



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE TERAPIA RESPIRATORIA

**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO
PREVIO A LA OBTENCION DEL GRADO ACADEMICO DE
LICENCIADO EN TERAPIA RESPIRATORIA**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO
**PACIENTE FEMENINO DE 50 AÑOS DE EDAD CON SINDROME
DE DISTRES RESPIRATORIO POR SEPSIS ABDOMINAL**

AUTOR

EDDY MACARIO PÉREZ LEÓN

TUTOR

DR. CAMILO SALINAS OCHOA

Babahoyo- Los Ríos- Ecuador

2020

INDICE

INDICE GENERAL.

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO.	II
TITULO DEL CASO CLINICO	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCION	VI
CAPITULO I.....	7
I.MARCO TEORICO	7
1.1 JUSTIFICACION	14
1.2 OBJETIVOS.....	15
1.2.1 Objetivo General	15
1.2.2 Objetivos Específicos.....	15
1.3 DATOS GENERALES	16
CAPITULO II	17
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....	17
2.1. ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE	17
2.2 Anamnesis.....	17
2.3 Exploración clínica	18
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.....	19
Exámenes complementarios.....	19
2.5 Formulación de diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo	19
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	20
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud considerando valores normales.	20
2.9 Observaciones	23
CAPITULO III	24
CONCLUSIONES	24
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25
ANEXOS	26

DEDICATORIA

El presente caso clínico va dedicado a Dios por haberme permitido cumplir una meta tan importante en mi vida.

A mis padres por haber sido mi guía y haberme brindado el apoyo incondicional durante todo el trayecto de mi vida universitaria.

A cada una de las personas que estuvieron siempre apoyándome para cumplir mis metas, a todos los docentes de la Universidad Técnica De Babahoyo que me brindaron sus conocimientos para mi formación como profesional.

Y de manera especial este trabajo va dedicado para mi mejor amigo, que es como un hermano Franklin Alejandro Ramírez Toapanta por haber sido siempre el que estuvo en cada momento motivándome cuando quise rendirme.

A mi gran amiga Zelena Plúas Bajaña gracias por haberme brindado el apoyo constante y haberme enseñado lo que es la verdadera amistad.

AGRADECIMIENTO.

A Dios por prestarme vida y permitirme cumplir una meta muy importante en mi vida.

A mis padres y hermanos por haber estado siempre apoyándome en todo el transcurso de mis estudios universitarios

A mi mejor amigo por haber sido siempre esa compañía durante todo el transcurso de estos años de estudios universitarios.

TITULO DEL CASO CLINICO

PACIENTE FEMENINO DE 50 AÑOS DE EDAD CON SINDROME DE
DISTRES RESPIRATORIO POR SEPSIS ABDOMINAL

RESUMEN

El presente caso clínico se refiere a una paciente de sexo femenino de 50 años de edad que desarrollo un Síndrome De Distres Respiratorio Agudo producto de una sepsis abdominal la. El síndrome de distres respiratorio agudo se lo define como un edema pulmonar de origen no cardiogénico ya que este se puede dar por diversos factores incluyendo la sepsis abdominal, ya que el agente infeccioso que se alojaba en la cavidad abdominal emigra hasta los pulmones produciendo así un Síndrome De Distres Respiratorio Agudo.

El síndrome de Distres respiratorio agudo es una manifestación clínica que requiere de ingreso urgente a la unidad de cuidados intensivos (UCI) el síndrome de distres respiratorio agudo presenta un cuadro clínico como dificultad respiratoria, disnea acompañada de una respiración rápida y profunda, se puede observar retracción intercostal, cianosis, edema en los miembros inferiores del paciente. Además, se puede observar en la radiografía infiltrado con bronco-grama aéreo, en la gasometría una acidosis respiratoria acompañada de una hipoxemia. La sepsis abdominal es una situación común de ingreso a la Unidad de cuidados intensivos y muchas veces es de resolución quirúrgico debido a los procesos patológicos asociados. Un hecho importante en la sobrevida es tratar precozmente los posibles factores que pueden complicar el cuadro y llevar al paciente a la muerte.

El objetivo principal del tratamiento del síndrome de Destres respiratorio es mantener la oxigenación y corregir la causa de origen que provoco la lesión pulmonar aguda.

Palabras claves

Sepsis, síndrome de distres respiratorio agudo, edema pulmonar, cardiogénico, peritoneo.

ABSTRACT

The present clinical case refers to a year-old female patient who developed Acute Respiratory Distress Syndrome as a result of abdominal sepsis. Acute respiratory distress syndrome is defined as pulmonary edema of non-cardiogenic origin since it can be caused by various factors including abdominal sepsis, since the infectious agent that lodged in the abdominal cavity migrates to the lungs thus producing a Acute respiratory distress syndrome.

Acute respiratory distress syndrome is a clinical manifestation that requires urgent admission to the intensive care unit (ICU). Acute respiratory distress syndrome presents a clinical picture such as respiratory distress, dyspnea accompanied by rapid and deep breathing, it can be observed intercostal retraction, cyanosis, edema in the patient's lower limbs. In addition, it can be seen on the radiograph infiltrated with air bronchogram, on blood gas a respiratory acidosis accompanied by hypoxemia. Abdominal sepsis is a common situation of admission to the intensive care unit and is often of surgical resolution due to the associated pathological processes. An important fact in survival is the early treatment of possible factors that can complicate the picture and lead the patient to death.

The primary goal of respiratory distress syndrome treatment is to maintain oxygenation and correct the cause of the injury that caused the acute lung injury.

