



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

**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXÁMEN COMPLEXIVO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN TERAPIA RESPIRATORIA**

**TÍTULO DEL CASO CLÍNICO
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRÓNICA EN PACIENTE CON ACCIDENTE
CEREBROVASCULAR MASCULINO DE 55 AÑOS.**

AUTORA

MICHAEL MAGDALENA OLIVO MUÑOZ

TUTOR/A

DR. FERNANDO LEONEL PLUAS ARIAS

BABAHOYO - LOS RIOS – ECUADOR

2020

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por guiarme en todo momento, tanto en lo personal, como en mi vida estudiantil, llenándome de sabiduría, inteligencia y audacia para poder culminar mi carrera profesional.

A mi esposo, y a mi hijo ya que ellos me han brindado su apoyo incondicional durante mi vida académica, la comprensión y la ayuda de ellos ha sido el motivo e impulso que me han permitido continuar y permanecer en activo progreso de mi carrera profesional.

A mis padres, porque ellos se han preocupado y me han alentado en todo el transcurso de mi vida, desde mi nacimiento hasta éste gran momento de mi vida.

A mi tutor, ya que me impartió sus sabios conocimientos, gracias a él por su paciencia y preocupación que derramó hacia mí.

DEDICATORIA

Primero le dedico este caso clínico a Dios, porque sin él ninguno de mis propósitos sería obtenidos ya que él con su iluminación y protección me ha orientado en todo momento de mi vida, a mi esposo porque él ha sido el apoyo incondicional, la comprensión continua para poder permanecer estudiando, a mi hijo por ser el motivo más grande de superación, por último, a mis bellos padres por darme la vida y su cariño permanente.

TITULO

**INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRÓNICA EN PACIENTES CON
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR MASCULINO DE 55 AÑOS**

INDICE

Tabla de contenido

AGRADECIMIENTO	2
DEDICATORIA	3
TITULO	4
INDICE	5
INTRODUCCION.....	8
I.MARCO TEÓRICO	9
Insuficiencia Respiratoria Crónica (IRC)	9
CAUSAS	9
SÍNTOMAS	10
DISNEA	10
TOS	10
FIEBRE.....	10
DIAGNÓSTICO.....	10
TRATAMIENTO.....	11
COMPLICACIONES DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRÓNICA.....	12
MANEJO DE TERAPIA RESPIRATORIA.....	12
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	12
TIPOS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV).....	13
FACTORES DE RIESGO	13
SÍNTOMAS.....	14
DIAGNÓSTICO.....	14
MANEJO INICIAL	14
MANEJO ESPECIALIZADO	15
1.1 JUSTIFICACIÓN	16
1.2 OBJETIVOS	17
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
1.3 Datos Generales	17

II METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	18
2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)	18
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES	18
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS QUIJURGICOS.....	18
2.3. Exploración Clínica.....	19
2.4. Información de Exámenes complementarios realizados.	19
Gasometría Arterial:.....	20
2.5. Formulación de diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.	20
2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	20
Conductas que determinan el origen del problema:	21
Procedimientos para realizar:	21
2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	21
2.8. Seguimiento	22
02/04/2020.....	22
03/04/2020.....	22
04/04/2020.....	22
05/04/2020.....	23
06/04/2020.....	23
07/04/2020.....	23
08/04/2020.....	23
09/04/2020.....	23
10/04/2020.....	24
11/04/2020.....	24
12/04/2020.....	24
13/04/2020.....	24
14/04/2020.....	25
2.9. Observaciones	25
CONCLUSIONES	26
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
ANEXOS.....	28

ANEXO 4: ESCALA DE GLASGOW32

INTRODUCCION

El accidente cerebrovascular es una lesión que ocurre a causa de la detención del flujo de sangre en una parte del cerebro, y como consecuencia aumenta la mortalidad en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica caracterizada por la disminución de presión arterial de oxígeno con o sin disminución de la presión arterial del dióxido de carbono.

Por lo tanto, el presente caso clínico se realizó con la finalidad de aplicar el proceso de cuidado de terapia respiratoria en paciente con Accidente Cerebrovascular (ACV), de sexo masculino, 55 años de edad, con una insuficiencia respiratoria crónica, que ingresa al área de emergencia inconsciente, tos con expectoración, disnea, dolor torácico, alza térmica, quejidos espiratorios y con un Glasgow de 8/15, acompañado por familiares. Luego de la valoración médica se decide su ingreso a la unidad de cuidados intensivos.

Obtuvo los signos vitales: frecuencia cardiaca 100 lpm, frecuencia respiratoria 35, presión arterial 110 mmHg, saturación de oxígeno 85%, Glasgow de 8/15.

