



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO PRIMARIO EN EL ADULTO A
CONSECUENCIA DE NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD”**

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Terapia Física.

Autora: Quispe Gualpa, Amparo de las Mercedes

Tutor: Lcda. Msc. Cedeño Zamora, María Narciza

Ambato – Ecuador

Noviembre, 2017

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del análisis de caso clínico sobre el tema:

“SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO PRIMARIO EN EL ADULTO A CONSECUENCIA DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD” DE Quispe Gualpa, Amparo de las Mercedes estudiante de la Carrera de Terapia Física, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad Ciencias De La Salud.

Ambato, Agosto del 2017

LA TUTORA

.....

Lcda. Msc. Cedeño Zamora, María Narciza

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el análisis de caso clínico sobre **“SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO PRIMARIO EN EL ADULTO A CONSECUENCIA DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD”** como también los contenidos, ideas, análisis y conclusiones son de exclusiva responsabilidad de mi persona como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Agosto del 2017

LA AUTORA

Quispe Gualpa, Amparo de las Mercedes

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte de este un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este Análisis de Caso Clínico, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Agosto 2017

LA AUTORA

Quispe Gualpa, Amparo de las Mercedes

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico, sobre el tema **“SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO PRIMARIO EN EL ADULTO A CONSECUENCIA DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD”**, de Quispe Gualpa, Amparo de las Mercedes estudiante de la Carrera de Terapia Física.

Ambato, Noviembre del 2017

Para constancia firman:

.....

PRESIDENTE

1er VOCAL

2da VOCAL

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios todo poderoso por haberme dado la vida y permitirme alcanzar mis logros.

A mis padres Julio cesar y Juanita Aurelia por haberme inculcado sus valores morales como ejemplo de vida, me demostraron su amor ,comprensión y me brindaron sus sabios consejos, físicamente no están presentes para mirarme pero yo sé que desde el cielo todos los días me dan sus bendiciones para seguir adelante y realizarme como una excelente profesional honesta, responsable y sobre todo ser una persona humilde y carismática, también dedico este esfuerzo a mis hermanas Aida y Lourdes porque han sido mis dos mejores hermanas y amigas con quienes he compartido muchas alegrías, tristezas y algunas de mis malas noches, ellas han estado para darme fuerza y valor alimentándome con sus consejos para y no derrotarme fácilmente ya que a lo largo de estos años de estudio he aprendido que nada es fácil en la vida pero mi sacrificio valió la pena a pesar de las dificultades, y los obstáculos esto sirvió para adquirir experiencia y cada día ir perfeccionando los errores cometidos, como no dedicar este esfuerzo a una persona muy especial que con su amor y cariño supo motivarme y comprenderme para que alcance mi sueño anhelado, finalmente lo echo realidad para mi será una satisfacción contar con todas estas persona para festejar mi triunfo alcanzado.

Quispe Gualpa Amparo de las Mercedes

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios y a mis padres por darme la vida y el apoyo brindado en todos mis propósitos, ellos fueron mi pilar fundamental, cuando di mis primeros pasos en la vida estudiantil, me inculcaron valores importantes, los cuales me han servido para toda la vida especialmente cuando decidí formarme como una profesional, sé que desde el lugar que Dios les haya designado ellos se sentirán orgullosos, todos los días me bendijeron desde el cielo, no están presentes físicamente para festejar mi triunfo alcanzado, he cumplido con el sueño que ellos tenían para cada uno de sus hijos, de igual manera agradezco a mis hermanos y sobrinos por haber confiado en mí me dieron fortaleza para que siga adelante, y cumpla con la meta que me he trazado, todos me han apoyado moralmente en los momentos más difíciles, con esto aprendí que los obstáculos de la vida, no son el fin de un sueño sino el inicio de una nueva experiencia más y seguir adelante sin detenerme, ellos compartieron mis derrotas y mis triunfos, mis tristezas y alegrías las veces que me caí estuvieron para darme la mano y levantarme, motivándome, dándome aliento para resolver las dificultades que parecían difíciles de resolver.

A mí querida Universidad Técnica de Ambato y a la Facultad Ciencias de la Salud, especialmente a mi carrera de Terapia Física que me abrió las puertas para emprender mis estudios, a mis queridos maestros, que compartieron sus conocimientos para formarme como profesional, sobre todo a mi tutora Lcda. Msc. Narciza Cedeño que fue una guía en este trabajo; a mis amigas dentro y fuera de la universidad, a mis compañeros quienes me brindaron su ayuda para que siga adelante y no derrotarme jamás ante los obstáculos y dificultades que a lo largo de la carrera se me han presentado, los llevare siempre en mi corazón.

Un agradecimiento especial al Hospital Provincial Docente Ambato, por la colaboración brindada hacia mi persona para el desarrollo del presente trabajo investigativo.

Quispe Gualpa Amparo de las Mercedes

ÍNDICE GENERAL

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:	i
APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL	viii
ÍNDICE DE TABLAS	x
RESUMEN	xii
SUMMARY	xiv
INTRODUCCIÓN	1
ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO	3
1. TEMA:	3
2. OBJETIVOS:	3
2.1. OBJETIVO GENERAL:	3
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	3
3. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN	4
3.1. DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES	4

3.2 IDENTIFICACIÓN Y RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN NO DISPONIBLE.....	4
4. DESARROLLO.....	5
4.1. DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA Y DETALLADA DEL CASO .5	
4.2. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO	20
4.2.1. FACTORES DE RIESGOS BIOLÓGICOS	20
4.2.2. FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES.....	23
4.2.3 FACTORES DE RIESGOS SOCIALES	24
4.3. ANALISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD.....	25
4.3.2. ACCESO	25
4.3.3. CARACTERISTICAS DE LA ATENCIÓN	25
4.3.4. OPORTUNIDADES EN LA REMISIÓN	26
4.3.5. TRAMITES ADMINISTRATIVOS	26
4.4. IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRITICOS	26
4.4.1. Falta de asistencia médica adecuada para su patología:	26
4.4.2. Falta de confianza en el servicio público	27
4.4.3. Diagnostico medico tardío.....	27
4.4.4. Incumplimiento de tratamiento por parte de la paciente	28
5. DISEÑO DE TRATAMEINTO FISIOTERAPEUTICO	30
5.1. VALORACIONES FISIOTERAPEÚTICAS	31
6. CONCLUSIONES.....	47
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
Anexo 1: Rx de Tórax.....	52
Anexo 2: Autorización de la Institución.....	53

Anexo 3: Autorización de la paciente para acceder a su Historia Clínica	55
Anexo 4: Consentimiento informado	56
Anexo 6: Consentimiento informado para realizar la evaluación	58
Anexo 7. Evaluación fisioterapéutica.....	59

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de IMC	22
Tabla 2. Caracterización de las oportunidades de mejora.....	29
Tabla 3. Examen de valoración fisioterapéutica	31

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Respiración abdominal o diafragmática.....	32
Gráfico 2. Expansión torácica decúbito supino.....	33
Gráfico 3. Respiración acompañada con movimiento de los brazos	34
Gráfico 4. Respiración con labios fruncidos	34
Gráfico 5. Movilización del hemitorax	35
Gráfico 6. Percusión y vibración.....	36
Gráfico 7. Utilización del flutter	37
Gráfico 8. Técnica de espiración forzada.....	37
Gráfico 9. Facilitación de tos en sedestación	38
Gráfico 10. Facilitación de la tos	39
Gráfico 11. Ejercicios para musculatura accesoria	40
Gráfico 12. Ejercicios para muscularura abdominal	40
Gráfico 13. Flexo extensión de cuello.....	41
Gráfico 14. Rotación de cuello	41

Gráfico 15. Elevación de hombro	41
Gráfico 16. Antepulsión de hombro.....	42
Gráfico 17.elevación simultanea de los brazos flexionados	42
Gráfico 18. Inclinación lateral del tronco	42
Gráfico 19. Flexión de rodillas	43
Gráfico 20. Extensión bilateral de rodillas alternadas	43
Gráfico 21. Elevación del muslo alternado	44
Gráfico 22. Posición de sedente a bipedestación	44
Gráfico 23. Prevención de episodios de disnea sentado	45
Gráfico 24. Prevención de episodio de disnea de pie.....	45
Gráfico 25. Ejercicio con inspirometro insentivo	45
Gráfico 26. Caminata	46

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

**“SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO PRIMARIO EN EL ADULTO A
CONSECUENCIA DE NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD”**

Autor: Quispe Gualpa, Amparo de las Mercedes

Tutor: Lcda. Msc. Cedeño Zamora, María Narciza

Fecha: Agosto, 2017

RESUMEN

El presente análisis de caso clínico se realiza en una paciente de 51 años de edad, en octubre del año 2013 presentó dificultad respiratoria, tos, expectoración blanquecina acompañada de fiebre, astenia, artromialgias, por lo cual acude a facultativo donde le administran medicación que no especifica, sin presentar mejoría, a los 15 días posteriores acude al Hospital Yerovi Mackuar por el servicio de emergencia debido a la persistencia de los síntomas donde recibe medicación, siendo dada de alta a su domicilio a las tres horas, posteriormente a las 72 horas acude a clínica particular por intensificación de los síntomas donde se le realiza una Rx de Tórax, por el cuadro clínico que presenta la paciente es transferida al Hospital Yerovi Mackuar donde se le realiza valoración física y exámenes complementarios, diagnosticándole neumonía severa, para lo cual le prescriben oxígeno terapia, el Hospital ya antes mencionado no cuenta con los equipos adecuados por lo que deciden transferirle de urgencia al Hospital Docente Ambato donde fue atendida y diagnosticada finalmente con Neumonía grave adquirida en la comunidad, Síndrome de distrés respiratorio primario en el adulto, Edema agudo pulmonar, Síndrome anémico crónico, Shock séptico de origen pulmonar. La paciente pasó por dos meses hospitalizada recibiendo tratamiento clínico, a lo que fue remitida a fisioterapia, después de ir un par de sesiones paciente abandona el tratamiento por motivos laborales y económicos.

Actualmente la paciente presenta distrés respiratorio, se encuentra con tratamiento farmacológico, para ayudar a una mayor recuperación de la paciente se ha propuesto un tratamiento fisioterapéutico, basados en ejercicios que ayudaran a ganar mayor expansión pulmonar, lo cual mejorará su calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: NEUMONÍA, COMUNIDAD, DISTRES, EDEMA PULMONAR, SHOCK SÉPTICO.

THECHNI UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
CAREER OF PHYSICAL THERAPY

**“PRIMARY RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME IN THE ADULT AS A
CONSEQUENCE OF PNEUMONIA ACQUIRED IN THE COMMUNITY”**

Author: Quispe Gualpa, Amparo de las Mercedes

Tutor: Lcda. Msc. Cedeño Zamora, María Narciza

Date: August 2017

SUMMARY

The present clinical case analysis was carried out in a 51-year-old female patient in October of 2013. She presented respiratory distress, cough, expectoration with fever, asthenia, arthritis, and arthritis. She went to a doctor where she was given medication specifics, without improvement, after 15 days, visits the Yerovi Mackuar Hospital for the emergency service due to the persistence of the symptoms where he receives medication, being discharged to his home at three hours, after 72 hours to a private clinic due to the intensification of symptoms where a chest x-ray is performed, the patient's clinical condition is transferred to the Yerovi Mackuar Hospital, where physical evaluation and complementary examinations are performed, diagnosing severe pneumonia, for which she is prescribed oxygen therapy, the Hospital already mentioned above does not have the proper equipment so it was transferred urgently to Ambato Teaching Hospital where he was finally attended to and diagnosed with severe community acquired pneumonia, primary respiratory distress syndrome in the adult, acute pulmonary edema, chronic anemic syndrome, pulmonary septic shock. The patient spent two months hospitalized receiving clinical treatment, to which she was referred to physiotherapy, after going a couple of sessions patient leaves the treatment for work and economic reasons.

Currently the patient has respiratory distress, is under pharmacological treatment, to help a greater recovery of the patient has been proposed a physiotherapeutic treatment, based on exercises that help to gain greater lung expansion, which will improve their quality of life.

KEY WORDS: PNEUMONIA, COMMUNITY, DISTRESS, PULMONARY EDEMA, SEPTIC SHOCK.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene por tema: “Síndrome de distrés respiratorio primario en el adulto a consecuencia de neumonía adquirida en la comunidad”, para lo cual se analiza el caso clínico de una paciente de sexo femenino de 51 años de edad, quien presenta síndrome de distrés respiratorio luego de sufrir una neumonía grave adquirida en la comunidad, los factores de riesgo importantes que contribuyeron para que desencadene esta patología fue, el descuido por parte de la paciente debido a que por un lapso de 15 días presentaba tos con expectoración blanquecina, para lo cual se auto medicó, el diagnóstico tardío de la neumonía, el síndrome de distrés respiratorio que se desencadena alrededor de 19 días de haber iniciado los síntomas.

