



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
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 TITULO DE LICENCIADO EN TERAPIA RESPIRATORIA**

TITULO DEL CASO CLINICO

PACIENTE MASCULINO DE 63 AÑOS DE EDAD CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

AUTOR

Luis Alfredo Cepeda Mera

TUTORA

Lcda. SANDOYA VITE GLENDA AZUCENA MSC.

BABAHOYO – LOS RIOS – ECUADOR

INDICE

Dedicatoria.....	3
AGRADECIMIENTO	4
Titulo de caso	5
Resumen.....	6
ABSTRACT.....	7
1. Introducción	8
Marco teórico.....	9
1.1 Justificación	12
1.2 Objetivos	13
1.3 DATOS GENERALES.....	14
II. METODOLOGÍA DE DIAGNOSTICO	15
2.1 DATOS GENERALES.....	15
2.2 ANAMNESIS	15
2.3 EXPLORACION CLINICA.....	17
2.4 INFORMACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....	17
2.5 formulación del diagnóstico presuntivo diferencial y definitivo.....	17
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	18
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud considerando valores norma	18
L	
2.8 Seguimiento	19
2.9 Observaciones.....	20
Conclusión	21
BIBLIOGRAFIA.....	22
Anexos 1	23

Dedicatoria

Dedico este trabajo de investigación a nuestro creador y a toda mi familia que me rodea, a nuestros guías catedráticos de nuestra unidad académica que con sus conocimientos enmendados los empleare con lealtad, semejanza y responsabilidad demostrando que produce profesionales de calidad

A mis Padres por ser mi guía, mi inspiración y apoyo incondicional en todo momento.

A todas las personas que de alguna u otra manera me apoyaron en mi etapa universitaria.

AGRADECIMIENTO

A dios por prestarme vida para cumplir mi objetivo, por cuidarme y darme fuerzas para no rendirme ante cualquier problema que se haya presentado durante mi vida universitaria.

Gracias a mi familia por estar siempre conmigo. Gracias

Título de caso

PACIENTE MASCULINO DE 63 AÑOS DE EDAD CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Resumen

Este caso clínico tiene la finalidad de conocer el estado del paciente de 63 años de edad que acude a la casa d salud siendo atendido por el área de emergencia del hospital general Guasmo Sur.

Presentando un cuadro de cefalea leve, tos, hiporexia y disnea moderada, a lo cual se procede a administrar corticoides tales como dexametasona 8mg cada día bajo la observación y valoración del personal de salud.

Se brinda apoyo de soporte de oxígeno por mascarilla simple a 6lt por lo cual el paciente no muestra mejoría y presenta taquipnea, disnea a mínimo esfuerzos se cambia el método de oxigenoterapia por medio de mascarilla con reservorios a 15lt, intravenosa para el control de fluidoterapia por medio del personal de enfermería se coloca a paciente en posición prono para mejorar su mecánica respiratoria, después de realizarse los exámenes correspondientes se llegó al diagnóstico de insuficiencia respiratoria por neumonía en la comunidad , el presente caso clínico busca justificar la importancia que tiene de conocer cómo se debe manejar a pacientes con insuficiencia respiratoria con los debidos controles de fluidoterapia acompañado de oxigenoterapia, y el educar al paciente los autocuidados para aliviar su sintomatología con los cuidados para de esta manera evitar mayores complicaciones teniendo como objetivos revisar, identificar y promover el autocuidado basándose al diagnóstico y el debido manejo con insuficiencia respiratoria

PALABRAS CLAVES

Insuficiencia Respiratoria, hipoxemia, taquipnea, bradipnea, intercambio gaseoso

ABSTRACT

The purpose of this clinical case is to know the status of the 63-year-old patient who comes to the health home being treated by the emergency area of the Guasmo Sur general hospital.

Presenting a mild headache, cough, hyporexia and moderate dyspnea, to which corticosteroids such as dexamethasone 8mg were administered every day under the observation and assessment of health personnel.