El resultado fue el indagar sobre el tratamiento de terapia respiratoria en paciente con accidente cerebrovascular asociada la insuficiencia respiratoria crónica, aplicando todos los protocolos de cuidados y seguridad que éste requiere para así poder controlar complicaciones que amenazan la vía aérea del paciente

I.MARCO TEÓRICO

Insuficiencia Respiratoria Crónica (IRC)

Es aquella de larga evolución, puede ser agudizada, que sufre descompensación con el empeoramiento rápido en el intercambio gaseoso, se instaura en semanas o meses que afectan al centro respiratorio caracterizado por altas alteraciones de oxigenación, en los siguientes mecanismos de compensación que se establecen en un gran incremento de ventilación.

Puede causar con $AaPO_2$ normal (procesos extrapulmonares) $AaPO_2$ elevado (patologías pulmonares), pero en la práctica, la IRC con $AaPO_2$ normal es poco habitual, debido a que los pacientes que en teoría deben presentar este tipo de IR (ejemplo: enfermedades neuromusculares) generalmente asocian diversas complicaciones que pueden afectar al parénquima pulmonar (Pérez).

CAUSAS

Existen diversas complicaciones previas que hacen que se presente dicha insuficiencia respiratoria, una de ellas son las enfermedades cerebrovasculares (ACV), el cual afecta de manera directa, por el cual el cerebro controla a los pulmones.

Según, (C. Guzman, 2014-2019), el accidente cerebrovascular constituye una de las primeras causas de mortalidad y discapacidad a nivel global. Pese a su relación con factores modificables, es responsable del 80% de decesos en países de bajo-medianos ingresos. Como causas finales de deceso tenemos alteraciones neurológicas, y de otros sistemas como el respiratorio, circulatorio, gastrointestinal.

SÍNTOMAS

DISNEA

Falta de aire puede ser de esfuerzo o reposo, tos y cefalea (en caso de presentarse hipercapnia).

La disnea es una experiencia sensorial compleja, multidimensional y muy personal cuyo origen y mecanismos todavía se están investigando. La disnea de esfuerzo es uno de los síntomas más frecuentes de los pacientes que padecen enfermedades cardiopulmonares y un motivo habitual es que les impulsa a buscar atención médica. (Dubé, 2017).

TOS

Suele ser uno de los primeros síntomas, y por lo general son más intensos, pueden ser reflejos voluntarios e involuntarios se caracterizan como seca no productiva o productiva con expectoración de sangre o flema y dolor torácico.

FIEBRE

Aumento excesivo de la temperatura corporal del paciente.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de Insuficiencia Respiratoria Crónica (IRC) en base al transcurso crónico de la enfermedad, también para determinar su causa se realiza los siguientes estudios:

- Radiografías del tórax
- Gasometría Arterial.
- Espirometría.

En cuanto a la valoración de la insuficiencia respiratoria crónica (IRC), hay que realizar:

- Fisioterapias respiratorias.
- Ecocardiograma.

TRATAMIENTO

- **Oxigenoterapia:** Consiste en una administración de oxígeno mediante una ventilación mecánica invasiva, en caso de que el paciente concurse con una hipoventilación para mantener una adecuada oxigenación.

La oxigenoterapia es el uso terapéutico del oxígeno y consiste en su administración a concentraciones mayores de las que se encuentran en el aire ambiente, con la intención de tratar o prevenir las manifestaciones de la hipoxia. Esta medida terapéutica ha demostrado aumentar la supervivencia en los enfermos con insuficiencia respiratoria. (O. Ruiz, 2014).

- **Nutrición:** Dieta estricta para evitar la obesidad y la desnutrición en el paciente.
- **Fisioterapias respiratorias:** Son técnicas convencionales de vibración, percusión, drenaje postural, y técnicas de higiene bronquial, para mantener la permeabilidad de la vía aérea del paciente.

COMPLICACIONES DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRÓNICA

- **Disnea:** Dificultad respiratoria que se presenta en el paciente.
- **Tos:** Irritación en el aparato respiratorio, que provocan agotamiento y dolor.
- **Insuficiencia Cardíaca Derecha:** Alteración de expulsión de la sangre en el ventrículo del corazón.
- **Neumonía:** Es un deterioro rápido en infección en los pacientes con insuficiencia respiratoria crónica.

La neumonía es una infección que a menudo coloniza la garganta, es la bacteria que con más frecuencia la causa en todos los grupos de edades, o que de forma viral pueden causarla. Las personas con mayor riesgo son aquellos pacientes que presenta accidente cerebrovascular o personas que tienen otros problemas de salud. (Martinez, 2019).