La neumonía es un cuadro infeccioso de las vías respiratorias bajas, que afectan a las personas sometidas a sobre exposición bacteriana, según el lugar de adquisición puede ser extra hospitalaria o adquirida en la comunidad, e intrahospitalaria o nosocomial, es más frecuente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). (4) La cual se clasifica según la localización anatómica en: Focal si es en un solo segmento pulmonar o Multifocal si afecta a varios segmentos. (5) (6) Según el agente de riesgo se determina en: Bajo riesgo las adquiridas por sujetos sanos; Medio riesgo adquiridas en sujetos sanos con edades avanzadas; y Alto riesgo en pacientes con dificultades respiratorias, la enfermedad es más frecuente en varones (7) (8) (9) La mortalidad a medio y largo plazo es elevada con cifras del 8% a los 90 días; 21% al año y 36% a los 5 años. (9) Las complicaciones más frecuentes causadas por la Neumonía son: edema pulmonar, atelectasia, mecanismo de vasoconstricción pulmonar, hipoxia, síndrome de distrés respiratorio agudo, sepsis severa, enfermedades hepáticas, estas causas varían de acuerdo a cada patológica y paciente. (10) (4)

El Síndrome de Distrés Respiratorio Primario, puede darse en dos etapas neonatal y adulta, que comparten características morfológicas de las membranas

hialinas en los alveolos. (1) Se presenta con insuficiencia respiratoria grave, infiltrados pulmonares bilaterales difusos y disminución de la distensibilidad pulmonar, desarrollado en unas 72 horas; las causas pueden ser de origen pulmonar o extrapulmonar, su mortalidad es elevada, en adultos se puede dar por una neumonía adquirida en la comunidad. (2) El riesgo de adquirirla aumenta en la población más vulnerable (niños y ancianos), sin embargo la enfermedad puede presentarse en cualquier etapa de la vida. (3)

La investigación del síndrome de distrés respiratorio tiene por interés académico y profesional conocer la intervención médica y fisioterapéutica que recibió la paciente durante el proceso fisiopatológico de la enfermedad.

El proceso investigativo, se caracteriza por ser una investigación exploratoria, con base en recolección de información de las historias clínicas y entrevistas hacia la paciente, familiares y personal médico, cuya información será cualitativa y al mismo tiempo descriptiva y explicativa, porque se describirá cada serie de hechos que se dieron para que se produzca el síndrome de distrés respiratorio.

La limitación que se encontró en la investigación es la demora en la obtención de información de las historias clínicas y de la información no detallada que se encuentran en las mismas.

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO

1. TEMA:

“SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO PRIMARIO EN EL ADULTO A CONSECUENCIA DE NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD”

2. OBJETIVOS:

2.1. OBJETIVO GENERAL:

- Determinar el caso clínico de un paciente con síndrome de Distrés Respiratorio primario en el adulto a consecuencia de neumonía adquirida en la comunidad.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar los puntos críticos relevantes en la evolución del paciente con Síndrome de Distrés Respiratorio
- Analizar los principales factores de riesgo desencadenantes para el Síndrome de Distrés Respiratorio en la paciente.
- Diseñar un tratamiento fisioterapéutico adecuado para la paciente con síndrome de distrés respiratorio.

3. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN

3.1. DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES

La recopilación de información para este análisis de caso clínico se basó en los datos obtenidos de fuentes confiables como: las historia clínicas obtenidas en las diferentes casas de salud y de entrevistas con el médico tratante de la paciente, donde se observa claramente la información de los hospitales siendo esta información muy bien detallada, mientras que en la consulta privada se identifica con más claridad la evolución de la paciente, esta información fue obtenida de 3 casas de salud que colaboró con la investigación:

- Historia Clínica N°1: Del Hospital Yerovi Mackuart de la Ciudad de Salcedo, en el área de emergencia donde se encuentra poca información detallada de la patología y su evolución.
- Historia Clínica N°2: Del Hospital Básico Central de la Ciudad de Salcedo, donde se encuentra detallada la evolución de la patología y la administración de medicamentos.
- Historia Clínica N°3: Del Hospital Provincial Docente Ambato, en el área de emergencia y de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), donde encontramos la información detallada del estado de la paciente a la hora de ser hospitalizada.

3.2 IDENTIFICACIÓN Y RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN NO DISPONIBLE

Para la recopilación de información que no se encontraba detallada en las historias clínicas, se realiza entrevistas con preguntas formuladas tanto para el

personal médico, al esposo y a los familiares de la paciente que permanecieron cerca de ella desde el inicio de la patología.

Al realizar la entrevista al personal de la Unidad de Cuidados Intensivos, se descubre información del estado clínico en que la paciente ingresa a realizarse la terapia respiratoria, detallando la evolución de la paciente.

4. DESARROLLO

4.1. DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA Y DETALLADA DEL CASO

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de sexo femenino; 51 años de edad; nacida y residente en la ciudad de Salcedo (Cotopaxi); Grupo étnico: mestiza; Estado civil: casada; Instrucción: secundaria completa; Ocupación: crianza de animales y quehaceres domésticos; Tipo de sangre: O Rh (+); Facies: tipo pícnico; Talla 1,52 metros, Peso: 72 kg IMC: 31.16

Antecedentes Patológicos familiares:

- Padre con insuficiencia cardiaca (Fallecido)
- Madre con hipertensión arterial (Fallecida)

Antecedentes patológicos personales:

- Tos persistente (diagnosticada hace 28 años sin tratamiento)
- Cocinaba con leñas hasta la edad de 20 años.

Hábitos:

- Alimentario: 3 veces al día
- Tabaquismo: no refiere
- Alcohol: ocasional

- Alergias: no refiere

Condiciones socio – económico: vivienda de construcción mixta, cuenta con cuatro habitaciones, dos baños completos, una cocina, una sala y un comedor, la misma que comparte con sus hijos y esposo, cuenta con todos los servicios básicos, ingreso económico bajo, actualmente depende de su esposo.

- **Motivo de consulta:** neumonía, síndrome de distrés respiratorio agudo.
- **Evolución de enfermedad actual:** Paciente refiere que desde hace 4 años presenta tos persistente, disnea, artromialgía para los síntomas mencionados la paciente recibe tratamiento farmacológico que no refiere, actualmente se encuentra mejor pero no recuperada completamente.
- **Signos vitales:**
 - Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto.
 - Frecuencia cardiaca: 63 latidos por minuto.
 - Presión arterial: 129 / 82 ml Hg
 - Saturación de oxígeno: 93%
 - Peso: 72kg
 - Talla: 1.52 m
 - IMC: 31.16
- **Biotipo morfológico:** Endomorfo

DESCRIPCIÓN DETALLADA POR FECHAS:

- **Día 21 de Octubre del 2013:** Paciente acude al hospital de Salcedo, refiere que desde hace 9 días presenta tos, con expectoración blanquecina acompañada con fiebre, astenia, dolores articulares y dificultad respiratoria , motivo por lo cual acude al hospital de Salcedo, donde es atendida y medicada luego de pocas horas de permanecer en la sala de emergencias del hospital Yerovi Mackuart de Salcedo, le dan de alta le envían con medicación a la casa no mejora, y acude a una clínica particular de la

localidad, el médico lo revisa e indica la administración de cristaloides en el domicilio, 24 horas después presenta marcada dificultad respiratoria, razón por lo que acude a consulta privada, el médico de dicho consultorio lo atiende y con los antecedentes relatados por la paciente, ordena realizar una radiografía del tórax, con los resultados obtenidos lo remite inmediatamente al hospital de Salcedo, siendo atendida por el área de emergencia, donde realizan los exámenes pertinentes y con los resultados obtenidos, lo trasladan de urgencia en la ambulancia, lo remiten al Hospital Provincial Docente Ambato.

- **Día 22 de octubre del 2013:** Ingresar por emergencia al Hospital Provincial

Docente Ambato, siendo atendida por el médico de turno a las 5 horas del ingreso paciente con importante dificultad respiratoria, hipoxemia, razón por la que se procede a realizar intubación oro traqueal y acoplar a ventilación mecánica, se administran sedo analgesia, permanece en emergencia termodinámicamente estable. El diagnóstico final para ingresar a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), fueron: Neumonía grave adquirida en la comunidad, Síndrome de distrés respiratorio primario en el adulto, Edema agudo pulmonar, Síndrome anémico crónico, Shock séptico de origen pulmonar.

En UCI recibieron a la paciente intubada, con soporte ventilatorio mediante ambú (bolsa inflamable que ayuda a ventilación) reactiva, con signos vitales: T.A 110/70mmHg; FC90lpm; FR 33rpm, T°37°; ECG: 10T/10 (M6O3V1T). Piel caliente, llenado capilar de 2''

cabeza normocefálica, ojos conjuntivas pálidas, pupilas e isotónicas de 2mm reactivas, reflejo locomotor directo y consensuado presente; boca con presencia de mucosas orales secas; cuello simétrico, no se palpa adenomegalias; tórax simétrico con elasticidad y expansibilidad conservada, estertores crepitantes y subcrepitantes a nivel de bases pulmonares, murmullo vesicular disminuido en las bases. Ruidos cardiacos rítmicos sincrónicos con el pulso, normofonéticos, no se auscultan ruidos agregados. **Exámenes de ingreso a UCI:**

Biometría: Hb 6.8gr/dl; Hcto24.8%, Lencitos3800U/L, Segmentados76%; Linfocitos17%; Eosinofilos 4%; Plaquetas17200; TP⁺; TTP⁺.

Química Sanguínea: Glucosa98mg/dl; Urea15.4mg/dl; Creatinina0.5mg/dl; BUN17; Proteínas Totales5.475.36g/dl; Albumina 2.77g/dl; Globulinas3; TGO 60U/L; TGP42U/L; Colesterol105 mg/dl; Triglicéridos144mg/dl; Bilirrubina total0.20mg/dl; Bilirrubina directa 0,06mg/dl; Fosfatasa alcalina115U/L; Deshidrogenasa láctica820U/L; Calcio8.1mg/dl; Sodio141mmol/L; Cloro111mmol/L; PCR 217.3mg/dl.

GSA: Ph. 7.37, PO₂ 69.4mm/Hg, PCO₂ 234.8mmHg, HCO₃ 20mmol/L, BE-4.3mmol/L, SatO₂ 92.9, Na146.9, K3.5, Cl107.2, Ca 0.68mmol/L, CI131 mmol/L.

Dieta e Hidratación: NPO; excepto medicación; Solución Salina 0.9%; cloruro de potasio 10ccIV cc/h; agente gelatina bolos de acuerdo a hemodinamia y PVC.

Terapia Farmacológica: S.S0.9% 80cc+Midazolam 50 mg + Fentanilo 500 mcg; Celtriaxona 2 gr IV c/12h; Gluconato de calcio 10cc IVc/8h; Complejo B5cc IV QD; Enoxoparina 60mg SC QD; Omeprazol 40mgIV QD; Metoclopramida10mg IVc/8h, Hemoderivados de acuerdo a controles de laboratorio.

Ventilación: mecánica modo ACMV; VT450; Fr15; PPEP10; FiO280%; Aspiración de secreciones c/4h y ACM; Fisioterapia respiratoria delicada con percusión y tapotaje c/4h; Gasometria arterial (STAT) c/6h y ACM.

Procedimientos: indicaciones y seguimiento medicina interna; Glicemia c/8h; Colocación de vía central.

- **Día 23 de Octubre del 2013:** La paciente en UCI se encuentra bajo efectos de sedoanalgesia, acoplada a ventilación mecánica, pulsos distales perceptibles, edema que deja fóvea +, cuello simétrico grueso no se palpa adenomegalias, abdomen blando depresibles, RHA (Ruidos Hidroaéreos) presentes.

Hemodinámico: Paciente desde el ingreso se mantiene estable no ha sido necesario el uso de drogas inotrópicas, al momento con TA entre 100/70 y 100/80mmHg, TAM entre 80mmHg, PVC entre 11y14cm H2O, FC de 96lpm, Control de Hb 6.8gr/dl, Hcto 24.8%

Respiratorio: Desde el ingreso se acopla a ventilación mecánica, manteniendo los parámetros vitales, se modifican parámetros ventilatorios según parámetros de GSA Mantiene saturaciones de O₂>90%, valor registrado por el pulsioxímetro, elasticidad y expansibilidad conservada, disminución de estertores crepitantes , subcrepitantes, sibilancia diseminadas en campos pulmonares, y murmullo vesicular, ruidos cardiacos rítmicos con pulso normofonético no se auscultan ruidos agregados. En la Rx del tórax, pulmones disminución de la ventilación pulmonar bilateral ,presencia de infiltrados algodinosos y condensaciones, distribuidos en el campo derecho que se extienden desde la región parahiliar hacia el tercio medio de campo pulmonar,2/3 inferiores de campo pulmonar izquierdo, ángulos costofrénico y cardiofrénico borrados, en la TAC del tórax se observa extensas áreas de condensación que se originan en los vértices y cortes axiales, presencia de derrame pleural bilateral, ruidos cardiacos

rítmicos taquicardicos hipofonéticos, en el electrocardiograma no se evidencia trazos que oriente a patología cardíaca, recibe doble antibiótico terapia por sospecha de influenza.