Support of oxygen support is provided by a simple mask at 3lt, for which the patient does not show improvement and presents tachypnea, dyspnea at minimal efforts, the oxygen therapy method is changed by means of a mask with reservoirs at 15lt, intravenous for the control of fluid therapy by The nursing staff places the patient in the prone position to improve their respiratory mechanics, after performing the corresponding examinations, the diagnosis of respiratory failure was reached, the present clinical case seeks to justify the importance of knowing how to handle patients with respiratory failure with proper fluid therapy controls accompanied by oxygen therapy, and educating the patient on self-care to alleviate their symptoms with care in order to avoid further complications, with the objectives of reviewing, identifying and promoting self-care based on the diagnosis and due management with insufficient respiratory

KEYWORDS

Respiratory failure, hypoxemia, tachypnea, bradypnea, gas exchange

1. Introducción

El presente caso clínico pretende ser una guía resumida y actualizada de la insuficiencia respiratoria en sus diferentes aspectos escrita por y para especialistas de familia y comunitaria.

La patología respiratoria es una de las más prevalentes, y la previsión de la OMS es que, a lo largo de esta década, va a amentar su importancia relativa, colocándose a la cabeza de las más importantes.

La insuficiencia respiratoria es una de las complicaciones de un grupo importante de estas enfermedades (EPOC, ASMA, FIBROSIS PULMONAR, NEUMONIA, ETC), pero también es consecuencia de patologías no respiratorias, como lo son la **cifoescoliosis** y las diversas patologías neuromusculares. Asimismo, es causa de una importante mortalidad y una gran consumidora de recursos.

El concepto de insuficiencia respiratoria está íntimamente unido a la gasometría arterial, prueba imprescindible para su diagnóstico, evaluación y control rutinario.

Otro de los aspectos relevantes a destacar es el cambio terapéutico en los últimos años, no solo el referente a los fármacos para las distintas etiologías, sino, sobre los métodos de soporte y ventilación mecánica. De ellos ha interrumpido con fuerza la ventilación mecánica no invasiva, de uso no solo en unidades especializadas hospitalarias para pacientes agudo (unidades de cuidados intermedios poco extendidas aun en España), sino en el ámbito domiciliario para pacientes crónicos, donde curiosamente se utiliza principalmente en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica, secundaria a patología inicialmente no respiratoria (cifoscoliosis, miopatías, obesidad mórbida).

CAPITULO I

Marco teórico

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

La insuficiencia respiratoria es una afección en la cual su sangre no tiene suficiente oxígeno o tiene demasiado dióxido de carbono. A veces puede tener ambos problemas.

Cuando respira, sus pulmones se llenan de oxígeno. El oxígeno pasa a su sangre, que lo lleva a sus órganos, como el corazón y el cerebro, que necesitan sangre rica en oxígeno para funcionar bien.

Otra función de la respiración es eliminar el dióxido de carbono de la sangre al botar el aire. Tener demasiado dióxido de carbono en la sangre puede dañar sus órganos.

¿Qué causa la insuficiencia respiratoria?

Las enfermedades que afectan su respiración pueden causar insuficiencia respiratoria. Estas pueden afectar los músculos, nervios, huesos o tejidos que tienen que ver con la respiración. O pueden afectar directamente a los pulmones. Estas afecciones incluyen:

- Enfermedades que afectan a los pulmones, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), fibrosis quística, neumonía, embolia pulmonar y la covid-19
- Afecciones que afectan los nervios y músculos que controlan la respiración como esclerosis lateral amiotrófica muscular, lesiones de la médula espinal y accidente cerebrovascular.
- Problemas con la columna vertebral, como la escoliosis (una curvatura de la columna vertebral). Pueden afectar los huesos y músculos que se usan para respirar.

¿Cuáles son los síntomas de la insuficiencia respiratoria?