Keywords

Sepsis, acute respiratory distress syndrome, pulmonary edema, cardiogenic, peritoneum.

INTRODUCCION

El síndrome de distres respiratorio agudo es una forma de edema pulmonar de origen no cardiogénico, que puede ser causado de manera secundaria a una injuria alveolar debido a un proceso inflamatorio local o sistémico

El siguiente caso clínico se refiere a una paciente de sexo femenino de 50 años de edad que acude al área de emergencia, manifestando un cuadro clínico de dolor abdominal, luego de que se le realizaron los debidos exámenes tanto físicos como de laboratorio dieron como resultado, una per una sepsis de origen abdominal, la cual conlleva a la paciente a desarrollar un Síndrome de Distres Respiratorio agudo (SDRA).

La sepsis de origen abdominal surge como una respuesta inflamatoria generalmente localizada en los órganos de la cavidad abdominal, este foco infeccioso es el resultado de un agente infeccioso que se alojó en la cavidad abdominal. Esta manifestación clínica conlleva a desarrollar otros problemas para el paciente como es el caso del síndrome de distres respiratorio agudo que se caracteriza por ser una acumulación de líquido en los alveolos pulmonares del paciente.

El Síndrome De Distres Respiratorio Agudo se desarrolla debido a que el agente infeccioso que se alojaba en la cavidad abdominal emigro hacia los pulmones infectando a los alveolos.

Ambas patologías conllevan a que el paciente sea ingresado a una Unidad De Cuidados Intensivos (UCI) para brindarle el adecuado tratamiento y así lograr la pronta recuperación del paciente.

Se realiza una correcta evaluación para determinar el cuadro clínico y la sintomatología de ambas patologías, para así poder brindar el tratamiento adecuado y riguroso para la recuperación del paciente con Síndrome De Distres Respiratorio Agudo provocado por una sepsis de origen Abdominal.

CAPITULO I

I.MARCO TEORICO

Síndrome De Distres Respiratorio

Definición

El síndrome de distres respiratorio agudo (SDRA), es una forma de edema pulmonar de origen no cardiogénico, secundario a una injuria alveolar que se produce debido a un proceso inflamatorio local o sistémico. (Juan Diego Salazar 2018)

Se lo define también al síndrome de distres respiratorio agudo como una afección pulmonar potencialmente grave que impide la llegada de suficiente oxígeno a los pulmones y a la sangre.

El síndrome de distres respiratorio agudo (SDRA) consiste en una insuficiencia respiratoria aguda secundaria a un edema agudo inflamatorio de pulmón, con aumento de la permeabilidad capilar y consiguiente pasaje de fluidos al intersticio pulmonar y luego a los espacios alveolares, la consecuencia es la aparición de shunt intrapulmonar, es decir, poblaciones alveolares perfundidas pero no ventiladas. (ELISA ESTENSSORO 2016).

El síndrome de Distres respiratorio agudo es una afección pulmonar que produce hipoxemia y disminución de la compliance pulmonar. Se considera al síndrome de distres respiratorio como una enfermedad pulmonar inflamatoria y difusa que tiene como consecuencia un aumento de la permeabilidad vascular pulmonar y una disminución del tejido pulmonar aireado, se caracteriza por presentar hipoxemia, disminución de la compliance pulmonar. (Herrero 2020)

Causas.

El síndrome de distres respiratorio agudo puede ser causado por cualquier lesión directa o indirecta al pulmón. Entre las causas más comunes se encuentran.

- Neumonías
- Shock séptico.

- Traumatismos
- Trasplante de pulmón.

El síndrome de distres respiratorio agudo lleva a una acumulación de líquido en los sacos de aire (alveolos) en los pulmones, la presencia de la acumulación de este líquido impide el paso de suficiente oxígeno al torrente sanguíneo.

La acumulación de líquido hace que los pulmones se vuelvan pesados y rígidos, esto disminuye la capacidad de expandirse de los pulmones.

El síndrome de distres respiratorio agudo a menudo se presenta junto con la insuficiencia de otros órganos, como el hígado o los riñones. (medline plus 2020)

Factores de riesgo.

El SDRA constituye una causa de admisión frecuente a la unidad de cuidados intensivos.

Los factores de riesgo para el desarrollo del SDRA pueden ser:

Pulmonares o directos: Los más frecuentes son la neumonía (de cualquier etiología), la aspiración de contenido gástrico y el trauma torácico.

Extra pulmonares o indirectos: Shock séptico, trauma grave, injuria cerebral, aguda (hemorragia subaracnoidea, isquemia cerebral, trauma de cráneo), pancreatitis aguda embolia grasa entre otros. La neumonía y el shock séptico son los factores más comunes. (ELISA ESTENSSORO 2016)

Fisiopatología.

Luego de la exposición a un factor de riesgo para SDRA aparece rápidamente la injuria endotelial pulmonar, con aumento de la permeabilidad vascular y pasaje de líquido rico en proteínas, células y macromoléculas al espacio alveolar donde inactivan el surfactante.

La barrera epitelial también se altera, y se activa una profusa respuesta inflamatoria con secreción de TNF- α , IL-1 β , e IL-6, y otros mediadores, con

sub-siguiente activación de neutrófilos y pasaje a los espacios alveolares, potenciando el daño inicial.

