



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



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

TEMA

**NEUMONÍA BACTERIANA ASOCIADA AL REFLUJO GASTROESOFÁGICO
(SINDROME DE MENDELSON) EN PACIENTE MASCULINO DE 56 AÑOS DE
EDAD**

AUTOR

EDMUNDO CRISTOBAL CEVALLOS GARCIA

BABAHOYO - LOS RIOS – ECUADOR - 2017



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



TRIBUNAL DE SUSTENTACION

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

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

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

AB. VANDA YADIRA 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 TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA



AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la oportunidad de culminar este proyecto.

Quiero expresar un sincero agradecimiento a todos los docentes por su guía, apoyo, paciencia y por compartir sus conocimientos, valores, virtudes y siempre dando lo mejor de sí.

Agradezco de manera encarecida a mis padres, hermanos, demás familiares por el cariño, apoyo y comprensión que me brindaron para seguir adelante.

Cristóbal Cevallos



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



DEDICATORIA

Con mucho cariño y un gran afecto dedico este presente, a mis padres quienes con un gran esfuerzo me brindaron todo su apoyo continuo en todos los momentos para seguir con mis estudios a una persona muy especial quien me mostró, comprensión, afecto, amor y a mis compañeros con quienes e compartido la mayor parte de mi vida educativa junto a ellos pasando buenos y malos momentos.

A más de aquellos ya mencionados, también dedico a quienes me brindaron su maravillosa amistad que con fe y amor depositaron en mi persona.

Cristóbal Cevallos



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



INDICE

PRELIMINARES

Agradecimiento.....II

Dedicatoria.....III

CAPITULO I

1. Título.....VI

2. Introducción.....7

3. Marco Teórico.....8

4. Justificación.....21

4.1 Objetivos.....22

4.2 Datos Generales.....22

CAPITULO II

5. Metodología del diagnóstico.....23

5.1 Análisis del Motivo de consulta.....23

5.2 Historial Clínico del paciente.....23

5.3 Anamnesis.....23

5.3.1 Datos personales.....23

5.3.2 Antecedentes patológicos personales.....24

5.3.3 Antecedentes patológicos familiares.....24

5.3.4 Antecedentes quirúrgicos.....24

5.3.5 Análisis y descripción de las conductas que determinan el problema.....24

5.4 Exploración Clínica.....25

5.4.1 signos vitales.....25



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



5.4.2 examen físico regional.....	25
5.5 Formulación del diagnóstico previo al análisis de datos.....	26
5.6 Conducta a seguir.....	26
5.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud considerando valores normales.....	27
5.8 Seguimiento.....	29
5.9 Observaciones	29
CAPITULO III	
6 Conclusiones.....	30
CAPITULO IV	
7 Referencias Bibliográficas.....	32
8 Anexos.....	34



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



CAPITULO I

1. TITULO

**NEUMONÍA BACTERIANA ASOCIADA AL REFLUJO GASTROESOFÁGICO
(SINDROME DE MENDELSON) EN PACIENTE MASCULINO DE 56 AÑOS DE
EDAD**



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



2. INTRODUCCIÓN

La neumonía asociada al reflujo gastroesofágico también conocida como el síndrome de Mendelson es un tipo de neumonía química producto de la aspiración por parte de las vías aéreas inferiores (pulmones) de contenido gástrico ácido, con un alto nivel de acidez la cual provoca una agresión pulmonar que se torna grave dependiendo de la cantidad de líquido aspirado. (BARRERA, 2012)

Los pacientes que están más propensos a sufrir bronco-neumopatía son aquellos que son intervenidos por urgencias de origen digestivo al mismo tiempo es provocada en pacientes que están pasando por fases postoperatorias cuidados intensivos y personas ancianas que se someten a cirugías. (Cabrera, 2013)

Paciente masculino acude a emergencia con cuadro clínico de 5 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal, al momento de ingreso paciente refiere dolor abdominal que se acompaña de sensación de plenitud y pirosis posterior a la ingesta de comida, horas después de su ingreso presenta tos con disnea de medianos esfuerzos, taquipnea, estertores crepitantes y una Sat.O₂ menor de 95% una vez obtenido los datos a este interrogatorio nos encaminamos a un diagnóstico de neumonía bacteriana asociada al reflujo gastroesofágico.

Lo cual procederemos a realizar el debido tratamiento para ello como aspiración oxigenación y tipos de medicamentos para contrarrestar la contaminación por agentes bacterianos.



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



3. MARCO TEÓRICO

NEUMONIA

La neumonía es un tipo de infección respiratoria aguda que afecta a los pulmones. Estos están formados por pequeños sacos, llamados alvéolos, que en las personas sanas se llenan de aire al respirar. Los alvéolos de los enfermos de neumonía están llenos de pus y líquido, lo que hace dolorosa la respiración y limita la absorción de oxígeno. (Neumonía: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2013)

Clasificación

La clasificación de una neumonía atiende a varios criterios:

1. En función de la zona afectada por la inflamación (localización)

Se puede clasificar la neumonía según la zona afectada por la inflamación, es decir, por la localización en el pulmón.

Dependiendo de la parte del tejido pulmonar aquejada, los médicos diferencian dos tipos de neumonía:

Neumonía intersticial: en este tipo de neumonía, se inflama el tejido que rodea los alveolos.

Neumonía alveolar: en este caso, la inflamación afecta a los propios alveolos pulmonares. (Toufen Julior C, 2016)



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



2. En función de la extensión afectada

Neumonía segmentaria: Se extiende dentro de un segmento pulmonar. Pueden existir uno o varios focos inflamatorios. Neumonía lobular o lobar: afecta a un lóbulo pulmonar. (Echavarría, 2012)

3. En función del lugar de contagio

Otra forma de clasificar la neumonía consiste en tomar como referencia el lugar donde se ha producido el contagio del agente patógeno:

Si el contagio tiene lugar en un hospital, nos encontramos ante una neumonía nosocomial.

La neumonía adquirida en la comunidad o extrahospitalaria es consecuencia de una infección contraída fuera de un centro de atención sanitaria. (Carrillo-Náñez L, 2013)

4. En función del agente patógeno

La neumonía puede clasificarse según los síntomas y el organismo patógeno desencadenante. En este caso hablamos de neumonía típica y atípica.

