



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE: SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE: TERAPIA RESPIRATORIA

**Componente Practico del Examen Complexivo previo a la obtención del
grado académico de Licenciado(a) en Terapia Respiratoria**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

**INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN PACIENTE DE SEXO
FEMENINO DE 86 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE
HIPERTENSION ARTERIAL**

AUTOR

JOSELYN ANDREA RUIZ HINOSTROZA

TUTOR

DR. TERÁN AGUILERA MANUEL IGNACIO

Babahoyo- Los Ríos- Ecuador

2020

TEMA DE CASO CLINICO

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN PACIENTE DE SEXO
FEMENINO DE 86 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE
HIPERTENSION ARTERIAL

INDICE

Tema de caso clinico.....	II
Agradecimiento	IV
Dedicatoria	V
Abstract.....	VII
Introduccion.....	VIII
I. Marco Teórico.....	9
1.1. Justificación	18
1.2. Objetivos	19
1.2.1 Objetivo general.....	19
1.2.2 Objetivos específicos	19
1.4. Datos generales	20
II. Metodología de diagnóstico	21
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.....	23
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial, definitivo.	27
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.	28
2.8 Seguimiento	30
2.9 Observaciones	32
Conclusiones.....	33
Bibliografía.....	34
Anexos	35

AGRADECIMIENTO

Agradezco a toda mi familia por ser mi motor a seguir adelante por sus valores y a guiarme con una frase que es muy especial para mí, que con perseverancia y constancia se alcanza todo.

A mis docentes que impartieron sus conocimientos y que no solo fueron docentes simplemente sino aquellas personas que con un hermoso corazón formaron parte de mi aprendizaje y de mi vivencia y que les viviré agradecida.

A mi prestigiosa Universidad Técnica de Babahoyo, que abrió sus puertas para que esta humilde estudiante, ingrese con uno de mis mayores sueños y que ahora se hizo realidad y al primordial motor de mi vida al rey de reyes y señor de señores a ese Dios maravilloso que me acompañó en todo este proceso.

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico al promotor de mi vida a Dios por bendecirme y permitir llegar hasta donde estoy, a mis padres por ser quienes me encaminaron en buenos caminos, a mi pequeña familia ya que son mi motor de seguir en lucha por mis sueños.

Y a cada uno de mis docentes que impartieron sus conocimientos durante todos mis periodos académicos y permitir tener un avance en este gran pasó que doy.

RESUMEN

Este caso clínico está basado en la insuficiencia respiratoria aguda en la que se considera como la incapacidad del aparato respiratorio para conservar el intercambio de gases, y así tener los niveles arteriales de oxígeno y de dióxido de carbono adecuados para las demandas del metabolismo celular.

Esta es una de las causas más frecuentes de morbilidad la cual es una puerta de entrada a urgencias en la atención hospitalaria transferida en el área de cuidados intensivos.

Mediante la aplicación de proceso de atención de terapia respiratoria con la valoración de antecedentes del paciente y exámenes para diagnosticar y tener un diagnóstico exacto y así mismo como todos sus métodos, procesos y tratamiento terapéutico como lo es la ventilación mecánica no invasiva, para mejorar así su cuadro sintomatológico y de signos que se presenta en la insuficiencia respiratoria aguda.

Este caso fue indagado con el propósito de manifestar el proceso de atención de terapia respiratoria con los cuidados necesarios para obtener un progreso favorable y eficacia en el paciente de 86 años en el servicio del área de cuidados intensivos del Hospital Luis Vernaza con insuficiencia respiratoria aguda.

Palabras claves

Ventilación mecánica no invasiva, insuficiencia respiratoria aguda, terapia respiratoria, hipertensión arterial, antecedentes hipertensivos.

ABSTRACT

This clinical case is based on acute respiratory failure in which it is considered the inability of the respiratory system to conserve gas exchange, and thus have adequate arterial oxygen and carbon dioxide levels for the demands of cellular metabolism.

This is one of the most frequent causes of morbidity, which is a gateway to the emergency room in hospital care transferred to the intensive care area.

Through the application of the respiratory therapy care process with the evaluation of the patient's history and examinations to diagnose and have an exact diagnosis and also all its methods, processes and therapeutic treatment such as non-invasive mechanical ventilation, to improve as well its symptomatological picture and signs that occurs in acute respiratory failure.

This case was investigated with the purpose of showing the respiratory therapy care process with the necessary care to obtain favorable progress and efficacy in the 86-year-old patient in the intensive care area of the Luis Vernaza Hospital with acute respiratory failure.