Los mecanismos de resolución aparecen luego de 4-7 días de la fase exudativa, con reabsorción del edema y remoción de las membranas hialinas y de las proteínas depositadas en los espacios aéreos. (ELISA ESTENSSORO 2016)

Pruebas y exámenes

- Gasometría arterial
- Exámenes de sangre, como CSC (conteo sanguíneo completo) y química sanguínea
- Hemocultivos y uro cultivos
- Broncoscopia en algunas personas
- Radiografía de tórax o tomografía computarizada
- Cultivos de esputo y análisis
- Exámenes para posibles infecciones

Puede ser necesario efectuar una ecografía para descartar insuficiencia cardíaca, que puede tener una apariencia similar al SDRA en una radiografía de tórax.

Tratamiento.

El primer paso a seguir en el tratamiento del Síndrome de Distres respiratorio agudo es identificar la causa precipitante que origino a dicho síndrome y posteriormente efectuar el correcto tratamiento. El manejo ventilatorio y otras medidas de soporte vital otorgan tiempo mientras el tratamiento actúa. (ELISA ESTENSSORO 2016)

Ventilación mecánica en el Síndrome De Distres Respiratorio Agudo.

El objetivo principal de la ventilación mecánica en un paciente con síndrome de Distres respiratorio agudo se basa en mantener un adecuado intercambio gaseoso y así minimizar el riesgo de lesión pulmonar. (NAHARRO 2017)

El volumen corriente adecuado debe estimarse de acuerdo al peso ideal y talla del paciente, el volumen corriente de tal forma calculado debe reducirse de ser necesario, para lograr una presión meseta $\leq 30\text{cmH}_2\text{O}$.

Los objetivos gasométricos a lograr en la ventilación protectora debe ser una saturación arterial de oxígeno (SaO_2) o una oximetría de pulso (SpO_2) de entre 88-92%.

Utilización de PEEP (Presión positiva al final de la espiración)

El uso óptimo de la presión positiva al final de la espiración (PEEP), permite prevenir el colapso alveolar al final de la espiración. Pretende mantener la capacidad funcional residual, mejorar la distensibilidad, disminuir el ateletrauma, y mejorar la oxigenación. (ELISA ESTENSSORO 2016)

Sepsis abdominal

La sepsis abdominal es un padecimiento bastante común en cirugía general, es una patología que tiene consideraciones específicas que la diferencian de otros procesos sépticos, en cuanto al abordaje diagnóstico y terapéutico.

Esta entidad clínica es competencia de los equipos quirúrgicos, clínicos y servicios de apoyo por la compleja fisiopatología y los múltiples caminos clínicos que puede cursar la enfermedad.

La sepsis abdominal es una disfunción orgánica causada por la respuesta irregular del huésped a la infección (ALONSO 2016)

Definición.

Sepsis abdominal es la respuesta sistémica a un proceso infeccioso inicialmente localizado en los órganos de la cavidad abdominal, incluidos el epiplón y peritoneo; representa la respuesta inflamatoria peritoneal o visceral no específica del hospedero ante la invasión microbiana.

La mayoría de casos de sepsis intraabdominal incluye la participación de flora gastrointestinal del hospedero. La acidez gástrica es el principal factor que impide la adherencia de las bacterias hacia las paredes de la porción proximal

del intestino delgado. Las enfermedades de estómago y duodeno que menoscaban dichos mecanismos de defensa, tales como la aclorhidria gástrica patológica o secundaria a uso de medicamentos, alteran la flora. La obstrucción de yeyuno-íleon ocasiona estasis, con un incremento importante en el número de bacterias por lo común anaerobios y coliformes presentes en el intestino delgado; la micro-flora de la porción distal del yeyuno-íleon muestra un incremento en el número de microorganismo. (LUIS A. GORDONO 2015)

Patogenia

La peritonitis puede dividirse en diversas categorías.

Por su extensión:

Localizada o focalizada: confinada a un espacio determinado.

Generalizada, difusa o propagante: extendida a toda la cavidad peritoneal

Por agente causal:

Séptica: causa bacteriana, cuando ésta supera los mecanismos de defensa peritoneal.

Aséptica: causa no bacteriana, química, hemática, biliar, jugo gástrico, pancreático o quimo; puede complicarse con infección subsecuente. (CRITICOS 2016)

Por su origen:

Primaria: cuando no se determina una lesión iniciadora discernible dentro de la cavidad abdominal. Por lo general son mono-bacterianas.

Secundaria: complicación de cualquier patología abdominal traumática, infecciosa, ulcerosa, obstructiva o neoplá Por lo general son poli-microbianas.

Terciarias: complicación de una peritonitis secundaria posoperatoria, sin erradicación del foco infeccioso. (SANCHEZ 2018)

Cuadro clínico

El cuadro clínico es muy variable, dependiendo de la patología abdominal desencadenante, es secundario a la irritación producida por el líquido que

invade a la cavidad peritoneal, independientemente de la cantidad del mismo, así como del aumento de presión dentro de las asas intestinales. Se debe realizar una semiología correcta que nos oriente hacia el padecimiento de base, así como una exploración física completa, no sólo abdominal, ya que podemos encontrar signos o datos que nos orienten al diagnóstico, algunos ejemplos son: encontrar fibrilación auricular o soplo cardiaco, desencadenante de trombosis mesentérica o síndrome de derrame pleural, secundario a absceso hepático roto.

Diagnóstico imagenológico

Es recomendable realizar estudios imagenológicos abdominales, con base en los siguientes escenarios:

Paciente inestable, el cual no amerite laparotomía inmediata, ni sea seguro trasladarlo de la unidad de cuidados intensivos (UCI),

Paciente adulto estable, que no amerite laparotomía inmediata, se recomienda realizar tomografía computarizada.