MANEJO DE TERAPIA RESPIRATORIA

Cuidado de la vía aérea.

Mejora la capacidad funcional y residual.

Uso de broncodilatadores.

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

El accidente cerebrovascular (ACV) constituye la primera causa de muerte a nivel mundial y la tercera causa más común de discapacidad y causan daño en las células del cerebro y por consecuencia comienzan a morir. Las insuficiencias respiratorias tras un accidente cerebrovascular resultan una complicación común, ocurriendo en un 44% de los pacientes en los casos más complicados. Ante esta situación, el personal sanitario constituye un pilar fundamental para el manejo del paciente. (TOAZA, 2020).

Según (Santana, 2019) afirma que las enfermedades cerebrovasculares son disfunciones que afectan temporal o permanentemente el flujo sanguíneo. Contribuyen a la mortalidad en el mundo, siendo esta enfermedad, el accidente cerebrovascular (ACV), la segunda causa de muerte desde hace 16 años.

TIPOS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV)

Existen dos Tipos: Isquémicos y Hemorrágicos.

- **HEMORÁGICOS:** Este tipo de accidente cerebrovascular se produce cuando se rompe una arteria en el cerebro, como consecuencia provoca una hemorragia.
- **ISQUÉMICOS:** Es el tipo de accidente cerebrovascular más frecuente por que se produce cuando se tapa una arteria y la sangre no llega hasta el cerebro (Infarto Cerebral).

El accidente cerebrovascular isquémico y hemorrágico está definido como enfermedad resultada de la reducción del suministro de sangre en uno o más áreas del cerebro, basado en evidencias clínicas, y/o de neuroimagen de permanente lesión cerebral. (JAICO, 2020).

FACTORES DE RIESGO

- Dietas ricas en grasas saturadas y calorías poco saludables.
- Tabaquismo.
- Cardiopatías (Fibrilación Auricular).
- La hipertensión arterial mal controlada.

- Diabetes.

SÍNTOMAS

- Pérdida de fuerza en la mitad de la cara, cuerpo, por lo general de un solo lado.
- Presentación de ceguera.
- Dificultad para articular o entender palabras.
- Dolor intenso de la cabeza.
- Pérdida de equilibrio al caminar.

DIAGNÓSTICO

Se deben realizar exámenes complementarios en los pacientes con enfermedades cerebrovasculares, para excluir otros diagnósticos y seleccionar el tratamiento adecuado como son: Las pruebas de laboratorio, biometría hemática, glucosa, electrolitos, tiempos de coagulación. (ALIAGA, 2019).

MANEJO INICIAL

En un evento cerebrovascular la atención debe ser integrada en el área de emergencia y con el área de neurología, pero también es necesaria la integración de conocimientos de emergenciólogos, intensivistas, radiólogos, y del área de laboratorio para de esta forma realizar una atención rápida. (Hernandez, 2019).

Como medidas generales debemos realizar la siguiente exploración en el paciente:

- Realizar una valoración del oxígeno.
- Realizar una valoración arterial.

- Identificar si existe algún déficit neurológico.
- Realizar electrocardiogramas continuamente.

MANEJO ESPECIALIZADO

- Realizar tomografías computarizadas del cerebro.
- Realizar electrocardiogramas.
- Exámenes de laboratorio.
- Revisión del tórax mediante radiografías.

1.1 JUSTIFICACIÓN

El presente caso clínico se lo realizó con el propósito de realizar una adecuada valoración en paciente masculino con accidente cerebrovascular de 55 años de edad, que ingresó presentando problemas de insuficiencia respiratoria crónica, el cual se actuó de forma inmediata y pertinente, tomando en consideración la salud del paciente.

El tratamiento suministrado se lo aplicó para poder lograr la estabilidad y permeabilidad de la vía aérea en el paciente, beneficiándolo de todos los derechos de salud que merece. Por lo tanto, este trabajo tiene la facilidad de aplicar la terapia respiratoria en un paciente con accidente cerebrovascular asociada la insuficiencia respiratoria crónica. Como objetivo principal mejorar la calidad de vida del paciente.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Aplicar el proceso de atención y tratamiento de terapia respiratoria en paciente con accidente cerebrovascular más insuficiencia respiratoria crónica.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reconocer los síntomas del paciente con una insuficiencia respiratoria crónica.
- Seguir el diagnóstico de la insuficiencia respiratoria crónica relacionadas con el accidente cerebrovascular.
- Suministrar el tratamiento adecuado y necesario para lograr una mejoría en el paciente.

