



**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 LICENCIADA EN TERAPIA
RESPIRATORIA**

TEMA DEL CASO CLINICO

**“PACIENTE FEMENINO DE 80 AÑOS DE EDAD CON ENFERMEDAD
PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA”**

AUTOR

ANDREA CAROLINA ALVARADO VALENCIA

TUTOR

Dra. MARIA DE LOS ANGELES BASULTO ROLDAN

BABAHOYO - LOS RIOS - ECUADOR

2021

INDICE GENERAL

Dedicatoria.....	IV
Agradecimiento	V
Título del caso clínico	VI
Resumen	VII
Abstract.....	VIII
Introducción.....	IX
I. MARCO TEÓRICO	1
1.1 Justificación.....	10
Objetivos	11
1.2.1 Objetivo general	11
1.2.2 Objetivos específicos	11
1.2.3 Datos Generales.....	11
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	12
2.1 Análisis del motivo de la consulta y antecedentes (historial clínico del paciente)	12
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	12
2.3 Examen físico (exploración clínica).....	12
2.4 Información de exámenes complementarios realizados	12
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial	13
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar	13
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	13
2.8 Seguimiento.....	14

2.9 Observaciones	15
CONCLUSIONES	15
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	
ANEXOS	

DEDICATORIA

Este logro se lo dedico en primer lugar a Dios, por darme la vida y siempre llenarme de fuerzas para poder seguir cada una de mis metas que me eh propuesto en la vida.

A mi Abuela por ser mi guía mi motor y mi pilar fundamental siempre, por llenarme de amor esto se lo dedico a ella con todo mi amor.

A mi Madre, mis hermanos y toda mi familia en general, va dedicado con mucha gratitud por todo el apoyo que me brindaron.

Andrea Alvarado Valencia

AGRADECIMIENTO

Agradecida totalmente con Dios por ser mi guía y siempre darme las fuerzas necesarias para lograr esta meta.

A mi familia, y a todas esas personas que me apoyaron con un granito de arena y estuvieron a mi lado cuando lo necesite.

A mis Docentes, a la Universidad gracias infinitas por todas sus enseñanzas han sido una parte muy fundamental en cada parte de esta meta.

Andrea Alvarado Valencia

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO

**PACIENTE FEMENINO DE 80 AÑOS DE EDAD CON ENFERMEDAD
PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA**

RESUMEN

Este presente estudio de caso clínico está enfocado en el estado de salud de una paciente de 80 años de edad con enfermedad pulmonar obstructiva crónica con antecedentes de hipertensión arterial en el cual fue llevada a medico particular de su localidad por presentar disnea, eventos de sibilancias, tos progresiva, retracciones costales medias y bajas; paciente refiere que nunca ha fumado pero a cocinado toda su vida con leña, se le realiza exámenes el cual los resultados diagnostican una Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica se caracteriza por la presencia de síntomas respiratorios persistentes y limitación crónica al flujo aéreo, causado por alteraciones de la vía aérea o alveolos.

La principal causa de la EPOC es el tabaquismo, la exposición al humo de leña, gases y quema de combustibles para cocinar y calentar hogares mal ventilados

La EPOC en la actualidad es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) anticipa un gran incremento de mortalidad en pacientes con EPOC el cual es la tercera causa de muerte en el mundo en el año 2020.

El objetivo principal de nuestro caso clínico es identificar las manifestaciones clínicas de la EPOC en el paciente y administrar un tratamiento adecuado.

Palabras Clave: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Disnea, sibilancias, mortalidad, morbilidad.

ABSTRACT

This present clinical case study is focused on the health status of an 80-year-old patient with chronic obstructive pulmonary disease with a history of arterial hypertension in which she was taken to a local doctor for presenting dyspnea, wheezing events, progressive cough, medium and low rib retractions; The patient reports that he has never smoked but has cooked all his life with firewood, tests are carried out which results in a diagnosis of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD).