Los síntomas de la insuficiencia respiratoria dependen de la causa y los niveles de oxígeno y dióxido de carbono en su sangre.

Un nivel bajo de oxígeno en la sangre puede causar dificultad para respirar y falta de aire (la sensación de que no puede respirar suficiente aire). Su piel, labios y uñas pueden tener un color azulado. Un nivel alto de dióxido de carbono puede causar respiración rápida y confusión.

¿Cómo se diagnostica la insuficiencia respiratoria?

Su proveedor de atención médica diagnosticará la insuficiencia respiratoria basándose en:

- Su historia clínica
- Un examen físico, que a menudo incluye: Escuchar sus pulmones para ver si hay sonidos anormales
- Observar si su piel, labios y uñas tienen un color azulado

Prueba de diagnóstico, como:

- **Oximetría de pulso:** utiliza un pequeño sensor que usa una luz para medir la cantidad de oxígeno en su sangre. El sensor se coloca al final de su dedo o en su oreja
- **Prueba de gasometría arterial:** mide los niveles de oxígeno y dióxido de carbono en su sangre. La muestra de sangre se toma de una arteria, generalmente en su muñeca

Una vez que diagnostica insuficiencia respiratoria, su proveedor de salud buscará la causa a menudo, las pruebas incluyen una radiografía de tórax.

¿Cuáles son los tratamientos para la insuficiencia respiratoria?

El tratamiento para la insuficiencia respiratoria depende de:

Si es aguda (de corto plazo) o crónica (en curso)

Que tan grave es

La insuficiencia respiratoria aguda puede ser una emergencia médica. Es posible que necesite tratamiento en una unidad de cuidados intensivos de un hospital. La insuficiencia respiratoria crónica grave, es posible que necesite tratamiento en un centro de atención a largo plazo.

Otro objetivo de la afección. Los tratamientos pueden incluir:

- **Terapia con oxígeno:** se realiza a través de una cánula nasal (dos pequeños tubos de plástico que se introducen en las fosas nasales) o mediante una máscara que se coloca sobre la nariz y la boca
- **Traqueotomía:** es un orificio creado quirúrgicamente que atraviesa la parte frontal del cuello y llega a la tráquea. Luego se coloca en el orificio un tubo respiratorio, también llamado cánula de traqueotomía o tubo traqueal para ayudar a respirar.
- **Ventilador:** máquina de respiración que sopla aire en sus pulmones. También saca el dióxido de carbono de sus pulmones.
- **Otros tratamientos respiratorios:** como ventilación con presión positiva no invasiva, que utiliza una presión de aire moderada para mantener abiertas las vías respiratorias mientras duerme. Otro tratamiento es una cama especial que se mueve hacia adelante y hacia atrás para ayudarlo a inhalar y exhalar.

¿A qué especialista contactar?

Es aconsejable consultar con un neumólogo, que prescriba el tratamiento adecuado para tratarla

1.1 Justificación

Fracaso del sistema respiratoria para realizar de forma correcta el intercambio de gases entre el aire inspirado y la sangre venosa. El aparato respiratorio comprende no solo los pulmones, si el sistema nervioso central, la pared del tórax (diafragma, abdomen, músculos intercostales) y la circulación pulmonar. En la insuficiencia respiratoria se produce una reducción del valor en sangre arterial de la presión parcial de O₂ inferior a 60 mmHg (hipoxemia), que puede acompañarse de hipercapnia (aumento de la presión parcial CO₂ igual o mayor a 50 mmHg).

La insuficiencia no es una enfermedad en sí misma, sino la consecuencia final común de gran variedad de procesos específicos, no solo de origen respiratorio sino también cardiológicos, neurológicos, tóxicos y traumáticos.

La sintomatología predominante es la correspondiente a la enfermedad causal, ya que la referida a la insuficiencia respiratoria (hipoxemia e hipercapnia) es bastante inespecífica.