1.3 Datos Generales

Nombres y Apellidos: XXXXXXXXXXX

Historia Clínica: XXXXXXXXXXX

Edad: 55 años.

Paciente sexo: Masculino.

Estado Civil: Soltero

Hijos: 2 (Hombre y Mujer)

Ocupación: (Ninguna)

Raza: Mestizo

Grupo Sanguíneo: ORH+

Nacionalidad: ecuatoriana

Dirección Domiciliaria: Guayas-Guayaquil

II METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedente. Historial clínico del paciente.

Paciente de 55 años de edad llega inconsciente al área de emergencia trasladada por familiares. El familiar relata que ha sufrido un accidente cerebrovascular, pero ha presentado un cuadro clínico de 24 horas de evolución caracterizado por tos, fiebre, expectoración. Presentando persistentemente una taquipnea con una saturación de 90%, con una oxigenoterapia de mascarilla simple de 6 lpm, se valora paciente inconsciente desorientado, con Glasgow de 8/15, con mala mecánica ventilatoria, saturando el 89 %, taquipneico frecuencia respiratoria 31, estertores crepitantes bilaterales, hemodinamicamente hipertenso 178/90 mmHg, tensión arterial 120 mmHg, frecuencia cardíaca (FC) 115 lpm, generando un soporte ventilatorio de ventilación mecánica no invasiva (VNI).

2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

Enfermedad cerebrovascular

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

Padre con cáncer pulmonar

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS QUIJURGICOS

NO Refiere

ALERGIAS: No refiere

ÁMBITOS: Refiere haber consumido Tabaco en exceso hace 40 años, 2 cajetillas diarias.

2.3. Examen físico (Exploración clínica)

Paciente de sexo masculino de 55 años de edad.

Se observa lo siguiente:

Cabeza: Normocefalo.

Cara: Expresión dormido, temperatura elevada.

Ojos: Apertura ocular no responde, expresión desorientada, agudeza visual disminuida.

Nariz: Tabique nasal con presencia de secreciones normal.

Boca: Paladar blando, sequedad en los labios.

Oídos: con secreciones.

Cuello: No adenopatías.

Miembros superiores: Sin presencia de lesiones ni deformidades.

Tórax: Estertores húmedos, dolor torácico, auscultación con roncus, ruidos bronquiales, en ambas bases pulmonares.

Abdomen: Hepatomegalia, respiración paradojal y abdominal por lesión.

Miembros inferiores: Sin deformidades.

Nivel de conciencia: desorientado en el tiempo y espacio.

Somnolencia: Progresiva.

2.4. Información de Exámenes complementarios realizados.

Radiografía de tórax: Hallazgos de silueta cardiomediastínica aumentada de tamaño cardiomegalia, con un botón aórtico ligeramente prominente calcificado, patrón pulmonar de aumento de densidad tipo intersticio alveolar difuso con opacidad para hiliares difusas, ángulos cardio costofrénicos pinzados con relación a un derrame pleural.

Eco pleural: Hallazgos ecográficos, base pulmonar derecha se le visualiza líquido de cantidad de 1500 ml aproximadamente, base pulmonar izquierda líquido laminar cantidad escasa.

Gasometría Arterial:

PH	7,42
PCO2	50
PO2	80
EB	-2+2
HC03	22
SATO2	78%

Elaborado por: Michael Olivo.

2.5. Formulación de diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Diagnóstico Presuntivo: Accidente cerebrovascular más insuficiencia respiratoria crónica.

Diagnóstico Diferencial: Insuficiencia respiratoria severa.

Diagnóstico Definitivo: Insuficiencia respiratoria crónica

2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

Una vez examinado el análisis del cuadro clínico que presenta el paciente con los acontecimientos producidos por el accidente cerebrovascular que le ocasionó un Glasgow de 8/15, dolor torácico, tos y disnea puede respaldar que la patología que presenta el paciente es de característica física y respiratoria.

Conductas que determinan el origen del problema:

- Conducta originada a causa del mal hábito de fumar durante su juventud que lesionan los pulmones.
- Conducta de alimentación de forma inadecuada.
- Conducta de ansiedad, desorientación en el espacio y tiempo.
- Conducta de depresión.

Procedimientos para realizar:

- Presentar las indicaciones adecuadas para mejoría de cuadro clínico en el paciente.
- Monitoreo de los signos vitales y también de gases arteriales.
- Proporcionar una dieta saludable.
- Identificar la ubicación y las características de los malestares que presenta el paciente.
- Comunicar a los familiares sobre el diagnóstico y los tratamientos que debe seguir el paciente.

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

Considerando que presenta valores anormales: FC: 72, FR 26. Temperatura: 37.2°C, SaO₂: 86%, Glasgow 8/15.