La neumonía típica suele estar provocada por bacterias. El primer síntoma es en numerosas ocasiones un episodio de escalofríos que puede durar hasta una hora. A continuación aparecen fiebre y tos. El afectado presenta una tos con esputo inicialmente de color marrón-rojizo y que suele tornarse amarillo-verdoso más adelante. En muchos casos, está precedida por una infección de la parte superior de la garganta o la faringe.



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



La neumonía típica aparece con mayor frecuencia en invierno y los afectados suelen sentir malestar general.

La neumonía atípica es menos habitual. Normalmente está provocada por virus y/o micoplasmas. (Rozman, 2012)

La enfermedad tiene un curso más lento que la neumonía típica y tarda varios días en desarrollarse por completo.

La cefalea y el dolor articular son los síntomas más importantes, y rara vez se producen escalofríos. La tos es persistente y dolorosa, si bien no suele generarse esputo. Por lo común los afectados experimentan menos malestar que aquellos aquejados de neumonía típica.

Esta clasificación, que atiende al lugar donde se ha contraído la enfermedad, es importante para determinar el tratamiento de la enfermedad, ya que los agentes patógenos hospitalarios son en muchas ocasiones resistentes a los medicamentos, como por ejemplo determinados antibióticos. (Casas, 2014)

Causas de la neumonía

Muchos gérmenes pueden causar neumonía. Algunos ejemplos incluyen diferentes tipos de bacterias, virus y con menos frecuencia, los hongos.

El sistema inmunológico, la forma de la nariz y la garganta, la capacidad de toser, y unas estructuras finas, similares a pelos llamados cilios, ayudan a evitar que los gérmenes lleguen a los pulmones. (Pascual, 2015)



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



A veces, sin embargo, los gérmenes logran entrar en los pulmones y causar infecciones.

Esto es más probable que ocurra si:

- Su sistema inmunológico es débil.
- Un germen es muy fuerte.
- Su cuerpo no puede filtrar los gérmenes en el aire que se respira.

Síntomas

Los síntomas de la neumonía pueden desarrollarse repentinamente en 24 a 48 horas, o pueden venir más lentamente durante varios días.

- Tos, que puede ser seca o producir moco espeso de color amarillo, verde, marrón (flemas) o manchadas de sangre.
- Dificultad para respirar, su respiración puede ser rápida y poco profunda y se puede sentir sin aliento, incluso en reposo.
- Latidos rápidos del corazón.
- Fiebre.
- Malestar general.
- Sudoración y escalofríos.
- Pérdida de apetito. (Andión, 2015)

Complicaciones

Las complicaciones de la neumonía son más comunes en los niños pequeños, los ancianos y las personas con condiciones de salud preexistentes, como la diabetes.



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



Las posibles complicaciones de la neumonía incluyen:

Pleuresía – es donde los revestimientos delgados entre los pulmones y la caja torácica (pleura) se inflaman, lo que puede conducir a insuficiencia respiratoria.

Un absceso pulmonar - una complicación poco frecuente que se observa sobre todo en personas con una enfermedad grave preexistente o un historial de uso indebido de alcohol severo. (Caviedes S. I, 2012)

Prevención

Aunque la mayoría de los casos de neumonía son de origen bacteriano y no se transmiten de una persona a otra, mantener niveles adecuados de higiene ayudará a prevenir la propagación de gérmenes. (SATUÉ, 2011)

- Cubrirse la boca y la nariz con un pañuelo o pañuelo de papel al toser o estornudar y tirar a la basura los pañuelos usados inmediatamente ya que los gérmenes pueden vivir durante varias horas después de salir de su nariz o boca.
- Lavarse las manos con regularidad para evitar la transferencia de gérmenes a otras personas u objetos.
- Se debe evitar fumar, ya que daña los pulmones y aumenta la probabilidad de infección.
- A las personas con alto riesgo de neumonía se les debe ofrecer la vacuna contra la gripe y el neumococo.



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



Pruebas de diagnóstico

Si su médico piensa que usted tiene neumonía, puede recomendar una o más de las siguientes pruebas:

La radiografía de tórax: La radiografía de tórax se obtiene imágenes de las estructuras internas del tórax, como el corazón, los pulmones y los vasos sanguíneos. Una radiografía del pecho es la mejor prueba para el diagnóstico de neumonía junto a la clínica. (Hajiliadis, 2015)

Pruebas de sangre: Los análisis de sangre implican tomar una muestra de sangre de una vena del cuerpo. Un conteo sanguíneo completo (CSC). El número de células blancas de la sangre puede mostrar si usted tiene una infección bacteriana.

Prueba de esputo: Esto puede ayudar a determinar qué gérmenes están causando la neumonía. Luego, el médico puede planificar el tratamiento.

Tomografía computarizada de tórax (TC): Una tomografía computarizada del tórax es un tipo de rayos X, pero sus imágenes muestran más detalles que los de una radiografía de tórax (pecho) común. (Sayas, 2011)

Oximetría de pulso: El sensor utiliza la luz para estimar la cantidad de oxígeno en la sangre. La neumonía puede impedir que sus pulmones muevan suficiente oxígeno hacia su torrente sanguíneo (impide el adecuado intercambio de oxígeno).

La broncoscopia: La broncoscopia es un procedimiento utilizado para observar el interior de las vías respiratorias de los pulmones. El tubo tiene una cámara ligera y



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



pequeña que permite al médico ver la tráquea y las vías respiratorias y tomar fotos. (Muñoz, 2014)

ENFERMEDAD DE REFLUJO GASTROESOFAGICO

La ERGE es una enfermedad que se produce cuando el reflujo gastroesofágico (RGE) ocasiona síntomas molestos, que deterioran la calidad de vida de los pacientes, o complicaciones. El RGE se define como el tránsito de contenido del estómago al esófago. (Fernández, Enfermedad gastroesofagica, 2015)

SÍNTOMAS Y LAS COMPLICACIONES DE LA ERGE

Los síntomas más frecuentes de la ERGE son la pirosis, la regurgitación alimenticia y el dolor torácico, y entre las complicaciones destacamos la esofagitis erosiva, la estenosis esofágica y la laringitis.