Key words

Non-invasive mechanical ventilation, acute respiratory failure, respiratory therapy, arterial hypertension, hypertensive history.

INTRODUCCION

La insuficiencia respiratoria aguda se presenta como una de las mayores causas de morbilidad y mortalidad en América Latina por su baja disposición de cumplir las funciones básicas del aparato respiratorio, ya que no puede generar sus funciones de manera correcta en la cual se maneja directamente en el área de Unidad De Cuidados Intensivos.

Este caso clínico está basado en una paciente de sexo femenino con 86 años de edad que presento dificultad para respirar, problemas cardiovasculares, expectoración amarillenta, fiebre cuantificada durante las horas de la noche de 38 grados, adinamia y astenia, en el Hospital Luis Vernaza, donde se le diagnosticó insuficiencia respiratoria aguda con antecedentes de hipertensión arterial se determinó así por motivo de su incapacidad en el sistema respiratorio ya que no cumplía su función básica, que es el intercambio gaseoso de oxígeno y dióxido de carbono entre el aire ambiental y la sangre circulante, en el que se concretó por sus factores que son la edad, los antecedentes y el estado en el que llegó el paciente de motivo que se debe manejar de forma inmediata, aplicando inmediatamente las medidas de soporte básico o avanzado en forma eficiente de acuerdo a las necesidades del metabolismo del mismo.

I. MARCO TEÓRICO

El aparato respiratorio es el que se encarga de ejecutar el intercambio de gases entre el aire ambiente y la sangre, en la que la captación de oxígeno (O₂) y la eliminación de anhídrido carbónico (CO₂), en la cual su característica es cumplir su primordial función. La insuficiencia respiratoria se determina por la invalidez del aparato respiratorio para conservar un adecuado intercambio gaseoso en la que es necesario para suministrar las disposiciones metabólicas del organismo. (A. Arnedillo Muñoz)

Clásicamente se define la insuficiencia respiratoria (IR) cuando en reposo, vigilia y respirando aire ambiente, la presión arterial de O₂ (PO₂) es menor de 60 mmHg y/o la presión arterial de CO₂ (PCO₂) es mayor de 45 mmHg. Los valores normales para la PCO₂ oscilan entre 35-45 mmHg.

El aumento de la PCO₂ por encima de 45 mmHg se considera hipercapnia y la disminución del mismo por debajo de 35 mmHg se define como hipocapnia. Hay que tener en cuenta que es el CO₂ disuelto el que determina la presión arterial en sangre de CO₂ (al igual que el O₂). (A. Arnedillo Muñoz)

De acuerdo al tiempo de instauración se puede clasificar como:

- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA (IRA): Cuando su instauración es de forma más rápida que puede ser en minutos, horas o días esta se puede determinar por ciertas variaciones en la oxigenación y en el equilibrio ácido-básico.

- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRONICA (IRC): Esta se establece de una forma más despacio y normalmente se coloca en marcha los diferentes mecanismos de compensación principalmente renales para así corregir los cambios que pueden llegar a producirse dentro del equilibrio ácido-básico.
- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRONICA AGUDIZADA (IRCA): se determina a la que conlleva a paciente que poseen una insuficiencia respiratoria crónica en la cual en su trayecto esta presenta una descompensación. (A. Arnedillo Muñoz)

Es de mayor importancia considerar de una forma correcta al enfermo en algunas de estas condiciones, ya que dentro de estos parámetros es donde se debe valorizar al paciente, todas las metas que se comprometen en perseguir y junto con ellos los métodos terapéuticos en la que se debe emplear. (E. Cruz Mena, 2015)

La insuficiencia respiratoria se puede determinar por una falla del pulmón en la que esta se determina como un órgano que permite el intercambio de gases o a su vez una insuficiencia que se determina como una bomba ventilatoria. De la siguiente manera esta se encuentra establecida por tórax y los músculos que permiten cambiar a lo que se respecta como un volumen pulmonar, los centros respiratorios que dirigen estos músculos junto con ellos los nervios que de manera interna se conectan (E. Cruz Mena, 2015)

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

La insuficiencia respiratoria aguda (IRA) se denomina a la invalidez que presenta el sistema respiratorio en efectuar su función básica, la cual es el intercambio gaseoso de oxígeno y dióxido de carbono que se da entre el aire ambiental y la sangre circulante, se procede a realizar de forma más eficaz y de una manera más adecuada para las necesidades metabólicas del organismo, teniendo siempre presente la edad junto con ello también los antecedentes y la altitud en la que se pueda encontrar el paciente. (Muñoz, Insuficiencia respiratoria aguda)

