa falla respiratoria.

Recordando que un paciente Renal puede llegar a un Edema Agudo de Pulmón por la acumulación de agua y sal en el cuerpo, causando un aumento en el volumen del líquido dentro de los vasos. En algunos casos, especialmente si el paciente no orina volúmenes adecuados, la cantidad de líquido retenido en los vasos llega a ser tan grande que esto comienza a desbordar, causando edemas en el cuerpo y edema pulmonar.

Como otro punto muy importante sería que las personas que tienen una Hipertensión Arterial e una Insuficiencia renal no pueden ser tratados con Losartan por el motivo que es un antagonista y este acumula potasio lo más apropiado sería un medicamento que sea un inhibidor de la enzima.

Y de igual manera continuando con los protocolos de informarle a los familiares de la paciente los procedimientos a realizar los efectos, ventajas e inconvenientes que tiene la aplicación del tratamiento que podrían llegar a suscitar tras el transcurso del tiempo que la paciente este internada



## **CAPITULO III**

### **5. CONCLUSIONES**

Debido a que la mayoría de las patologías respiratorias cursan con obstrucción de las vías aéreas o alteraciones de la mecánica respiratoria, o ambas cosas a la vez, lo que conlleva una mala ventilación, la fisioterapia respiratoria tiene dos objetivos:

- Mantener la permeabilidad de la vía aérea.
- Mejorar la ventilación.

La vía aérea se obstruye, fundamentalmente, por el aumento de las secreciones, y la ventilación se hace deficiente, aparte de la obstrucción de la vía aérea, por alteraciones del parénquima pulmonar en el que hay pérdida de la elasticidad, temporal o permanente, y alteraciones de la relación ventilación-perfusión. La fisioterapia respiratoria es uno de los pilares del tratamiento de las patologías respiratorias y en algunas de ellas, como en las crónicas obstructivas, puede decirse que es fundamental, pasando su importancia a un primer plano.



## **CAPITULO IV**

### **6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Barrio Ríos, J. M. (2016). Enfermedad Renal Crónica. Doctoral dissertation, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.

Betbesé Roig, A. J. (2010). Efectos gasométricos de la inhalación de óxido nítrico en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda. . Betbesé Roig, A. J., & Mancebo, J. .

Caiza, C. &. (2016). Insuficiencia Renal Aguda por el uso de Aines. Bachelor's thesis, Universidad Técnica de Ambato-Facultad de Ciencias de la Salud-Carrera Medicina.

Carrasco, C. M. (2014). Enfermedad neuromuscular: evaluación clínica y seguimiento desde el punto de vista neumológico. Elsevier Doyma.

Cedeño-Torres, J. L. (2016). Evolución y efectos de la hipertensión arterial en adolescentes. Dominio de las Ciencias.

Cerna, P. &. (2016). Influencia del Tratamiento Fisioterapéutico en la Calidad de Vida de Adulto Mayor con Fibrosis Pulmonar. Bachelor's thesis, Universidad Técnica de Ambato-Facultad de Ciencias de la Salud-Carrera Terapia Física.

CHAVARRIA CANTOS, L. P. (2015). INSUFICIENCIA VENTILATORIA AGUDA SECUNDARIA A PATOLOGIAS RESPIRATORIAS Y SU RELACION CON EL PRONOSTICO EN MENORES DE 5 ANOS, ATENDIDOS EN EL SUBPROCESO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA. AGOSTO 2014-ENERO 2015. (Doctoral dissertation, CECIBEL GIRON VILLACIS).



De Lamo Martínez, A. (2015). a insuficiencia renal y el tratamiento sustitutivo de hemodiálisis (caso clínico). Bachelor's thesis, Universidad Francisco de Vitoria.

de los Ríos, F. J. (2012). Insuficiencia renal aguda. Nefrología.

Delgado Herrero, V. (2017). Guía de nutrición para un paciente en consulta de ERCA (enfermedad renal crónica avanzada).

Delgado, S. (2007). Programa de alta precoz del enfermo respiratorio crónico.

Escrich, E. S.-A. (2005). Fisiología de la respiración en ambientes especiales. Fisiología humana.

Flores Chango, I. E. (2017). Plan de educación continua para evitar los errores de prescripción en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda del Hospital Rafael Ruiz . Master's thesis.

Garrido Chamorro, R. P. (2005). Patrones de desaturación Ergoespirométricos en Futbolistas de 2ª División B. . Publice standard.

Gutierrez Navas, T. G. (2013). “Trastornos afectivos mas frecuentes en pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con hemodiálisis en el servicio de nefrología de la unidad renal de la clínica contigo de la ciudad de Iatacunga durante el periodo octubre 2011 a febrero 2012”. Bachelor's thesis.