La hipoxemia leve no produce síntoma alguno, salvo la posible ligera hiperventilación. Si es más acusada, pueden aparecer síntomas y signos como cianosis, cefalea, desorientación temporoespacial, incoordinación motora, disminución de la capacidad intelectual, bradipsiquia.

Este caso clínico muestra una investigación de gran importancia e interés ya que conociendo como se puede vivir con esta enfermedad, el tratamiento a seguir, los cuidados a tomar para evitar recaídas y complicaciones y así evitar el ingreso hospitalario podemos dar un punto de vista de cómo el paciente puede mejorar la calidad de vida y estado de salud.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Analizar el diagnóstico y el manejo en pacientes con insuficiencia respiratoria.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Revisar la fisiopatología, manifestaciones clínicas, complicaciones y manejo adecuados en personas con Insuficiencia Respiratoria.
- Identificar los factores de riesgo en pacientes con insuficiencia respiratoria.
- Promover el autocuidado en pacientes con insuficiencia respiratoria.

1.3 DATOS GENERALES

Identificación de paciente: NN

Edad: 63 años

Sexo: Masculino

Estado civil: Soltero

Profesión: Comerciante

Nivel de estudio: Bachiller

Procedencia geográfica: Parroquia Tarqui – Guayaquil

CAPITULO II

II. METODOLOGÍA DE DIAGNOSTICO

2.1 DATOS GENERALES

MOTIVO DE CONSULTA- HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE

Paciente de 63 años de edad acude a la unidad de salud del hospital general Guasmo Sur, Siendo atendido en el área de emergencia registrando toz, cefalea leve, hiporexia y disnea moderada al momento del ingreso el paciente se ve orientada en tiempo y espacio, de facies pálidas, mucosas semihúmedas, estado inquieto, afebril, normotenso

2.2 ANAMNESIS

ANTECEDENTE FAMILIAR

- Diabetes: No refiere
- Hipertensión: No refiere
- Otros: los padres hace 13 años que dejaron de consumir alcohol y tabaquismo la Madre

ANTECEDENTES PERSONALES

- Hipertensión: no refiere
- Profesión: solo tiene el título de bachilleren informática
- Ocupación: trabaja en una pequeña tercerna de venta de pollo, para el sustento de él ya que la esposa con quien mantenía en unión falleció hace 4 años.

ANTECEDENTES QUIRURGICO

Apendicetomía hace 7 años

MOTIVO DE INGRESO

Paciente de sexo masculino de 63 años es traído a emergencia por cuadro clínico de aproximadamente 9 días de evolución, caracterizado por tos seca, alza térmica no cuantificada, cefalea leve, hiperoxia y recientemente disnea de moderados esfuerzos por lo cual se tomó como medida dar oxigenoterapia por mascarilla con reservorio a 15lts.

EXAMEN FISICO

Al ingreso de la paciente en el área de emergencia, luego de realizarle el interrogatorio, se la prepara para el examen físico- exploratorio, con requerimiento de oxígeno saturando al ambiente 76% y con mascarilla con reservorio a 15lts 96%. Valoración céfalo-caudal, realizado por el personal de salud:

- ✓ Cabello: bien implantado, quebradizo, libre de infección
- ✓ Oídos: simétricos, buen conducto auditivo externo, libre de inflamaciones y secreciones
- ✓ Ojos: simétricos ausencia de infección parpado y pupilas deshidratadas
- ✓ Nariz: bien implantada ausencia de malformaciones y obstrucciones
- ✓ Boca: bien implantada libre de malformaciones mucosa deshidratada
- ✓ Cuello: simétrico bien implantada ausencia de nódulos y edemas
- ✓ Tórax: simétrico RS CS rítmicos sin ruidos sobreañadidos, CS PS hipo ventilados con crepitantes bibasales.
- ✓ Abdomen: blando depresible y sin dolor a la palpación superficial o profunda
- ✓ Genitales: bien implantados y ausencia de malformaciones
- ✓ Miembros inferiores y superiores: simétricos bien implantados ausencia de malformaciones y sin edema
- ✓ Piel: deshidratada quebradiza ausencia de lesiones

Sin antecedentes personales, al momento se la observa consciente, orientado en tiempo y espacio, afebril, normotenso, presentando un cuadro del patrón de eliminación y actividad – ejercicio.