Chronic obstructive pulmonary disease is characterized by the presence of persistent respiratory symptoms and chronic airflow limitation, caused by alterations in the airway or alveoli.

The main cause of COPD is smoking, exposure to wood smoke, gases, and burning of fuels for cooking and heating poorly ventilated homes.

COPD is currently one of the leading causes of morbidity and mortality worldwide. The World Health Organization (WHO) anticipates a large increase in mortality in patients with COPD, which is the third cause of death in the world in 2020.

The main objective of our clinical case is to identify the clinical manifestations of COPD in the patient and administer appropriate treatment.

Key Words: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Dyspnea, wheezing, mortality, morbidity.

INTRODUCCIÓN

El siguiente caso clínico trata de un paciente femenino de 81 años de edad que vive en el área rural con antecedentes patológicos de hipertensión arterial. Fue llevada con médico particular en su localidad por presentar disnea, eventos de sibilancias, retracciones costales medias y bajas se le trata con corticoides Beta2- con mejoría momentánea se reagudizó el cuadro por lo que fue llevada al hospital IESS donde es valorada por el servicio de medicina interna quien indica estudio radiográfico inventado.

En observación por cuadro clínico caracterizado por cefalea de intensidad severa con PA 140/70 de 24 horas de evolución.

Al momento en el examen físico se encuentra orientado en tiempo y espacio, medicada con Afebril, colaboradora, refiere ortopnea, se le realiza saturación en posición de cubito dorsal hasta 85%, con soporte de oxígeno 95% a 3 litros, campos pulmonares presenta sibilancias bilaterales. Sus signos vitales se encuentran en frecuencia cardíaca 70x1, frecuencia respiratoria 16x1, presión arterial 120/70, temperatura corporal 37°C, saturación 90%.

Lo cual se determinó su diagnóstico como enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

La EPOC se encuentra con mayor influencia en pacientes fumadores como también la exposición al humo de leña y a gases contaminantes

El tratamiento de la EPOC se basa en dejar de exponerse a gases contaminantes, la exposición al humo de leña y al humo del tabaco.

La mayoría de las personas tienen casos leves de la enfermedad, para los cuales no se necesita mucha más terapia que dejar de fumar. Incluso en estadios más avanzados de la enfermedad, existe una terapia eficaz que puede controlar los síntomas, reducir el riesgo de complicaciones y reagudizaciones, y mejorar tu capacidad de tener una vida activa.

I. MARCO TEÓRICO

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad pulmonar progresiva y potencialmente mortal que puede causar disnea (al principio asociada al esfuerzo) y que predispone a padecer exacerbaciones y enfermedades graves (GUZMAN, 2008).

De acuerdo con el Estudio de la Carga Mundial de Morbilidad, la prevalencia de la EPOC en 2016 fue de 251 millones de casos.

Se estima que en 2015 murieron por esta causa cerca de 3,17 millones de personas en todo el mundo, lo cual representa un 5% de todas las muertes registradas ese año.

Más del 90% de las muertes por EPOC se producen en países de bajos y medianos ingresos.

La principal causa de la EPOC es la exposición al humo del tabaco (fumadores activos y pasivos).

Alrededor del 40% de la población mundial sigue usando combustibles sólidos, entre ellos la leña, para cocinar o calentar sus hogares. La exposición crónica al humo de leña es un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. En algunas zonas del mundo este factor puede ser más importante que la exposición al humo de tabaco.” (Carlos A. Torres-Duquea, 2016)

Otros factores de riesgo son la exposición al aire contaminado, tanto de interiores como de exteriores, así como al polvo y el humo en el lugar de trabajo.

Algunos casos de EPOC son consecuencia del asma crónica.

La incidencia de la EPOC puede aumentar en los años venideros a causa de la mayor prevalencia de tabaquismo y al envejecimiento de la población en muchos países.” (Mathers CD, 2006)

Muchos casos de EPOC se podrían evitar abandonando pronto el hábito tabáquico y evitando que los jóvenes lo adquieran. Por eso es importante que los países adopten el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) y apliquen el programa de medidas MPOWER, a fin de que no fumar sea la norma en todo el mundo.