López García, G. C. (2016). Prevalencia de la enfermedad renal en trabajadores agrícolas de la caña de azúcar en la región cañera de Venustiano Carranza, Chiapas.

Marcos, P. J. (2013). Una mirada general a las enfermedades pulmonares intersticiales y una específica a la fibrosis pulmonar idiopática. Galicia Clin.

Mir, M. M. (2008). Normas de actuación en urgencias. Ed. Médica Panamericana.

Muñoz, A. A. (2009). Valoración del paciente con insuficiencia respiratoria aguda y crónica. Sangre.



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



- Muñoz, A. A. (2009). Valoración del paciente con insuficiencia respiratoria aguda y crónica. Sangre.
- Muñoz, F. R. (2010). Insuficiencia respiratoria aguda. Acta Med Per, 27(4), 286.
- Palacios Sánchez, A. L. (2012). Epidemiología y diagnóstico de insuficiencia cardíaca en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Bachelor's thesis.
- Pazos Pazos, C. P. (2012). Incidencia de Insuficiencia Renal Crónica en Pacientes Ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial General Docente Riobamba Durante Enero a Diciembre 2009. Bachelor's thesis.
- Quispe Gallo, J. L. (2013). Evaluación química y hematológica en pacientes con hipertensión arterial de la parroquia san francisco en el subcentro de salud la vicentina en el cantón ambato de la provincia de tungurahua periodo junio-diciembre del 2011. Bachelor's thesis.
- Ribes, E. A. (2004). Fisiopatología de la insuficiencia renal crónica. In Anales de cirugía cardíaca y vascular .
- Rivadeneira Landázuri, M. J. (2014). Guía de orientación para el afrontamiento psicológico en enfermedades crónicas. Estudio en pacientes sujetos a tratamientos de hemodiálisis prolongada por insuficiencia renal de la Unidad Renal DIALIBARRA, en el año 2014. Bachelor's thesis, PUCE.
- Robayo Ortiz, J. S. (2012). Prevalencia de desnutrición proteico-calórica en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis según grupo etario atendidos en el servicio de medicina interna del hospital provincial docente ambato en el período febrero-marzo del 2012 . Bachelor's thesis.
- Rodríguez, A. (2004). Ventilación mecánica no invasiva. MEDICRIT.
- San Millán, J. R. (2007). Insuficiencia renal crónica (II). Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado.



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



Sánchez Miranda, R. J. (2012). anejo de casos de hipertensión arterial que han incidido en evento cerebral hemorrágico en el Hospital José María Velasco Ibarra en la ciudad del Tena. Bachelor's thesis.

Tapia, F. L. (2011). TCAE en hemodiálisis. Editorial Vértice.

Valero, N. L. (2009). Etiología viral de las infecciones respiratorias agudas. . Investigación Clínica.

Zúñiga Sánchez, V. M. (2014). Programa educativo para pacientes y familiares con lesión renal aguda atendidos en el Hospital del Tena. Bachelor's thesis.