2.3 EXPLORACION CLINICA

Signos vitales

FR 36X

FC 80X

TA 115/75

TC 38Grados

SAT.02 85%

GLASGOW 14/15

Estado nutricional: normolineo

Cabeza: poco orientado, responde a estímulos, responde ha llamado

Cuello: adenopatías palpable

2.4 INFORMACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Gasometria arterial

PH 7.39

Pco2 42.2 mmHg

Po2 53.9 mmHg

Valores de electrolitos

cNa2 53 mmol/L

CCA 1,59 mmol/L

2.5 formulación del diagnóstico presuntivo diferencial y definitivo

Paciente acude a la casa de salud del hospital Guasmo Sur con sintomatología de tos, hipoxemia y disnea moderada lo cual se presunta un diagnóstico de insuficiencia respiratoria no especificada, bajo la observación de 12 horas al valorar la mecánica respiratoria después de haber administrado corticoides para el manejo de la patología presuntiva, diferenciado mediante la realización de

rx-tórax, hemograma separando al cuadro clínico de covid-19 a lo que el paciente da un resultado negativo y se llega a la conclusión del diagnóstico de insuficiencia respiratoria debido a su afección pulmonar.

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

En esta fase de análisis y descripción que determinan el origen de la afección de patología evidente en paciente con insuficiencia respiratoria, la cual inicia por la aparición de tos, disnea a menor esfuerzo con 8 días de evolución acompañado de cefalea y alzas térmicas presuntamente características de sintomatología similares al covid-19, lo cual sus sintomatología se hacían más evidentes por lo cual se tomó como prioridad realizar la administración de corticoides, antibióticos e inhibidores para el manejo de infecciones al nivel respiratoria.

Acompañado de esto soporte de oxígeno por medio de mascarilla con reservorio a 15lt manejando el control de fluidoterapia y cambios posturales de supino a prono paciente queda bajo vigilancia y observación del personal de salud en el área de hidratación del hospital general Guasmo Sur

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

La insuficiencia respiratoria se debe al desequilibrio en la ventilación/perfusión (V/Q) considerándose el mas importante ya que constituye el mas frecuente mecanismo de hipoxemia en la mayor parte de enfermedades pulmonares obstructivas, intersticiales y vasculares, la manera para ayudar a una mejoría o alivio en sus síntomas seria el tratamiento descrito anteriormente a que se adapta a su enfermedad cuyo fin es asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y así evitar mayor complicaciones en el paciente

2.8 Seguimiento

El seguimiento que se le realizó al paciente desde su ingreso fue el siguiente:

1/12/2020

Paciente ingresa al área de emergencia del hospital general Guasmo Sur presentar cuadro clínico descrito anteriormente por los síntomas y signos que presentaba el paciente se le realizó una prueba de hisopado nasofaríngeo por sospecha de covid-19, se le prescribió antivirales como tratamiento inicial terapéutico.

Paciente entra en crisis de broncoespasmo severo saturando a 85% con una frecuencia respiratoria espontánea de 22 a 26 por minuto, se le procedió una ronda de salbutamol cada 15 minutos, se le comienza a realizar nebulizaciones con bromuro de ipratropio y dexametasona.

12/12/2020

Se le coloca por vía intravenosa, se administra antibióticos como amoxicilina+ac. Clavulánico 1.2 para manejar por el momento infección al nivel respiratorio, omeprazol 40mg inhibidor gástrico, dexametasona 8mg cada día (corticoides) bajo la observación en el área de infectología. El paciente no sale de crisis saturación en 80% y mala mecánica ventilatoria por lo que procede a intubar y conectar a ventilación mecánica.