Siendo los valores normales: FC: 60-100^{XI}, FR: 16-22, Pa 120/60 mmHg, FC 36.5°C, SaO₂ 100%, Glasgow 15/15.

2.8. Seguimiento

01/04/2020

Día de Ingreso: Paciente que ingresa a emergencia por un cuadro evolutivo descrito anteriormente se llega al diagnóstico de una insuficiencia respiratoria crónica, se le administra corticoides y broncodilatadores, y no mejora por lo que se procede a poner máscara de oxígeno a 6 ltm y se le nebuliza con salbutamol.

02/04/2020

Paciente no mejora presenta alteraciones a nivel de conciencia, presenta taquipnea, el medico en un turno autoriza ventilación mecánica invasiva generando un soporte ventilatorio, se le ordena un ciclo de VNI de 2 horas cada 12 horas, luego el paciente queda por mascarilla a 8 litros por minuto.

03/04/2020

El medico autoriza exámenes complementarios: Radiografía de tórax: Hallazgos de siluetas cardiomediastínica con un botón aórtico patrón pulmonar de aumento de densidad con opacidad hiliares difusas y derrame pleural , es por eso que en el hallazgo del eco pleural encontramos base pulmonar derecha: se visualiza liquido de 1500 ml y en la base pleural izquierda cantidad escaza ,y el resultado de la gasometrías arterial es: Ph de 7,35, un Pco2 50, paO2 80, EB -2, una HC 03 22,saturando al 78% y por último la pulsioximetria.

04/04/2020

El paciente es trasladado a la unidad de cuidados intensivos que se le practica una tomografía computarizada de tórax para determinar la insuficiencia respiratoria crónica en el paciente con accidente cerebrovascular. Se ingresa a hospitalización en la sala de varones, se encuentra bajo la siguiente medicación:

Paracetamol 1gr, Loratadina de 10 mg, Prednisona de 20 mg, fórmula nutricional oral de 200 ml cada 8 horas, cloruro de sodio 0,9%, cloruro de potasio 20 ml IV, Ampicilina y Salbactam 1.5 gr, Omeprazol a 40 mg IV cada día, Hidrocortisona 100 mg IV cada 8 horas.

05/04/2020

Paciente con pérdida de apetito ingiere solo el 50% de dieta se deja fórmula nutricional con aporte calórico de 600 cal. y 30 gramos de proteínas.

06/04/2020

Paciente se le encuentra en la unidad de cuidados intensivos intubado, No mejora su estado, es esencial un seguimiento ya que la función pulmonar puede empeorar a largo o a corto tiempo, se le realiza una vigilancia de los síntomas, las exacerbaciones y el flujo aéreo con objeto de determinar cuándo debe modificarse el tratamiento para mejorar posibles complicaciones que pueden aparecer.

07/04/2020

Cuidado de enfermería lo ubica en posición cubico supino.

08/04/2020

Se le realiza una gasometría arterial para poder valorar tanto la ventilación como la oxigenación del paciente (Gasometría Arterial), dando como resultado un PH 7,42, un PCO₂ 45, PO₂ 82, EB -2+2, HCO₃ 22, y un SATO₂ 78%.

09/04/2020

Paciente sigue ventilado con un volumen corriente de 652 ml con una fracción inspirada de oxígeno al 40%, una frecuencia respiratoria de 22 ciclos por minuto y una presión positiva al final de la espiración del cmH₂O dando una saturación de

Oxígeno del 80 % a diferencia de un día de su ingreso e intubación que presenta una saturación del 80%.

10/04/2020

Paciente no mejora continua con un continuo monitoreo hemodinámico no invasivo: Ritmo cardiaco, perfusión distal. Diuresis horaria y un continuo monitoreo de funciones vitales como: Presión arterial 110 mmHg, frecuencia cardiaca 30, frecuencia respiratoria 30, temperatura 27°C y escala de coma Glasgow 7/15, con estos valores determinamos paciente hipoxemico.

11/04/2020

Paciente no mejora continua con el monitoreo prescrito anteriormente el medico autoriza exámenes de laboratorio y un eco pleural para determinar el avance del derrame pleural.

12/04/2020

Paciente no mejora se realiza cada 8 horas nebulizaciones con Meltiprednisolona y salbutamol.

13/04/2020

Paciente no mejora, cada 6 horas se realiza fisioterapia respiratoria (percusión, drenaje, vibración de alta frecuencia y ejercicios respiratorios y espirometría incentiva, Flutter, conet) y mejorar el drenaje de secreciones y facilitar la expectoración. Aplicar terapia respiratoria de manera continua se le sigue este seguimiento descrito a continuación: Vigilar patrón respiratorio, vigilar que no se produzca algún tipo de alteración de la permeabilidad de la vía aérea, el seguimiento del control de signos vitales, auscultar campos pulmonares.