- **Del 24 de octubre al 03 de noviembre del 2013:** La paciente durante el transcurso de estos días, en la unidad de cuidados intensivos no presenta mejoría en su estado general, por lo que se encuentra bajo los efectos de sedoanalgesia, lo cual se incrementa paulatinamente para acoplar a ventilador mecánico.

Hemodinámico: Paciente inestable con el apoyo de drogas inotrópicas, al momento con TA entre 170/60mmHg y 150/90mmHg; TAM entre 101mmHg y 91 mmHg; PVC entre 18 y 16cm H₂O; FC90 lpm; pulsos distales perceptibles; edema que deja fóvea ++

Respiratorio: Acoplada a ventilación mecánica, controles gasométricos indican hipoxemia que se intensifica al disminuir FiO₂, PAFI 94.62, se modifican parámetros ventilatorios según los controles de GSA. Mantiene saturaciones de O₂>90%, valor registrado por el pulsioxímetro. El examen físico, elasticidad y expansibilidad conservada, estertores crepitantes en bases pulmonares, murmullo vesicular disminuidos en las bases pulmonares, ruidos cardíacos rítmicos sincrónicos con el pulso normofonéticos pendientes resultados de asopado de faringe.

Metabólico Nutricional: Al momento recibe nutrición enteral con buena tolerancia, controles de glicemia, valores de electrolitos alterados potasio durante la mañana, se mantiene hidratación con destrosa al 5% + electrolitos, con lo que se ha controlado valores de Na.

Exámenes de Laboratorio:

Biometría: Hb 9.2gr/dl; Hcto31.4%, Lecucitos11300U/L, Segmentados75%; Linfocitos20%; Eosinofilos 1%; Plaquetas436000; TP14".

GSA: Ph7.30; PO275.7mm/Hg; PCO245mmHg; HCO3 24mmol/L; BE-27mmol/L; SatO2 93.2%; Na145mmol/L; K4mmol/L; Ca 1.13mmol/L; Cloro 113.

Rx de Tórax: Disminución de la ventilación pulmonar bilateral presencia de infiltrados algodonosos y condensaciones distribuidos en ambos campos.

Dieta e Hidratación: Nutrición enteral 100cc c/h por 16 horas, cada 500 cc de preparación añadir Ácidos de Omega 3; medir residuo gástrico c/4h; Solución Salina 0.9%; bolos de acuerdo a hemodinamia PVC; Agente gelatina bolos de acuerdo a hemodinamia y PVC.

Terapia Farmacológica: S.S0.9% 95cc + Dopamina 200 mg; Furosemida 400 mg +Aminofilina; Centriaxona 2 gramos IV c/12h; Gluconato de calcio 10cc IVc/8h; Omeprazol 40mgIV QD; Ibuprofeno 400mg por SNG c/8h; lagrimas artificiales 1 gota AO c/6h previa limpieza ocular; Hemoderivados de acuerdo a controles de laboratorio.

Ventilación: mecánica modo PA/C; Fr28; PC 25; PPEP15; FiO280%; Aspiración de secreciones c/4h y ACM; Fisioterapia respiratoria delicada con percusión y tapotaje c/4h; Gasometria arterial (STAT) c/6h y ACM.

Procedimientos: indicaciones y seguimiento medicina interna; Glicemia capilar c/12h.

- **Del 04 al 15 de noviembre del 2013:** Paciente hospitalizado en UCI, se encuentra en regular estado general, acoplada a ventilación mecánica, abdomen globuloso, blando y depresible.

Hemodinámico: Paciente estable con apoyo de drogas inotrópicas dosis de dopaminas; dobutamina y vasoactivas norepinefrina; al momento con TA entre 170/78 mmHg; TAM entre 110 y 120 mmHg; PVC entre 8 y 14 cm H₂O; FC 120 lpm; pulsos distales perceptibles; edema que deja fovea+.

Respiratorio: T° 36.5°C; Pafi 107.2 mmHg; acoplada a ventilación mecánica modo AC/Presión PC 28 cmH₂O; FR 18 rpm; FiO₂ 65%; PEEP 15; controles gasométricos anteriores; con alcalosis metabólica persistente se administra inhibidor de anhidrasa carbónica (acetazolamida) dentro de los parámetros normales se modifican parámetros ventilatorios según los controles GSA, mantiene saturaciones de O₂ > 93% valor registrado por el pulsioxímetro.

El examen físico: se puede observar elasticidad y expansibilidad conservada, estertores crepitantes y subcrepitantes en 2/3 inferiores de campos pulmonares, murmullo vesicular disminuido en las bases, ruidos cardiacos rítmicos sincrónicos con el pulso normofonéticos, taquicardicos, se ausculta soplo telesistólico en foco mitral.

Rx del tórax: disminución de la ventilación pulmonar bilateral basal, presencia de infiltrados alveolares y condensaciones de predominio parahiliar, ángulos costofrénicos visibles, se evidencia evolución radiológica favorable durante estos últimos días, para proceso infeccioso de base recibe doble antibioticoterapia.

Metabólico Nutricional: Al momento recibe nutrición enteral 1600 kcal en 24 horas, control de glicemia, valores de electrolitos alterados hiponatremia mantenida, se administra solución de hidratación 60 cc de soltetro K.

Exámenes de Laboratorio:

Biometría: Hb 8.9 gr/dl; Hcto 30.1%, Lcucositos 17600 U/L, Segmentados 83%; Linfocitos 15%; Eosinofilos 2%; Plaquetas 631000; TP 12'; TTP 34'.

GSA: Ph7.44; PO₂ 69.7mm/Hg; PCO₂ 32.6mmHg; HCO₃ 21.6mmol/L; BE-1.6mmol/L; SatO₂ 94.4%; Na144.6mmol/L; K3.29mmol/L; Ca 1.04mmol/L.

Cuidados Generales de enfermería: Posición semisentada; cambios de posición cada 4 horas; abordajes de piel y sitios de presión, limpieza bucal y ducha perineal, peso y baño diario, protección ocular permanente, vendaje de miembros inferiores; normotermia permanente.

Dieta e Hidratación: Nutrición enteral 100cc c/h por 16 horas, cada 500 cc de preparación añadir Ácidos de Omega 3; medir residuo gástrico c/4h; Solución Salina 0.9%; bolos de acuerdo a hemodinamia PVC; Agente gelatina bolos de acuerdo a hemodinamia y PVC.

Terapia Farmacológica: S.S0.9% 95cc + Dopamina 200 mg; Furosemida 400 mg +Aminofilina, Centriaxona 2 gramos IV c/12h; Gluconato de calcio 10cc IV c/8h; Omeprazol 40mgIV QD; Ibuprofeno 400mg por SNG c/8h; lagrimas artificiales 1 gota AO c/6h previa limpieza ocular; Hemoderivados de acuerdo a controles de laboratorio.

Ventilación: mecánica modo PA/C; Fr28; PC 25; PPEP15; FiO₂28%; Aspiración de secreciones c/4h y ACM; Fisioterapia respiratoria delicada con percusión y tapotaje c/4h; Gasometria arterial (STAT) c/6h y ACM.

Procedimientos: indicaciones y seguimiento medicina interna; Glicemia capilar c/12h.

- **Día 16 de noviembre:** Paciente bajo efectos de analgesia, acoplada a ventilación mecánica abdomen globuloso blando, depresible, RHA presentes.

Hemodinámico: Paciente estable con apoyo de isotrópicos, dosis de dopamina y dobutamina, se ha suspendido con buena tolerancia, al momento con TA entre 120/70mmHg y 142/80mmHg; TAM entre

86mmHg y 100mmHg; PVC entre 1 y 14 cmH₂O; FC140lpm; pulsos distales perceptibles; edema que deja f6vea+

Respiratorio: Realiza un tipo febril que se controla con medios f6sicos y antipir6ticos, se acopla a ventilaci6n mec6nica de modo espontaneo, controles gasom6tricos de par6metros normales, se modifican par6metros ventilatorios, se mantiene saturaci6n de O₂>90%.

El examen f6sico: Se puede observar elasticidad y expansibilidad conservada, estertores subcrepitantes y sibilancias diseminados en campos pulmonares, murmullo vesicular disminuido en las bases, ruidos cardiacos r6tmicos sincr6nicos con el pulso normofon6ticos, taquicardicos.

Rx del t6rax: pulmones disminuci6n de la ventilaci6n pulmonar izquierda presencia de infiltrados intersticial en la base izquierda 6ngulos costofr6nico y cardiofr6nico derecho visibles, se evidencia evoluci6n radiol6gica favorable. Para proceso infeccioso de base recibe doble antibioticoterapia (carbapen6micos +floroquinolonas) y antifungico.

Metab6lico Nutricional: Al momento recibe nutrici6n enteral 2000kcal en 24 horas, dosis fraccionadas en 500cc, valores de electrolitos alterados con tendencia a la hiponatremia, se administra soluci6n de hidrataci6n 50cc de soletrol K y se administra diur6tico ahorrador de potasio.

Ex6menes de Laboratorio:

Biometr6a: Hb9.5gr/dl; Hcto31.1%, Lecuositos15100U/L, Segmentados84%; Linfocitos12%; Eosinofilos 2%; Plaquetas 507000; TP14"; TTP29".

Cuidados Generales de enfermer6a: Posici6n semisentada, sentar en cama am y pm a tolerancia; cambios de posici6n cada 4 horas, abordajes de piel y sitios de presi6n; limpieza bucal y ducha perineal, peso y ba6o diario; vendaje de miembros inferiores, normotermia permanente

Dieta e Hidratación: Nutrición enteral 500cc en 1hora; 4 tomas en 24 horas. Cada 500cc añadir 20cc de Ácidos de Omega 3; medir residuo gástrico c/4h; Solución Salina 0.9% 100cc + Cloruro de Potasio 50cc; Solución Salina al 0.9% bolos de acuerdo a hemodinamia PVC.

Terapia Farmacológica: S.S0.9% 95cc + Dopamina 200 mg; Furosemida 400 mg +Aminofilina, Centriaxona 2 gramos IV c/12h; Gluconato de calcio 10cc IVc/8h; Omeprazol 40mgIV QD; Metoclopramida10mg c/8h; expironolactona 100 mg c/12h; Acetaminofén 900mg; temperatura rectal mayor de 38.5°C.

Ventilación: mecánica modo CPAAP; PS 10; PPEP5; FiO2 30%; Trigger2; Aspiración de secreciones c/4h y ACM; Fisioterapia respiratoria enérgica con percusión y tapotaje c/4h; Gasometria arterial c/8h y ACM.

Procedimientos: rehabilitación musculo esquelética permanente

- **Del día 17 al 18 de noviembre:** Paciente con regular estado general con apoyo de inotrópico positivo (dopamina) a dosis de acuerdo a respuesta hemodinámica de la paciente, conectada a ventilación mecánica con parámetros no modificados, ojos pupilas isocóricas normoreactivas a la luz ; fosas nasales con presencia de sonda nasogástrica, por donde recibe nutrición enteral, boca con presencia de tubo endotraqueal permeable; ruidos cardiacos rítmicos sincrónicos con el pulso normofonéticos; no se auscultan ruidos agregados; pulsos distales perceptibles; no se observa edema de miembros inferiores; Abdomen blando depresible, la bomba diurética se suspende.

Problema Hemodinámico: Paciente permanece con apoyo de inotrópico a dosis mínima, la cual se ha ido suspendiendo progresiva y satisfactoriamente, la paciente presenta valores de TA de 150/80 y 110/70mmHg; TAM entre84 y101 mmHg; PVC entre 0y 15 cm H2O; FC 120 y 140lpm; presentando hipertermia sostenida de hasta 38, controlada

con antipirético IV medios físicos, antitérmico vía rectal, corazón rítmico, taquicardico, no se ausculta soplos ni ruidos sobreañadidos

Problema Respiratorio: Con soporte ventilatorio mecánico, parámetros mínimos; ventilador en modo CPAP/PSV; FiO230%; PEEP 5; PSV 10 con controles gasométricos no realizados; saturaciones >90% registrado por el pulsioxímetro. Tórax de elasticidad y expansibilidad conservada; murmullo vesicular presente; con presencia de estertores en campo izquierdo, taquipnea con FR de 50 rpm, lo cual mejora en la mañana a 29 rpm.

