



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 ACADÉMICO DE LICENCIADA EN TERAPIA
RESPIRATORIA**

TEMA DEL CASO CLÍNICO:

**“PACIENTE MASCULINO DE 93 AÑOS CON ENFERMEDAD PULMONAR
OBSTRUCTIVA CRÓNICA”**

AUTORA:

KERULIN JEANELY MAYA LAMILLA

TUTOR:

Dr. FERNANDO LEONEL PLUAS ARIAS

BABAHYO – LOS RÍOS – ECUADOR

2021

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TEMA DEL CASO CLÍNICO	III
“PACIENTE MASCULINO DE 93 AÑOS CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA”	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN	VI
I. MARCO TEÓRICO	1
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC)	1
EPIDEMIOLOGIA	1
ETIOLOGÍA	1
FACTORES DE RIESGO	2
FISIOPATOLOGÍA	2
DIAGNOSTICO	4
TRATAMIENTO	5
1.1. JUSTIFICACIÓN	7
1.2. OBJETIVOS	8
1.2.1. OBJETIVO GENERAL	8
1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICO	8
1.3. DATOS GENERALES	9
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO	10
2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE	10
2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS)	10
2.3. EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)	11
2.4. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS	11
2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNOSTICO DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO	12
2.6. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.	13

2.7. INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	13
2.8. SEGUIMIENTO.....	14
2.9. OBSERVACIONES.....	16
CONCLUSIONES.....	17
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18
ANEXOS.....	19

DEDICATORIA

A DIOS

Este caso clínico se lo dedico primeramente a Dios, ya que sin Él nada podemos hacer. Dios es quien nos concede el privilegio de la vida y nos ofrece lo necesario para lograr nuestras metas. Señor Jesús, Gracias.

Gracias de todo corazón por permitirme estar aquí por las pruebas que me hacen crecer como persona y ser humano y permiten dar lo mejor de mí, pero lo mejor de todo, me acercan más a ti, ya que todo en este mundo es perecedero y solamente lo que viene de ti es verdadera y es eterna.

A MIS PADRES

También le dedico este caso clínico a mi abuela Ángela Alvarado y mi papá Juan Maya, porque ellos siempre están aquí en las buenas y en las malas; me educan, me aconsejan, me imparten valores para conducirme correctamente y me ofrecen el sabio consejo en el momento oportuno. Gracias queridos Padres.

Kerulin Jeanelly Maya Lamilla.

AGRADECIMIENTO

Al culminar esté presente trabajo quiero dejar constancia mi eterna gratitud a mis padres, a mis abuelos, a mis tíos, a mis tías, a mis hermanos, a la universidad, a Nancy Méndez por su inmensa bondad y apoyo, a mis verdaderos amigos de toda la vida quienes han entregado todo el apoyo incondicional, como también al cuerpo docente y a todos quienes guiaron nuestro esfuerzo educativo, en especial al Lcdo. Fernando Leonel Plúas Arias Msc. quien fue asignado como tutor de mi caso clínico; a la vez me enseñó que con esfuerzo y sacrificio todo se puede lograr.

Kerulin Jeanelly Maya Lamilla.

TEMA DEL CASO CLÍNICO
**“PACIENTE MASCULINO DE 93 AÑOS CON ENFERMEDAD PULMONAR
OBSTRUCTIVA CRÓNICA”**

RESUMEN

Mediante este trabajo daremos a conocer todo lo relacionado con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), su etiología, fisiopatología, factores de riesgo, cuadro clínico, diagnóstico y su tratamiento. Una vez culminado este trabajo nos pudimos dar cuenta lo importante que son los terapistas respiratorios en estos pacientes.

La EPOC es una enfermedad que preocupa a los organismos de salud por su alta tasa de mortalidad a nivel mundial, en nuestro país el ministerio de salud pública (MSP) ha impulsado campañas como la de Ecuador libre del humo de tabaco que tiene como finalidad evitar el alto número de pacientes con EPOC.

Al concluir con este estudio en un caso clínico se llegó a lo conclusión de que el tabaquismo es el principal factor de riesgo para contraer esta enfermedad, es por eso que la base del tratamiento es la de dejar de fumar, para así complementarlo con el tratamiento farmacológico. Puesto que esta patología no tiene cura, pero un control adecuado y oportuno evitara complicaciones en la salud del paciente.