14/04/2020

El tratamiento suministrado al paciente desde su primer día de ingreso a emergencia hasta el momento no proporciona mejoría en el paciente, debido a que en monitoreo realizado en el paciente arroja valores que determinan que el paciente es hipoxémico.

2.9. Observaciones

En el presente caso clínico ante los estudios realizados en el paciente con accidente cerebrovascular asociada una insuficiencia respiratoria crónica durante su estadía en la unidad de cuidados intensivos y los procedimientos y tratamiento de terapia respiratoria no fue exitosa su mejoría ya que decayó su salud provocando la muerte del paciente debido que estas patologías desarrollaron futuras complicaciones, a nivel respiratorio, interfiriendo de forma negativa en el tratamiento ocasionándole una respuesta negativa a dicho procedimiento y evitando el mejoramiento de la salud.

CONCLUSIONES

Se concluye que mediante el reconocimiento de la identificación de las complicaciones de la insuficiencia respiratoria crónica nos sirvió para poder establecer el tratamiento, el diagnóstico correspondiente y adecuado en el paciente con accidente cerebrovascular.

Durante los exámenes del paciente se mantendrá la ventilación y se administrará oxígeno.

Los síntomas clínicos predictivos son: Disnea, dolor torácico, alza térmica y neumonía adquirida en la comunidad. Todos estos síntomas no fueron mejorando a pesar del tratamiento de fisioterapia respiratoria (drenaje, percusión, vibración, ejercicios respiratorios y espirometría).

La escala de coma de Glasgow es la mejor forma de establecer el estado clínico de un paciente con accidente cerebrovascular más insuficiencia respiratoria crónica.

Por lo tanto, el objetivo del profesional de terapia respiratoria es mejorar la estabilidad y la permeabilidad de la vía aérea del paciente se pudo identificar las complicaciones que negativamente afectaron a la salud del paciente y provocaron su muerte.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALIAGA, L. (2019). *CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, COMORBILIDAD Y TIEMPO CRÍTICO DE TROMBÓLISIS EN ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ISQUÉMICO*. HUANCAYO-PERÚ. Obtenido de http://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/UPLA/982/TI037_4357784_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- C. Guzman, A. S. (2014-2019). *CAUSA DE MUERTE EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR EN UN HOSPITAL DE LIMA METROPOLITANA*, . Obtenido de http://190.116.48.43/bitstream/handle/upch/7861/Causa_GuzmanDuenas_Carolina.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Dubé, B.-P. (2017). *Disnea de esfuerzo en las enfermedades respiratorias crónicas: de la fisiología a la aplicación clínica*. Obtenido de <https://www.archbronconeumol.org/es-disnea-esfuerzo-enfermedades-respiratorias-cronicas-articulo-S0300289616302423>
- Hernandez, J. (2019). *MANEJO INICIAL DEL ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ISQUEMICOAGUDO EN ECUADOR*. MACHALA. Obtenido de <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/13845/1/HERNANDEZ%20CRUZ%20NAYARI%20JACQUELINE.pdf>
- JAICO, E. R. (2020). *ESTEATOSIS HEPÁTICANO ALCOHÓLICO COMO FACTOR ASOCIADO A ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO*. TRUJILLO-PERÚ. Obtenido de http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/6019/1/RE_MED.HUM_ERICK.VASQUEZ_ESTEATOSIS.HEP%c3%81TICA_DATOS.PDF
- Martinez, E. (2019). *“TÉCNICAS DE ASISTENCIA BRONQUIAL PARA LA PREVENCIÓN DE NEUMONIA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR”*. Guayaquil. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/42472/1/CD%20159%20MARTINEZ%20AGUA%2c%20EDISON%20RAUL.pdf>
- O. Ruiz, S. (2014). *Oxigenoterapia continua domiciliaria*. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300289613003657#!>
- Pérez, J. A. (s.f.). *BUENA PRACTICA CLINICA EN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA*. ESPAÑA. Obtenido de https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_respiratoria.pdf
- Santana, M. (2019). *Conocimiento de adultos jóvenes sobre el accidente cerebrovascular en una ciudad del sur de Portugal*. Portugal. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n56/1695-6141-eg-18-56-423.pdf>
- TOAZA, C. T. (2020). *INCIDENCIA DE NEUMONIA EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN EL HOSPITAL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE BABAHOYO*. BABAHOYO. Obtenido de <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/7744/E-UTB-FCS-TERRE-%20000040.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Llano, L. A. (2018). *Cuidados paliativos para pacientes con insuficiencia respiratoria crónica*. España. Obtenido de <https://www.scielosp.org/article/gs/2018.v32n4/383-385/es/>
- Robert W. Wilmott, A. B. (2019). *Kendig. Enfermedades respiratorias en niños (Novena Edición ed.)*. Barcelona, España. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=p-2KDwAAQBAJ&pg=PA382&dq=insuficiencia+respiratoria+cr%C3%B3nica&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwiB36TTooPrAhVEm-AKHdxrDLMQ6AEwBHoECAQQAg#v=onepage&q=insuficiencia%20respiratoria%20cr%C3%B3nica&f=false>