La pirosis es el síntoma más típico y más frecuente de la ERGE. La pirosis es consecuencia del reflujo de jugo gástrico hacia el esófago, siendo referido por los pacientes como una sensación de ardor, quemazón o incluso de fuego que se inicia en el epigastrio y asciende por el centro del tórax, pudiendo alcanzar la garganta (faringe) y percibirse como un líquido ácido en boca. La pirosis puede presentarse en cualquier momento del día, pero es más frecuente tras la ingesta y al estar acostado. (Fernández, SINTOMATOLOGIA DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO, 2013)



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



Causas

La enfermedad del reflujo gastroesofágico aparece cuando hay una alteración entre los mecanismos de defensa del esófago y los mecanismos ofensivos del estómago tales como el ácido y otros jugos y enzimas digestivas. El paso de los alimentos del esófago al estómago está controlado por la válvula o esfínter esofágico inferior (EEI). Aquellas personas que presentan dicha enfermedad, tienen una alteración en esta válvula. Esta se mantiene abierta durante un periodo de tiempo permitiendo así, el paso del contenido de una zona a otra. (Alvarez, 2014)

Existen aspectos dietéticos o estilos de vida que pueden contribuir o aumentar el riesgo de padecer reflujo gastroesofágico como:

Un elevado consumo de bebidas alcohólicas, el tabaquismo, alto consumo de alimentos irritantes como el chocolate, la pimienta o especias, la menta, el café, comidas con alto contenido en grasas. Todo ello favorece la relajación del esfínter esofágico inferior permitiendo el paso de contenido del estómago al esófago.

Por otro lado, otras situaciones que producen un aumento de la presión intra-abdominal pueden favorecer dicho reflujo; sobrepeso u obesidad, embarazo. (Imberger, 2015)

SINDROME DE MENDELSON

El síndrome de Mendelson consiste en una aspiración de líquido gástrico con un alto nivel de acidez, la cual provoca una agresión pulmonar que se torna grave dependiendo de la cantidad de líquido aspirado. A pesar de esto, en ciertas



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



ocasiones se puede presentar el caso de que el paciente presente un cuadro clínico sin ningún tipo de síntoma, de igual forma puede ocurrir que la aspiración de líquido se convierta en un cuadro clínico agudo y que llegue a sufrir fibrosis pulmonar. (Eduardo Nuche Cabrera, 2013)

Los pacientes que están más propensos a sufrir bronco-neumopatía son aquellos que son intervenidos por urgencias de origen digestivo, sobre todo en la fase de inducción que suele ser la más rigurosa. Al mismo tiempo es provocada en pacientes que están pasando por fases postoperatorias, cuidados intensivos y personas ancianas que se someten a cirugías. (Correa de Andrade D, 2015)

Causas del síndrome de Mendelson

Hay diversos factores de riesgo que pueden condicionar el retardo en el vaciado gástrico, el volumen elevado del mismo, problemas a nivel de laringe o mal funcionamiento del esfínter esofágico inferior. (Liebow, 2013)

Entre dichos factores de riesgo se encuentran:

- Poco nivel de conciencia
- Ingestión reciente
- Cirugía de urgencia
- Parálisis del íleo
- Oclusión intestinal
- Hemorragia a nivel del tracto digestivo
- Reflujo gastroesofágico
- Poca sensibilidad de la laringe por edad avanzada
- Ansiedad y estrés
- Obesidad



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



- Diabetes
- Consumo de alcohol
- Problemas neuromusculares
- El tipo de cirugía (esofágica, abdominal alta).

Síntomas del síndrome de Mendelson

El cuadro clínico del paciente puede variar, desde ser asintomático hasta presentar diversas condiciones clínicas como pueden ser:

- Deficiencia del volumen de oxígeno sanguíneo o hipoxemia.
- Fiebre
- Tos
- Edema pulmonar
- aumento de la frecuencia respiratoria sobre los valores normales o taquipnea
- disminución del volumen pulmonar o atelectasia
- Síndrome de dificultad respiratoria aguda o SDRA.
- Disnea
- Bronco espasmo
- Crepitaciones difusas
- Hipoxia
- Hipotensión
- Cianosis

Debido a que la aspiración también se puede dar de forma silenciosa, la presencia de alguno de estos síntomas debe ser una alerta para definir que esta se efectuó.



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



Si una vez producida la aspiración el paciente no muestra ninguna de estas sintomatologías y no requiere de oxígeno en las primeras dos horas de ocurrida, el pronóstico es positivo. (Carlos, 2016)

En caso de que se note una mejoría inicial y posteriormente ocurra algún deterioro en las condiciones del paciente, se debe sospechar de una infección bacteriana severa o del bloqueo repentino de una arteria pulmonar (embolia pulmonar).

La aspiración de contenido gástrico ha sido ampliamente estudiada, habiendo sido dividida en cuatro categorías:

- líquido ácido
- líquido no ácido
- restos alimenticios no ácidos
- partículas alimenticias ácidas. (Navarro, 2011)

La aspiración de líquido ácido, que se ha asimilado al Síndrome de Mendelson, es una neumonitis química. La contribución relativa de la acidez gástrica y del volumen gástrico como factores en la probabilidad de aspiración y o daño pulmonar no es enteramente clara. Muchos investigadores utilizan umbrales de pH gástrico 0,4 ml/kg de peso corporal, debido a que estos en general resultan en lesión pulmonar. Sin embargo, los resultados de una serie de estudios controlados no han demostrado una relación entre el volumen de jugo gástrico y el riesgo de aspiración pulmonar, aunque alguna evidencia sugiere una relación entre la cantidad y la acidez del fluido aspirado en el pulmón y el grado de neumonía por aspiración. En la actualidad se admite que el volumen de líquido aspirado es menos importante que el tipo de líquido. (Andrade, 2012)



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



Fisiopatología

El problema fisiológico más inmediato y severo es la hipoxemia que ocurre en minutos de la aspiración de jugo gástrico ácido. La hipoxemia es secundaria a varios hechos: cierre reflejo de la vía aérea en respuesta a la aspiración de fluidos, destrucción o alteración de la actividad del surfactante, edema alveolar por la lesión de la membrana alveoloarterial y shunt fisiológico por alteración de la relación V/Q. (Lovesio., 2016)

Tratamiento

En el caso de haber bronco aspiración, con la finalidad de prevenir que el material aspirado se disemine se debe realizar una aspiración de la tráquea de forma inmediata ya que el ácido del mismo puede producir lesiones de forma muy rápida. (Barroso, 2016)

Debe ser realizada la oxigenación de cualquier forma.