Rx del tórax se observa infiltrados difusos bilaterales con predominio en base pulmonar izquierda, con borramiento de dicha base pulmonar

Exámenes de Laboratorio:

Biometría: Hb9.7gr/dl; Hcto31.6%, Lcucositos23700U/L, Segmentados92%; Linfocitos7%; Eosinofilos 2%; Plaquetas 54200; TP17"; TTP48".

Cuidados Generales de enfermería: Posición semisentada, sentar en cama am y pm a tolerancia; cambios de posición cada 4 horas, abordajes de piel y sitios de presión; limpieza bucal y ducha perineal, peso y baño diario; vendaje de miembros inferiores, normotermia permanente

Dieta e Hidratación: Nutrición enteral 500cc en 1hora; 4 tomas en 24 horas. Cada 500cc añadir 20cc de Ácidos de Omega 3; medir residuo gástrico c/4h; Solución Salina 0.9% 100cc + Cloruro de Potasio 40cc; Solución Salina al 0.9% bolos de acuerdo a hemodinamia PVC.

Terapia Farmacológica: S.S0.9% 95cc + Dopamina 200 mg; Furosemida 400 mg +Aminofilina, Centriaxona 2 gramos IV c/12h; Gluconato de calcio 10cc IVc/8h; Omeprazol 40mgIV QD; Metoclopramida10mg c/8h; expironolactona 100 mg c/12h; Acetaminofén 900mg; temperatura rectal mayor de 38.5°C.

Ventilación: O₂ por tubo en T alto flujo, 10 lpm; FiO₂ 100%, Aspiración de secreciones c/4h y PRN; Fisioterapia respiratoria energética con percusión y tapotaje c/4h; Gasometria arterial c/8h y ACM.

Procedimientos: rehabilitación musculo esquelética permanente; Interconsulta a Psiquiatría para apoyo en el manejo; Fisioterapia Respiratoria y Osteomuscular intensa; Pendiente extubación.

- **Día 19 y 20 de noviembre del 2013:** paciente con buena evolución clínica sin efectos de sedoanalgesia. Piel caliente, llenado capilar, conjuntivas rosadas fosas nasales permeable, abdomen globuloso, tolerancia dieta líquida y semisólidos termodinámicamente estable, se suspende la dosis inotrópica con buena tolerancia, al momento con TA entre 130 y 140/80mmHg; TAM entre 96 y 100mmHg; PVC entre 2y3cmH₂O; FC98lpm; Pulsos distales perceptibles, se inicia dieta blanda tolera adecuadamente. Función renal conservada buenos volúmenes de diuresis.

Neurológico: no se evidencian signos de focalidad neurológica

Respiratorio: Acoplado a tubo en T con Fio₂ 100%, se extuba al medio día, mantiene saturación de O₂>95% registrado por el pulsioximetro; Tórax elasticidad y expansibilidad conservada; murmullo vesicular rudo; estertores crepitantes en base pulmonar izquierda. Además presenta un pico febril que se controla con medios físicos, se evidencia evolución radiológica favorable .Para proceso infeccioso de base recibe doble antibioticoterapia (aminoglucosido + fluoroquinolonas), se observa aumento de leucocitos.

Exámenes de Laboratorio:

Biometría: Hb9.8gr/dl; Hcto32.6%, Lecuositos21300U/L, Segmentados83.6%; Linfocitos10.3%; Monocitos 6.1%; Plaquetas 799000; TP15"; TTP27".

GSA: Ph7.48; PO₂ 64.8mm/Hg; PCO₂ 21.5mmHg; HCO₃ 15.7mmol/L; BE-5.4mmol/L; SatO₂ 93.7%; Na146mmol/L; K 4,38mmol/L; Ca 0.99mmol/L.

Cuidados Generales de enfermería: Posición semisentada, sentar en silla am y pm a tolerancia; cambios de posición cada 4 horas, abordajes de piel y sitios de presión; limpieza bucal y ducha perineal, peso y baño diario; vendaje de miembros inferiores, normotermia permanente

Dieta e Hidratación: dieta blanda + fruta + líquidos a tolerancia; Solución Salina 0.9% 100cc + Cloruro de Potasio 20cc; Solución Salina al 0.9% bolos de acuerdo a hemodinamia PVC.

Terapia Farmacológica: Amicasina; Multivitaminas; Enoxapanina;

Espironolactona 100 mg por SNG c/12h; Furosemida 10mg IVc/8h; Ibuprofeno 400mg VO c/8h; Acetaminofén 900mg; si existe temperatura rectal mayor de 38.5°C.

Ventilación: O₂ por catéter nasal 3 lpm c/12h y ACMFio₂ 30%; Fisioterapia respiratoria enérgica con percusión y tapotaje c/4h; Incentivometría de inspiración y espiración 10 min c/h hasta las 10pm; RPPI c/h hasta las 24 horas; Nebulizaciones c/6h; Gasometría arterial c/8h y ACM.

Procedimientos: rehabilitación musculo esquelética permanente; Interconsulta a Psiquiatría para apoyo en el manejo; Fisioterapia Respiratoria y Osteomuscular intensa.

- **Día 21 de noviembre:** Paciente femenina que cursa los 29 días de hospitalización en UCI, con buena evolución, permanece hemodinamicamente estable sin apoyo de inotrópicos, manteniendo la TA entre 160/80 y 120/70mmHg; TAM entre 93 y 110 mmHg; PVC entre 1 y

7cmH₂O; FC 110lpm. Presente pico febril por una ocasión al cual se controla con medios físicos, se realiza toma de retrocultivo los resultados muestran germen *Pseudomonas* ssp, por lo que se continúa con antibioticoterapia con amikacina y cotrimoxazol.

Ruidos cardiacos rítmicos 2 tonos pulsos distales perceptibles; Abdomen globoso, tolera bien dieta blanda con leve dificultad en la masticación. Se inicia reeducación vesical, manteniendo buenos volúmenes de diuresis apoyados con diurético ahorrador de potasio, no se han vuelto a presentar episodios de hipototasemia, por lo que se modifica hidratación.

Respiratorio: Entubación hace 72 horas, recibe oxígeno terapia a través de cánula nasal, manteniendo saturación de O₂>92%, se realiza fisioterapia respiratoria e incentivometría. Tórax de elasticidad y expansibilidad conservada, murmullo vesicular disminuido y estertores crepitantes en base de campo pulmonar izquierdo. Controles gasométricos con leve tendencia a la acidosis metabólica, por lo que se suspende acetazolamida.

Exámenes de Laboratorio:

Biometría: Hb9.6gr/dl; Hcto31.6%, Leucocitos 16800U/L, Segmentados 75%; Linfocitos13%; Monocitos 2%; Plaquetas 703000; TP17"; TTP35".

Química Sanguínea: Glucosa78mg/dl; Creatinina0.6mg/dl; Calcio 8.7mg/dl; Sodio 157mmol/L; Potasio 5.4mmol/L; Cloro 124mmol/L

GSA: Ph7.48; PO₂ 68.8mm/Hg; PCO₂ 19.7mmHg; HCO₃ 14.5mmol/L; BE-6.1mmol/L; SatO₂ 94.494.7%; Na148.5mmol/L; K3.58mmol/L; Ca0.67mmol/L; cloro 118.1mmol/L.

Cuidados Generales de enfermería: Posición semisentada, sentar en silla am y pm a tolerancia; cambios de posición cada 4 horas, abordajes de piel y sitios de presión; limpieza bucal y ducha perineal, peso y baño diario; normotermia permanente.

Dieta e Hidratación: dieta blanda + fruta + líquidos a tolerancia; Solución Salina 0.9% 100cc + Cloruro de Potasio 20cc; Solución Salina al 0.9% bolos de acuerdo a hemodinamia PVC.

Terapia Farmacológica: Amikacina; Trimetropin; N-acetil cisteína c/6h; Multivitaminas; Enoxapanina; Furosemida 10mg IVc/12h; Alprazolam; Sertralina; Ibuprofeno 400mg VO c/8h; Acetaminofén 900mg; si existe temperatura rectal mayor de 38.5°C.

Ventilación: O2 por catéter nasal 3 lpm; Fio2 30%; Fisioterapia respiratoria enérgica con percusión y tapotaje c/4h; Incentivometría de inspiración y espiración 10 min c/h hasta las 10pm; RPPI c/h hasta las 24 horas; Nebulizaciones c/6h con Bromuro de Ipratropio 1cc + Agua destilada 2cc; Gasometría arterial Gasometría arterial QD y ACM.

Procedimientos: rehabilitación muscular esquelética permanente; Indicaciones y seguimiento por Psiquiatría para apoyo en el manejo; Fisioterapia Respiratoria y Osteomuscular intensa. Alta a medicina interna.

4.2. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

4.2.1. FACTORES DE RIESGOS BIOLÓGICOS

- **El distrés respiratorio agudo es:** un síndrome caracterizado por edema pulmonar no cardiogénico debido a la alteración de la permeabilidad, las causas son múltiples la más frecuente para desencadenar el síndrome de distrés respiratorio es la sepsis pulmonar o extra pulmonar, traumatismos, transfusiones múltiples, aspiraciones de contenido gástrico, contusión pulmonar, neumonía e inhalación de humo. (17) (1) (18)

- **Edema Pulmonar:** Es una insuficiencia respiratoria que agrupa todas las enfermedades que cursan con hipoxemia por aumento del agua pulmonar extravascular. Este edema puede obedecer al aumento de la presión capilar pulmonar cardiogénico (esta forma de edema pulmonar puede ser secundario a infarto agudo de miocardio o insuficiencia cardiaca izquierda de cualquier origen), no cardiogénico (síndrome de distrés respiratorio agudo). Existen algunas formas de edema de patogenia mixta como el edema pulmonar neurogénico, en el que hay aumento del volumen sanguíneo pulmonar. (1)
- **Síndrome Anémico Crónico:** La anemia es el resultado de una o más combinaciones de 3 mecanismos básicos: pérdida de sangre, disminución de la producción o aumento de la destrucción de hematíes (hemólisis), la pérdida de sangre es el primer factor a considerar, dado que en la anemia existe cierto grado de hipoxemia tisular y que algunos órganos, como el cerebro y el miocardio, precisan para su funcionamiento una concentración de oxígeno mantenida dentro de límites estrechos. (19)
- **Shock Séptico de Origen Pulmonar:** Es un estado de disminución del flujo de sangre tisular, es un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, caracterizado por vaso dilatación excesiva y el requerimiento de agentes presores, para mantener la presión de perfusión de los órganos, el tratamiento exige la normalización de la volemia y la administración de agentes inotropias para normalizar el gasto cardiaco si se encuentra bajo y aumentar la presión de perfusión de los tejidos. El aparato respiratorio. El abdomen y el tracto urinario son en conjunto el origen de la infección en casi tres cuartas partes en casos de sepsis o shock séptico. (20) (21)

- **Obesidad grado 1:** La obesidad es una enfermedad metabólica que se caracteriza por la presencia de exceso de grasa acumulada y por el consiguiente aumento de peso que la misma acarrea. La obesidad grado I es un factor de riesgo para la aparición de ciertas enfermedades tales como diabetes, hipertensión arterial, dislipemias, enfermedades cardiovasculares, etc.

El antecedente de peso que tiene la paciente que es de 72 kg y por su estatura de 1,52 m se puede calcular el IMC de 31.16 que según la tabla que nos da la Organización Mundial de la Salud la paciente presenta una obesidad grado 1.

Tabla 1. Clasificación de IMC

Clasificación del IMC	
Insuficiencia ponderal	< 18.5
Intervalo normal	18.5 - 24.9
Sobrepeso	≥ 25.0
• Preobesidad	25.0 - 29.9
Obesidad	≥ 30.0
• Obesidad de clase I	30.0 - 34.9
• Obesidad de clase II	35.0 - 39.9
• Obesidad de clase III	≥ 40.0

Elaborado por: Amparo Quispe

Fuente: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/oms/es/>

4.2.2. FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES

- **Vivienda:** La paciente vive en la provincia de Cotopaxi, cantón Salcedo, su vivienda es de cemento armado de 5 pisos, la paciente habita en el 4to piso, el edificio en si no contiene áreas verdes se puede decir que es un ambiente cerrado, su vivienda está ubicada en una vía alterna, no obstante a esto deja de ser transitada, por todo tipo de vehículos, tanto livianos como pesados, se estima que el smog que los autos botan es el principal factor, de contaminación ambiental el cual es muy perjudicial para su salud.