De manera que su efecto inicial en la insuficiencia respiratoria se puede llegar a mostrar con alteraciones en el nivel de oxígeno (O₂) y/o de anhídrido carbónico (CO₂), en la que de tal manera se explica, qué dentro del sistema respiratorio podemos diferenciar en primer lugar los pulmones y su circulación, ya que desde ahí es donde se empieza a realizar el intercambio gaseoso, su variación puede llevar a producir una hipoxemia (Muñoz, Insuficiencia respiratoria aguda)

Según los valores de la gasometría arterial, la insuficiencia respiratoria se clasifica en dos subtipos:

- Insuficiencia respiratoria parcial: Se define como la disminución de la presión parcial de oxígeno por debajo de 60 mmHg. (P_{O₂} < 60 mmHg)

- Insuficiencia respiratoria global: Se define como la disminución de la presión parcial de oxígeno por debajo de 60 mmHg más el aumento de la presión parcial de dióxido de carbono por encima de 45 mmHg. ($P_{O_2} < 60 \text{ mmHg} + P_{CO_2} > 45 \text{ mmHg}$)

De acuerdo al proceso de la insuficiencia respiratoria esta se rige a la enfermedad causal y a las alteraciones fisiopatológicas resultantes, así que se conlleva a esto para que de una u otra forma controle los aspectos anteriores con una mantención de la oxigenación tisular en la que no vaya a proporcionar algún daño irreparable y sea así compatible con la vida. (E. Cruz Mena, 2015)

MANIFESTACIONES CLINICAS DE HIPOXIA E HIPERCARBIA

HIPOXIA	HIPERCARBIA
Compromiso neurológico	Compromiso neurológico
Cambios de personalidad	Cefalea
Confusión	Confusión
Ansiedad	Sopor
Convulsiones	Coma
Coma	Convulsiones
Compromiso circulatorio	Asterixis
Taquicardia	Mioclonías
Híper o hipotensión	Edema papilar
Arritmias e insuficiencia cardíaca	Compromiso circulatorio
Ángor	Arritmias
Signos de hipoxemia	Hipotensión
Taquipnea	
Cianosis	

De esta manera los mecanismos de compensación y adaptación son de manera más eficaces, en la que consta una gran pasividad del organismo a la hipoxemia e hipercarbia, la cual se tienden lentamente, de manera que el análisis de la insuficiencia respiratoria en estas situaciones sólo puede llegar a darse a través de un análisis de los gases arteriales. De otra forma, si las alteraciones se conllevan de una forma más rápida estas pueden llegar a existir con síntomas más evidentes. Las manifestaciones clínicas de hipoxia e hipercarbia se resumen en la Tabla. Evidentemente, a estos síntomas y signos se agregan las manifestaciones clínicas propias de la enfermedad causal. Respecto a algunos de estos síntomas y signos es conveniente anotar algunos comentarios (E. Cruz Mena, 2015).

MANIFESTACIONES CLINICAS

Disnea. Habitualmente antecede a la alteración de los gases arteriales, como resultado del mayor trabajo respiratorio o de la disminución de la capacidad neuromuscular. La hipoxemia y la hipercarbia intervienen indirectamente, por el aumento de la demanda ventilatoria que pueden determinar. La disociación entre disnea e insuficiencia respiratoria es muy frecuente en las formas crónicas, no así en la insuficiencia respiratoria aguda, en la cual la disnea constituye habitualmente el primer elemento clínico que permite sospecharla.

Taquicardia. Es una manifestación bastante constante en la hipoxemia, pero tiene el inconveniente de ser inespecífica.

Taquipnea. Para que la hipoxemia determine un aumento significativo de la frecuencia respiratoria se requiere que la presión arterial de O₂ baje de aproximadamente 50 mmHg para que sea capaz de estimular los receptores periféricos. La taquipnea puede aparecer antes que se alteren los gases por estimulación de receptores del parénquima pulmonar o de la vía aérea por la enfermedad de base. A pesar de ser una manifestación bastante constante, es muy inespecífica.

Cianosis. Si es de tipo central, significa hipoxemia arterial, pero tiene las importantes limitantes de sensibilidad analizadas en el capítulo correspondiente.

Compromiso psíquico. La hipoxemia puede producir tanto excitación como depresión o alteraciones cognitivas, pero es corriente que enfermos con grados moderados no presenten alteraciones obvias y cuando se presentan son de baja especificidad. La retención de CO₂ suele producir somnolencia.