Paciente conectado a cánula de alto flujo modo siguientes parámetros: flujo de 15lt/minuto, fiO₂ 60%, frecuencia respiratoria de oxígeno: 100% luego se le baja a 79%

16/12/2020

Sigue con plan de terapia respiratoria desde el día de su soporte de oxígeno por CAF, paciente es trasladado al área de infectología

19/12/2020

Se le colocó una vía central, se le aplicó sonda nasogástrica funcional recibiendo fórmula nutricional, se le colocó sonda vesical.

28/12/2020

Presenta lesiones dérmicas generalizadas, se realiza el control de fluido terapia a 21ml, electrolitos en valores normales.

30/12/2020

Paciente se le retira sedación, esta despierto, orientado en tiempo y espacio con buena tolerancia oral, hemo dinámicamente estable.

08/01/2021

Paciente sigue con soporte de oxígeno mediante cánula simple 4lt con saturación a 97% presentando una favorable evolución y sigue con:

Plan Terapéutico de Terapia Respiratoria

- Cánula simple a 3lt según requerimiento
- elevación de la cabeza a 45grados en posición decúbito supino
- control de fluidoterapia y manejo de corticoides
- gasometría arterial
- 2 puff de salbutamol

2.9 Observaciones

Casi todas las enfermedades que afectan a la respiración o a los pulmones pueden causar insuficiencia respiratoria.

Si el paciente se recupera favorablemente como lo esta haciendo hasta el momento y logra ser dado de alta, se le recomienda a sus familiares que cumpla con el tratamiento asignado y consiga la efectividad del mismo logrando contrarrestar el progreso de la enfermedad y evitando de la misma manera las complicaciones que surgirán sino lleva el adecuado cuidado

Capítulo III

Conclusión

Se llega como conclusión de que a pesar de la presentación tan común de esta patología aun se tiene interrogantes respecto a su tratamiento óptimo para la disminución de una mayor lesión asociada a maniobras empleadas por el personal de Terapia Respiratoria ya que el paciente no mejora se hace un intercambio de oxigenoterapia de mascarilla con reservorio a 15lt a cánula de vni lo cual no solo se optimiza el manejo de la ventilación mecánica, sino la estrategia dirigida en si a disminuir el daño alveolar priorizando su apoyo complementario mediante el manejo de antibiótico y los cambios posturales de cubito supino a pronación cada 2 horas para ayuda a la mecánica respiratoria como ya se menciona durante el desarrollo del caso clínico lo que bajo investigaciones muestra eficacia en pacientes con insuficiencia respiratoria.

BIBLIOGRAFIA

1. Martín M, Márquez L, Álvarez JA, Lumbreras C. Insuficiencia respiratoria. En: Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Residentes Hospital 1.º de Octubre. Madrid; 1985.p. 221-36.
2. Echave-Sustaeta JM, González Garrido F, Linares AsensioMJ. Insuficiencia respiratoria aguda. En: Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. 3.ª ed. Hospital 12 de Octubre de Madrid; 1994. p. 209-7.
3. Severinghaus JW. Blood gas calculator. J Appl Physiol 1966;21: 1.108-13.
4. Puente Maestu L, Arnedillo Muñoz A, García de Pedro J. Insuficiencia respiratoria aguda. Clasificación y mecanismos fisiopatológicos. Medicine 1997; 7(36): 1.569-73.
5. Paylos JM, Álvarez JA. Estudio gasométrico en la insuficiencia respiratoria. Pathos 1984; 58: 49-60.
6. Rodríguez-Roisin R. Insuficiencia respiratoria. En: Edición en CD-ROM de la decimotercera edición. Medicina Interna. Farreras Rozman; 1997. p. 719-30.

Anexos 1

Radiografías