Si la causa no es de gran magnitud se le puede realizar para el tratamiento una nebulización con un cc de salbutamol cada 6 horas para bronco dilatación y oxígeno por cánula nasal a 3 litros.

En caso de aparecer indicios clínicos de infección, como fiebre, leucocitosis o infiltrado de los pulmones, se debe comenzar con antibioticoterapia.

En caso de haber lesión pulmonar aplicar presión positiva continua en las vías aérea (CPAP), intubación. (Harrison, 2013)

Luego se procederá a la administración de medicamentos para contrarrestar cualquier tipo de infecciones como Ceftriaxona 1g cada 12 horas por 14 días y



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



Claritromicina 500 mg EV cada 12 horas para combatir las posibles infecciones pulmonares de carácter bacteriano. (Almonocid, 2014)

Fluconazol 200 mg EV para evitar las infecciones micóticas; e Hidrocortisona 100 mg cada 12 horas, para modificar la respuesta inflamatoria en el tracto respiratorio.

Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas, Domperidona 10 mg cada 24 horas y Metroclorpramida 10 mg EV cada 8 horas para disminuir la secreción de ácido gástrico, para prevenir una futura aspiración pulmonar y facilitar el vaciado gástrico respectivamente. (Castillo, 2011)



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



4. JUSTIFICACIÓN

Este trabajo de investigación es aplicable y proyectable a todo el equipo de salud, en especial a los de terapia respiratoria, ya que al ser uno de los principales miembros del equipo de salud de primer nivel en el cuidado de las vías aéreas, debe tener un conocimiento actualizado sobre esta patología, teniendo la idea de la problemática a la que se enfrenta, para de esta manera hacer una buena prevención y plantear todas las posibilidades diagnósticas y de tratamiento disponibles.

Esta presentación busca determinar la forma correcta de hacer un diagnóstico ante tal patología, presentar las terapias farmacológicas disponibles y motivar a hacer una atención preventiva y correcto tratamiento ante dicha patología, con la única finalidad, en la que los pacientes diagnosticados con esta patología tengan asegurado una salud optima y sin repercusiones a futuro.



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



4.1 OBJETIVOS

4.1.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la importancia clínica del diagnóstico seguido del tratamiento respectivo en la neumonía asociada al reflujo gastroesofágico.

4.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Evitar que la neumonía se complique realizando un diagnóstico temprano con los síntomas que presenta una neumonía asociada al reflujo gastroesofágico.

Explicar las formas de atención preventiva ante una neumonía asociada al reflujo gastroesofágico.

Establecer un conjunto de recomendaciones y tratamiento de la neumonía asociada al reflujo gastroesofágico.

4.2 DATOS GENERALES

Nombres y apellidos: NN

Edad: 56 años

Sexo: masculino



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



CAPITULO II

5 METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

5.1 Análisis del motivo de consulta.

Paciente de 56 años de edad de sexo masculino acude a emergencia el cual refiere dolor abdominal que se acompaña de sensación de plenitud y pirosis posterior a la ingesta de comida, horas después de su ingreso presenta tos con disnea de medianos esfuerzos, taquipnea.

5.2 Historial clínico del paciente.

Paciente de 56 años de edad de sexo masculino acude a emergencia con cuadro clínico de 5 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal difuso de tipo cólico intermitente que se acompaña de distensión abdominal, al momento de ingreso paciente refiere dolor abdominal que se acompaña de sensación de plenitud y pirosis posterior a la ingesta de comida, horas después de su ingreso presenta tos con disnea de medianos esfuerzos, taquipnea.

5.3 Anamnesis

5.3.1 datos personales

Nombres y apellidos: NN

Edad: 56

Sexo: masculino



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



5.3.2 Antecedentes patológicos personales

Cáncer de colon Dx hace 4 meses intervenido hace 3 meses colostomía, neumonía intrahospitalaria.

5.3.3 Antecedentes patológicos familiares

No refiere

5.3.4 Antecedentes quirúrgicos

Colostomía + hernioplastia

Exámenes complementarios

Radiografía de tórax

Biometría hemática

Gases arteriales

Tomografía computarizada de tórax

Broncoscopía

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

Paciente masculino acude a emergencia con cuadro clínico de 5 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal, al momento de ingreso paciente refiere dolor abdominal que se acompaña de sensación de plenitud y pirosis posterior a la ingesta de comida, horas después de su ingreso presenta tos con disnea de medianos esfuerzos, taquipnea, estertores crepitantes



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



Otros factores que influyen cirugía de urgencia, oclusión intestinal, hemorragia a nivel del tracto digestivo, reflujo gastroesofágico, ansiedad, estrés, tipo de cirugía (esofágica, abdominal alta).

5.4 Exploración clínica.

Paciente presenta palidez ubicado en tiempo y espacio con dificultad respiratoria.

5.4.1 Signos vitales:

FC: 70, FR: 25, SatO₂:93%

General: palidez

Escala de Glasgow: 15/15

5.4.2 Examen físico regional

Vía aérea: libre

Cabeza: normal

Cuello: normal

Tórax: simétrico auscultación campos pulmonares estertores crepitantes en ambas bases a la percusión timpanismo.

Abdomen: funda de colostomía funcionante con residuos fecales, blando depresible doloroso de marco cólico a la palpación profunda ruidos hidroaéreos presentes.