En suma, los signos clínicos de insuficiencia respiratoria suelen ser inespecíficos y generalmente tardíos en las formas crónicas, de manera que su diagnóstico oportuno sólo puede hacerse buscándola activamente cada vez que existan condiciones capaces de producirla. En la insuficiencia respiratoria aguda, en cambio, es corriente que algunos síntomas y signos alerten precozmente acerca de su presencia. (E. Cruz Mena, 2015)

La insuficiencia respiratoria aguda se la puede diagnosticar por:

La historia clínica del paciente.

Examen físico que dentro de estos exámenes se encuentra:

Escuchar los pulmones para ver si sus sonidos se encuentran normales o anormales.

Observar si sus uñas la piel o los labios se encuentran de color azulado.

Pruebas de diagnóstico como:

Oximetría de pulso: Se usa para la cantidad de oxígeno en la sangre.

Prueba de gasometría arterial: Mide los niveles de oxígeno y dióxido de carbono en la sangre.

Una vez determinada la patología que vendría a tratarse de la insuficiencia respiratoria, el médico buscará la causa donde se conlleva a una radiografía de tórax. Si el médico observa arritmias se procede hacer un electrocardiograma.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la insuficiencia respiratoria corresponde en dirigirse a una enfermedad causal y a sus alteraciones fisiopatológicas que den como resultado del mismo, hasta que se llegue a reconocer estos aspectos, a la mantención de la oxigenación tisular se debe determinar que esto no produzca

ningún daño irreparable y así esta sea relacionada con la vida (E. Cruz Mena, 2015)

CORRECCION DE LA HIPOXEMIA

Si bien muchos de los tratamientos empleados en insuficiencia respiratoria mejoran indirectamente los gases sanguíneos, la medida más directa para corregir la hipoxemia es la oxigenoterapia. En la insuficiencia respiratoria aguda se acepta que la oxigenoterapia debe indicarse con P_aO_2 (presión parcial de oxígeno) bajo 60 mmHg, ya que con esta cifra la saturación de O_2 (oxígeno) de la sangre arterial se encuentra en la parte vertical de la curva de disociación de la Hemoglobina, y cualquier pequeño descenso adicional la puede hacer caer a niveles peligrosos. (E. Cruz Mena, 2015)

Después de recuperarse de una crisis, algunos pacientes con insuficiencia respiratoria aguda o aguda sobre crónica pueden requerir este tipo de oxigenoterapia durante el período en que presenten algunos de los criterios mencionados. Cuando la hipoxemia se debe a anomalías cardiovasculares congénitas con cortocircuitos anatómicos crónicos, estos criterios varían, ya que no cabe esperar una reducción significativa de la hipoxemia con la oxigenoterapia. Afortunadamente, la tolerancia a la hipoxemia de estos pacientes es alta, por tratarse de procesos presentes desde muy temprano en la vida con gran desarrollo de mecanismos compensatorios. (E. Cruz Mena, 2015)

Evaluación de la oxigenoterapia

La evaluación de la oxigenoterapia se efectúa a través de la medición de los gases arteriales, que informan además sobre la P_aCO_2 y el equilibrio ácido-base.

En la insuficiencia respiratoria aguda, esta medición debe llevarse a cabo después de 15-20 minutos de oxigenoterapia para dar tiempo a que el O_2 alcance un estado de equilibrio. Actualmente se dispone de métodos no invasivos para efectuar esta evaluación, como es la oximetría de pulso, que informa de la saturación arterial de O_2 , recomendándose ajustar la FIO_2 de tal manera de mantener una SaO_2 igual o superior a 90%. En la insuficiencia respiratoria aguda sobre crónica y en la insuficiencia respiratoria crónica, el tiempo necesario para el equilibrio es mayor, por lo que se recomienda la medición entre 30 y 60 minutos después de iniciada la oxigenoterapia. En estos casos también puede emplearse la oximetría de pulso como una aproximación inicial, que no reemplaza a los gases arteriales, debido a que no informa sobre la P_aCO_2 y el estado ácido-base, variables que en estas condiciones revisten gran importancia.