Estudios de laboratorio

Se recomienda solicitar los siguientes estudios de laboratorio, con fines diagnósticos, pronósticos, indicadores de severidad y monitoreo de tratamiento, según sea el cuadro clínico y la orientación diagnóstica:

- Biometría hemática completa, con diferencial
- Glucosa sérica
- Pruebas de funcionamiento hepático completo
- Pruebas de función renal
- Depuración de creatinina (6 horas, 24 horas)
- Tiempos de coagulación, INR
- Enzimas musculares
- Dímero D
- Examen general de orina
- Cortisol
- PCR
- Pro- calcitonina

- Hemocultivos para bacterias y hongos
- 1 – 3 Beta-D-Glucano
- Cultivo-biopsia de zona afectada

Puede valorarse la realización de radiografía abdominal o torácica, con base en el cuadro clínico del paciente. Es importante recalcar que a todo paciente que tenga respuesta inflamatoria sistémica, y no tenga foco infeccioso determinado o sospechado, se sugiere realizar estudio de tomografía abdominal. (LUIS A. GORDONO 2015)

Recomendaciones en el manejo.

El tratamiento quirúrgico de un foco séptico abdominal debe efectuarse a la mayor brevedad posible, pues el retraso del tratamiento mayor a las 24 horas aumenta el riesgo de mortalidad y morbimortalidad de los pacientes. Debe valorarse la intervención por abordaje laparoscópico, endoscópico.

En caso de que se decida tratamiento antibiótico conservador y el paciente no refiera mejoría, está indicado el tratamiento quirúrgico. Las heridas quirúrgicas deben de revisarse constantemente durante el día sobre todo si se sospecha de complicaciones.

Tratamiento.

El tratamiento de la sepsis abdominal se fundamenta sobre tres pilares básicos que son:

Manejo antibiótico adecuado según decrete el médico tratante

Una buena técnica operatoria si es necesaria y

Un buen soporte metabólico y hemodinámico del paciente. (CIRUGIA 2015)

1.1 JUSTIFICACION

El síndrome de dificultad respiratoria es una patología que afecta mayormente a la persona que sufre sepsis de origen abdominal ya que por el cual se ve afectado su sistema respiratorio en la actualidad se evidencia de un alto porcentaje de personas que ingresan por emergencia con un SDR causada por: peritonitis, abscesos, lavado peritoneal, relaparatomía fallida, apendicitis u otras enfermedades asociadas que provoquen infecciones y afecten el sistema respiratorio, este síndrome de dificultad respiratoria por lo que se justifica la alta incidencia de esta patología en el área de UCI y emergencia de los hospitales del país, El tratamiento está basado en las medidas terapéuticas de antibioticoterapia, soporte nutricional, ventilatorio y hemodinámico.

Las infecciones intraabdominal constituyen una porción considerable de las complicaciones de la cirugía general y la mortalidad y morbilidad relacionadas constituyen un problema importante para las instituciones de salud debido a que los pacientes con infecciones intraabdominal tienen una tasa de mortalidad de aproximadamente el 30% a nivel mundial que puede llegar a más del 50% en casos de sepsis.

La sepsis abdominal se convierte en un problema importante para el paciente que la padece ya que puede desarrollar un shock séptico si la infección fue mal controlada y además característicamente desarrollará una desregulación de la inmunidad.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General

Conocer las diferentes causas que producen el Síndrome de Distres respiratorio por sepsis abdominal.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Determinar la prevalencia del paciente ingresado por SDRA debido a sepsis de origen abdominal.
- Analizar las diferentes complicaciones asociadas al SDRA en paciente, debido a sepsis de origen abdominal.
- Emplear el cuidado necesario que necesite el paciente ingresado por SDRA debido a sepsis de origen abdominal.

1.3 DATOS GENERALES

Nombre: NN	Lugar de Nacimiento: Babahoyo – Los Ríos
Apellido: NN	Número de historial clínico: 44100
Edad: 50 años	Grupo sanguíneo: O Factor RH: +
Etnia: Montubio	Sexo: Femenino

Fuente: Hospital General IESS Babahoyo. Unidad de Cuidados Intensivos

CAPITULO II

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1. ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE.

Paciente femenino de 50 años de edad que acude al área de emergencia por presentar un cuadro sintomatológico con presencia de dolor abdominal.

Temperatura corporal mayor a 38°c

Historial clínico del paciente

Antecedentes patológicos personales:

No refiere

Antecedentes personales quirúrgicos:

No refiere

Antecedentes patológicos familiares:

Padre: No refiere

Madre: No refiere

Alergias:

No refiere

2.2 Anamnesis

Paciente femenino de 50 años de edad que llegó al área de emergencia por presentar dolor abdominal, pocas horas después el paciente es derivado al área de cirugía donde se le practica una cirugía de emergencia debido a una peritonitis, 24 horas después de la cirugía el paciente entra en un foco infeccioso por lo que es derivado al área de cuidados intensivos, producto de la infección abdominal se procede a intubar al paciente el cual presenta un cuadro de Síndrome De Distres Respiratorio.

2.3 Exploración clínica

Examen físico

Examen físico

Piel: No presenta cianosis

Cráneo: estructura normal

Boca: Deshidratada

Labios: Deshidratados

Cuello: Condición normal

Tórax: Retracción toraco-abdominal

Abdomen: asincronía toraco-abdominal

Peso: 59 kg **Talla:** 1.66 mts

Índice masa corporal: 25

EXPLORACIÓN CLÍNICA

Signos clínicos

Frecuencia cardíaca: 75 latidos por minuto

Frecuencia respiratoria: 30 resp/min, (Presenta sonidos en campo pulmonar, roncus, sibilancia, estertores).