PALABRAS CLAVES: Enfermedad, obstructiva, Fisiopatología, Tabaco, Mortalidad.

ABSTRACT

Through this work we will present everything related to chronic obstructive pulmonary disease (COPD), its etiology, pathophysiology, risk factors, clinical picture, diagnosis and its treatment. Once this work was completed, we realized how important respiratory therapists are in these patients.

COPD is a disease that worries health organizations due to its high mortality rate worldwide, in our country the Ministry of Public Health (MSP) has promoted campaigns such as that of Ecuador free of tobacco smoke that aims to prevent the high number of COPD patients.

At the conclusion of this study in a clinical case, it was concluded that smoking is the main risk factor for contracting this disease, that is why the basis of treatment is to stop smoking, in order to complement it with treatment pharmacological. Since this pathology has no cure, but adequate and timely control will avoid complications in the patient's health.

KEY WORDS: Disease, obstructive, Physiopathology, Tobacco, Mortality.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un proceso patológico caracterizado por restricción del flujo respiratorio que no se puede revertir por completo. Esta enfermedad a causa preocupación en los organismos de salud a nivel mundial, la organización mundial de la salud (OMS) en el año 2018 fallecieron 3.18 millones de personas con esta enfermedad lo cual representa un 5.1% de las muertes registradas en ese año.

El presente caso clínico enfocado en un paciente de sexo masculino de 93 años de edad el cual acude al área de emergencia presentando síntomas como disnea progresiva, sudoración, cansancio, sudoración, tos con expectoración verdosa, presenta un cuadro de depresión y ansiedad de 1 mes de evolución.

Este trabajo se realiza con la finalidad de dar a conocer los principales factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad, así mismo como los exámenes complementarios a realizar en estos pacientes y la aplicación de un acertado tratamiento el cual sea acorde a la gravedad que presente el paciente con el objetivo de mejorar la condición de salud en pacientes con esta patología que pese a no tener cura con un buen tratamiento farmacológico se podrá llevar de una buena manera esta enfermedad .

Una vez terminado este estudio se espera poder contribuir a los profesionales de la salud, en informar sobre cómo poder llevar en sus hospitales a pacientes los cuales sean diagnosticado con esta enfermedad y así evitar complicaciones en la salud de los mismos.

I. MARCO TEÓRICO

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un estado patológico que se caracteriza por la presencia de obstrucción del flujo aéreo por bronquitis o enfisema crónico; con insuficiencia respiratoria aguda. dicha obstrucción suele ser progresiva, puede acompañarse de hiperreactividad de las vías respiratorias y ser reversible en forma parcial. (Mark S. Chesnutt, 2007)

EPIDEMIOLOGIA

Según el Global Burden of Disease Study, la prevalencia de EPOC en 2016 fue de 251 millones de casos. Se estima que, en 2015, el número de muertes por esta causa en el mundo fue de 3,17 millones, lo que representó el 5% de todas las muertes de ese año. Más del 90% de las muertes por EPOC ocurren en países de ingresos bajos y medianos. (Organización Mundial De La Salud, 2017)

ETIOLOGÍA

Las principales causas etiológicas para el desarrollo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica son las siguientes:

- **EXPOSICIÓN A LA INHALACIÓN DEL HUMO DEL TABACO:** En la mayoría de las exposiciones por inhalación, fumar es el principal factor de riesgo en la mayoría de los países, aunque solo alrededor del 15% de los fumadores desarrollarán una enfermedad pulmonar obstructiva crónica clínicamente significativa; un historial de exposición a 40 o más paquetes por año es una predicción particular. En los países en desarrollo, el humo de la cocina o la calefacción en interiores es una causa importante. Los fumadores con reactividad de las vías respiratorias preexistente (definida como una mayor sensibilidad a la metacolina inhalada), incluso en ausencia de asma clínica, sufren de obstrucción crónica en comparación con los fumadores sin dicha reactividad. El riesgo de enfermedad pulmonar también es mayor (Manuales MSD, 2017)
- **FACTORES GENÉTICOS:** La enfermedad genética mejor definida es la deficiencia de alfa-1 antitripsina, que es la principal causa de enfisema en

los no fumadores, y la susceptibilidad de los fumadores a la enfermedad ha aumentado significativamente. (Manuales MSD, 2017)