La necesidad de mantener la oxigenoterapia continua debe ser evaluada regularmente. En los pacientes que se recuperan de una insuficiencia respiratoria aguda o aguda sobre crónica, esta reevaluación debe llevarse a cabo no más allá de 30 a 90 días del alta hospitalaria, cuando el paciente está clínicamente estable y ha recibido el tratamiento médico adecuado. En los pacientes con insuficiencia respiratoria crónica, en cambio, es suficiente hacer

estas reevaluaciones anualmente. Aunque la mayoría continuará requiriendo oxígeno suplementario, existen pacientes que presentan una mejoría significativa de la P_aO_2 , difícil de explicar, incluso después de necesitar oxigenoterapia durante varios años. (E. Cruz Mena, 2015)

1.1. Justificación

La hipertensión arterial como la insuficiencia respiratoria son dos complicaciones muy frecuentes dentro de una sala de un hospital, este estudio se elaboró con el fin de obtener un enfoque más profundo y claro sobre lo que implica el problema de los diferentes factores que se encuentran asociados a estos padecimientos agudos, ya que ambos pueden mejorar radicalmente si se trata a tiempo o puede desmejorar sino se sigue un tratamiento determinado para su rápida recuperación.

Se procura analizar los efectos que relacionan la insuficiencia respiratoria aguda con el antecedente de hipertensión arterial de la paciente de sexo femenino de 86 años de edad en el servicio del área de cuidados intensivos del Hospital Luis Vernaza (Guayaquil). Para ello se realizó una evaluación inmediata de los antecedentes completos de la paciente para verificar si la insuficiencia respiratoria se trataba de alguna causa en específica del paciente y de manera eficaz se ejecutó las intervenciones del área de terapia respiratoria para su respectivo cuidado y seguimiento.

En la que esté presente caso tiene como función concientizar al personal que se debe manejar una intervención inmediata de tratamientos terapéuticos sin necesidad de invadir al paciente como lo es con la ventilación mecánica invasiva o sistema de alto flujo, junto con ello las valoraciones del paciente en su entrada hospitalaria hasta su progreso dentro del mismo.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar de qué manera se involucra la hipertensión arterial en la insuficiencia respiratoria aguda

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el perfil epidemiológico de los pacientes diagnosticados con insuficiencia respiratoria con antecedentes de hipertensión arterial.
- Analizar los datos obtenidos, para determinar el nivel de independencia funcional que tiene un paciente que ha tenido antecedentes de hipertensión arterial con insuficiencia respiratoria aguda.
- Determinar un tratamiento específico dirigiéndose a la enfermedad causal y a las alteraciones fisiopatológicas del mismo.

1.4 DATOS GENERALES

APELLIDOS	Aucapiña Chuya
NOMBRES	Maria Juana
NUMERO Id	CC-0907955942
NUMERO DE INGRESO	3337451-2
SEXO	FEMENINO
EDAD INGESADA	86 AÑOS
EDAD ACTUAL	86 AÑOS
CAMA	UP19
UBICACIÓN	UCI PRIVADO C. SOTOMAYOR
SERVICIO	UCI PRIVADO C. SOTOMAYOR
RESPONSABLE	Coordinación Zonal 8 Salud

FUENTE: HOSPITAL LUIS VERNAZA

ELABORADO POR: JOSELYN ANDREA RUIZ HINOSTROZA

II. METODOLOGÍA DE DIAGNÓSTICO

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

Paciente de 86 años de edad nacido y residente de Naranjal, viuda, católica, diestro grupo sanguíneo se desconoce con antecedentes de hipertensión en tratamiento con noloten y diabética en tto con amaryl, que cursa cuadro clínico de evolución caracterizado por tos, expectoración amarillenta, fiebre cuantificada durante horas de la noche 38 grados, adinamia y astenia, dificultad respiratoria, despierta obedeciendo órdenes.

Familiar ausente por motivos de trabajo, presencia hace 12 horas cuadro clínico mencionado, motivo por el cual acude a esta casa de salud

Antecedentes

Personales

Enf. Cardíaca: Hipertensión arterial

Enf. Metabólica: Diabetes

Enf. Hemo LINF: Anemia

2.2 Principales datos clínicos que refiere al paciente sobre la enfermedad actual.

Los síntomas que presento el paciente son los siguientes:

- déficit de la fuerza muscular

- Hipercapnia
- Hipoxemia
- Hipertensión arterial

Tipo de Evolución: Especialidad Terapia Intensiva

El paciente sigue presentando cuadro clínico con una disminución anormal de la presión parcial de oxígeno junto con ello un aumento de la presión parcial del dióxido de carbono en la sangre

Conllevando arritmias en el corazón resistiendo una hipertensión arterial.