“La EPOC es una enfermedad incurable, pero el tratamiento puede aliviar los síntomas, mejorar la calidad de vida y reducir el riesgo de defunción.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad pulmonar caracterizada por una reducción persistente del flujo de aire. Los síntomas empeoran gradualmente y la disnea, que es persistente y al principio se asocia al esfuerzo, aumenta con el tiempo hasta aparecer en reposo. Es una enfermedad que no siempre se llega a diagnosticar, y puede ser mortal. A menudo, también se utilizan los términos «bronquitis crónica» y «enfisema» para referirse a ella” (Mathers CD, 2006).

“Desafortunadamente son varios los efectos que esta enfermedad tiene sobre quienes la padecen y abarcan los niveles físico, psicológico y social. las consecuencias: Físicas: genera dificultad para respirar y fatiga o cansancio progresivos. Ello conduce, en el individuo afectado, a una disminución en la capacidad funcional y en la tolerancia al ejercicio, lo que lleva, incluso, a una limitación en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (alimentación, aseo personal, etc.), generando dependencia de otras personas para realizarlas. Por otro lado, los síntomas de tos persistente, opresión en el pecho, falta de aliento y producción de secreciones, que suelen presentar los pacientes, generan angustia y disminución de la calidad de vida. Psicológicas: produce depresión y ansiedad en los pacientes al no poder ejercer cada uno de los roles que realizaban anteriormente en los ámbitos familiar y social, lo que afecta notoriamente su calidad de vida. Sociales: la exclusión progresiva en su contexto social, familiar, laboral y recreativo genera discapacidad progresiva.” (DURAN, 2009)

Epidemiología

La prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en la población adulta de más de 40 años es del 8% y 10%, cifra que aumenta con la edad. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es un problema sociosanitario creciente, debido en parte al envejecimiento poblacional. Actualmente, la EPOC es la cuarta causa de mortalidad en el mundo, si bien la organización mundial de la salud estima que alcanzara el tercer lugar en 2020, solo por detrás de las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares. La OMS estima, así mismo que la EPOC pasara de ser la 13.^a causa de incapacidad socio Laboral en el Mundo en 2004 a la 5^a en 2030. A pesar de ello, la EPOC es una enfermedad poco reconocida y no diagnosticada en el 70%-80% de los casos, por lo que su tratamiento es inadecuado en un porcentaje muy alto de la población.” (Navarro, 2020)

Factores de riesgo

- ✓ “El principal factor de riesgo para la EPOC es el tabaquismo, factores como la exposición a biomasa (principalmente al humo de la leña para cocinar o calentar el ambiente), otras exposiciones ambientales.
- ✓ Otros factores: exposición a biomasa, ambientales, laboral bajo nivel socioeconómico, antecedente de tuberculosis, enfermedades respiratorias en la infancia, factores genéticos y de género.
- ✓ La exposición al humo de tabaco de segunda mano es factor de riesgo para la EPOC en individuos no fumadores¹⁴.
- ✓ Datos del estudio PLATINO muestran una prevalencia de EPOC de 30.7% entre los individuos con historia de tuberculosis en comparación a 13% entre aquellos sin historia.
- ✓ Infecciones respiratorias y tos recurrente en la infancia: Las infecciones del tracto respiratorio inferior en la infancia que se asocian con la presencia de síntomas respiratorios y aumento de la probabilidad de desarrollo de EPOC.