Columna: normal

Pelvis: normal

Extremidades: normal



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



5.5 Formulación del diagnóstico previo análisis de datos.

Al examen físico el paciente presenta al momento de la auscultación en los campos pulmonares estertores crepitantes en ambas bases y en la percusión timpanismo tiene palidez marcada taquipnea y dolor abdominal pirosis posterior a la ingesta de comida tos con disnea de medianos esfuerzos y una Sat.O₂ menor de 95% una vez obtenido los datos a este interrogatorio nos encaminamos hacia un diagnóstico de neumonía bacteria asociada al reflujo gastroesofágico en la cual confirmamos con los exámenes radiológicos que presenta sobre distensión pulmonar opacidad lobar o segmentaria atelectasias.

5.6 Conducta a seguir.

Hospitalización del paciente basada principalmente en una bronco aspiración detallada anteriormente, hay que aspirar la tráquea de forma inmediata y la medida del pH antes de comenzar la ventilación, ya que el ácido del mismo puede producir lesiones de forma muy rápida.

Si la causa no es de gran magnitud se le puede realizar para el tratamiento una nebulización con un cc de salbutamol cada 6 horas para bronco dilatación y oxígeno por cánula nasal a 3 litros.

En caso de aparecer indicios clínicos de infección, como fiebre, leucocitosis o infiltrado de los pulmones, se debe comenzar con antibioticoterapia.

En caso de haber lesión pulmonar aplicar presión positiva continua en las vías aérea (CPAP), intubación.

Luego se procederá a la administración de medicamentos para contrarrestar cualquier tipo de infecciones como Ceftriaxona 1g cada 12 horas por 14 días y



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



Claritromicina 500 mg EV cada 12 horas para combatir las posibles infecciones pulmonares de carácter bacteriano.

Fluconazol 200 mg EV para evitar las infecciones micóticas; e Hidrocortisona 100 mg cada 12 horas, para modificar la respuesta inflamatoria en el tracto respiratorio.

Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas, Domperidona 10 mg cada 24 horas y Metroclorpramida 10 mg EV cada 8 horas para disminuir la secreción de ácido gástrico, prevenir una futura aspiración pulmonar y facilitar el vaciado gástrico respectivamente.

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

Teniendo en cuenta la sintomatología del cuadro clínico, los hallazgos en el examen físico los resultados de exámenes radiológicos, nos encontramos frente a una neumonía asociada al reflujo gastroesofágico.

Para considerar neumonía asociada al reflujo gastroesofágico tomamos en cuenta los siguientes datos relevantes como dolor abdominal y pirosis posterior a la ingesta de alimentos tos con disnea de medianos esfuerzos, taquipnea palidez marcada, presenta estertores crepitantes a la auscultación.

Tomando en cuenta el cuadro clínico que presenta a más de que tuvo un cáncer de colon que fue intervenido hace 3 meses anteriores y estaba bajo medicación esto nos da los factores más próximos para una neumonía química dichos factores son ingesta reciente cirugía de urgencia oclusión intestinal, hemorragia a nivel del tracto digestivo esto puede explicar la palidez marcada del paciente ansiedad estrés y tipo de cirugía (esofágica, abdominal alta).



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



Para ello se realiza un tratamiento de rápida acción el cual se menciona a continuación:

Una vez identificada la bronco aspiración se procede aspirar la tráquea de forma inmediata ya que el ácido del mismo puede producir lesiones de forma muy rápida.

Si la causa no es de gran magnitud se le puede realizar para el tratamiento una nebulización con un cc de salbutamol cada 6 horas para bronco dilatación y oxígeno por cánula nasal a 3 litros para mejorar la oxigenación del paciente.

En caso de aparecer indicios clínicos de infección, como fiebre, leucocitosis o infiltrado de los pulmones, se debe comenzar con antibioticoterapia.

En caso de haber lesión pulmonar aplicar presión positiva continua en las vías aéreas (CPAP), intubación.

Luego se procederá a la administración de medicamentos para contrarrestar cualquier tipo de infecciones como Ceftriaxona 1g cada 12 horas por 14 días y Claritromicina 500 mg EV cada 12 horas para combatir las posibles infecciones pulmonares de carácter bacteriano.

Fluconazol 200 mg EV para evitar las infecciones micóticas; e Hidrocortisona 100 mg cada 12 horas, para modificar la respuesta inflamatoria en el tracto respiratorio.

Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas, Domperidona 10 mg cada 24 horas y Metoclopramida 10 mg EV cada 8 horas para disminuir la secreción de ácido gástrico, prevenir una futura aspiración pulmonar y facilitar el vaciado gástrico respectivamente.



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



5.8 Seguimiento.

No se le dio seguimiento al caso debido a que se le dio la oportuna atención preventiva a la situación que le conllevó a emergencia del hospital y fue resuelta en el hospital en el cual se le internó.

5.9 Observaciones.

El mecanismo fisiopatológico de este síndrome es la lesión pulmonar aguda por aspiración de material ácido gástrico dando lugar a una neumonía por aspiración que debe ser atendida de manera rápida y oportuna ya que esta puede pasar de leve a un estado crítico e incluso la muerte.

El tratamiento se basará en un buen diagnóstico; es de vital importancia que el profesional de salud en especial el terapeuta respiratorio sepa reconocer la diferencia de la sintomatología y sus complicaciones para así dar un tratamiento adecuado y oportuno. La evolución luego del tratamiento deberá ser satisfactoria, el terapeuta debe plantearse como meta mantener unas vías aéreas permeables mantener una buena saturación de oxígeno.

Luego de dar un buen tratamiento el paciente fue evolucionando, favorablemente el cual conlleva a una satisfacción tanto del equipo de salud como del paciente, ante tal patología que lo conllevó a su hospitalización.



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



CAPITULO III

5 CONCLUSIONES

El síndrome de Mendelson consiste en una aspiración de líquido gástrico con un alto nivel de acidez, la cual provoca una agresión pulmonar que se torna grave dependiendo de la cantidad de líquido aspirado. A pesar de esto, en ciertas ocasiones se puede presentar el caso de que el paciente presente un cuadro clínico sin ningún tipo de síntoma, de igual forma puede ocurrir que la aspiración de líquido se convierta en un cuadro clínico agudo y que llegue a sufrir fibrosis pulmonar.