Según la OMS. Los factores de riesgo que afecta a las vías respiratorias son: tabaquismo, contaminación del aire en espacios cerrados, contaminación exterior, alérgenos, exposición a riesgos ocupacionales como el polvo y productos químicos. (9)

Según datos en el (2004) ciento de millones de personas sufren cada día las consecuencias de una enfermedad respiratoria crónica, actualmente hay 235 millones de personas que padecen de asma, 64 millones que sufren enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), muchos millones de personas que sufren rinitis alérgica, neumonía grave, síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), edema agudo del pulmón, shock séptico de origen pulmonar y otras que a menudo no son diagnosticada. (9)

- **Ocupación:** La paciente no tiene las mismas fuerzas de realizar las actividades en su hogar, debido a su problema de salud le es difícil moverse con rapidez como ella quisiera.

4.2.3 FACTORES DE RIESGOS SOCIALES

- **Condición económica:** Su condición económica no es estable sus ingresos ayudan a cubrir los gastos diarios de su hogar, y el estudio de sus hijos, dado que la paciente no puede dedicarse a su trabajo plenamente por su salud, esto representa una baja entrada económica para su hogar, lo que afectó también a su completa recuperación, porque no pudo continuar con la rehabilitación que se lo indicaron cuando le dieron de alta, ya que obligadamente debía viajar de Salcedo a la ciudad de Ambato ,de tal manera que se vio obligada abandonar el tratamiento de rehabilitación.
- **Disminución de trabajo:** La paciente refiere que desde que sufrió un problema pulmonar grave el cual la llevo a UCI, no ha podido retomar sus labores normales y dedicarse a su trabajo habitual, ya que ella se dedicaba a criar animales domésticos, específicamente la (crianza de cerdos) era su trabajo.
- **Estilo de vida:** La paciente goza de un estilo de vida normal ya que tiene un hogar estable se relaciona bien con su esposo e hijos, el único inconveniente que tiene es no poder bajar y subir gradas a cada momento esto le provoca agitación y cansancio lo cual es considerada por su familia, realiza los trabajos del hogar los más livianos posibles

4.3. ANALISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

4.3.1. OPORTUNIDADES EN LA SOLICITUD DE CONSULTA

- **Hospital Yerovi Mackuart Salcedo:** La paciente refiere que la atención fue inmediata, que no tuvo que esperar mucho tiempo, solo el lapso que se demoraron en recolectar sus datos.
- **Hospital Básico Central:** la atención fue inmediata y excelente por el personal y el medico de turno, por ser una consulta privada.
- **Hospital Provincial Docente Ambato:** La paciente refiere de haber tenido una atención excelente, en el área de emergencia tanto del personal de enfermería, como de los médicos de turno.

4.3.2. ACCESO

- La paciente refiere que unas pocas veces ha tenido problema para agendar su turno, si se atrasaba 5 minutos al turno ya no le atendían, lo cual esperaba que atiendan al resto de pacientes para que ella sea atendida, muchas de las veces por situación del tiempo volvía a casa sin rehabilitarse

4.3.3. CARACTERISTICAS DE LA ATENCIÓN

- **Hospital Yerovi Mackuart Salcedo:** Paciente refiere que la atención fue inmediata, pero que no, le dieron un diagnostico específico, tampoco le hicieron los exámenes pertinentes y necesarios, para descartar el cuadro crítico de salud que estaba atravesando

- **Hospital Básico Central:** la paciente refiere que la atención fue excelente, por el personal de enfermería, pero tuvo que esperar alrededor de una hora, para que lo revise un médico de cabecera, fue atendida y administrada medicación.
- **Hospital Provincial Docente Ambato:** La paciente se siente satisfecha con la atención proporcionada por el personal de enfermería, y los médicos de turno quienes lo recibieron en el área de emergencia , y valoraron su estado de salud, lo cual de forma inmediata realizaron todos los exámenes pertinentes, para poder dar un diagnostico real del cuadro crítico de la paciente.

4.3.4. OPORTUNIDADES EN LA REMISIÓN

- En primera instancia no se cumple ya que no fue diagnosticada correctamente y remitida a un especialista para que pueda realizar los exámenes necesarios, o por lo menos ser recomendada con un hospital que tenga todos los equipos necesarios, para que ayuden a un diagnóstico acertado y un tratamiento oportuno según la patología.

4.3.5. TRAMITES ADMINISTRATIVOS

- Los trámites administrativos de transferencia, fueron de forma inmediata debido al estado de salud de la paciente, lo que, si se le hizo un poco complicado para agendar los turnos de rehabilitación, debido a que no se podía coger personalmente, sino a través de llamada telefónica.

4.4. IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRITICOS

- #### **4.4.1. Falta de asistencia médica adecuada para su patología:** la paciente refiere que en los hospitales que fue atendida, no le atendió el médico especialista, sino el medico de turno que por lo general vienen siendo

internistas o médicos en medicina general y que el neumólogo lo reviso cuando ya estaba en estado de coma.

4.4.2. Falta de confianza en el servicio público: la paciente se confía de los remedios caseros y de farmacia, se administra por su cuenta, debido a que presentaba tos, resfriado y malestar general del cuerpo por más de 15 días, lo cual no acude a ningún centro médico para ser atendida, por el inconveniente que se debe esperar horas para ser atendida, sin imaginar que su estado de salud se agravaba cada día más dando lugar a un cuadro grave respiratorio. Ya que a la clínica privada donde acudió, no se encontraba un médico especialista solo estuvo el personal de enfermería, por lo que la paciente espero hasta que llegue un profesional de la salud, según la guía del Ministerio de Salud Pública se recomienda informar siempre al especialista, todos los antecedentes de la enfermedad, para que realice los estudios necesarios y pueda dar un diagnóstico correcto.

4.4.3. Diagnostico medico tardío: La paciente empieza agravarse mucho más en el lapso de 9 días, presentando dificultad respiratoria, tos con expectoración blanquecina acompañada de fiebre, astenia, artromialgias, acudió al hospital pero no fue diagnosticada correctamente razón por lo que su estado de salud fue agravándose cada día

Luego de ser administrada medicamento en el hospital y en su domicilio la paciente va empeorando, nuevamente es trasladada al hospital donde por fin realizan los exámenes pertinentes y pueden dar con un diagnóstico adecuado.

Todo este tiempo desperdiciado, ayudo para que desencadenara un cuadro muy delicado de salud, por lo que la paciente fue ingresada inmediatamente a la unidad de cuidados intensivos (UCI) pero gracias a

la eficiencia del personal del Hospital Docente Ambato la paciente se encuentra mejorando su salud.

Según el Ministerio de Salud Pública un paciente con dificultad respiratoria grave debe ser evaluado inmediatamente. Para tomar en cuenta como llegan los pacientes a las diferentes casas de salud, y de acuerdo a la revisión en la exploración física, dar el diagnóstico y la atención adecuada a cada uno de los pacientes. (22)

4.4.4. Incumplimiento de tratamiento por parte de la paciente

Al realizar la revisión del caso clínico se encuentra ya con un diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad para lo cual se prescribe medicamentos y la realización de fisioterapia.

A la prescripción de rehabilitación la paciente no lo realiza debido a que con el medicamento se mejoró un poco y por falta de conocimiento pensó que no era necesaria la rehabilitación física, también influyo su condiciones económicas por lo que abandona el tratamiento.

Se argumenta este punto crítico al basarnos en el artículo 5 de derecho a la información que tiene el paciente por parte del profesional de salud:

Art. 5.- Derecho a la información.- “Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una

decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptuándose las situaciones de emergencia”. (8)

4.5 CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

Tabla 2. Caracterización de las oportunidades de mejora

PUNTO CRÍTICO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA
Falta de responsabilidad de su salud por parte de la paciente.	Concientizar a los pacientes sobre el cuidado de su salud.	Capacitar a la paciente con respecto a la complicación que presento, por el hecho de auto medicarse su salud empeoro.
Ausencia de confianza en el servicio de salud pública.	Mejorar la imagen que proyectan las Instituciones de Salud Pública a sus usuarios.	El sistema de salud pública debería de recuperar la confianza de sus usuarios mediante campañas, que formen al personal de salud en lo profesional y humano, para garantizar el bienestar del paciente.
Diagnóstico médico tardío	Aplicación de protocolos y procedimiento de diagnóstico temprano.	Según el Ministerio De Salud Pública todo paciente tiene derecho a una atención adecuada y oportuna por el bienestar de su salud, el cual busca evitar complicaciones que lleven a la morbilidad y mortalidad del paciente.

Elaborado por: Amparo Quispe

Fuente: Base de datos de la investigación

5. DISEÑO DE TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO

El Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo o SDRAs es causado por la alteración de la permeabilidad de la membrana capilar pulmonar, donde se da lugar a un edema pulmonar no cardiogénico, que se caracteriza por insuficiencia respiratoria muy grave, infiltrados pulmonares bilaterales difusos y disminución extrema de la distensibilidad pulmonar. Según su fisiopatología presenta tres fases en su evolución:

- La primera fase o exudativa se produce durante la primera semana y se caracteriza por edema, exudación y formación de membrana hialinas.
- La segunda o proliferativa se presenta a la semana del inicio del síndrome y se caracteriza por hiperplasia del epitelio de revestimiento alveolar y fibrosis.
- La tercera fase o residual comienza después de la segunda semana y se caracteriza por fibrosis intersticial y alteraciones vasculares. (1)

En consecuencia, de todos los episodios que ocurrió con la paciente, la propuesta de tratamiento se basa en el diagnóstico final emitido por el médico neumólogo que trató el Síndrome de Destres Respiratorio Primario en el Adulto a Consecuencia de Neumonía Adquirida en la Comunidad.

Clínicamente la paciente presenta: el intercambio gaseoso es anormal, dando lugar a hipoxemia y alteración de la eliminación del CO₂; la distensibilidad pulmonar está disminuida, por lo que el tratamiento fisioterapéutico que se va a proponer está orientado a disminuir la morbilidad asociada con el síndrome, mantener la permeabilidad de la vía aérea y mejorar la ventilación.

Antes de proponer el tratamiento fisioterapéutico se realiza la valoración a la paciente para establecer en qué nivel se encuentra, con el cual partiremos

para el diseño del tratamiento fisioterapéutico más adecuado para la paciente.

5.1. VALORACIONES FISIOTERAPEÚTICAS

Tabla 3. Examen de valoración fisioterapéutica

Inspección	Tipo de tórax: Hiperesténico Frecuencia respiratoria: 20 latidos por minuto
Palpación	Normal
Percusión	Normal
Auscultación:	Roncus en pulmón derecho
Test de valoración	*Escala de esfuerzo de Borge: presenta disnea en esfuerzo moderado (3 puntos). (anexo 8) *Escala modificada de disnea: presenta grado 2. (anexo 8) *Prueba de caminata de 6 minutos: positivo (paciente realiza la prueba sin dificultad). (anexo 8)
Tos	Expectoración de color blanquecina y pegajosa de difícil expulsión.
Saturación de oxígeno	93%

Elaborado por: Amparo Quispe

Fuente: Examen realizado a la paciente

La presente propuesta de tratamiento va enfocado a ganar expansibilidad pulmonar, eliminación de secreciones y disminuir la disnea con los cuales se busca mejorar la funcionabilidad del aparato respiratorio y mejorar la calidad de vida, esto se va a lograr mediante la aplicación de ejercicios adecuados para la condición física y clínica de la paciente

FASE I

REEDUCACIÓN RESPIRATORIA

Objetivos:

- Reeducar el patrón toracodiafragmático.
- Mejorar la ventilación pulmonar.

EJERCICIO 1

Respiración abdominal o diafragmática:

- **Posición del paciente:** En posición sedente, con sus manos al lado de las caderas y sus pies sobre el piso.
- **Posición del fisioterapeuta:** En bipedestación a un lado del paciente.
- **Técnica:** El paciente coge aire por la nariz y la dirige hacia el estómago o barriga, sostiene por 2 segundos, luego expulsa el aire al soplar lentamente por la boca intentando alargar el tiempo de expulsión, hasta hundir el estómago.