- ✓ Los eventos respiratorios que ocurren en etapas tempranas de la vida limitan el desarrollo del aparato respiratorio y la función pulmonar y son un factor de riesgo independiente para la EPOC.
- ✓ En este sentido, la historia natural de la enfermedad podría empezar mucho antes de que el sujeto comenzara a fumar.
- ✓ Contaminación ambiental y exposición laboral: La exposición a gases, vapores o polvos orgánicos o inorgánicos derivados de procesos industriales, combustión de motores o calefacciones constituyen un factor de riesgo para la exacerbación de la EPOC. Menos conocido es su papel en el desarrollo de la enfermedad.
- ✓ Déficit de α 1-antitripsina: Los individuos con déficit de α 1-antitripsina y fumadores desarrollan enfisema precozmente. Esta enzima tiene una participación importante en la protección de las estructuras pulmonares como inhibidora de las proteasas.
- ✓ Genética: La importancia de un factor genético o susceptibilidad para la enfermedad surge a partir de datos sobre la mayor probabilidad de EPOC en hermanos fumadores.
- ✓ Bajo nivel socioeconómico: Existe una relación inversa entre el nivel socioeconómico y la prevalencia de EPOC. Se discute si esta prevalencia está asociada a contaminantes ambientales y baja condición de prevención de enfermedad.
- ✓ Género: Existen diferencias de género en la EPOC y algunos estudios sugieren una mayor susceptibilidad en mujeres, aunque los datos no son concluyentes.” (clinic, s.f.)

Factores desencadenantes de los episodios de exacerbación de la EPOC

Causas de exacerbación:

Infección del árbol traqueobronquial (bacteriana, vírica u otros organismos), contaminación atmosférica o desconocida.

Enfermedades concomitantes que agravan el estado clínico: enfermedades respiratorias (neumonía, trombo embolismo pulmonar, neumotórax, derrame pleural y traumatismo torácico), alteraciones cardiovasculares (insuficiencia cardiaca congestiva, trastorno del ritmo cardiaco y shock), depresión del centro respiratorio (fármacos antipsicóticos y ansiolíticos y administración de oxígeno en concentraciones elevadas), enfermedades abdominales (cirugía, enfermedades inflamatorias y ascitis) y alteraciones sistémicas (alcalosis metabólica, sepsis y desnutrición).

Síntomas

- “Disnea, progresiva, persistente y empeora con el esfuerzo y con infecciones intercurrentes, síntoma tardío que conlleva una progresiva incapacidad funcional que repercute negativamente en la calidad de vida.
- Opresión en el pecho;
- Tos crónica, puede ser intermitente o diaria, a lo largo del día, pero más intensa por la mañana, y rara vez sólo nocturna
- Expectoración crónica, puede seguir cualquier patrón
- Sibilancias, Roncus en la espiración forzada, disminución del murmullo pulmonar;
- Cianosis; color azul en los labios o los lechos ungueales;
- Intolerancia al ejercicio, proporcional a las alteraciones de la función pulmonar y al compromiso ventilatorio.
- Hinchazón en los tobillos, los pies o las piernas; y,

Anorexia y pérdida de peso, se presentan en estadios avanzados de la enfermedad y son síntomas indicativos de mal pronóstico” (GUZMAN, 2008)

Signos

- Cianosis central y periférica
- Deformidad torácica por hiperinflación pulmonar
- Sibilancias aisladas en la espiración forzada
- Roncus espiratorios
- Espiración forzada mayor de 6 segundos
- Disminución de la matidez cardiaca y ruidos cardiorrespiratorios alejados

“Con frecuencia presencia de hernias inguinales por aumento de la presión abdominal producida por la espiración forzada y la tos. Si se presenta hemoptisis, es de escasa cantidad; mezclada con el esputo puede presentarse en los episodios de infección bronquial (de todos modos, si es intensa o no se acompaña de mayor producción de esputo, debe considerarse la posibilidad de un tumor broncopulmonar). En fases avanzadas datos clínicos de insuficiencia ventricular derecha /Cor Pulmonale Crónico” (GUZMAN, 2008).