Los pacientes que están más propensos a sufrir bronco-neumopatía son aquellos que son intervenidos por urgencias de origen digestivo, sobre todo en la fase de inducción que suele ser la más rigurosa. Al mismo tiempo es provocada en pacientes que están pasando por fases postoperatorias, cuidados intensivos y personas ancianas que se someten a cirugías.

Paciente masculino con cuadro clínico de 5 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal, al momento de ingreso paciente refiere dolor abdominal que se acompaña de sensación de plenitud y pirosis posterior a la ingesta de comida, horas después de su ingreso presenta tos con disnea de medianos esfuerzos, taquipnea, estertores crepitantes y una Sat.O₂ de 93%. una vez diagnosticada la patología.

Se procede a realizar para ello como medida de prevención una aspiración traqueal del ácido gástrico luego para mejorar la Sat.O₂ se da oxigenación por cánula nasal



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



o mascarilla simple de oxígeno y administración de medicamentos para prevenir o contrarrestar la contaminación por agentes bacterianos.

Podemos concluir que la acción inmediata por parte del Terapeuta Respiratorio y sus colaboradores tanto al diagnosticar como al momento de elegir el tratamiento más adecuado ayudo en su pronta recuperación.



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



CAPITULO IV

6 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Almonocid, C. (2014). *Manual de neumología clínica*. España: medimed.
2. Alvarez. (2014). *Causas de dolor abdominal*. Guatemala: Medical.
3. Andi3n, J. M. (2015). sintomas de la neumonia. *medicine plus*, pág 5 - 6.
4. Andrade, C. (5 de Agosto de 2012). <https://www.sindrome-de.org/mendelson/>.
Obtenido de <https://www.sindrome-de.org/mendelson/>
5. BARRERA, A. (2012). neumonia asociada al reflujogastroesofagico. *ARS medica*, pág 23 - 25.
6. Barroso. (2016). Disfagia orofaringea y broncoaspiracion. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, pág 28 - 29.
7. Cabrera, D. E. (2013). bronco aspiracion. *Revista HJCA*, pág 45 - 46.
8. Carlos, D. (2016). Sindrome Mendelson conceptos. *Mendelson*, pág 11 - 12.
9. Carrillo-Náñez L, M.-A. M.-G. (2013). Neumonía aspirativa en pacientes adultos mayores. *RevSoc. RevSocPeruMed Interna.* , pág 71-78.
10. Casas, A. (2014). *Tipos de neumonia*. Chile: medigraphic.
11. Castillo, J. V. (2011). Prevención de aspiración pulmonar y tratamiento. *ter asociation*, pág 3 - 4.
12. Caviedes S. I, L. G. (2012). Predicción clínica de aspiración en pacientes con patología neurológica aguda. *imbiomed*, pág 9 -14.
13. Correa de Andrade D, L. e. (2015). *Síndrome de Mendelson: Relato de caso*. España: Tavares.



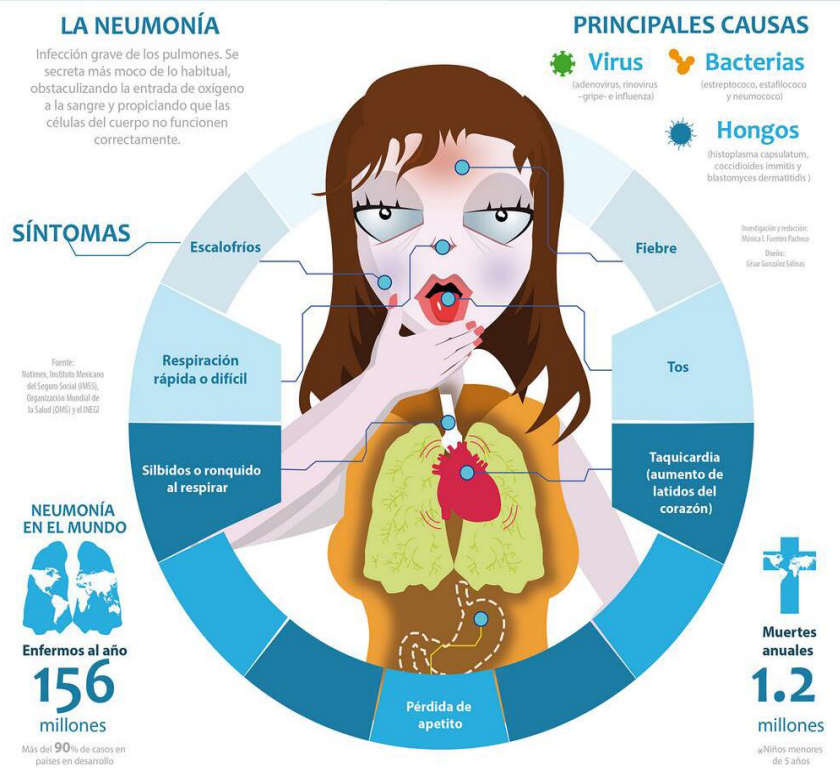
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA



14. Echavarría, C. A. (2012). *neumonía aspirativa*. España: Garces MV.
15. Eduardo Nuche Cabrera, D. (2013). Broncoaspiración. *SEMERGEN*, pág 13 - 14.
16. Fernández, M. C. (2013). SINTOMATOLOGÍA DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO. *Intensive salud*, pág 23 - 24 - 25.
17. Fernández, M. C. (2015). Enfermedad gastroesofágica. *Medicina intensiva*, pág 35 - 37.
18. Hajiliadis, D. (2015). *Manual de medicina*. Argentina: mediplus.
19. Harrison. (2013). *Manual de medicina*. Argentina: medicine digital.
20. Imberger, G. (2015). *Enfermedades gastro esofágicas*. España: cochraneMDL.
21. Liebow. (2013). Causas y tratamiento del reflujo gastroesofágico. *Ter intensiva*, pag 34 - 35.
22. Lovesio., D. C. (2016). Fisiopatología del síndrome de Mendelson. *medicalres*, pag 7 - 8.
23. Muñoz, T. (21 de Junio de 2014).
<http://www.neumoped.org/docs/analesp1.pdf>. Obtenido de
<http://www.neumoped.org/docs/analesp1.pdf>:
<http://www.neumoped.org/docs/analesp1.pdf>
24. Navarro. (2011). *Prevención de aspiración pulmonar en pacientes que requieren manejo de la vía aérea: guía de práctica clínica basada en la evidencia*. Bogotá: Rincón Vale.
25. Neumonía: Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. (2013). Neumonía y su descripción. *medicina interna*, pág 43 - 45.
26. Pascual, C. R. (2015). Neumonía y sus causas. *Intense ter*, pág 67.
27. Rozman, F. (2012). *Neumonía por aspiración*. España: neumgraphic.
28. SATUÉ, J. L. (2011). *prevención de la neumonía*. Bogotá: GARCES.
29. Sayas, J. (2011). *Neumología*. España: SClmago.
30. Toufen Julior C, P. d. (2016). *Pneumonía aspirativa*. Brasil: medicina plus.