FACTORES DE RIESGO

Los principales factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica son los siguientes:

- **TABAQUISMO:** El principal factor de riesgo para el desarrollo de EPOC es el fumar cigarrillos, sin embargo, en cuanto a la velocidad de progresión de la destrucción tisular y la aparición de síntomas, existen grandes diferencias en la respuesta al tabaquismo. Se sugiere que existen otros factores genéticos, factores ambientales o ambos factores influyen en la aparición de obstrucción del flujo de aire por fumar (Mauricio Barboza Hernández, 2017).
- **CONTAMINACIÓN DEL AIRE:** Especialmente relacionado con los métodos de cocción del tipo de quema de biomasa, que son más comunes entre las mujeres en los países en desarrollo.
- **EXPOSICIÓN AL POLVO Y QUÍMICOS:** Actividades relacionadas con la exposición a largo plazo, extracción de carbón y oro en minas y polvo de algodón en fábricas. (Mauricio Barboza Hernández, 2017)
- **DEFICIENCIA DE ALFA-ANTITRIPSINA:** Se subyace en el 2-3% de pacientes con EPOC. Esta condición es genética que predispone al desarrollo de enfisema pulmonar y diversos tipos de hepatopatías en niños y adultos. Se caracteriza por la producción de alfa-1-antripsina anómala, debida a diversas mutaciones genética. La proteína anormal queda en su mayor parte retenida en hígado (generando daño hepático), y su ausencia en órgano diana (pulmón) favorece la aparición de enfisema. Los pacientes con esta enfermedad tienen una pérdida más rápida de la función pulmonar y una posible muerte prematura. Está infra diagnosticado en todo el mundo. (Mauricio Barboza Hernández, 2017)

FISIOPATOLOGÍA

Los efectos del humo del tabaco y otros factores mencionados anteriormente sobre la función pulmonar dependen de la intensidad de la exposición, el orden cronológico y la función pulmonar basal. El signo típico de la EPOC es una

disminución continua del flujo espiratorio forzado a 1 segundo (FEV1), y también se observa un aumento en la relación entre el volumen residual.

- **OBSTRUCCIÓN DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS:** Después del inhalador de acción corta, se cuantifica mediante un espirómetro. Las personas afectadas tienen una relación FEV1 / FVC (capacidad vital forzada) más baja. Una característica importante es la falta de reversibilidad de los broncodilatadores inhalados, al igual que el asma. Estos cambios se producen por el desequilibrio entre la contracción elástica de los pulmones que soporta el flujo y la resistencia de las vías respiratorias que lo restringe. (Mauricio Barboza Hernández, 2017)
- **HIPERINSUFLACIÓN:** Hay atrapamiento de aire (aumento del volumen residual y del cociente volumen residual / capacidad vital total) en las últimas etapas de la enfermedad. Esta es una forma de compensar la obstrucción de las vías respiratorias. Sin embargo, una inflación excesiva puede hacer que el diafragma se mueva, lo que crea una presión abdominal ineficaz y reduce la inspiración. (Mauricio Barboza Hernández, 2017)
- **INTERCAMBIO GASEOSO:** Algunos cambios notables son: Pao2 está cerca de lo normal hasta que el FEV1 desciende aproximadamente a la mitad. La Paco2 aumentó hasta que el FEV1 disminuyó en un 25% y, en casos graves, se produjo hipertensión pulmonar, ventilación desigual, ventilación desigual y suministro de sangre. (Mauricio Barboza Hernández, 2017)

CLASIFICACIÓN DE LA EPOC

GRADO	DEFINICIÓN
GOLD 1 Leve	FEV1 > 80% DEL VALOR TEÓRICO
GOLD 2 Moderado	50% < FEV1 < 80% DEL VALOR TEÓRICO
GOLD 3 Grave	30% < VEF1 < 50% del valor teórico
GOLD 4 Muy grave	VEF1 < 30% del valor teórico

CUADRO CLÍNICO

Los principales síntomas que presentan los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica son los siguientes, Aumento de la disnea, aumento del volumen o purulencia del esputo, aumento de la tos, síntomas del tracto respiratorio superior (disfagia), opresión en el pecho o poca resistencia al ejercicio. Además, también puede aumentar la fiebre, la taquicardia, la dificultad para respirar, la diarrea y, eventualmente, los síntomas causados por la insuficiencia respiratoria. A veces, pueden aparecer síntomas cardiovasculares (taquicardia, presión arterial alta o baja, signos de arritmia e insuficiencia cardíaca derecha) o síntomas neurológicos (dolores de cabeza, irritabilidad, depresión, cambios en el ritmo del sueño, somnolencia y encefalopatía). (F.L. Márquez Pérez, 2007)