Diagnóstico

es una enfermedad lentamente evolutiva, que permite a los pacientes habituarse a los síntomas disminuyendo la actividad y atribuirlos erróneamente al tabaquismo o la edad. La disnea inicialmente de esfuerzo, genera una disminución de la actividad con disminución en la realización de las actividades habituales, de las relaciones sociales y tendencia al sedentarismo.

El diagnóstico de sospecha se basa en la presencia en un paciente con antecedentes de tabaquismo, de disnea o fatiga, inicialmente al esfuerzo, junto con la presencia de tos y expectoración crónica y los signos exploratorios. Sin embargo, en los ancianos son frecuentes las presentaciones atípicas o poco sintomáticas de la enfermedad.

Por definición es una afección pulmonar obstructiva, lo que obliga en la práctica a realizar una espirometría forzada para confirmar el diagnóstico, estimar su gravedad, valorar la respuesta broncodilatadora y evitar tantos tratamientos innecesarios. De acuerdo a las normativas actuales, para el diagnóstico espirométrico de EPOC el volumen espiratorio máximo en el primer segundo (VEMS o FEV1 por sus siglas en inglés) después de la prueba broncodilatadora debe ser inferior al 80% del valor teórico de referencia –aquel que le correspondería al sujeto de acuerdo a su talla, peso, sexo y raza– y tener un índice FEV1/capacidad vital forzada (FVC) inferior al 70%. Sin embargo, este cociente disminuye de forma fisiológica con la edad y su uso es motivo de controversia dado que puede catalogar incorrectamente hasta un 35% de los sujetos mayores de 70 años, por lo que algunos autores han propuesto.

Otros índices o bajar el punto de corte a 65%. Los estudios realizados en este grupo de edad muestran que también en ellos un menor FEV1 se asocia a peor supervivencia y que más del 80% de los pacientes mayores de 65 años pueden realizar una espirometría de calidad.” (PALOMINO, s.f.)

Tratamiento

“La presencia de EPOC se sospecha en las personas que padecen los síntomas descritos anteriormente y se confirma mediante una prueba denominada espirometría, que mide el volumen de una espiración efectuada con un máximo esfuerzo y la rapidez con que se espira el aire.

La EPOC no se cura. Sin embargo, el tratamiento farmacológico y la fisioterapia pueden aliviar los síntomas, mejorar la capacidad de ejercicio y la calidad de vida y reducir el riesgo de muerte.

El tratamiento más eficaz y menos costoso de la EPOC para los fumadores es, precisamente, dejar de fumar, ya que retrasa la evolución de la enfermedad y reduce

la mortalidad por la enfermedad. En algunos casos, el tratamiento con corticosteroides inhalados es también beneficioso.

La disponibilidad de opciones diagnósticas y terapéuticas para la EPOC varía según los recursos. La OMS ha publicado unas directrices con recomendaciones específicas para el tratamiento de esta enfermedad en la atención primaria en entornos con pocos recursos.” (SCIELO, s.f.)

Prevención

“**Cuidar los pulmones** es importante para evitar desarrollar esta enfermedad. En primer lugar, está el **consumo de tabaco**, que es el **principal causante de la EPOC**.

La **EPOC** se presenta con más frecuencia en personas de 40 años y mayores con antecedentes de tabaquismo (que fuman o fueron fumadores). Fumar durante la niñez y la adolescencia puede hacer más lento el crecimiento y desarrollo de los pulmones, lo cual puede aumentar el riesgo de tener EPOC en la edad adulta.

De igual forma, si sueles estar expuesto a sustancias químicas o tóxicas y abundante polvo ya sea cerca a tu domicilio o centro de trabajo, solicita un diagnóstico sobre tu estado salud **y** el de tu familia a tu médico de familia.

En casa, procura mantener libre de polvo los ambientes de tu hogar.

Otro punto a favor de la prevención de la EPOC es tener una rutina de actividad física regular. Correr o caminar mínimamente 4 veces por semana es una de las formas más económicas de cuidar la salud. No solo ayuda a fortalecer los pulmones, sino también a respirar mejor y fortalecer nuestro Sistema”. (SOS, s.f.)