7 ANEXOS

IMAGEN 1

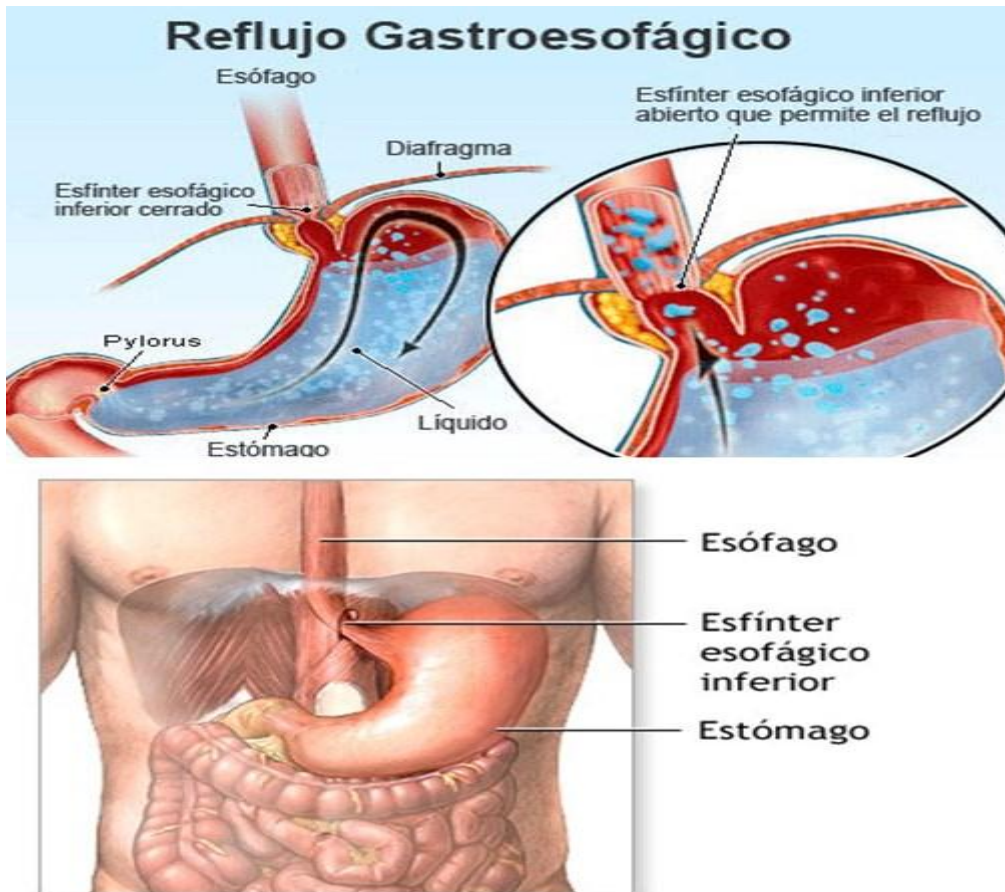


Causas y síntomas de la neumonía

Fuente: Causas y síntomas de la neumonía

<http://www.onmeda.es/enfermedades/neumonia-definicion-3096-2.html>

IMAGEN 2



Indicación del reflujo gastroesofágico

Fuente: reflujo gastroesofágico

http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/documento-grupo/enfermedad_por_reflujo_gastroesofagico_erge.pdf