## 7. ANEXOS

### ILUSTRACIÓN 1

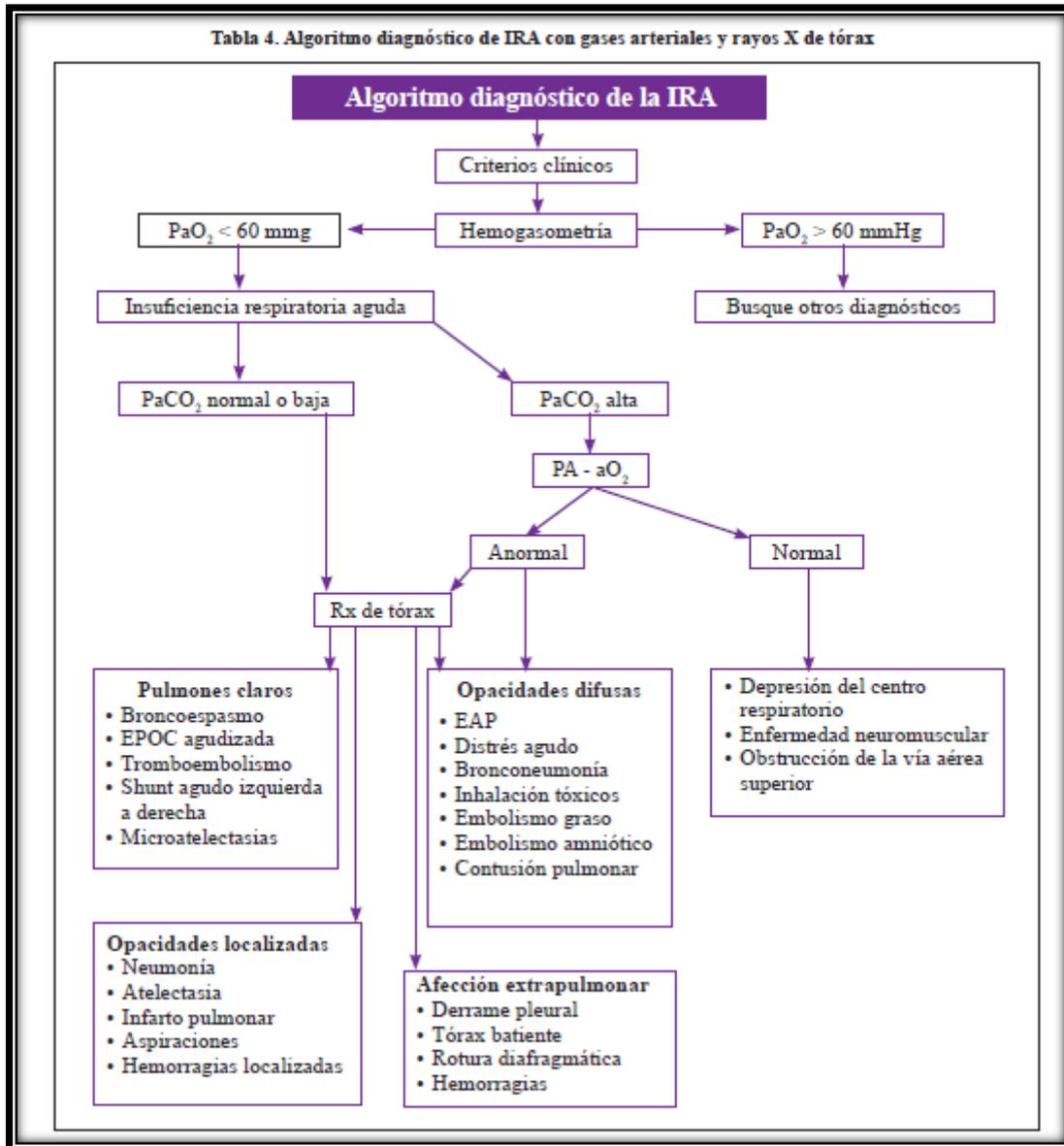
Tabla III. Etiología de la insuficiencia respiratoria aguda (IRA) en función de los patrones radiológicos. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. TEP: tromboembolismo pulmonar. SNC: sistema nervioso central. EAP: edema agudo pulmonar. SDRA: síndrome de distrés respiratorio del adulto.

Patrón radiológico	Etiología de Ira
<i>Normal</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- EPOC, asma, TEP.</li><li>- Enfermedades neuromusculares.</li><li>- Enfermedades de caja torácica.</li><li>- Depresores SNC.</li><li>- Obstrucción de vía aérea superior.</li><li>- Inhalación de humos.</li><li>- Shunt intrapulmonares</li></ul>
<i>Alteración localizada</i>	Neumonía localizada, infarto pulmonar, atelectasia. Aspiración. Hemorragia localizada, contusión pulmonar localizada
<i>Alteración difusa</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- EAP, SDRA, neumonía bilateral, hemorragia alveolar.</li><li>- Enfermedades intersticiales difusas.</li><li>- Neumonitis por fármacos o tóxicos.</li><li>- Contusión pulmonar difusa.</li><li>- Linfangitis carcinomatosa</li></ul>
<i>Patología extrapulmonar</i>	Neumotórax, derrame pleural, fracturas costales múltiples, derrame pleural, deformidades de caja torácica.

REALIZADO: JAZMIN YULLEIDY SILVA VALLE

FUENTE: INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

## ILUSTRACIÓN 2



REALIZADO: JAZMIN YULLEIDY SILVA VALLE

FUENTE: MEDICHI



# UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

*Facultad de Ciencias de la Salud*

## SECRETARÍA



### CERTIFICACION

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

**Certifica:**

Que, por **Resolución Primera de Consejo Directivo de fecha 14 de abril del 2017**, donde se indica: “*Una vez informado el cumplimiento de todos los requisitos establecidos por la Ley de Educación Superior, Reglamento de Régimen Académico y Reglamentos Internos, previo a la obtención de su Título Académico, se declaró EGRESADO(A) DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD a: SILVA VALLE JAZMIN YULLEIDY, C.I. 1206790527 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**

*[Handwritten signature]*  
17/05/2017 M/S: RM

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, **Silva Valle Jazmin Yulleidy** con cédula de ciudadanía **1206790527**, 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,

**Silva Valle Jazmin Yulleidy**  
**C.I. 1206790527**

*Rebido*  
03/05/2017 10:05



# Universidad Técnica De Babahoyo



Babahoyo 9 de Agosto del 2017.