2.3 Examen físico (exploración clínica)

SIGNOS VITALES:

Frecuencia Cardíaca: 103 Latidos/ min

Frecuencia Respiratoria: 16 respiraciones por minuto

Ventilación asistida: No

Temperatura: 38"

Saturación de Oxígeno: 81%. Sin oxígeno

Tipo de respiración: Anormal

Lugar de la toma: Axilar

FiO2: 21%

CONDICIONES GENERALES

Aspecto general: Malo

Color de la piel: Normal

Estado de hidratación: Hipovolémico

Estado de conciencia: Somnoliento

Estado de dolor: Leve

Orientado en tiempo: No

Orientado en persona: Si

Orientado en espacio: Si

Condición al llegar: Vivo-inestable

Posición corporal: Decúbito dorsal

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

ESTUDIOS DE LABORATORIO:

- Gases arteriales
- Fosforo
- Magnesio
- Calcio
- Sodio potasio, cloro
- HB glicosiladina
- Glucosa
- Creatinina
- TTP
- Urea
- Biometría hemática
- Orina
- Perfil lipídico
- Péptido natri urético

- CKMB
- CPK
- Troponina
- Cultivo de esputo
- Hemocultivos aerobios

EXAMEN FISICO POR REGIONES

PIEL Y FANERAS

PIERL Y FANERAS: Normal

CABEZA

CABEZA: Normal

OJOS: Normal

OIDOS: Normal

NARIZ: Normal

BOCA: Anormal, mucosas secas

ORO FARINGE: Normal

CUELLO

CUELLO: Normal

TORAX

AXILAS-MAMAS: Normal

TORAX: Anormal, estertores bilaterales

ABDOMEN

ABDOMEN: Normal

PELVIS

INGLE-PERINE: Normal

GENITALES: Normal

ANO: Normal

EXTREMIDAD

MIEMBRO SUPERIORES: Normal

MIEMBROS INFERIORES: Normal

DIAGNOSTICO Y PLAN

DIAGNOSTICO DE INGRESO

NOMBRE DE INGRESO	CODIGO DX	ESTADO INICIAL
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	J960	En estudio

IMAGENOLOGIA

TC (tomografía computarizada) TORAX SIMPLE

Insuficiencia respiratoria con parchado bilateral

ANALISIS

Niveles de glucosa variables se solicitará

Imagenología:

RX infiltrado de ambas bases mayor de lado derecha

PRESION ARTERIAL

Fecha-hora	M/A	Sistólica	Diastólica	PA media	Lugar de toma	Posición	Otra
04/12/2019 13:24	manual	90	30	50	Miembro superior derecho	Decúbito dorsal	--

PULSO

Fecha-hora	Valor	P/A	Ritmo	Lugar de toma	Intensidad
04/12/2019 13:24	103	Presente	Rítmico	Radial derecho	Se palpa normal

VALORACION NEUROLOGICA

Fecha-hora	Glasgow				Diámetro pupilar		Responde a la luz	
	Apertura ocular	Respuesta motora	Respuesta verbal	Total	Ojo izquierdo	Ojo derecho	Ojo izquierdo	Ojo derecho
04/12/2019 13:21	Espontanea	Obedece ordenes	Orientado	15/15	3	3	si	si

ANALISIS

Hemo dinámicamente estable, con necesidad de oxígeno por mascarilla.

Taquicardia

Estertores crepitantes bilaterales.

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial, definitivo.

Basado en los resultados arrojados en los test anteriores, vemos que el paciente de sexo femenino; presenta resistencia al tratamiento, así como desconfianza a las demás personas, por lo cual el pronóstico se establece

ORDENES MEDICAS	
04/12/2019	Control de saturación de oxígeno
04/12/2019	Control del patrón respiratorio
04/12/2019	Control del nivel de conciencia y tamaño reacción pupilar
04/12/2019	Medidas antirreflejos
04/12/2019	Elevación de cabecera de la cama
04/12/2019	Glucometría capilar
04/12/2019	Control de signos vitales

como: **RESERVADO**

- **Diagnóstico presuntivo:** Examen respiratorio improductivo
- **Diagnóstico diferencial:** Peligro de retardo en el desarrollo
- **Diagnóstico definitivo:** Insuficiencia respiratoria aguda con antecedente de hipertensión arterial.

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

La paciente cursa un cuadro clínico donde se presenta una baja concentración oxígeno

El paciente puede presentar dificultad respiratoria originada por algún daño del tejido pulmonar en la que los pacientes pueden sufrir disnea, coloración azulada de la piel y estado de confusión o somnolencia.