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



IMAGEN 3

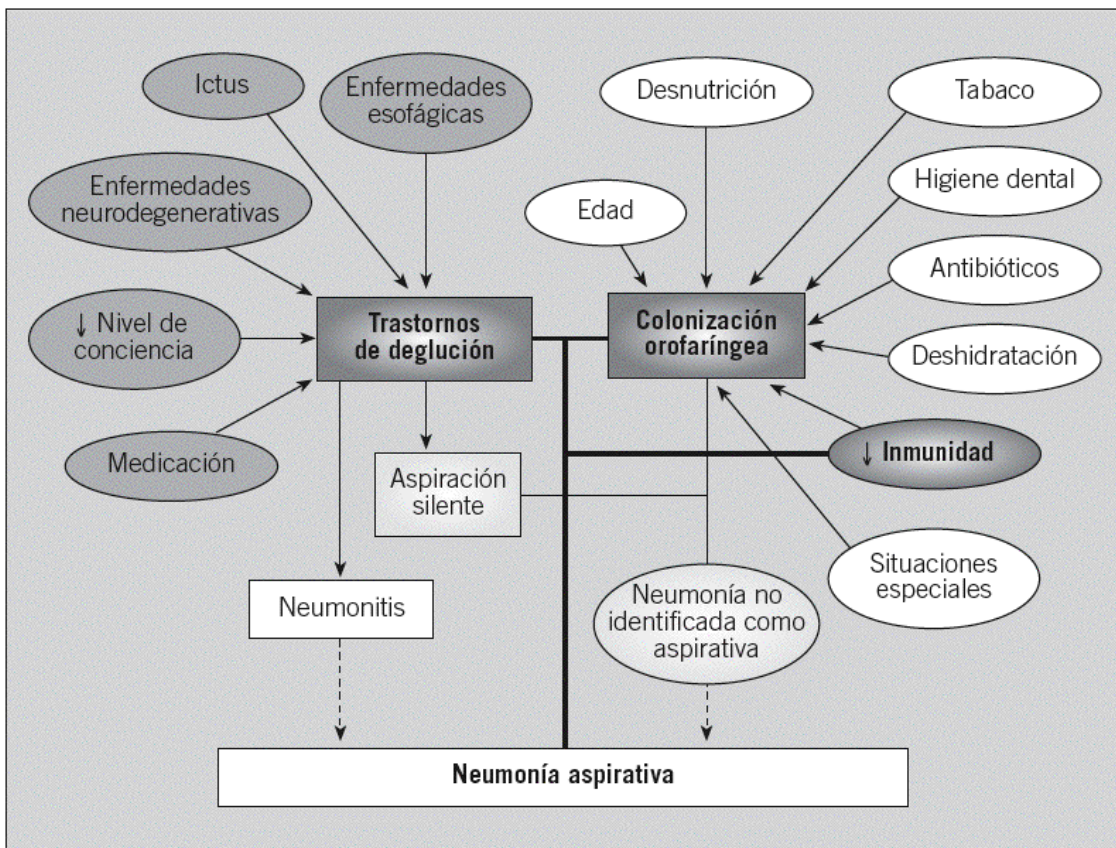


Síndrome de Mendelson

Fuente: síndrome de mendelson

<https://www.sindrome-de.org/mendelson/>

IMAGEN 4



Esquema de neumonía aspirativa

Fuente: Jordi Almirall

<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-neumonia-aspirativa-13110467>



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Facultad de Ciencias de la Salud
SECRETARÍA



CERTIFICACION

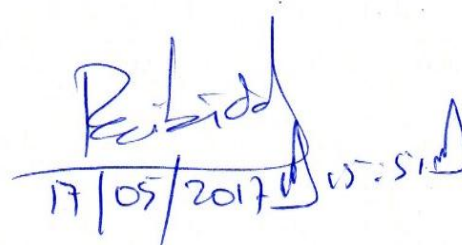
AB. Vanda Aragundi Herrera, Secretaría de la Facultad de Ciencias de la Salud,

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: **CEVALLOS GARCIA EDMUNDO CRISTOBAL**, C.I. **202125704** carrera de **TERAPIA RESPIRATORIA**, estando **APTO** para el **PROCESO DE DESARROLLO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN O EXAMEN COMPLEXIVO**”*.- Comuníquese a la Msc. Karina de Mora, Responsable de la Comisión General del Centro de Investigación y Desarrollo de la Facultad.

Babahoyo, 13 de Mayo del 2017


Abg. Vanda Aragundi Herrera
SECRETARÍA


 17/05/2017

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



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



Babahoyo, 03 de mayo del 2017

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

De mi consideración:

Por medio de la presente, Yo, **CAVALLOS GARCÍA EDMUNDO CRISTOBAL** con cédula de ciudadanía 020212570-4 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,

Cristóbal Cevallos...

CAVALLOS GARCÍA EDMUNDO CRISTOBAL
C.C.Nº 020212570-4
Solicitante

Re. b. d.
03/05/2017 10:06



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 **EDMUNDO CRISTOBAL CEVALLOS GARCIA**, con C.C. **020212570-4**, egresado de la carrera **TERAPIA RESPIRATORIA**, por medio de la presente hago la entrega del tema: **NEUMONIA BACTERIANA ASOCIADA AL REFLUJO GASTRO ESOFAGICO (SINDROME DE MENDELSON) EN PACIENTE MASCULINO DE 56 AÑOS DE EDAD**, 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.


EDMUNDO CRISTOBAL CEVALLOS GARCIA
C.C. 020212570-4


08/08/2017 17:46'



CASO CLINICO 17

Paciente de 56 años de edad de sexo masculino acude a servicio de emergencia con cuadro clínico de 5 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal difuso de tipo cólico intermitente que se acompaña de distensión abdominal, al momento de ingreso paciente refiere dolor abdominal que se acompaña de sensación de plenitud y pirosis posterior a la ingesta de comida, horas después de su ingreso presenta Tos con Disnea de medianos esfuerzos, taquipnea.

ANAMNESIS:

Antecedentes patologicos Personales: Cáncer de Colon Dx Hace 4 Meses Intervenido Hace 3 Meses Colostomía. Neumonía Intrahospitalaria.

.Antecedentes patológicos Familiares: No refiere.

Antecedente quirúrgico: Colostomía + Hernioplastia

EXAMEN FISICO

FC: 70x' , FR: 25X', Sat. O₂:93%

General: Palidez marcada

Escala de Glasgow: 15/15

Examen Físico Regional:

Vía aérea: Libre

Cabeza: Normal

Cuello: Normal

Tórax: Simétrico, auscultación campos pulmonares Estertorescrepitantes en ambas bases, a la percusión Timpanismo.

Abdomen: Funda de colostomía funcionando con residuos fecales, Blando depresible doloroso de marco cólico a la palpación profunda. Ruidos hidroaéreos presente.

Columna: Columna normal

Pelvis: Normal

Extremidades: Normal

IDX: NEUMONIA BACTERIANA+ SINDROME DOLOROSO ABDOMINAL+TUMOR MALIGNO DEL CIEGO

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

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

Beibid
108/2017 *17:47M*

Edmundo Cristóbal Cevallos García,
Terapia Respiratoria,
8 de agosto de 2017

Cristóbal Cevallos



**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, **CEVALLOS GARCIA EDMUNDO CRISTÓBAL**, con cédula de ciudadanía **0202125704**, 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 práctico (Casos Clínicos) del Examen Complexivo, tema: **NEUMONIA BACTERIANA ASOCIADA AL REFLUJO GASTROESOFAGICO (SINDROME DE MENDELSON) EN PACIENTE MASCULINO DE 56 AÑOS DE EDAD**, para que pueda ser evaluado por el Jurado respectivo, asignado por el Consejo Directivo.

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

Atentamente,



CEVALLOS GARCIA EDMUNDO CRISTÓBAL
C.I 020212570-4


21/08/2017
17:03