Grafico 1: Respiración abdominal o diafragmática
Fuente: Manual de fisioterapia respiratoria

EJERCICIO 2

Respiración costal: Expansión torácica en decúbito supino

- **Posición del paciente:** En decúbito supino con las rodillas flexionadas hasta que avance hacia una posición sentada.
- **Posición del fisioterapeuta:** En bipedestación a lado lateral de la camilla, coloca sus manos a lo largo de la cara lateral de las costillas inferiores, para dirigir la atención del paciente a las áreas donde debe producir el movimiento.
- **Técnica:** Se le pedirá al paciente que exhale y sienta como la caja torácica se mueve hacia abajo y hacia adentro a medida que el paciente exhala el fisioterapeuta debe presionar en las costillas con las palmas de las manos
- Antes de la inspiración aplique un estiramiento rápido hacia abajo y hacia adentro en el tórax, lo que produce un estiramiento rápido en los intercostales externos para facilitar su contracción.
- Aplique una resistencia manual leve a las costillas inferiores para aumentar la conciencia sensitiva a medida que el paciente inhala profundamente y el tórax se expande y las costillas se desplazan,
- Cuando el paciente exhala asístalo apretando suavemente la caja torácica en dirección hacia abajo y hacia adentro. (26)



Grafico 2: Expansión torácica en decúbito supino
Fuente: Manual de fisioterapia respiratoria

EJERCICIO 3

Respiración acompañada con los movimientos de los brazos

- **Posición del paciente:** En posición en decúbito supino con sus brazos hacia los lados.
- **Posición del fisioterapeuta:** En bipedestación a un lado del paciente.
- **Técnica:** El paciente coge aire por la nariz y la dirige hacia el estómago o barriga, sostiene por 2 segundos, luego expulsa el aire al soplar lentamente por la boca intentando alargar el tiempo de expulsión, hasta hundir el estómago mientras lleva sus brazos hacia arriba. Al repetir el ejercicio bajara las manos hacia la camilla.(26)

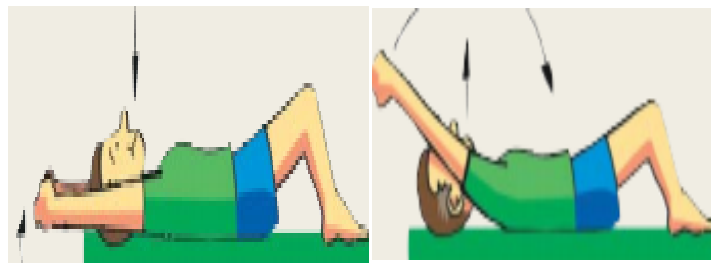


Grafico 3: Respiración acompañada con los movimientos de los brazos.
Fuente: Manual de fisioterapia respiratoria

EJERCICIOS 4

Respiración con los labios fruncidos

- **Posición del Paciente:** En sedestación.
- **Posición del fisioterapeuta:** En bipedestación a un lado de la paciente.
- **Técnica:** Pide que se relaje todo lo posible; que inspire lenta y profundamente a través de la nariz y luego espire suavemente a través de los labios levemente fruncidos, como si soplase sobre la llama de una vela para moverla, pero sin apagarla. Se le debe explicar que la espiración debe ser relajada y que debe evitarse la contracción de los abdominales.

- El fisioterapeuta colocara su mano sobre los músculos abdominales del paciente para detectar cualquier contracción de estos(26)



Gráfico 41. Respiración con labios fruncidos
Fuente: Manual de fisioterapia respiratoria

EJERCICIO 5

Movilización del hemitórax:

- **Posición del paciente:** En sedestación.
- **Posición del fisioterapeuta:** En bipedestación frente al paciente.
- **Técnica:** Da la orden pidiéndole al paciente que se incline alejándose del lado rígido para estirar las estructuras hipomóviles y expandir ese lado del tórax durante la inspiración, luego haga que el paciente empuje con el puño en la cara lateral del tórax se incline hacia el lado rígido y exhale.

Pida al paciente que eleve el brazo por sobre la cabeza del lado rígido y se incline hacia el otro lado, esto produce un estiramiento adicional sobre las estructuras hipomóviles. (26)



Gráfico 5. Movilización de hemitórax
Fuente: Manual de fisioterapia respiratoria

Los ejercicios descritos anteriormente se los realizara en series de 5 de 3 repeticiones, se los realizara dos veces al día. (26)

FASE II

AUMENTO DE LA CAPACIDAD RESPIRATORIA

Objetivos:

- Facilitar el reflejo de tos.
- Aflojar y movilizar las secreciones
- Ayudar a la eliminación de secreciones.

EJERCICIO 6

Percusión y vibración:

- **Posición del paciente:** Sentado en un taburete, con las manos sobre las rodillas e inclinado un poco hacia adelante o puede encontrarse en decúbito prono.
- **Posición del fisioterapeuta:** En bipedestación, detrás del paciente.
- **Técnica:** El fisioterapeuta realiza la percusión con las manos ahuecadas golpeando sobre la pared del tórax del área afectada de una forma rítmica, suave y sin producir dolor.

La vibración puede ser aplicada de forma manual acompañada de aceleración de flujo con un movimiento rítmico de ambas manos o comprimiendo la pared del tórax durante la espiración. (26)



Gráfico 6. Técnica de percusión y vibración
Fuente: Manual de fisioterapia respiratoria

EJERCICIO 7

Utilización del Flutter

- **Posición del paciente:** Sentado cómodamente en una silla.
- **Posición del fisioterapeuta:** En bipedestación al frente del paciente.
- **Técnica:** Paciente realiza una inspiración profunda, un periodo de apnea de 2-3 segundos y una espiración a través del flutter, generando una vibración que se transmite desde la boca hasta las vías aéreas inferiores.
- El ejercicio se realizará 2 series de tres repeticiones, dos veces al día



Grafico 7: Utilización del Flutter

Fuente: Manual de fisioterapia respiratoria

EJERCICIO 8

Técnica de Espiración Forzada:

- **Posición del paciente:** Sentado cómodamente en una silla.
- **Posición del fisioterapeuta:** En bipedestación al frente del paciente.
- **Técnica:** Paciente empieza haciendo una inspiración completa, llenando los pulmones, seguido de una espiración, forzada y completa, con la glotis y boca abierta, pero mucho más enérgica y corta que produzca tos.(26)



Gráfico 8: Técnica de Espiración Forzada
Fuente: Manual de fisioterapia respiratoria

EJERCICIO 9

Tos dirigida:

- **Posición del paciente:** Sedente en un taburete.
- **Posición del fisioterapeuta:** En bipedestación, detrás del paciente, coloca sus manos en el abdomen del paciente en el momento que hace la tos el paciente ayudará a sacar el aire.
- **Técnica:** Es una técnica en el cual el paciente debe realizar ciclos ventilatorios cumplidos de forma normal (entre 3 y 5 veces). Se le pide que tosa cuando el fisioterapeuta detecta que deben salir secreciones. Antes de toser el paciente realizará una inspiración muy profunda para que el punto de igual presión no se dé en vías de pequeño diámetro. Después de la inspiración máxima se hace una pequeña apnea y después se pide que tosa. Se hace 2-3 veces, si después de hacerlo no sale el moco, hay que esperar un rato y volver a probar.(26)



Gráfico 9. Facilitación de la tos en sedestación
Fuente: Manual de fisioterapia respiratoria

EJERCICIO 10

Facilitación de la tos, mejoramiento y aclaramiento de las vías aéreas

- **Posición del paciente:** En decúbito supino o semireclinado,
- **Posición del fisioterapeuta:** En bipedestación hacia un lado del paciente, coloca el talón de una de sus manos sobre el abdomen del paciente en la zona epigástrica, distal a la apófisis xifoidea, la otra mano coloca por encima de la primera con los dedos abiertos o entrelazados, el abdomen se comprime con una fuerza hacia adentro y hacia arriba, que empuja el diafragma causando una tos más fuerte y eficaz.

Duración del ejercicio: Se realiza de 5-6 repeticiones por 3 segundos cada una. (26)



Gráfico 2. Facilitación de la tos en supino
Fuente: Manual de fisioterapia respiratoria

FASE III

AUMENTO DE LA RESISTENCIA RESPIRATORIA Y CARDIACA

Objetivos:

- Enseñar al paciente a enfrentar los episodios de disnea.
- Conseguir máxima capacidad física y mejorar la calidad de vida del paciente.
- Mejorar la capacidad funcional general del paciente.
- Mejorar la fuerza, resistencia y coordinación de los músculos ventilatorios.
- Promover la relajación y el alivio del estrés.

EJERCICIO 11

Ejercicio de musculatura abdominal

- **Posición del paciente:** Paciente de cubito supino,
- **Técnica:** Durante la inspiración en decúbito supino con las rodillas flexionadas, el abdomen se eleva mientras simultáneamente se comprime la pared posterior de la cavidad contra el plano de apoyo, lo que exige contracción isométrica del grupo abdominal,

Variación durante la espiración, el tronco se flexiona anteriormente para involucrar los músculos abdominales superiores. (27)

Duración: El ejercicio se realiza durante 10 repeticiones,



Gráfico 31. Ejercicios para musculatura accesoria

Fuente: Manual de fisioterapia respiratoria

EJERCICIO 12

Ejercicio de musculatura abdominal 2

- **Posición del paciente:** Paciente de cubito supino.
- **Técnica:** Paciente al inspirar lleva el aire hacia el abdomen, al momento de la espiración va a apretar la columna contra el piso y eleva las piernas a unos 30°, lo que exige contracción isométrica del grupo abdominal, variación durante la espiración, el tronco se flexiona anteriormente para involucrar los músculos abdominales superiores. (27)

Duración: El ejercicio se realiza durante 10 repeticiones.



Gráfico 12: Ejercicio de musculatura abdominal

Fuente: Manual de fisioterapia respiratoria

EJERCICIOS 13

Ejercicios de extremidades superiores y tronco

Se describe una serie de ejercicios de gran utilidad para aliviar la sensación de falta de aire y mejorar de forma progresiva la tolerancia al esfuerzo.

Descripción del ejercicio

- **Posición del paciente:** sentado, con piernas separadas, el ejercicio debe ir acompañado de la respiración,
- **Duración del ejercicio:** se inician con 2 series de 10 repeticiones con descansos entre serie y serie de 2 minutos, y se pueden ir progresando en las series. (26)

Flexo-extensión del cuello

Manos en la cintura, inspira en la extensión del
y espira en la flexión (26)



Gráfico 13. Flexo – extensión de cuello
Fuente: Manual de fisioterapia respiratoria

Rotación del cuello

Brazos al costado del cuerpo, inspira en la rotación
y espira al volver a la posición inicial (26)



Gráfico 14 Rotación del cuello
Fuente: Manual de fisioterapia respiratoria

Elevación de hombros

Brazos al costado del cuerpo,
inspira mientras eleva los hombros
y espira mientras desciende los hombros (26)

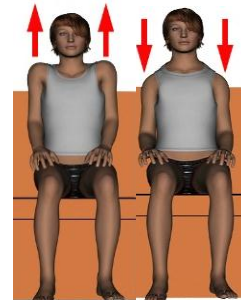


Gráfico 15 Elevación de hombros
Fuente: Manual de fisioterapia respiratoria

Ante pulsión de hombro

Brazos al costado del cuerpo, inspira mientras lleva los hombros hacia atrás y espira mientras lleva los hombros hacia delante (26)

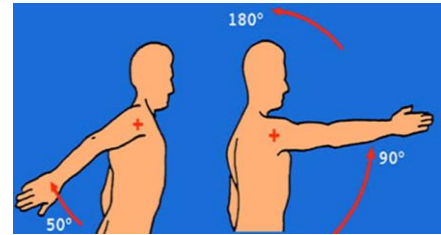


Grafico 16: Ante pulsión de hombro
Fuente: Manual de fisioterapia respiratoria

Elevación simultanea de los brazos flexionados

Brazos a los costados del cuerpo inspira, en la elevación y espirar en el descenso, se puede variar con elevación lateral de brazos. (26)



Grafico 17. Elevación simultanea de brazos flexionados
Fuente: Manual de fisioterapia respiratoria

Inclinación lateral del tronco

Posición de partida en reposo, Inspirar en la flexión lateral del tronco, espirar al volver a la posición de partida (26)



Grafico 18. Inclinación lateral del tronco
Fuente: Manual de fisioterapia respiratoria

EJERCICIO 14

Ejercicios de extremidades inferiores

- **Posición del paciente:** sentado en una silla con respaldo.
- **Duración:** realizar de 5 a 10 repeticiones con intervalos de 2 segundos. (26)

Flexión de rodillas

Piernas y brazos estirados hacia delante.
Inspirar en la posición de partida y espirar al flexionar las rodillas (26)

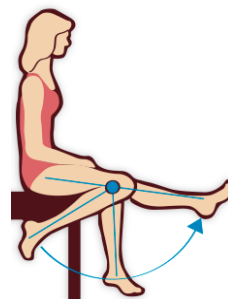


Grafico 19 .Flexión de rodillas
Fuente: Manual de fisioterapia

Extensión bilateral de rodilla alternada

Al inspirar levantar el pie del suelo hasta estirar la pierna,
y al espirar bajar el pie hacia la posición de inicio.
Alternar el ejercicio con la otra pierna (26).



Grafico 20: Extensión bilateral de rodilla.
Fuente: Manual de fisioterapia respiratoria

Elevación del muslo alternado

Se realiza al igual que el ejercicio anterior, una vez que ha estirado completamente la pierna, levantar también el muslo, se debe alternar con la otra pierna. Puede complicar añadiendo un peso sobre el otro pie (26).