Clasificación

“Dependiendo la gravedad a la EPOC se la clasifica en 4 estadios:

- EPOC LEVE con una relación VEF1/CVF menor o igual a 0.7 pos broncodilatador y con un VEF1 mayor al 80% del valor teórico.
- EPOC MODERADA con una relación VEF1/CVF menor o igual a 0.7 pos broncodilatador y con un VEF1 entre el 50-80% del valor teórico.
- EPOC SEVERA con una relación VEF1/CVF menor o igual a 0.7 pos broncodilatador y con un VEF1 entre el 30-50% del valor teórico.
- EPOC MUY SEVERO con una relación VEF1/CVF menor o igual a 0.7 pos broncodilatador y con un VEF1 menor al 30% del valor teórico.

“VEF1: volumen espiratorio forzado en un segundo, CVF: capacidad vital forzada. Pacientes que fuman o tienen exposición a contaminantes, tienen tos, expectoración o disnea” (clinic, s.f.)

1.1 Justificación

El proyecto tiene como determinación principal mejorar la salud del paciente que presenta un cuadro clínico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Por lo tanto, mediante la siguiente investigación se examinará información sobresaliente del paciente, utilizando datos y observaciones obtenidas a partir de casos similares y tratados anteriormente. Además, se implementarán pruebas de laboratorio para fijar un diagnóstico final del paciente.

Y finalmente, esto podría ayudar a contribuir para un buen desarrollo de estudios, con la intención de acortar la tasa de muertes de muchos pacientes.

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica es una de las más frecuentes causas de mortalidad en los países desarrollados. La prevalencia de la enfermedad y la mortalidad continúan aumentando, incluso después de iniciarse las campañas contra el tabaquismo. El desarrollo de esta investigación se justifica porque es un tema de gran importancia por su morbilidad y mortalidad en pacientes adultos que al pasar los años se presenta con mayor frecuencia. Es una enfermedad que se debe tratar en diferentes necesidades y limitaciones, se insiste en el diagnóstico precoz, con las pruebas funcionales respiratorias adecuadas para ofrecerle una mejoría en su recuperación o capacidad de ejercicio.

Objetivos

1.2.1 Objetivo general

- Analizar el presente caso clínico, encontrar el diagnóstico adecuado para reducir el riesgo de mortalidad y aumentar la supervivencia.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar los factores de riesgo que llevan a la manifestación de la enfermedad
- Prescribir que exámenes de laboratorio deberían realizarse para hacer el diagnóstico efectivo de la enfermedad.
- Conocer tratamiento que tienen los pacientes que padecen la enfermedad.

1.2.3 Datos Generales

- Nombres y apellidos: NN
- Edad: 80 años
- Sexo: Femenino
- Área: rural

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 Análisis del motivo de la consulta y antecedentes (historial clínico del paciente)

Estancia hospitalaria de 2 semanas. Vivió más de 40 años en la sierra casa de adobe donde cocinaba con leña en ollas de barro. Ingreso por una disnea de leve intensidad de hace más de 2 días, refiere tos productiva de coloración amarilla-verdosa, cefalea intensa y malestar general. Se le prescribió afebril, salbutamol+ipatropio, claritromicina e hidrocortisona con mejoría colaboradora, refiere ortopnea saturación en posición decúbito dorsal hasta 85%, con soporte de oxígeno 95% a 3 litros.

ANTECEDENTES

- HIPERTENSION si
- DIABETES no
- TRAUMATOLOGIA si

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

Presenta Enfermedad del reflujo gastroesofágico sin esofagitis, probable neumonía no especificada, insuficiencia respiratoria aguda.

2.3 Examen físico (exploración clínica)

- Presión arterial 120/70 mmHg
- Frecuencia respiratoria 16 r/m
- Frecuencia cardiaca 70 l/m
- Temperatura 37 °C

Presenta sibilancias bilaterales, emuntorios normales, buena tolerancia oral, canaliza flatos, diuresis espontanea.