ANEXOS

ANEXO 1: RESULTADO DE RADIOGRAFÍA DE TÓRAX.

Nombre del paciente: [REDACTED]
Identificador del paciente: CC0903507812
Fecha de estudio: 28/11/2019 11:16:20
Descripción del estudio: RX PORTATIL TORAX
Número de registro: 1574678

INFORME DE IMÁGENES
Información General

Centro de Atención : IMAGENOLOGIA HOSPITAL LUIS VERNAZA

Paciente : MARIO ANTONIO SCIPPA ACHIERI
Historia Clínica : 1721271 Identificación : CC0903507812
Fecha de Nacimiento : 06/01/1934 Edad : 85

Nombre del Examen : RX PORTATIL TORAX
Fecha de realización : 28-nov-2019 12:21 No. de la Orden : IM830961-1
Médico solicitante : GARCIA CORONEL MARITZA FERNANDA
Fecha del Informe : 00-XXX-0000 0:00

Justificación / Observaciones

Descripción del Informe
Técnica:

Se exploró Rx de Tórax A-P.

Hallazgos:

Tráquea ligeramente tortuosa de diámetro y trayecto conservado.
Silueta cardiomediastínica impresiona aumentada de tamaño (cardiomegalia).
Botón aórtico ligeramente prominente calcificado.
Hilios pulmonares ligeramente acentuados.
Impresiona patrón pulmonar de aumento de la densidad tipo intersticio- alveolar difuso, que se traduce a ocupación del espacio aéreo/proceso infeccioso/edema pulmonar.
Opacidades para hiliares difusas mal definidas que tienden a la consolidación, con empeoramiento de cuadro radiológico.
Ángulos cardío y costofrénicos pinzados en relación a derrame pleural.
Estructuras óseas y partes blandas sin alteraciones.
Material de osteosíntesis proyectado a nivel de diáfisis humeral izquierda.

Tubos, vías y dispositivos:


Extremo de catéter venoso central yugular derecho proyectado a nivel de VCS.
Electrodos de monitorización cardíaca.

Dr(a). MORENO PONCE KLEVER PATRICIO
MEDICO POSTGRADISTA
0401497680
Dr(a). PABLO LANDIVAR VELEZ MED. IMAGENOLOGO Libro I; Folio 1; No. 20401497680

Electronicamente Reportado / Medico KLEVER PATRICIO, MORENO PONCE
SERVINTE mrcs

Elaborado por: Michael Olivo.

ANEXO 2: CASO CLÍNICO



**HOSPITAL
LUIS VERNAZA**
ARMA DE BENEFICENCIA DE GUAYANÁ

Nombre:					
Número de Id:	CC-0903507812				
Número de Ingreso:	1721271-1				
Sexo:	Masculino	Edad Ing.:	85 Años	Edad Act.:	85 Años
Ubicación:	CLINICA SOTOMAYOR - SEMIPRIVAD		Cama:	116	
Servicio:	CLINICA SOTOMAYOR				
Responsable:	IESS SEGURO DE SALUD SUBDIRECCION DE PRESTACIONES DE SA				

TIPO DE EVOLUCIÓN: Evolucion Medico Tratante Alta **ESPECIALIDAD:** TERAPIA INTENSIVA **UBICACIÓN:** MEGA UCI PISO 2 SEC. B SEDE: HOSPITAL LUIS VERNAZA **FECHA:** 24/11/2019 10:31

SUBJETIVO

masculino de 85 años.
 APP: HTA (BISOPROLOL - LOSARTAN 25 MG)
 ECV HACE 15 AÑOS EL 1ERO Y EL 2DO ECV HACE 10.
 ALERGIAS: NO REFIERE
 APQX: OSTEOSINTESIS DE CADERA DERECHA Y OSTEOSINTESIS DE HUMERO IZQUIERDO.
 HABITOS: CIGARRILLO NO LO CONSUME HACE 20 AÑOS HABIENDO FUMADO POR 50 AÑOS DE FUMADOR.