Temperatura: 38.0°C

Presión arterial: 100/90 mmHg

2.4 Información de exámenes complementarios realizados.

Exámenes complementarios

Análisis de sangre

- Hemoglobina: 12 g/dL
- Eritrocitos: 4.5 millones/mm³
- Hematocrito: 35%
- Leucocitos: 30.700/mm³
- Trombocitos: 100.000/mm³

Análisis de gases arteriales

- PaO₂: 40mmHg
- PaCO₂: 70 mmHg
- PH: 7.20
- HCO₃: 16 mEq/L
- Be: 2.0

Otros análisis

- Pulsioximetría: SatO₂: 83%

Radiografía torácica

- Infiltrados alveolares difusos en ambos campos pulmonares.

2.5 Formulación de diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

Diagnóstico presuntivo: Peritonitis

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia Respiratoria

Diagnóstico definitivo: Síndrome De Distres Respiratorio Agudo

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

El problema se originó con la presencia de dolor abdominal, realizando los debidos exámenes complementarios diagnosticando una peritonitis, se somete a la paciente a cirugía y es derivada al área de cuidados intensivos bajo ventilación mecánica, donde se le presenta un cuadro clínico con desaturación de oxígeno, cianosis, por lo q se determina a realizar una radiografía de tórax en la cual se observa infiltrados alveolares diagnosticándose un síndrome de distres respiratorio, esto se originó debido a que el agente infeccioso que estaba en la cavidad abdominal emigro hacia los pulmones infectándolos.

Conducta a seguir

El primer paso a seguir seria el tratamiento terapéutico adecuado para tratar la infección originada por la sepsis abdominal, para lo cual se suministró dosis de antibióticos adecuadas para lograr controlar el foco infeccioso que origino el cuadro de Síndrome De Distres Respiratorio agudo.

Para el cuadro clínico del Síndrome De Distres Respiratorio Agudo se procede a realizar la correcta aspiración de secreciones, lavado bronco- alveolar con dosis adecuadas de solución salina.

También se procede a colocar en posición decúbito prono al paciente por periodos alternados de 16 horas, ya que en este posicionamiento mejora la funcionalidad de las áreas no funcionales del pulmón, logrando así una mejor oxigenación.

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

La conducta problemática es el síndrome de distres respiratorio causado por sepsis de origen abdominal, la manera clave para ayudar a la mejoría y aliviar la sintomatología de la paciente es suministrando el tratamiento debido y adecuado mencionado anteriormente, ya que este se adapta adecuadamente a la enfermedad que padece.

2.8 Seguimiento.

El proceso a seguir que se le realizo a la paciente desde su ingreso fue el que se detalla a continuación.

20/11/2019.

Paciente que llego al área de emergencia por presentar un cuadro clínico de dolor abdominal, se procede a realizar los exámenes complementarios, dando como diagnostico una peritonitis. Se somete a cirugía de emergencia

Pasada las 24 horas la paciente desarrolla un cuadro sintomatológico, presentando cianosis, disnea, saturación de oxígeno 85%, se procede a realizar oxigeno terapia con cánula nasal suministrando 6 litros de oxígeno.

21/11/2019.

No se observa mejoría de la paciente, por lo que se procede a intubar y someterla a ventilación mecánica.

Paciente conectada a ventilación mecánica bajo los siguientes parámetros.

Volumen corriente de 350 ml

Fracción inspirada de oxigeno de 50% luego se procede a subirla al 80%.

Frecuencia respiratoria de 16 respiraciones por minuto.

PEEP (Presión Positiva Al Final De La Expiración) de 8 cmH₂O.

23/112019

Paciente ingresada en el área de cuidados intensivos, con plan terapéutico de Terapia Respiratoria.

Aspiración de secreciones, cambio de sujetador del tubo endotraqueal, lavado bronco-alveolar con solución salina.

Insuflación del neumotaponador del tubo endotraqueal a 25 cmH₂O.

26/11/2019

Se le realiza procedimiento para la colocación de vía central

Se le coloca sonda nasogástrica.

29/11/2019.

Se procede a realizar ventilación mecánica en posición decúbito prono, por periodos prolongados de 16 horas. Se observa mejoría en la oxigenación de la paciente

03/12/2019.

Paciente con plan de Terapia Respiratoria, se procede a cambiar el modo ventilatorio de asistido controlado a PSV (Ventilación Con Presión Soporte)

07/12/2019.

Paciente estable con ausencia de sedación orientada en tiempo y espacio, se procede a hacer prueba de ventilación espontánea colocándola en tubo en T.

Respondiendo favorablemente al procedimiento

10/12/2019.

Se procede a extubar la paciente ya que respondió favorablemente al plan terapéutico.

Se la coloca en ventilación mecánica no invasiva con máscara de oxígeno a 6 litros por minuto.

Sigue con Plan De Terapia Respiratoria:

Oxigenoterapia

Control gasométrico

Nebulizaciones con salbutamol cada 8 horas

Cambio de máscara de oxígeno cada 48 horas

Control de los parámetros respiratorios

Frecuencia respiratoria.

Saturación de oxígeno.

.

2.9 Observaciones

Si La paciente evoluciona progresivamente de manera favorable como lo ha hecho hasta el momento se considerara darle el alta hospitalaria, para que continúe con su recuperación en casa, se le recomienda a los familiares continuar con el tratamiento prescrito por el médico para lograr la absoluta recuperación de la paciente.