Se puede derivar con diferentes causas de peligro en este trayecto se muestra a la insuficiencia respiratoria aguda con una:

- Alta mortalidad en los pacientes.
- Se puede derivar por problemas genéticos.
- Por antecedentes del paciente.

Procedimientos a efectuar

Oxigenoterapia

- Mandar O₂ adicional dependiendo su necesidad.
- Resguardar la permeabilidad del tracto respiratorio.
- Examinar la eficacia del ingreso del O₂ acompañado de la ayuda de determinados métodos tales como: la pulsioximetría y prueba de gases arteriales.
- Limpiar mocos que se encuentren dentro de la boca o nariz y en la tráquea, derivándose así.

Manejo de las vías aéreas

- Ubicar al paciente en un lugar que mejore la dificultad respiratoria
- Disponer de O2 agregado según su necesidad
- Utilizar una correcta técnica para sus nebulizaciones
- Aplicación de los broncodilatadores si es prescrita.
- Inspeccionar ruidos pulmonares si se deriva.
- Componer fisioterapia respiratoria deriva.
- Reconocer el cuadro sintomatológico que muestre el acrecentamiento del trabajo respiratorio como la elevación de la que nos referimos a frecuencia cardiaca y de la respiración

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

Resultados de Laboratorio	Valores normales de referencia
(Hb)Hemoglobina:8.80g/Dl	5.70-9.70
Hematocrito (hto):25.1	26.20-46.30
Hiperglucemia: 330	60-110mg/dl
Urea: 76.5	Inferior 40 mg/dl
Creatinina: 1.22	MUJERES INFERIOR 0.96mg/dl HOMBRES INFERIOR 1.3mg/dl
Saturación 81%	95-100%
Frecuencia cardiaca:103xmin	60-100
Frecuencia respiratoria 24 respiraciones xmin.	12-20 respiraciones x min
TEMPERATURA: 38%	37-37.5%

2.8 Seguimiento

Paciente se lo instaura en soporte ventilatorio no invasivo, los fármacos empleados según la prescripción del médico fueron: omeprazol polvo para inyección 40mg 1 ampolla intravenosa; amoxicilina + ácido clavulánico polvo para inyección y broncodilatadores como se determina al salbutamol y junto con ello, el bromuro de ipratropio.

En el primer día que la paciente se encuentra en la sala de cuidados intensivos no llega a presentar ninguna mejoría en su salud en la cual no genera una alguna mejoría en lo que corresponde al cuadro respiratorio, al segundo día el médico de turno lo evalúa y prescribe que siga con el soporte ventilatorio no invasivo, ya que éste estaba mejorando al segundo día el doctor de turno la valora y prescribe que persista con el soporte ventilatorio no invasivo, ya que estaba presentando una mejoría en la insuficiencia respiratoria al punto que se deba realizar una vez más una evaluación donde se deben registrar sus signos vitales.

Al tercer día el médico determina que se le continúe facilitando la misma medicación que la del primer día ya que estos estos fármacos no le presentaron a la paciente ningún resultado adverso que el paciente presente, no muestra tampoco ninguna variación al soporte ventilatorio no invasivo que se instauró desde el primer día.

Al cuarto día se le generaron de nuevo los exámenes pertinentes prescritos por el médico, para valorar los gases en sangre, en la que nos arroja resultados favorables en la que se conlleva a una mejoría en comparación al

primer día que se estableció a la ventilación mecánica no invasiva y sus fármacos, se les comunico a los familiares de la paciente, en la cual lo tomaron como una noticia más satisfactoria.

Hasta el punto de haber transcurrido muchos días en cuidado intensivo se procede a realizar otra valoración en el octavo día dependiendo así de la orden del médico de turno el cual manifiesta una mejoría más gradual en el paciente en la que se procede a comunicarles a sus familiares de la evolución que esta tenido la paciente ya que es más favorable para la insuficiencia respiratoria aguda que presentaba por la cual el médico decidió dar la orden a la internista de terapia respiratoria a desconectar a la paciente del soporte ventilatorio, para evaluar la paciente puede llegar a estar sin el soporte ventilatorio o si llega hacer lo contrario se llegaría a cambiar de decisión. Asegurar la continuidad asistencial programando visitas requeridas en función de la situación del paciente.

El médico de turno indico la suspensión de los fármacos que fueron el complejo b y broncodilatadores al pasar un periodo de 9 días la paciente no ha mostrado, disnea, fiebre, mucosidad amarillenta, ni ruidos pulmonares anormales, debido a las acontecimientos y evaluaciones que se le realizó a la paciente la internista de terapia respiratoria les comunica a los familiares que se reubicara a la paciente a la sala de observaciones para valorar el estado del paciente, y observando y dándole un seguimiento a la paciente un par de días más y registrando la progresividad de su evolución.