MOTIVO DE INGRESO:
 DISNEA DE PEQUEÑOS ESFUERZOS MAS ALZA TREMICA Y TOS PRODUCTIVA

OBJETIVO

VALORACION DEL PACIENTE 120 MINUTOS
 INFORME A FAMILIAIRES 20 MINUTOS

ED
 EDEMA AGUDO DE PULMON;
 HIPERTENSIN ARTERIAL

PACIENTE QUE INGRESA POR PRESENTAR DISNEA QUE EVOLUCINA DE GRANDES A PEQUEÑOS ESFUERZOS MAS ASTENIA MAESTAR GENERAL, SE MANTIENE SINS EDACION SIN ANALGESIA CON RASS 1 SE MANTIENE CON ESTERTORES CREPITRANTES BILATERALES BIBASALES PLACA DE TORAX MUESTRA INFILTRADOS BILATERALES, SE COLOCA VENTILACION NO INVASIVA MEJORA SATURACION ADEMADSE COLOCA FUROSEMIDA 1 MG KG PESO STAT SE OBTIENE UN VOLUMEN URINRIO DE 600 CC, INGRESA CON PRESION ARTERIAL DE 180/98 MMHG SE COLOCA NITROGLICERINA Y SE TITULA A 100 MCG KG MINUTO CON ELLO SE CONSIGUE MEJOR MANEJO DE PRESION ARTERIAL, MEJORANDO SINTOMATOLOGIA DEL PACIENTE SE ENVA EXAMNES COMPLEMETARIOS EN ESPERA D RESULTADOS

SE CONVERSA CN FAMILIAIRES PLANES Y PRONOSTICO

ANÁLISIS

VALORACION DEL PACIENTE 120 MINUTOS
 INFORME A FAMILIAIRES 20 MINUTOS

ID
 EDEMA AGUDO DE PULMON;
 HIPERTENSIN ARTERIAL

PACIENTE QUE INGRESA POR PRESENTAR DISNEA QUE EVOLUCINA DE GRANDES A PEQUEÑOS ESFUERZOS MAS ASTENIA MAESTAR GENERAL, SE MANTIENE SINS EDACION SIN ANALGESIA CON RASS 1 SE MANTIENE CON ESTERTORES CREPITRANTES BILATERALES BIBASALES PLACA DE TORAX MUESTRA INFILTRADOS BILATERALES, SE COLOCA VENTILACION NO INVASIVA MEJORA SATURACION ADEMADSE COLOCA FUROSEMIDA 1 MG KG PESO STAT SE OBTIENE UN VOLUMEN URINRIO DE 600 CC, INGRESA CON PRESION ARTERIAL DE 180/98 MMHG SE COLOCA NITROGLICERINA Y SE TITULA A 100 MCG KG MINUTO CON ELLO SE CONSIGUE MEJOR MANEJO DE PRESION ARTERIAL, MEJORANDO SINTOMATOLOGIA DEL PACIENTE SE ENVA EXAMNES COMPLEMETARIOS EN ESPERA D RESULTADOS

SE CONVERSA CN FAMILIAIRES PLANES Y PRONOSTICO

EVOLUCIÓN DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

NOMBRE DIAGNÓSTICO	CÓDIGO DX	ESTADO INICIAL	CAUSA EXTERNA
		En Estudio	

PLAN

VENTILACION NO INVASIVA
 RX DE TORAX CONTROL
 LABORATORIO CNTRL

Firmado Electrónicamente

Fecha de Impresión: 08/12/2019 01:53

Página 17 / 61

Elaborado por: Michael Olivo.

ANEXO 3 Radiografías de Tórax.



Elaborado por: Michael Olivo.



Elaborado por: Michael Olivo.

ANEXO 4: ESCALA DE GLASGOW

Escala de Coma de Glasgow	
Apertura Ocular	
• Espontáneamente	4
• A una orden Verbal	3
• Al Dolor	2
• No responde	1
Respuesta Motora	
• Obedece a una orden Verbal	6
Ante el Estimulo Doloroso	
• Localiza el Dolor	5
• Retira y Flexión	4
• Flexión anormal (rigidez de decorticación)	3
• Extensión (rigidez de decerebración)	2
• No responde	1
Respuesta Verbal	
• Orientado y conversa	5
• Desorientado y hablando	4
• Palabras inapropiadas	3
• Sonidos Incomprensibles	2
• Sin respuesta	1
Total	3 - 15

Fuente: <http://www.medicocontesta.com/2012/01/escala-de-glasgow-para-coma-ecg.html>