Además deben mantener una estricta norma de higiene, así como también deben mantener limpio y desinfectado el domicilio para evitar cualquier tipo de reinfección que pueda afectar al sistema respiratorio.

CAPITULO III

CONCLUSIONES

Se considera que el síndrome de Distres respiratorio agudo en un paciente puede ser causado por diferentes factores, el síndrome de Distres respiratorio agudo causado por sepsis abdominal constituye una de las tasas más elevadas de mortalidad de un paciente ingresado a la unidad de cuidados intensivos.

Se llegó a la conclusión que el síndrome de Distres respiratorio agudo asociado a la sepsis abdominal ocurre cuando la infección que se situaba en la cavidad abdominal emigra hasta el aparato respiratorio infectando a los pulmones, ocasionando que estos no puedan realizar su correcto funcionamiento, generando una dificultad para respirar (disnea). Cianosis, y desaturación de oxígeno debido a que los pulmones no pueden desarrollar el proceso de hematosis que se da lugar en la membrana alveolo capilar, por lo cual no son capaces de eliminar el dióxido de carbono de las células del organismo.

Este tipo de pacientes deben de cumplir una recuperación de manera total, con la finalidad de que los pulmones sean capaces de desarrollar sus funciones, los pacientes que padecieron de síndrome de Distres respiratorio agudo y se han recuperado de dicha enfermedad, quedan con secuelas en sus pulmones debido a que la infección ocasiona un daño permanente en áreas funcionales del pulmón (alveolos pulmonares). Las secuelas provocadas por el síndrome de Distres respiratorio agudo es la dificultad para respirar (disnea) así como también la fibrosis pulmonar debido al daño que produce dicho síndrome en el tejido pulmonar haciendo que este pierda su elasticidad, volviéndolo más rígido. Para mejorar la calidad de vida de los pacientes recuperados de síndrome de Distres respiratorio agudo, debe de realizar ejercicios respiratorios así como también pruebas de función pulmonar y control por parte del personal médico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALONSO, ROBERTO DELANO. 2016.

<https://www.asieslamedicina.org.mx/sepsis-abdominal/?pdf=2367>.

CIRUGIA, REVISTA MEDICA DE. 2015.

<https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/cirugia/vc-153/cirugia15300-sepsis1/>.

CRITICOS, ENFERMERIA DE CUIDADOS. 2016.

<https://ajibarra.org/D/post/sepsisabdominal/>.

ELISA ESTENSSORO, ARNALDO DUBIN. 2016.

<http://www.medicinabuenosaires.com/PMID/27576283.pdf>.

Herrero, Rocio Lopez. FEBRERO de 2020. <https://anestesiario.org/2020/manejo-del-sindrome-de-distres-respiratorio-agudo-sdra-que-hay-de-nuevo/>.

Juan Diego Salazar, Fabiola idalgo. «SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO.» *REVISTA CLINICA*, 2018:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2019/ucr191g.pdf>.

LUIS A. GORDONO, ORLANDO.R PEREZ NIETO. *REVISTA MEXICANA DE CIRUGIA DEL APARATO DIGESTIVO* . 2015.

http://www.amcad.mx/revista153/CAD153-05-Sepsis_protegido.pdf.

mayo clinic . 2016. [https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-](https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/ards/symptoms-causes/syc-20355576?utm_source=Google&utm_medium=abstract&utm_content=Acute-respiratory-distress-syndrome&utm_campaign=Knowledge-panel)

[conditions/ards/symptoms-causes/syc-](https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/ards/symptoms-causes/syc-20355576?utm_source=Google&utm_medium=abstract&utm_content=Acute-respiratory-distress-syndrome&utm_campaign=Knowledge-panel)

[20355576?utm_source=Google&utm_medium=abstract&utm_content=A-](https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/ards/symptoms-causes/syc-20355576?utm_source=Google&utm_medium=abstract&utm_content=Acute-respiratory-distress-syndrome&utm_campaign=Knowledge-panel)

[cute-respiratory-distress-syndrome&utm_campaign=Knowledge-panel.](https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/ards/symptoms-causes/syc-20355576?utm_source=Google&utm_medium=abstract&utm_content=Acute-respiratory-distress-syndrome&utm_campaign=Knowledge-panel)

medline plus . 2020. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000103.htm>.

NAHARRO, JOSE MONSALVE. 06 de SEPTIEMBRE de 2017.