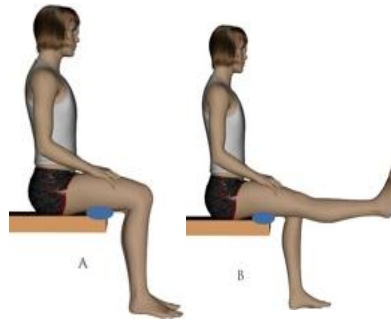


Grafico 21: Elevación del muslo alternado
Fuente: Manual de fisioterapia respiratoria

Posición de sedente a bipedestación:

- **Posición:** Paciente sentado en una silla con la espalda recta y las manos cruzados en el pecho. Lentamente sin despegar las manos y sin doblar la espalda se pone de pie.



Grafico 22: Posición sedente a bipedestación
Fuente: Manual de fisioterapia respiratoria

EJERCICIOS 15

Prevención y alivio de episodios de disnea

- **Posición del paciente:** En sedestación en un taburete frente a la camilla.
- **Posición del fisioterapeuta:**
- **Técnica:** El paciente adopta una posición relajada de inclinación sobre una camilla y una almohada, apoya su cabeza hacia adelante, para que estimule la respiración diafragmática,

Haga que el paciente tome control de respiración y disminuya la velocidad respiratoria mediante la espiración y a través de los labios fruncidos. Después de cada espiración con los labios fruncidos, enseñe al paciente a utilizar la respiración diafragmática y a minimizar el uso de los músculos accesorios durante cada inspiración,

Haga que el paciente mantenga la postura de inclinación hacia adelante y continúe respirando de manera lenta y controlada hasta que el episodio de disnea concluya.

Duración del ejercicio: Realizar 6 repeticiones por 3 segundos cada uno. (26)



Gráfico 23. Prevención de episodios de disnea sentado.

Fuente: Manual de fisioterapia



Gráfico 24. Prevención de episodios de disnea de pie.

Fuente: Manual de fisioterapia

EJERCICIOS 16

Inspirómetro de incentivo:

- **Posición del paciente:** En sedestación
- **Posición del fisioterapeuta:** En bipedestación frente al paciente.
- **Técnica:** El flujo se regula según la necesidad, se comienza con un nivel inferior. El paciente es estimulado a realizar inspiraciones lentas,

largas y profundas para conseguir que el mecanismo se eleve (bola o cilindro) hasta alcanzar un tope en el que permanece el máximo tiempo posible.

Una vez finalizada la maniobra es conveniente toser. Tenemos entrenamiento de extremidades superiores e inferiores. (26)



Gráfico 25. Ejercicios con inspirómetro incentivo.
Fuente: Manual de fisioterapia respiratoria

EJERCICIO 17

Caminata

Andar a ritmo moderado a paso corto, manteniendo la velocidad; se puede progresar incluyendo subidas y bajadas en el terreno,

Duración del ejercicio: 3 a 5 veces por semana en sesiones de 20 a 30 minutos inicialmente 10 minutos, he ir progresando semana a semana unos 5 minutos.
(26)

Tiene una duración de cuatro semanas, periodo en que el paciente realiza ejercicios tres veces por semana, en horario vespertino preferiblemente donde existe atenuación de los síntomas



Gráfico 26. Caminata
Fuente: Manual de fisioterapia respiratoria

6. CONCLUSIONES

- Los puntos críticos encontrados en el análisis del caso clínico fueron: el diagnóstico tardío, la neumonía, infección sobreañadida que produce un shock séptico en la paciente, y el abandono del tratamiento fisioterapéutico.
- El síndrome de distrés respiratorio agudo se da como una complicación de la neumonía severa a causa del diagnóstico tardío que es uno de los puntos críticos relevantes encontrados en el análisis del caso clínico.
- Se diseña un plan de tratamiento fisioterapéutico distribuido en tres fases planteadas desde el nivel leve (Fase I o de Reeducción respiratoria), al moderado (Fase II o aumento de capacidad respiratoria) y nivel alto (Fase III o de Mejoramiento de la resistencia cardiorrespiratoria), se debe aclarar que el tratamiento propuesto es más para mantenimiento del aparato respiratorio.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7.1 BIBLIOGRAFÍAS:

1. Barbany, J. Fisiología del ejercicio físico y el entrenamiento. Barcelona - España : Paidotribo, 2002.(13)
2. Ciril, Rozman. , Compendio de Medicina Interna, 6ta Edición. Barcelona - España : Elsevir, 2014.(14)
3. Cristancho, W. Fundamnetos de Fisioterapia Respiratoria y Ventilación Mécanica, 2da edición. Buenos Aires : Manual Moderno, 2012.(27)
4. Daniels, Worthingam´s. Pruebas funcionales musculares, Técnicas de exploración manual. Madrid - España : Marban, 1996.(24)
5. Farreras, Rozman. Medicina interna. Barcelona - España : Elsevier, Décimo sexta edición, 2009.(1)
6. Frederic, j., y otros. Medicina Fisica y Rehabilitación. 4ta Edición. . Madrid - España : Medica Panamericana, 2000.(11)
7. **Harrison**. Principios de Medicina Interna, 18va edición, Volumen 2. Mexico D.F. : McGraw Hill, 2012.(4)
8. Harsh, Mohan. Patología, 6ta edición. Buenos Aires - Argentina : Médica Panamericana, 2012.(10)
9. Horacio A. Argente, Marcelo E. Álvarez,. Semiología Médica, Fisiopatología, Semioteclia y Propedéutica, Enseñanza basada en el paciente. Buenos Aires : Medica Panamericana, 2008.(15)
10. kisner, C. y Allen, L. Ejercicios Terapéutico, fundamnetos y técnicas, 5ta edición. Buenos Aires : Médica Panamericana, 2010.(26)

11. Porter, P. Fisioterapia, Décimo cuarta edición. Barcelona: Elsevier, 2009.(23)

12. Xhardez, Yves. Vademécum de Kinesioterapia y Rehabilitación Funcional, 5ª Edición ., Buenos Aires - Argentina, : Editorial el Ateno, 2010(12)

7.2 LINKOGRAFÍA:

1. Camacho, L. Protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas. [En línea] 2011. <https://es.scribd.com/doc/100876085/Protocolos-de-Atencion-Prehospitalaria-Para-Emergencias-Medicas>.(22)

2. CERYA. Respiración con labios fruncidos. [En línea] 21 de Sep de 2016. <http://www.neumologosmonterrey.com/images/respiracion-cuando-falta-aliento.jpg>.(28)

3. Chambi, Fabiola y Arcani, David. Neumonía, . [En línea] Revista de Actualización Clínica, Volemne 12, 2011. http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/raci/v12/v12_a03.pdf.(5)

4. Clínica Miguel Claro. Ejercicios de extremidades superiores. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Comarcal de Valdeorras. España. [En línea] 2017. http://www.centrolinfedema.cl/ejercicios_extremidades_superiores.html (30).

5. Estenssoro, E. y Dubin, A. Síndrome de distres respiratorio agudo. Universidad Nacional de la Plata, Buenos Aires Argentina. [En línea] 2016. <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v76n4/v76n4a08.pdf>.(17)

6. Jaramillo, Laura, Martínez, Lina y Gaviria, Juan. Neumonía adquirida en la comunidad: Adherencias a las guías terapéuticas, importante eslabón en el desenlace clínico del paciente. Community acquired pneumonia:

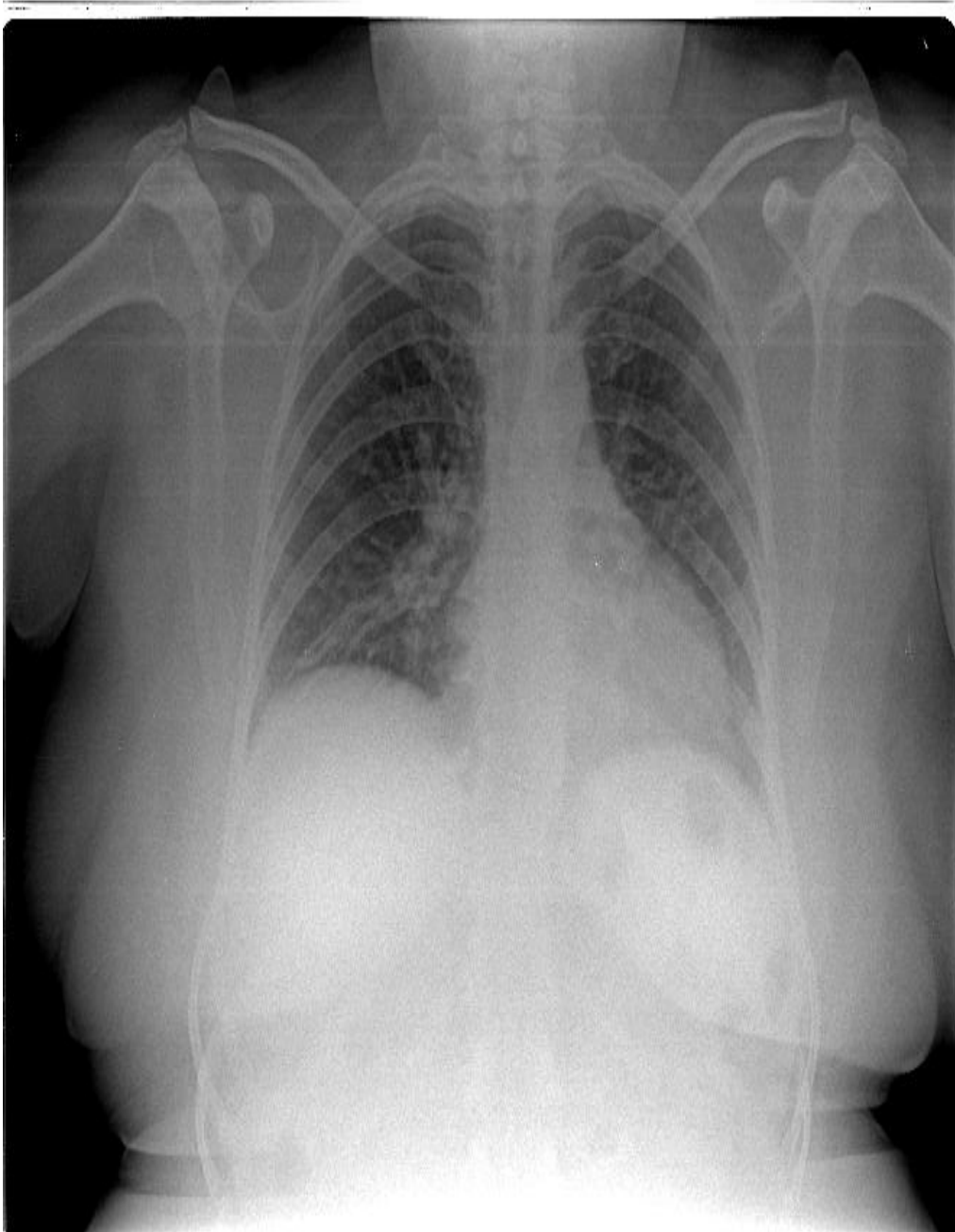
- Compliance guidelines; Volumen 18 N°1. [En línea] 2015. http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v18n1/v18n1_a08.pdf.(8)
7. Martín, F., Dominguez, A y Vázquez, D. Artículo de revisión: Sepsis. [En línea] 2014. <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2014/mim142g.pdf>.(21)
 8. Machín, G, y otros. Morbilidad y mortalidad de la anemia drepanocítica. Instituto de Hematología e Inmunología, . [En línea] Revista cubana de Hematol, Inmunol y Hemoster, 2015. <http://scielo.sld.cu/pdf/hih/v31n3/hih05315.pdf>(19)
 9. Mahiques, Arturo. Rehabilitación de la rodilla. [En línea] 2016. http://cto-am.com/rhb_rodilla.htm.(33)
 10. Méndez, A., y otros. Neumonía adquirida en a comunidad. Servicio de Pediatría, Unidad de Infectología Pediátrica, Hospital Infantil La Paz. [En línea] 2013. <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/neumonia.pdf>.(7)
 11. OMS. Enfermedades respiratorias crónicas. [En línea] 2004. (9)
 12. Pigtanasi. Rutina de estiramiento muscular. [En línea] 2017. <http://lisbethsabio17.blogspot.com/2014/>.(31)
 13. PROFEMELEO. Ejercicios para nuestros pulmones. [En línea] 16 de Nov de 2016. <http://miobjetivo.blogspot.com/2006/11/ejercicios-para-nuestros-pulmones-o.html>. (29)
 14. Sabio, Lisbeth. Morfofisiología, Inclinación de tronco. [En línea] 2014.

7.3 CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS UTA

1. **PROQUEST** : Anonymous. La neumonía se puede prevenir vacunandose. San Antonio. Tex: La prensa San Antonio. [En línea] 2014. [Citado el: 17 de Mayo de 2017.] [https://search.proquest.com/docview/1630051752?accountid=36765\(2\)](https://search.proquest.com/docview/1630051752?accountid=36765(2))
2. **PROQUEST** :Simón, C. La mortalidad en el síndrome de distrés respiratorio supera el 50% en enfermos ya avanzados. [En línea] Diario Medico , 05 de Marzo de 2009. [Citado el: 08 de Junio de 2017.] [https://search.proquest.com/docview/434261542?accountid=36765.\(18\)](https://search.proquest.com/docview/434261542?accountid=36765.(18))
3. **PROQUEST** :Tollín, M. Protocolo de actuación ante una neumonía que no se resuelve. [En línea] 2010. [Citado el: 17 de Mayo de 2017.] [https://search.proquest.com/docview/1506758495/fulltextPDF/FF95C83BA9C340E5PQ/3?accountid=36765.\(6\)](https://search.proquest.com/docview/1506758495/fulltextPDF/FF95C83BA9C340E5PQ/3?accountid=36765.(6))
4. **PROQUEST**: La Nación: Neumonía: es más riesgosa en adultos. [En línea] 2011. [Citado el: 17 de Mayo de 2017.] [https://search.proquest.com/docview/861198844/abstract/CA2A25C8583743BDPQ/59?accountid=36765.\(3\)](https://search.proquest.com/docview/861198844/abstract/CA2A25C8583743BDPQ/59?accountid=36765.(3))
5. **PROQUEST**: Pertuz, Y., Pérez, C. y Pabón, Y. Aspectos epidemiológicos de la sepsis, en unidades de cuidados intensivos Santa Marta. [En línea] 2016. [Citado el: 09 de Junio de 2017.] [https://search.proquest.com/docview/1834013448/4B065F9371C44176PQ/5?accountid=36765.\(20\)](https://search.proquest.com/docview/1834013448/4B065F9371C44176PQ/5?accountid=36765.(20))
6. **PROQUEST**: Villar, J. Las olvidadas infecciones pulmonares. [En línea] 02 de Sep. de 2008. [Citado el: 09 de Junio de 2017.] [https://search.proquest.com/docview/371443307/C82E3B3031994748PQ/3?acocountid =36765 \(16\)](https://search.proquest.com/docview/371443307/C82E3B3031994748PQ/3?acocountid =36765 (16))

8. ANEXOS:

Anexo 1: Rx de Tórax



Anexo 2: Autorización de la Institución



Ministerio
de Salud Pública

Hospital Provincial General Docente Ambato



Hospital Provincial General Docente Ambato

Oficio Nro. MSP-CZ3-HPDA-2017-0273

Ambato, 24 de mayo de 2017

Asunto: Respuesta - Dr. José Marcelo Ochoa, solicita autorice a Srta. Amparo De las Mercedes Quispe, el desarrollo de trabajo de titulación- Hospital General Docente Ambato

Señor Magister
Jose Marcelo Ochoa
Decano Facultad de Ciencias de la Salud
UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta a Oficio.Nº.UTA-FCS-2017-0084-O, sumillado por el Dr. José Marcelo Ochoa, quien solicita se autorice a la señorita Amparo De Las Mercedes Quispe Gualpa con C.C. 0501890107, estudiante de Décimo Nivel de la Carrera de Terapia Física, el desarrollo de trabajo de titulación modalidad Análisis de Caso con el tema "SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO PRIMARIO EN EL ADULFO A CONSECUENCIA DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD" ; bajo las siguientes especificaciones:

- Acceso a la historia clínica del paciente sujeto de estudio
- Autorización para reali/ar entrevistas al personal de salud de la institución

E indicando que la información proporcionada, así como los resultados del estudio, serán de uso exclusivo para el trabajo de titulación: debo indicar que en base a Convenios Específicos entre la facultad de Ciencias de la Salud y la Coordinación 3 Salud, su requerimiento es autorizado y válido para revisión de historias clínicas y entrevistas al personal de salud; no incluye entrevistas o exámenes o procedimientos en las/os pacientes; y deberá firmar en estadística documento de compromiso de Respeto a los derechos de los Pacientes y Principios Éticos Fundamentales en estadística.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,



Ministerio de Salud Pública

Hospital Provincial General Docente Ambato



Hospital Provincial General Docente Ambato

Oficio Nro. MSP-CZ3-HPDA-2017-0273

Ambato, 24 de mayo de 2017



Documento firmado electrónicamente

Dr. Carlos Gustavo López Barrionuevo
GERENTE DEL HOSPITAL PROVINCIAL AMBATO

Referencias:
- MSP-CZ3-HPDA-AU-2017-0304-E

Anexos:
- msp-30420170516_11054118.pdf

Copia:
Señor Doctor
Joel Marcelo Díaz Vasconez
Especialista de Admisiones

Cl/gv

En respuesta a Oficio Nro. MSP-CZ3-HPDA-AU-2017-0304-E, amillado por el Dr. Joel Marcelo Díaz Vasconez, quien solicita se informe a la señora Amparo De Las Mercedes Quiroz Quiroz, con C.C. 030189107, estudiante de Decimo Nivel de la Carrera de Terapia Física, el desarrollo del trabajo de titulación modalidad Análisis de Caso con el tema "SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO PRIMARIO EN EL ADULTO A CONSECUENCIA DE NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD"; bajo las siguientes especificaciones:

- Acceso a la historia clínica del paciente sujeto de estudio
- Autorización para realizar entrevistas al personal de salud de la institución

El indicado que la información proporcionada, así como los resultados del estudio, sean de uso exclusivo para el trabajo de titulación; debe indicar que se da a Conocimiento Específico con la facultad de Ciencias de la Salud y la Coordinación de Salud. El procedimiento es autorizado y válido para revisión de historias clínicas y entrevistas al personal de salud; no incluye entrevistas o examen o procedimientos en la persona paciente y deberá firmar un certificado documento de consentimiento de Respeto a los derechos de los Pacientes y Principios Éticos Fundamentales en salud.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,



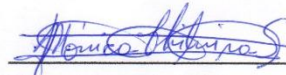
Anexo 3: Autorización de la paciente para acceder a su Historia Clínica

AUTORIZACIÓN

Yo, MÓNICA DEL ROSARIO CHILUISA SUNTA con C.I.0501656018 **AUTORIZO** a la Srta. AMPARO DE LAS MERCEDES QUISPE GUALPA con número de C.I. 0501890107, para que puede acceder al historial Clínico de mi persona en el Hospital Provincial Docente Ambato, con el fin de obtener información que será de gran ayuda en la investigación, modalidad de Análisis de Caso Clínico, ya que la patología que padecí se está haciendo referencia en el tema de graduación de la señorita.

La interesada puede hacer uso del presente documento como a bien tuviere.

Atentamente:



Mónica del Rosario Chiluisa Sunta

0501656018

Anexo 4: Consentimiento informado



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

Yo, **MÓNICA DEL ROSARIO CHILUISA SUNTA** de 50 años de edad, con C.C. 0501656018 mayor de edad, en pleno uso de mis facultades mentales, libre y voluntariamente;

EXPONGO:

Que he sido debidamente informada por la estudiante del Décimo semestre de la Carrera de Terapia Física, **AMPARO DE LAS MERCEDES QUISPE GUALPA**, en entrevista personal realizada en día 16 de mayo de 2017, que es necesario que se efectúe el Desarrollo del Análisis de Caso Clínico denominado: **SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO PRIMARIO EN EL ADULTO A CONSECUENCIA DE NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD** Que he recibido explicaciones tanto verbales como escritas, sobre la naturaleza y propósito del procedimiento, habiendo tenido ocasión de aclarar las dudas que me han surgido.

MANIFIESTO:

Que he entendido y estoy satisfecha de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre el proceso citado Y OTORGO MI CONSENTIMIENTO para que se acceda a la documentación necesaria, para dicha investigación.

FECHA: 16 de mayo de 2017

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Amparo de las Mercedes Quispe Gualpa'.

ESTUDIANTE DE TERAPIA FISICA

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Mónica del Rosario Chiluisa Sunta'.

FIRMA DEL PACIENTE

Anexo 5: Consentimiento informado para registrar su información

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE REGISTRO

Confirmando que se me ha dado información oral y escrita con respecto a este registro. He tenido tiempo para considerar mi participación en el estudio, de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente. Acepto que mi historial médico pueda ser revisado por la investigadora. Entiendo que mi participación es totalmente voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento y que el rechazo a participar no implicará penalizaciones o alguna pérdida de beneficios para mí.

Doy pues mi consentimiento para participar en el registro y autorizo el uso y la divulgación de mi información de salud para propósitos de la investigación.

Paciente:

Nombres y Apellidos: Mónica del Rosario Chiluisa Sunta

Cédula: 0501656018

Firma: 

Fecha: 16 de Mayo del 2017

Investigadora:

Nombres y Apellidos: Amparo de las Mercedes Quispe Gualpa

Cédula: 0501890107

Firma: 

Fecha: 16 de mayo del 2017

Anexo 6: Consentimiento informado para realizar la evaluación

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE EVALUACIÓN

Confirmando que se me ha dado información oral y escrita con respecto a la evaluación que se me ha propuesto realizar dentro del estudio. He tenido tiempo para considerar mi participación en el estudio, de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente. Autorizo que se me realice la evaluación por parte de la investigadora. Entiendo que mi participación es totalmente voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento y que el rechazo a participar no implicará penalizaciones o alguna pérdida de beneficios para mí.

Doy pues mi consentimiento para participar en la evaluación.

Paciente:

Nombres y Apellidos: Mónica del Rosario Chiluisa Sunta

Cédula: 0501656018

Firma: 

Fecha: 16 de mayo del 2017

Investigadora:

Nombres y Apellidos: Amparo de las Mercedes Quispe Gualpa

Cédula: 0501890107

Firma: 

Fecha: 16 de Mayo del 2017

Anexo 7. Evaluación fisioterapéutica

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

VALORACIÓN FISIOTERAPEÚTICA

1.1. Valoración de la respiración

Frecuencia: ...20... Respiraciones por minuto

Ritmo:Normal.....

Amplitud: ...Normal.....

1.2. Valoración muscular

Evaluación global de los músculos respiratorios, mediante el Test de Daniels
(puntuación es de 0 a 5)

Documentación para la Exploración Física	
TRONCO	Valoración
Fuerza Diafragmática	Normal
Inspiración máxima menos inspiración completa	110 - 108
Tos (expiración forzada indirecta)	Normal

1.3. Valoración de Espiración Forzada

Funcional (X)

Débilmente funcional ()

A funcional ()

Nulo ()

1.4. Condición Física

Pulso antes de la prueba en reposo	69 por minuto
Pulso cuando finalizar las flexiones	73 por minuto
Pulso después de un minuto de haber realizado las flexiones	82 por minuto
Promedio	2.4

Anexo 8: Escalas de valoración fisioterapéutica

ESCALA DE ESFUERZO DE BORG	
0	Reposo Total
1	Esfuerzo muy Suave
2	Suave
3	Esfuerzo Moderado
4	Un Poco Duro
5	Duro
6	
7	Muy Duro
8	
9	
10	Esfuerzo Maximo

Escala de disnea Mhrc (modified Medical Research Council)	
0	La disnea se produce solo con un gran esfuerzo físico
1	La disnea se produce al andar deprisa en llano o al subir pendientes poco pronunciadas.
2	La disnea imposibilita mantener el paso de otras personas de la edad caminando en llano u obliga a detenerse o descansar al andar en llano al propio paso.
3	Tiene que detenerse a descansar al andar unos 100m o a los pocos minutos de andar en llano.
4	La disnea impide al paciente salir de casa o aparece con actividades tales como vestido o desvestirse.

Equipo y material para la PC6M

1. Escala de Borg impresa en tamaño de letra de 20 puntos, útil en pacientes con limitaciones visuales
2. Hoja de recolección de datos
3. Tabla de trabajo
4. Cronómetro, estetoscopio y contador de vueltas
5. Silla (puede ser más de una) o silla de ruedas
6. Esfigmomanómetro con brazaletes que ajuste a las características de la persona que realiza la prueba
7. Oxímetro de pulso

8. Desfibrilador automático y carro de paro con nitroglicerina sublingual y salbutamol (inhalador de dosis medida o nebulizador).

9. Teléfono para casos de emergencia.

10. Estadímetro y báscula.

11. Acceso a una fuente de oxígeno



Figura 3. Conos de tráfico y marcas visibles colocadas sobre la pared.