DIAGNOSTICO

En general, los pacientes con disnea, antecedentes de tos crónica y tos productiva y antecedentes de exposición a factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad deben considerar la presencia de EPOC. Para un correcto diagnóstico se realizará al paciente las siguientes pruebas.

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX: La radiografía de tórax se utiliza para el correcto diagnóstico de la EPOC esta a su vez nos puede mostrar enfisema que es la principal manifestación clínica en pacientes con EPOC.

TAC DE TÓRAX: En comparación con el examen de rayos X de tórax, las imágenes de TC pueden identificar mejor el enfisema en una etapa anterior. También pueden reconocer otros cambios de la EPOC, como el agrandamiento de las arterias pulmonares. En ocasiones, la TC se utiliza para medir el grado de enfisema. (RadiologyInfo, 2014)

ESPIROMETRÍA: La espirometría es una herramienta útil para diagnosticar la EPOC y evaluar periódicamente esta patología. Mediante el trazado espirográfico es posible determinar una gran cantidad de parámetros referentes a volúmenes, flujos y tiempos. (Nilson Agustín Contreras Carreto, 2006)

GASOMETRÍA ARTERIAL: Indicada en pacientes con FEV1 < 50% para valorar la posible presencia de insuficiencia respiratoria o cuando existan signos clínicos

sugestivos de insuficiencia respiratoria o fallo cardiaco derecho. (J. Fernández Guerra, 2010)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Los datos clínicos, de imágenes y de laboratorio deben permitir a los médicos distinguir la EPOC de otras enfermedades pulmonares obstructivas (como asma bronquial, bronquiectasias, fibrosis quística, micosis broncopulmonar y obstrucción del flujo de aire central). (Mark S. Chesnutt, 2007)

TRATAMIENTO

La base principal del tratamiento en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica es la de dejar de fumar, el tratamiento aplicar en pacientes con esta enfermedad debe considerarse dependiendo del cuadro clínico que presente, entre el principal tratamiento aplicado en pacientes con EPOC tenemos lo siguiente:

BRONCODILATADORES: La primera medida a determinar a una exacerbación de la EPOC es incrementar la dosis o frecuencia de bronquiectasias previas (evidencia A), es decir, agonistas beta-2 de acción corta (salbutamol o terbutalina) o anticolinérgicos (bromuro de ipratropio) amonio). Se recomienda comenzar con β_2 a corto plazo, si la respuesta a dosis elevadas no es satisfactoria, se deben agregar fármacos anticolinérgicos. (F.L. Márquez Pérez, 2007)

GLUCOCORTICOIDES: Los glucocorticoides sistémicos pueden tratar eficazmente el empeoramiento de la EPOC. Aceleran la recuperación del FEV1, acortan la duración de la estancia hospitalaria y reducen el número de reingresos por EPOC. La dosis habitual recomendada es de 0,5 mg / kg / día de prednisolona 8 en las primeras 72 horas y luego disminuya gradualmente hasta que el fármaco se suspenda por completo en quince días. (F.L. Márquez Pérez, 2007)

OXIGENOTERAPIA: El objetivo es mantener una oxigenación adecuada, mientras que el resto del tratamiento permite controlar los síntomas y, si es posible, controlar la gravedad de la enfermedad. Cuando la PaCO₂ aumenta, se recomienda utilizar FiO₂ suficiente para hacer que la PaO₂ sea superior a 60 mm Hg o la saturación de O₂ superior al 90% sin reducir el pH por debajo de

7,30. Por lo general, la FiO₂ es del 24-26% (si se usa una cánula nasal, es de 1-2 l/min). En algunos pacientes con EPOC grave, una PaO₂ de 55 mm Hg es suficiente. Debe comenzar con una FiO₂ baja y se ajustará de acuerdo con su desarrollo. Por lo general, lo mejor es utilizar inicialmente una máscara Venturi, cuando el paciente se estabiliza. (F.L. Márquez Pérez, 2007)