Doctora.

Alina Izquierdo Cirer, MSC

**COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN**

En su despacho:

De mis consideraciones

Yo, **JAZMÍN YULLEIDY SILVA VALLE**, con CI **1206790527** Egresada de la Escuela de Tecnología Médica de la Carrera de **TERAPIA RESPIRATORIA** de la Facultad De Ciencias De La Salud, por motivo de la presente hago la entrega del Tema: **INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA + INSUFICIENCIA RENAL NO ESPECIFICA EN PACIENTE FEMENINO DE 24 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,

**JAZMÍN YULLEIDY SILVA VALLE**

**CI 1206790527**

08/08/2017 18:12



## CASO CLINICO 19

Se recibe paciente femenino con 24 años de edad que es transferido desde el hospital de milagro con previa coordinación con esta casa de salud al momento paciente llega en condiciones clínicas críticas hemodinámicamente inestable ventilada a través de tubo endotraqueal con bolsa de reanimación con datos de desaturación al momento paciente desadaptada de asistencia respiratoria familiares indican antecedentes de hiperventilación arterial mal controlada además de encontrarse en tratamiento hemodialítico trisemanal desde hace 9 meses aproximadamente y que hace cuatro días no dializa por condiciones clínicas y hemodinámicamente inestable al momento bajo efecto de sedoanalgesia con rescate de propofol y midazolam mas fentanil al momento mala mecánica respiratoria por lo que se decide pasar a la unidad de cuidados críticos valoración por especialidad y valoración por servicio de nefrología por enfermedad renal de base al momento mal pronóstico se indica pase unidad de cuidados críticos para valoración y monitorización por especialidad.

### ANAMNESIS:

**ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES:** Hipertensión Arterial en Tratamiento con Losartan + Insuficiencia Respiratoria Aguda

**ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES:** Hipertensión Arterial

**ANTECEDENTES QUIRURGICOS PERSONALES:** No Refiere

**ANTECEDENTES OBSTETRICOS:**

**FECHA ULTIMA MENSTRUACION:** No Refiere    **GESTACION:** No Refiere    **PARTOS:** No Refiere

**CESAREA:** No Refiere    **ABORTOS:** No Refiere

### EXAMEN FISICO Y DIAGNOSTICO

#### NEUROLÓGICO

Paciente bajo efecto de sedoanalgesia con pupilas isocóricas hiporreactivas intercurrente con periodos de desadaptación a modo ventilatorio

#### MUCOSAS

Semi húmedas hipocoloreas

#### CARDIOVASCULAR

Tendencia a taquicardia datos de hipertensión arterial al momento de la evaluación no evidencio soplos a la auscultación

#### RESPIRATORIO

Hipoventilación bases bilaterales con disminución de murmullo vesicular base derecha

#### DIGESTIVO

No evidencia de sangrado digestivo al momento rshs hipo audibles no luce distendido

#### EXTREMIDADES

Asimétricas con edema en las mismas

#### SIGNOS VITALES

FC 66LPM, TA 131/102mmhg, SatO<sub>2</sub> 99%, FR 16RPM

#### PIEL:

Signos de hipoperfusión, llenado capilar lento

#### ABDOMEN:

Blando deprimible sin megauas, ruidos hidroaéreos presentes



Universidad Técnica de Babahoyo

Facultad de Ciencias de la Salud



IMPRESIÓN DIAGNOSTICA (IDX): INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA + INSUFICIENCIA RENAL NO ESPECÍFICA

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

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

Recibido  
08/08/2017 18:13

Jazmin Silva Valle  
Terapia Respiratoria  
08/08/2017  
Jazmin Silva V.



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



Babahoyo, 21 de agosto del 2017

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

De mi consideración:

Por medio de la presente, yo, **SILVA VALLE JAZMIN YULLEIDY**, con cédula de ciudadanía **120679052-7**, 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: **INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA + INSUFICIENCIA RENAL NO ESPECÍFICA EN PACIENTE FEMENINO DE 24 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,

  
\_\_\_\_\_  
**SILVA VALLE JAZMIN YULLEIDY**  
C.I 120679052-7

  
21/08/2017 M. Sorally