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

- Espirometría

- Radiografía de tórax
- Oxímetro
- Análisis de Sangre
- Muestra de Mucosidad

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial

Para llegar al diagnóstico presuntivo y diferencial se tuvieron que analizar los síntomas, valoración física y los resultados de análisis de laboratorio.

Diagnostico presuntivo:

neumonía no especificada, insuficiencia respiratoria aguda.

Diagnostico diferencial:

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

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

El origen del problema es que la paciente cocino por más de 40 años con leña; refiere que nunca en su vida a fumado.

Lo primero que se realizó al momento de ingreso es una valoración general para obtener los exámenes físicos y complementarios.

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

EXAMENES DE LABORATORIO	
LEUCOCITOS	9.40
HEMOGLOBINA	15.0
HEMATOCRITO	44.4
MONOCITOS	0.17
EOSINOFILOS	0.30

LINFOCITOS	1.16
NEUTROFILOS	7.78
BASOFILOS	0.01
PLAQUETAS	238
GLOBULOS ROJOS	4.68
MONOCITOS	1.8
CREATININA	0.89

2.8 Seguimiento

Durante el ingreso el paciente recibió corticoides;

**Fluticasona 250 mug 2 puff
cada 8 horas**

**Claritromicina 500 mg IV cada 12
horas**

Hidrocortisona 500 mg IV

Primeros días de ingreso

Paciente femenino de 80 años orientada en tiempo y espacio colaboradora, refiere ortopnea, saturando al ambiente en posición decúbito dorsal hasta 85 %, con soporte de oxígeno 95% a 3 ltr.

Al mes paciente dada de alta

Paciente femenino agendada para tele consulta su hija refiere que se encuentra bien con el uso de su medicacion y a veces se agudiza su reflujo gastroesofagico.
plan de tratamiento

se prescribe:

salbutamol

tiotropio

magaldrato

omeprazol

2.9 Observaciones

- El paciente refiere con mayoría de los factores de riesgo.
- Nunca ha fumado, su problema fue siempre cocinar con leña.
- Paciente con Epoc avanzada recibe altas con mejoría hasta ahora con vida tratada con corticoides y oxígeno en casa.

CONCLUSIONES

Se obtuvo el diagnóstico final con resultado de la patología de una Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Paciente que vive en área rural que ha cocinado por más de 40 años con leña.

El diagnóstico de EPOC se establece cuando el VEF1 (Volumen Espiratorio Forzado el Primer segundo) está por debajo de 80% del predicho o si la relación VEF1/CVF es menor a 0.7.

Durante muchos años la EPOC ha sido una enfermedad infradiagnosticada, la EPOC se define como un trastorno ventilatorio obstructivo crónico de carácter poco reversible.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Byrd, R. P. (2007).

Carlos A. Torres-Duquea, M. C.-R.-G. (06 de 2016). archivos de broconeumologia. Recuperado el 03 de 2021, de <https://www.archbronconeumol.org/es-enfermedad-pulmonar-obstructiva->

PALOMINO. (s.f.). Obtenido de <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/11065/Como%20Vivir%20Bien%20con%20EPOC.pdf;jsessionid=4E7E2EF6179FEB2BBB0091E2A9D3A64A?sequence=1>