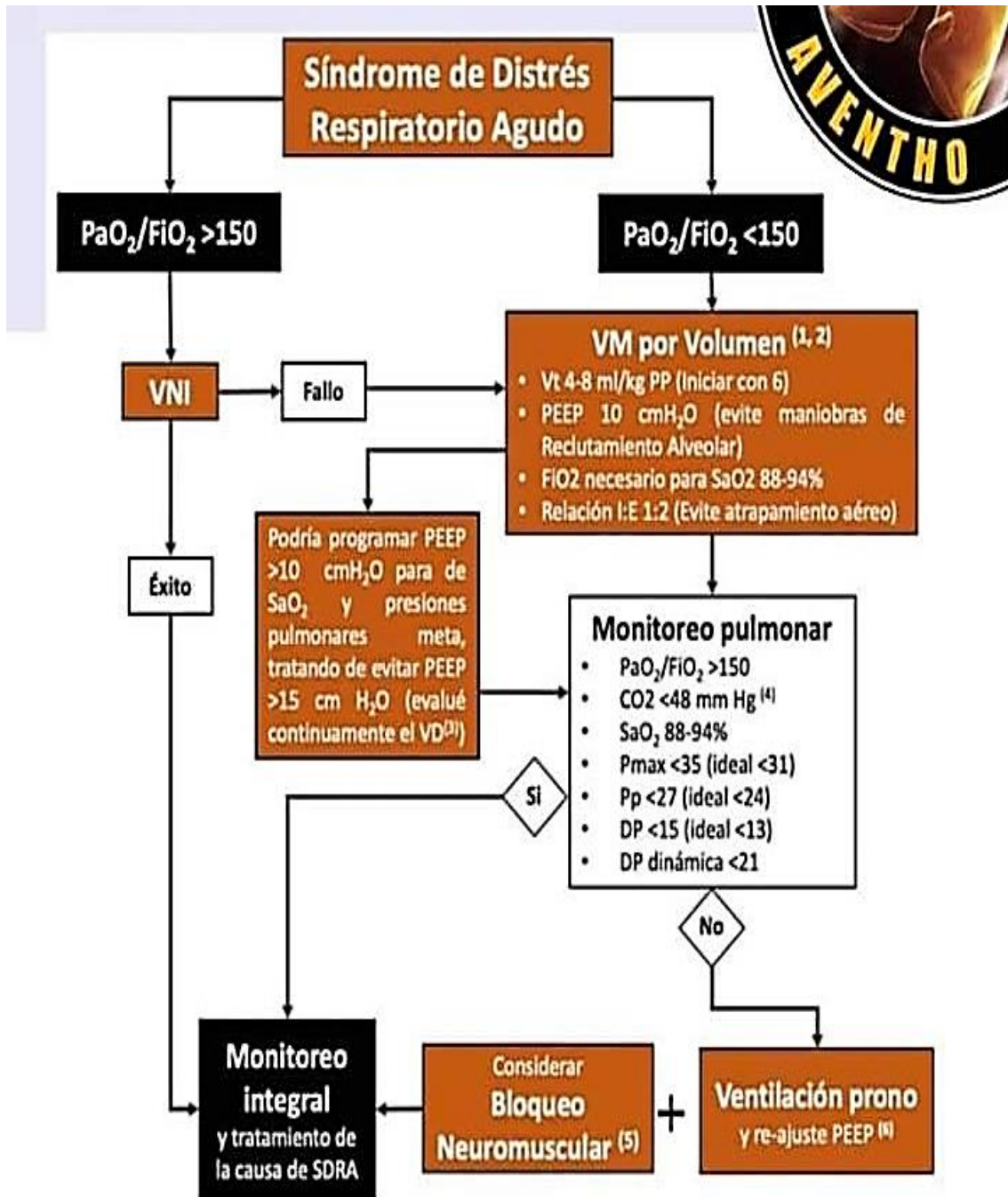
<https://anestesiario.org/2017/ventilacion-mecanica-en-pacientes-con-sindrome-de-distres-respiratorio-agudo-lo-que-ya-sabiamos/>.

SANCHEZ, ALEJANDRO. 2018.

<https://www.cun.es/dam/cun/archivos/pdf/publicaciones-cun/urgencias/guia-actuacion-sepsis>.

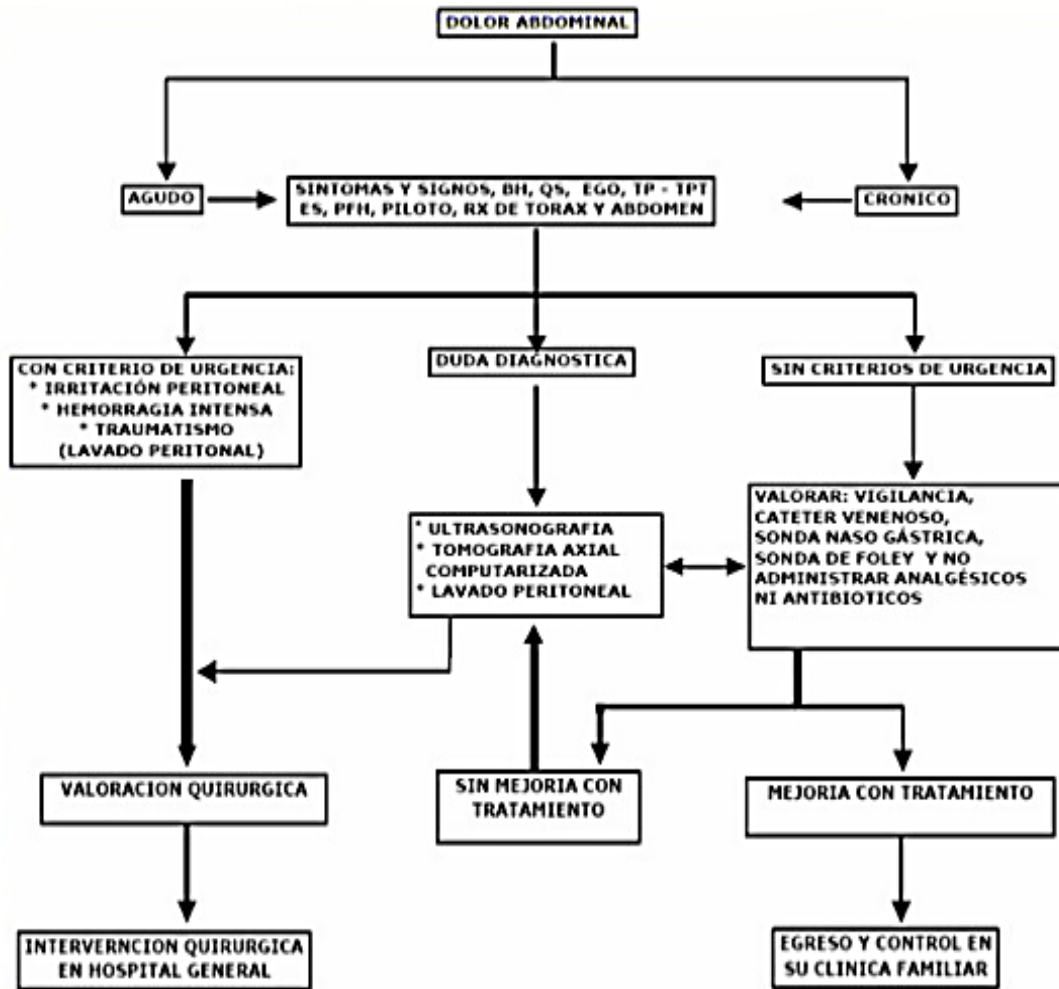
ANEXOS

ANEXO I



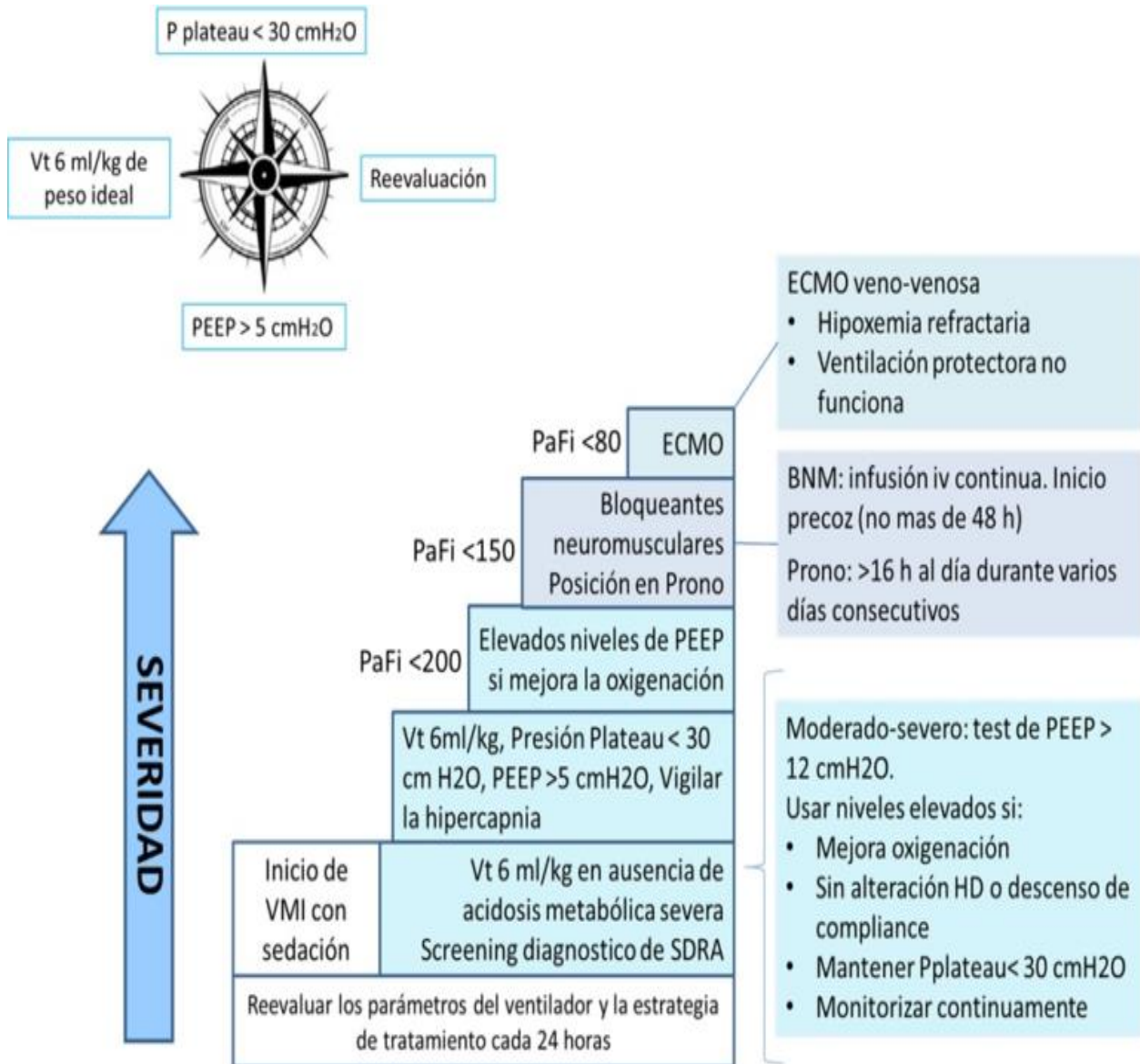
FUENTE: Ventilación Mecánica AVENTHO.

ANEXO II



SE DEBERA INDIVIDUALIZAR
CADA PACIENTE

ANEXO III



Fuente: Rocío López Herrero.

ANEXO IV



Realizando la técnica de aspiración por tubo endotraqueal a paciente con síndrome de distres respiratorio ocasionado por sepsis de origen abdominal sometido a ventilación mecánica en el área de cuidados intensivos.