2.9 Observaciones

Se observó que el paciente con insuficiencia respiratoria aguda, se logró un progreso de modo más progresivo contribuido por el soporte ventilatorio no invasivo, añadiendo la administración de fármaco que se utilizó para ayudar a contrarrestar las infecciones presentadas en el lapso de su recuperación se observó que puede ser un tratamiento más eficaz para la insuficiencia respiratoria aguda, estos fármacos favorecieron al paciente que permitió que no sea sometido a ningún soporte ventilatorio invasivo en la que se determina una intubación derivándola con problemas al instante de establecer este soporte de asistencia ventilatorio.

Los análisis favorables que presento la paciente:

- Paciente logró un mejorar la su dificultad que se le presentaba al respirar.
- Logro corregir su cromatismo de piel.
- Comprimió su labor respiratoria.
- Sus signos vitales estos se situaron en el nivel normal.

CONCLUSIONES

Se determinó de qué forma se involucró la hipertensión arterial en la insuficiencia respiratoria aguda donde se acertó que se involucra de diferentes factores donde interviene sus antecedentes en la que hay es donde ingresa la hipertensión y la edad del paciente

Se identificó el perfil epidemiológico de los pacientes diagnosticados con insuficiencia respiratoria con antecedentes de hipertensión arterial

Se analizaron los datos obtenidos, para determinar el nivel de independencia funcional que presenta nuestro paciente que ha tenido hipertensión arterial con insuficiencia respiratoria aguda.

Se determinó un tratamiento específico en la que se lo dirigió a la enfermedad causal que es la insuficiencia respiratoria con antecedentes en la que se refiere a la hipertensión arterial.

Bibliografía

- A. Arnedillo Muñoz, C. G. (2014). *Valoración del paciente con insuficiencia respiratoria aguda y crónica*. neumosur.
- A. Arnedillo Muñoz, C. Garcia Polo, J.L. López-Campos Bodineau. (2011). insuficiencia respiratoria aguda. En C. G.-C. A. Arnedillo Muñoz, *insuficiencia respiratoria aguda* (pág. 211).
- Arroyo, D. (2005). *HEMIPARESIA FACIOBRAQUIOCRURAL Y DISARTRIA*. Mexico. .
- Caballero, J. (2014). *Síndrome de hemiconvulsión-hemiplejía-epilepsia. Seguimiento de un caso hasta la edad adulta*. Lima.
- Diaz, L. (2005). *estimulación eléctrica y hemiparesia espástica* . Mexico.
- E. Cruz Mena, R. M. (2015). *Insuficiencia respiratoria: aspectos generales*. Chile: Universidad católica de Chile.
- Jaimovich, L. (2016). *Hemiparesia Aguda* . Mexico .
- Martin, A. B. (2013). *Tratamiento fisioterápico mediante el Concepto de un caso de hemiparesia por parálisis cerebral infantil* . España .
- Muñoz, F. R. (2010). insuficiencia respiratoria aguda. En F. R. Muñoz, *insuficiencia respiratoria aguda* (pág. 286).
- Muñoz, F. R. (2010). Insuficiencia respiratoria aguda. En F. R. Muñoz, *Insuficiencia respiratoria aguda* (pág. 286).
- Pinilla, G. D. (2014). *Hemiparesia ipsilateral y calcificaciones en ganglios basales: Reporte de un Caso*. Bogota. .
- Pinilla-Monsalve, G. D. (2015). *Hemiparesia ipsilateral y calcificaciones en ganglios basales*:. Buenos Aires .
- Ramirez, E. (2017). *hemiparesia, traumatismo* . Peru .
- Rueda, L. (2015). *Hemiparesia ipsilateral*. Perú.
- Suarez, G. (2000). *HIPERTENSION, DIABETES, HEMIPARESIA Y SEPSIS EN UNA ANCIANA*. Buenos Aires .

ANEXOS

Anexo I



Aplicación de oxígeno al paciente en el segundo día que ingreso.

Anexo II



Aplicación de medicamentos prescritos por el doctor durante el ingreso y el transcurso de los días que se encontró hospitalizada la paciente.

Anexo III



Durante la hospitalización de la paciente se tomó todas las medidas adecuadas como lo fue el equipo de bioseguridad.

Anexo IV



En esta radiografías y muestra a la paciente donde presenta una insuficiencia respiratoria con parchado bilateral.