SOPORTE VENTILATORIO: Aunque se han establecido los mejores métodos de tratamiento farmacológico y de oxigenoterapia, todavía hay acidosis moderada a grave (pH inferior a 7,36), hipercapnia (PaCO₂ superior a 45-60 mmHg) y frecuencia respiratoria superior a 24 respiraciones por minuto. La ventilación mecánica invasiva o no invasiva no debe considerarse como una terapia en sí misma, sino como una forma de soporte vital hasta que la causa raíz de la exacerbación se revierte mediante el tratamiento apropiado. (F.L. Márquez Pérez, 2007)

- **VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA:** La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) en la exacerbación de la EPOC debe ser usada como tratamiento de elección en caso de insuficiencia respiratoria (IR) hipercapnia que no responde al tratamiento médico. La VMNI es una modalidad de soporte ventilatorio que se aplica sin necesidad de aislar la vía aérea mediante intubación endotraqueal. (F.L. Márquez Pérez, 2007)
- **VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA:** Deben considerarse siempre que falle la VMNI (empeoramiento de valores gasométricos y/o pH en las primeras 2 horas, o no mejoren en las primeras 4 horas); si existe acidosis severa (pH menor de 7.25) e hipercapnia (PaCO₂ superior a 60 mmHg); ante hipoxemia de riesgo vital (PaO₂ /FIO₂ menor de 200 mmHg). (F.L. Márquez Pérez, 2007)

1.1. JUSTIFICACIÓN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica hoy en día tiene un alto índice de mortalidad a nivel mundial en los últimos años ha sido la quinta causa de muerte, esta patología que afecta en su mayoría a personas fumadoras activas genera un sin número de molestia en la salud de los pacientes. Es por esto que este estudio enfocado en un paciente de sexo masculino de 93 años de edad el cual es diagnosticado con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tiene como finalidad dar a conocer su definición, factores de riesgo, cuadro clínico, complicaciones, diagnóstico y el tratamiento adecuado según la gravedad del paciente. Se espera que este trabajo sirva como guía para los diferentes profesionales de la salud para un correcto diagnóstico y tratamiento en estos pacientes con el fin de mejorar la condición de salud, puesto que esta patología no tiene cura, pero con un adecuado tratamiento tanto farmacológico y no farmacológico evitara que los pacientes tengan complicaciones en su estado actual de salud.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

- Examinar el presente caso clínico para lograr una mejoría en base al cuadro clínico del paciente.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICO

- Reconocer los factores de riesgo que conllevan a las manifestaciones clínicas de esta patología.
- Conocer que exámenes complementarios se deben realizar en pacientes con EPOC.
- Aplicar el tratamiento adecuado según la gravedad del paciente con EPOC.

1.3. DATOS GENERALES

NOMBRES: J.M

EDAD: 93 años

SEXO: Masculino

NACIONALIDAD: ecuatoriano

FECHA DE NACIMIENTO: 24/02/1928

LUGAR DE NACIMIENTO: Vinces

ESTADO CIVIL: Casado

HIJOS: 9

NIVEL DE ESTUDIOS: Tercer nivel.

PROFESIÓN: Lcdo. En comunicación social.

RAZA: Mestizo

OCUPACIÓN: Jubilado

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE

Paciente de sexo masculino con 93 años de edad, casado, tiene 9 hijos, es jubilado, acude al área de emergencia en compañía de uno de sus hijos, debido a que presenta, disnea progresiva, sudoración, cansancio, tos con expectoración verdosa, presenta un cuadro de depresión y ansiedad de 1 mes de evolución. Además, refiere que desde hace aproximadamente 1 mes siente cansancio al caminar por un tiempo prolongado.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

Hipertensión arterial.

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Hace 10 años se le realizó una cirugía de apendicetomía.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre con diabetes mellitus tipo 2.

Padre hipertensión arterial.

ALERGIA

No refiere.

HÁBITOS

Fumador activo desde hace 25 años.

2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS)

Paciente de sexo masculino de 93 años de edad, orientado en tiempo y espacio, quien acude al área de emergencia en compañía de su hijo, al momento de la consulta presenta disnea progresiva, sudoración, cansancio, tos con

expectoración verdosa, presenta un cuadro de depresión y ansiedad de 1 mes de evolución. Además, refiere que desde hace aproximadamente 1 mes siente cansancio al caminar por un tiempo prolongado.

2.3. EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)

Cabeza: Normocéfalo.

Cuello: Normal.

Tórax:

- Forma: Normal.
- Tipo de respiración: Toraco-abdominal, tiraje supra esternal.
- Percusión: Hilio pulmonar debilitado levemente.
- Palpación: Normal.

Pulmones: En el momento de la auscultación se redujeron el murmullo vesicular en la base y la zona parahiliar.

Abdomen: Normal.

Extremidades: Sin ninguna alteración.

Estado nutricional: Normolíneo.

Al realizar la toma de signos vitales tenemos los siguientes resultados, presión arterial 139/80mmHg, frecuencia cardiaca 55 latidos por minutos, frecuencia respiratoria 25 por minutos, temperatura de 38.8°C, Sat O2. 90%, Glasgow 15/15.

2.4. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

BIOMETRÍA HEMÁTICA

EXÁMENES	RESULTADOS
Hemoglobina	5.2 g/dl
Hematocrito	39%
Plaquetas	249.000 mm ³
Leucocitos	26.00 ul

Linfocitos	27%
Neutrófilos	82.7%
Eosinófilos	3.8%

Elaborado por: Kerulin Malla Lamilla.

Fuente: Paciente.

GASOMETRÍA ARTERIAL

EXÁMENES	RESULTADOS
PH	7.39
PO2	96.2 mmHg
PCO2	29.9 mmHg
SaO2	90%
HC03	16.9 mEq/Litro
EXCESO DE BASE	0.8

Elaborado por: kerulin Malla Lamilla.

Fuente: Paciente.

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX: Aplanamiento del diafragma y signos de hiperinsuflación.

2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNOSTICO DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

2.5.1. DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

2.5.2. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Neumonía.

2.5.3. DIAGNOSTICO DEFINITIVO

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC.

2.6. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una patología que preocupa al organismo de salud de los diferentes países, dado a que su tasa de mortalidad cada día va en aumento según cifras de la organización mundial de la salud en el año 2018 fallecieron 3.18 millones de personas con esta enfermedad lo cual representa un 5.1% de las muertes registradas en ese año. La principal causa para contraer esta enfermedad es la de fumador activo. El tratamiento que se debe aplicar en estos pacientes dependerá de la gravedad de los síntomas, es por eso que se debe realizar previamente exámenes complementarios para aplicar un tratamiento adecuado, la base principal del tratamiento es la de dejar de fumar. pese a no tener cura esta patología ayudara a contrarrestar los síntomas y signos que presenta el paciente.

2.7. INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD CONSIDERANDO VALORES NORMALES

EXÁMENES	RESULTADOS	VALORES NORMALES
Hemoglobina	5.2 g/dl	4.0 – 5.6% g/dl
Hematocrito	39%	38 – 50%
Plaquetas	249.000 mm ³	150.000 – 400.000 mm ³
Leucocitos	26.00 ul	4.500 – 10. 000 ul
Linfocitos	27%	25 – 40%
Neutrófilos	82.7%	50-70%
Eosinófilos	3.8%	1.0 – 4.0%

Elaborado por: Kerulin Malla Lamilla.

Fuente: Paciente.

EXÁMENES	RESULTADOS	VALORES NORMALES
PH	7.39	7.35 – 7.45
PO2	96.2 mmHg	80 100 mmHg
PCO2	29.9 mmHg	35 – 45 mmHg
SaO2	90%	95 – 100%

HC03	16.9 mEq/Litro	22 – 26 mEq/Litro
EXCESO DE BASE	0.8	-2 - +2

Elaborado por: Kerulin Malla Lamilla.

Fuente: Paciente.

Una vez obtenidos los resultados de los exámenes complementarios se procederá aplicar un tratamiento al paciente con el fin de mejorar su condición de salud actual.

2.8. SEGUIMIENTO

Día 1

Una vez obtenido los resultados de los exámenes complementarios realizado más el cuadro clínico que presenta el paciente se obtiene un diagnóstico de EPOC, por lo que el médico de guardia le realiza el ingreso hospitalario se le colocara una vía IV con lactato de ringer 1000ml a 40 gota/minutos, paracetamol 1g cada 8 horas, enalapril 20mg 1 diaria. Además, es referido al terapeuta respiratorio para la administración de oxigenoterapia con mascarilla a 7 litros de O₂, nebulizaciones con 3cc de cloruro de sodio y 15 gotas de bromuro de ipratropio cada 8 horas.

Día 2

El médico de guardia realiza una vigilancia de sus signos y síntomas para la verificación de si el tratamiento aplicado está cumpliendo su objetivo. Al tratamiento el médico le agrega diltiazem 60mg /8H VO, metilprednisolona 32mg/1dia VO, tiotropio 0,226mg 1 Inh/12horas, además sugiere que el terapeuta respiratorio continúe realizando las nebulizaciones.

Día 3

Mediante el monitoreo y seguimiento al paciente se puede observar que el tratamiento aplicado en el mismo esta cumpliendo su objetivo, puesto que se logra notar una mejoría de los signos y síntomas que presentaba el paciente al momento de ingreso. Por lo que se continua con el mismo tratamiento prescrito, además se le seguirá realizando nebulizaciones y administrando O₂.

Dia 4

El medico ordena la realización de una gasometría arterial y así mismo una toma de sus signos vitales, para el monitoreo y vigilancia del paciente. Una vez obtenido los resultados se pudo observar valores cerca de los parámetros normales.

Dia 5

Luego de 5 días de hospitalización el paciente logra mejorar su condición de salud por lo que se procede a darla el alta hospitalaria, pero se le agendara cita cada 20 días para realizar una vigilancia de las exacerbaciones y los cambios en el flujo de aire para determinar cuándo se debe cambiar el plan de tratamiento.

2.9. OBSERVACIONES

Una vez aplicado el tratamiento en este paciente, se pudo observar lo importante que es la intervención del terapeuta respiratorio, al paciente se realizó oxigenoterapia más nebulizaciones lo cual se complementó con el tratamiento farmacológico y ayudo a la mejoría de sus signos y síntomas que presentaba al momento de la consulta.

CONCLUSIONES

Mediante el cuadro clínico que presento el paciente más los exámenes complementarios realizados se pudo dar un correcto diagnóstico el cual fue de enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Para determinar el grado de disnea, es necesario evaluar el grado de la disnea. para poder realizar una correcta oxigenoterapia para mejorar la respuesta y la calidad de vida del paciente.

Una vez terminado este trabajo nos pudimos dar cuenta que el principal factor de riesgo para contraer la enfermedad es la del tabaquismo tanto activo como pasivo, es por eso que el pilar fundamental en el tratamiento es la deshabituación tabáquica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

F.L. Márquez Pérez, M. A. (13 de 03 de 2007). Neumosur. Obtenido de <https://www.neumosur.net/files/EB03-26%20EPOC%20agudo.pdf>

J. Fernández Guerra, F. M. (28 de 01 de 2010). Neumosur. Obtenido de <https://www.neumosur.net/files/EB04-27%20EPOC.%20To%20estable.pdf>

Manuales MSD. (10 de 06 de 2017). Manuales MSD. Obtenido de https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-pulmonares/enfermedad-pulmonar-obstructiva-cr%C3%B3nica-y-trastornos-relacionados/enfermedad-pulmonar-obstructiva-cr%C3%B3nica-epoc#v914588_es

Mark S. Chesnutt, M. y. (2007). Enfermedades Pulmonares Obstructiva Crónicas. En M. A. Stephen J. McPhee, Diagnostico Clínico y Tratamiento (pág. 1962). Mc. Graw Hill.

Mauricio Barboza Hernández. (2017). Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Revista Médica Sinergia, 2(6), 10-14.

Nilson Agustín Contreras Carreto, J. U. (2006). Utilidad de la espirometría en el paciente con EPOC. Medigraphic, 13(4), 156-160.

Organización Mundial de la salud. (23 de 02 de 2007). WHO. Obtenido de <https://www.who.int/respiratory/copd/es/#:~:text=el%20medio%20laboral-,Datos,todo%20el%20mundo%20en%202030>.

Organización Mundial De La Salud. (01 de 12 de 2017). WHO. Obtenido de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))

RadiologyInfo. (18 de 08 de 2014). RadiologyInfo.org. Obtenido de <https://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=copd#:~:text=Las%20im%C3%A1genes%20por%20TAC%20pueden,del%20enfisema%20en%20los%20pulmone s.>

ANEXOS