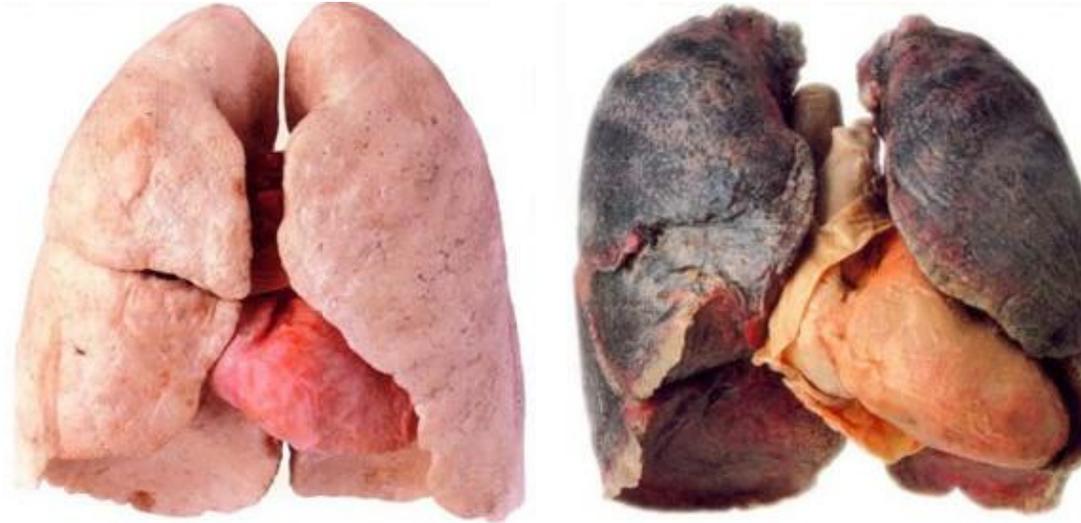
SCIELO. (s.f.). Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2008000300008

SOS. (s.f.). Obtenido de <https://www.callaosalud.com.pe/noticias/epoc-prevencion-y-tratamiento#:~:text=Otro%20punto%20a%20favor%20de,mejor%20y%20fortalecer%20nuestro%20sistema.>

V., F. (2008).

ANEXOS

Figura 1



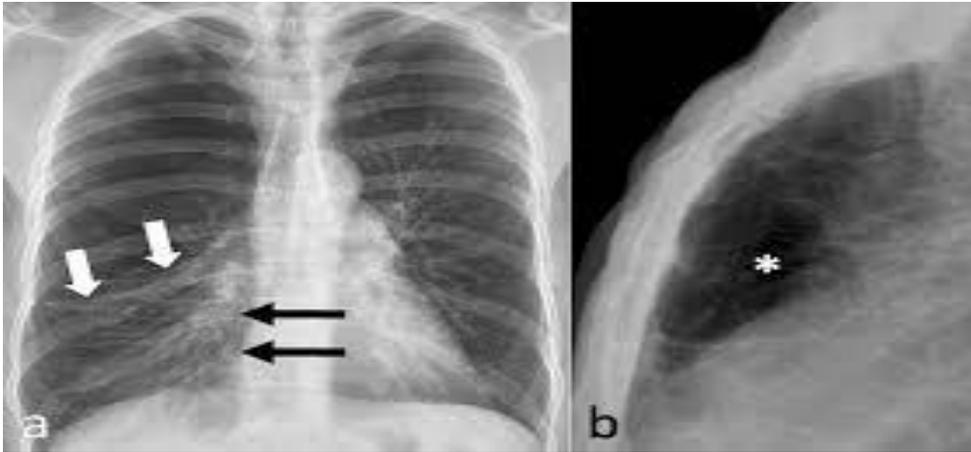
Se puede apreciar la diferencia entre un pulmón normal y un pulmón con EPOC.

Figura 2



Radiografía de tórax de un paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Los pulmones están hiperinsuflados, el diafragma está aplanado, la trama vascular está aumentada y el corazón está ligeramente aumentado de tamaño

Figura 3



Hiperclaridad e hiperinsuflación pulmonar en el lóbulo superior derecho, limitada ínfero medialmente por la cisura menor descendida (flechas) y surcada por finos tractos lineales. Se aprecian los signos Bronco vasculares de la atelectasia del lóbulo inferior. b) Hiperclaridad retroesternal (otro paciente) con superposición de múltiples trazos curvilíneos por bullas.



Pulmones reales con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica