



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE TERAPIA RESPIRATORIA**



**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADO EN TERAPIA RESPIRATORIA**

TEMA:

**PACIENTE DE 50 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN
LA COMUNIDAD**

AUTOR:

NARCISA GISELLA COELLO DESIDERIO

TUTOR:

DR. CARLOS JULIO HIDALGO COELLO

BABAHOYO - LOS RÍOS - ECUADOR

2021

ÍNDICE

ÍNDICE	II
TÍTULO DEL CASO CLÍNICO	III
AGRADECIMIENTO	IV
DEDICATORIA	V
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN	VIII
I MARCO TEÓRICO	9
1.1 JUSTIFICACIÓN	18
1.2 OBJETIVOS	19
1.3 DATOS GENERALES	20
II METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	21
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES	21
2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS)	22
2.3 EXAMEN FÍSICO	22
2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS	23
2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO	24
2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR	24
2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES	25
2.8 SEGUIMIENTO	26
2.9 OBSERVACIONES	27
CONCLUSIÓN	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
ANEXOS	30

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO

**PACIENTE DE 50 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN
LA COMUNIDAD**

AGRADECIMIENTO

Las palabras que escribiré no son lo suficiente para expresar todo el agradecimiento que siento sobre las personas que me han apoyado durante todo este proceso, sé que ha sido largo, agotador y me atrevo a decir que en ocasiones frustrante, sin embargo sin su ayuda no lo habría logrado, al ingresar a la universidad con ayuda de mis padres me dieron la confianza, ganas de salir adelante y convertirme en una buena profesional, me dieron la oportunidad de ser la primera en ingresar a la universidad en mi familia.

Las personas que conocí allí jamás me hubiera imaginado que existen seres tan maravillosos, doy gracias por el conocimiento, las experiencias compartidas y por el apoyo brindado en todo momento.

DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado con mucho cariño para mis personas especiales, mis padres, mis hermanos, mi mejor amiga y confidente y por último y más importante a la persona que me ha ayudado a terminar con mis estudios, ellos han sido de fuente fundamental para el trayecto de este camino. Sin su ayuda sé que no lo habría logrado.

RESUMEN

La neumonía es un proceso infeccioso e inflamatorio causado por diversos microorganismos que afecta el parénquima pulmonar, llenando los sacos aéreos de pus o líquido impidiendo el correcto intercambio gaseoso, una de sus clasificaciones es la neumonía adquirida en la comunidad la cual se obtiene por fuera del ambiente hospitalario. La incidencia anual de morbilidad de la NAC en el adulto fluctúa entre el 1.07 y los 1.2 casos por cada 1.000 personas al año. En el Ecuador según el INEC año 2016, la NAC en la población adulta se ubicó en el quinto lugar (5,32%) dentro de las 10 primeras causas de mortalidad.

La neumonía adquirida en la comunidad se presenta cuando el sistema de defensa es sobrepasado por una combinación de factores tales como un inóculo bacteriano muy grande o muy virulento o una deficiencia de los mecanismos de defensa. El tratamiento de la NAC es fundamentalmente empírico, especialmente en los primeros momentos.

En este caso trataremos con un paciente adulto fumador que llegó al área de emergencia con fiebre alta, tos y fuerte dolor retroesternal de 5 días de evolución, se le realizó el examen físico y complementario, los cuales nos arrojaron que era neumonía adquirida en la comunidad por *Streptococcus pneumoniae*.

Palabras claves: Neumonía, neumonía adquirida en la comunidad, *Streptococcus pneumoniae*, infección, inflamación.

ABSTRACT

Pneumonia is an infectious and inflammatory process caused by various microorganisms that affect the lung parenchyma, filling the air sacs with pus or fluid, preventing proper gas exchange, one of its classifications is community-acquired pneumonia which is obtained outside the hospital environment, The annual incidence of CAP morbidity in adults fluctuates between 1.07 and 1.2 cases per 1,000 people per year. In Ecuador according to the INEC year 2016, CAP in the adult population ranked fifth (5.32%) within the top 10 causes of mortality.

Community-acquired pneumonia occurs when the defense system is overwhelmed by a combination of factors such as a very large or very virulent bacterial inoculum or a deficiency in defense mechanisms. The treatment of CAP is fundamentally empirical, especially in the early stages.

In this case, we will treat an adult smoker who arrived at the emergency area with high fever, cough and strong retrosternal pain of 5 days of evolution, a physical and complementary examination was performed, which showed us that it was community-acquired pneumonia by *Streptococcus pneumoniae*.

Keywords: Pneumonia, community acquired pneumonia, *Streptococcus pneumoniae*, infection, inflammation.

INTRODUCCIÓN

La neumonía es la enfermedad más frecuente a nivel mundial, se da por diversos microorganismos que causan una infección y una inflamación de los alveolos pulmonares en este caso clínico trataremos una de sus variantes que es la neumonía adquirida en la comunidad presentada en un paciente adulto fumador con antecedentes patológicos de hipertensión arterial controlada, que acudió al centro de salud con un estado febril alto, dolor pleurítico y retroesternal, tos con expectoración mucopurulenta con un estado de evolución de 5 días atrás, se le realizó los exámenes correspondientes los cuales nos ayudaron a comprobar que era neumonía adquirida en la comunidad, rápidamente se lo atendió con antibioticoterapia, oxigenoterapia, mucolíticos y antipiréticos, a los cuales el paciente reaccionó favorablemente evitando la hospitalización, con una fecha de regreso para su revisión y asegurarnos que la neumonía este siendo combatida por los antibióticos.

Los casos de neumonía adquirida en la comunidad que se dan anualmente es más frecuente en adultos mayores los cual oscilan entre 1,6 y 13,4 casos por cada 1000 habitantes, estos números aumentan durante el invierno. En el Ecuador una de las principales enfermedades con morbilidad es la neumonía adquirida en la comunidad. Según datos estadísticos del Ministerio de Salud Pública en el 2020 se han reportado 89.338 casos de neumonía, para el año 2021 se han notificado 31.671 casos evidenciándose en un decremento de un 36,80%.

Una recomendación es tratar a los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad lo más pronto posible con tratamientos empíricos eso se basa en buscar posibles causas de la NAC, tradicionalmente son el *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, entre otras.

I MARCO TEÓRICO

NEUMONÍA

“La neumonía es un proceso infeccioso e inflamatorio del parénquima pulmonar causado por diversos microorganismos, como bacterias, virus y hongos, el cual afecta la porción distal de las vías respiratorias y, en ocasiones, involucra el intersticio alveolar.” (Pontificia Universidad Javeriana, Octubre). Los sacos aéreos se pueden llenar de líquido o pus (material purulento), lo que provoca tos con flema o pus, fiebre, escalofríos y dificultad para respirar. (Clinic, Mayo Clinic, 2021)

Clásicamente la neumonía se clasifica como: Neumonía Adquirida en la comunidad, esta se da cuando el paciente no está hospitalizado y está en contacto común con la sociedad y por otra parte tenemos la Neumonía Nosocomial, la cual nos indica que se da cuando un paciente tiene varios días de a ver sido hospitalizado y corre el riesgo de contagiarse dentro del centro de salud hospitalario. (CORONEL, 2020)

NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

Es una enfermedad respiratoria aguda, de origen infeccioso, que compromete el parénquima pulmonar, ocasionada por la invasión de microorganismos patógenos (virus, bacterias, hongos y parásitos) que fueron adquiridos fuera del ambiente hospitalario. Este proceso infeccioso puede ser causado por bacterias, hongos, virus e incluso el nuevo COVID-19. (P. Fernando Saldías, 2014)

Dicho proceso genera un infiltrado celular inflamatorio del espacio alveolar denominado consolidación, que altera el intercambio gaseoso. Para considerar una neumonía como una neumonía adquirida en la comunidad (NAC), el paciente debe presentar el inicio de signos y síntomas al no estar hospitalizado o en las primeras 48/72 horas de ingreso. (Samuel Martínez Vernaza, et al., Octubre)

La incidencia anual de morbilidad de la NAC en el adulto fluctúa entre el 1.07 y los 1.2 casos por cada 1.000 personas al año, elevándose en el adulto mayor de 65 años a 12.7-15.3 casos por cada 1.000 personas al año. En el Ecuador según el INEC año 2016, la NAC en la población adulta se ubicó en el quinto lugar (5,32%) dentro de las 10 primeras causas de mortalidad. (Puchaicela, Md. Andrés Espín, 2019)

Y estas incidencias aumentan con las personas que tienen enfermedades crónicas y tratamientos con inmunosupresores, por lo cual es necesario establecer correctos diagnósticos y tratamientos a esta enfermedad basándose los datos clínicos del paciente.

Clasificación de la NAC

Las NAC se pueden clasificar considerando diversos aspectos: anatomopatológicos, microbiológicos, radiológicos y, fundamentalmente, los clínicos. Sobre la base de los signos y síntomas clínicos es difícil diferenciar entre neumonía bacteriana y viral, o entre neumonía típica y atípica. (A. Andrés Martín, et al., 2012).

Clásicamente se ha diferenciado la NAC en: neumonía típica y neumonía atípica.

La neumonía típica, ejemplificada por la neumonía neumocócica, se caracteriza por fiebre elevada, dolor pleurítico y/o abdominal, tos y expectoración purulenta, leucocitosis con neutrofilia y datos radiológicos de consolidación pulmonar. (García, 2011)

La neumonía atípica tiene un inicio más subagudo y sin afectación importante el estado general, fiebre de bajo grado, tos escasamente productiva

e infiltrados no segmentarios parcheados o intersticiales, como la neumonía por *M. pneumoniae*. Aunque puede orientar el diagnóstico en gente joven y sin comorbilidad, esta clasificación carece de utilidad en la actualidad. Sí se mantiene el término de gérmenes atípicos para nominar los gérmenes intracelulares, en contraposición a las bacterias causantes de neumonía piógena. (García, 2011)

FISIOPATOLOGÍA

El sistema respiratorio de defensa, en sus componentes anatómico, mecánico e inmunológico, es muy efectivo, logrando mantener estéril el tracto respiratorio inferior. Cuando un agente infeccioso llega allí, ya sea por inhalación de aerosoles portadores de microbios o por aspiración de secreciones del tracto respiratorio superior o, menos comúnmente, por vía sanguínea, generalmente es eliminado por estos mecanismos. La neumonía adquirida en la comunidad se presenta cuando el sistema de defensa es sobrepasado por una combinación de factores tales como un inóculo bacteriano muy grande o muy virulento o una deficiencia de los mecanismos de defensa. (ELSEVIER, 2013)

Los principales mecanismos causantes son:

A. Microaspiración de contenido orofaríngeo: Cierta grado es normal en individuos sanos, pero se favorece por fármacos que deprimen la tos como benzodiacepinas y neurolépticos; además aumenta con el envejecimiento. Se produce una infección por microorganismos que colonizan la cavidad orofaríngea, entre ellos el *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y bacilos Gram negativos entéricos. La presencia de comorbilidades, el tabaquismo y la desnutrición favorecen la colonización por estos agentes.

B. Inhalación: Ingresan microorganismos intracelulares como virus y bacterias atípicas. El tamaño del inóculo es pequeño y su progresión depende de la integridad de la inmunidad celular, sobretodo de los macrófagos alveolares; de ahí que los pacientes con tratamiento corticoesteroidal sean más

susceptibles. Dado su propagación aérea, estos gérmenes pueden desencadenar brotes epidémicos. (Andrade, 2017)

EPIDEMIOLOGÍA

Los casos de neumonía adquirida en la comunidad que se dan anualmente es más frecuente en adultos mayores los cual oscilan entre 1,6 y 13,4 casos por cada 1000 habitantes, estos números aumentan durante el invierno.

En el Ecuador una de las principales enfermedades con morbimortalidad es la neumonía adquirida en la comunidad. Según datos estadísticos del Ministerio de Salud Pública (MSP) en el 2020 se han reportado 89.338 casos de neumonía, para el año 2021 se han notificado 31.671 casos evidenciándose en un decremento de un 36,80% en relación al año anterior la provincia del Guayas notifican mayor número con 6.531 casos de los notificados hasta la semana a nivel nacional. La provincia de los Ríos se notificó de 552 casos. El grupo de edad más afectado es de 20 a 49 años, seguido por el de 65 y más y el grupo de 50 a 64 años. En el grupo de edad de 50 a 64 años 3.795 fueron masculinos y 3.011 fueron femeninos.

ETIOLOGÍA

Una de las principales causas de neumonía adquirida en la comunidad es el *Streptococcus pneumoniae* teniendo el mayor porcentaje que va de 30% hasta un 60%, seguido por *Haemophilus influenzae* (3 a 10%), *Staphylococcus aureus*, bacilos entéricos Gramnegativos, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Legionella pneumophila* y virus respiratorios. (Martínez-Vernaza, 2018)

Su predominio puede variar debido a las enfermedades ya existentes en el paciente, sus factores de riesgo, su condición sociodemográfica y también las condiciones climáticas.

CUADRO CLÍNICO

Cuanto estamos infectado por neumonía especialmente adquirida en la comunidad el cuadro clínico se presenta principalmente con fiebre superior a las 38.5° C, escalofríos, malestar general, tos, expectoración mucopurulenta, insuficiencia respiratoria, taquipnea, leucocitosis y en ocasiones herpes labial. Si contamos con la presencia de estos síntomas, acompañados o no por hallazgos patológicos en la auscultación pulmonar, se debe efectuar el diagnóstico presuntivo de NAC. El que será confirmado a través de la radiografía de tórax. (GUSTAVO LOPARDO, 2015)

DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico de las NAC debemos partir de la:

Anamnesis

Siempre que la situación clínica del paciente lo permita, se hará preguntas al paciente en especial énfasis en la edad, condición basal, tratamiento con antibióticos y enfermedades asociadas.

Exploración Física

Observamos todo el estado del paciente, nivel de conciencia a través de la escala de Glasgow, hidratación, perfusión periférica y nutrición. Posteriormente se debe realizar una exploración completa y sistemática incidiendo en la auscultación cardiopulmonar **Fuente especificada no válida.**,

Evaluación Hemodinámica

En la evaluación deben de buscar los signos vitales como: presión arterial (TA), frecuencia respiratoria (FR), frecuencia cardiaca (FC), el grado de temperatura (°C), saturación de oxígeno (StaO2) y escala de nivel de conciencia Glasgow.

Clínica

Este caso de neumonía se caracteriza por presentar fiebre de comienzo con escalofríos, malestar general el cual puede ser acompañado de dolor torácico.

Exploraciones complementarias

Para diagnosticar una NAC grave, se realiza: oximetría de pulso, biometría hemática y química sanguínea de: función renal, función hepática y electrolitos, estos informan sobre el estado general del paciente y contribuir a su clasificación para las diferentes escalas pronósticas.

Radiología pleuropulmonar

La radiografía pleuropulmonar permite establecer el diagnóstico aunque no nos permita diferenciar con seguridad entre los 2 tipos de NAC, si nos ayuda a la localización, extensión, posibles complicaciones (derrame pleural o cavitación). (Puchaicela, 2019)

La presencia de un infiltrado en la radiografía pleuropulmonar en un paciente con manifestaciones clínicas compatibles con NAC, es el patrón de oro para el diagnóstico de esta enfermedad. **Fuente especificada no válida.**

TRATAMIENTO

El tratamiento de la NAC es fundamentalmente empírico, especialmente en los primeros momentos. Este debe instaurarse basándose en: a) la edad del paciente (relación estrecha entre la edad y la etiología de la NAC); b) características clínico-radiológicas de la NAC; c) gravedad del enfermo; y d)

resistencias bacterianas en nuestro medio (especialmente neumococo y S. aureus). (A. Mendez Echevarria)

Paciente sin Criterio de Ingreso

Posición semisentado, hidratación 2 a 3 litros/día, antipirético para bajar la fiebre, analgésicos y antiinflamatorio para disminuir el eventual dolor pleurítico, no fumar y reposo.

Paciente con Criterios de Ingreso

1) Oxigenoterapia bajo control de SpO₂ (en los enfermos con EPOC bajo control de gasometría arterial repetida periódicamente), para obtener SpO₂ ≥60 mm Hg y SaO₂ 94-98 % (en enfermos con EPOC y otros con riesgo de hipercapnia: 88-92 %) **Fuente especificada no válida.**; si la hipoxemia persiste a pesar de la administración de oxígeno en concentración alta → considerar ventilación mecánica. Hasta entonces oxigenoterapia 2-4 litros/min, antipirético si la T° >38°C. Cuidado de la vía aérea por hipersecreción bronquial

2) Valorar el estado de hidratación y nutrición del enfermo; si está indicado, perfundir líquidos y utilizar suplementos nutricionales dependiendo de la necesidad. **Fuente especificada no válida.**

3) En raros enfermos debemos de considerar la utilización de glucocorticoides sistémicos, p. ej. Prednisona VO o hidrocortisona IV. (Rodolfo Armas Merino, Piotr Gajewski, 2019)

CATEGORÍA	RECOMENDACIÓN
	<ul style="list-style-type: none">• Esquema I: Amoxicilina 1g cada 12h por 7 días. / Amoxicilina/ Clavulánico 1g cada 12h por 7 días.• Macrólidos: Azitromicina 500mg 1 vez al día por 5

<p>Paciente Ambulatorio</p>	<p>días / Claritromicina 500mg cada 12h por 7 días.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes alérgicos a la penicilina: Doxiciclina 200mg y/o Claritromicina 500mg cada 12h por 7 días. • Esquema II: Moxifloxacino 400mg 1 vez al día o levofloxacino 500-700 mg una vez al día por 7 días.
<p>Paciente Hospitalizado (Tratamiento por Vía Intravenosa (IV) tiene una duración de 7-10 días.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esquema I: Amoxicilina 1g cada 8h/7d. • Amoxicilina/ Clavulánico 1g cada 12h/7d • Macrólidos: (Azitromicina 500mg QD/5d Claritromicina IV 500mg cada 12h/7d. • Esquema II: Cefalosporinas de tercera generación (cefotaxima 1g cada 8h o ceftriaxona 1g/12h) + Macrólidos como: levofloxacino • Moxifloxacino en monoterapia
<p>Paciente Unidad de Cuidados Intensivos (Tratamiento por Vía Intravenosa (IV) tiene una duración de 14 días.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esquema I: (Sin sospecha de infección por Pseudomonas) <ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxona 2g cada 12h • Cefotaxima 2g cada 6-8h • Macrólidos: Claritromicina IV 500mg cada 12h • Moxifloxacino 400mg IV una vez al día por 10 días • Esquema II: (Sospecha de Infección por P. Aeruginosa) <ul style="list-style-type: none"> • A. Piperacilina-tazobactam 4.5mg cada 6h/cefepime 1g IV cada 8H + Ciprofloxacino IV 400mg cada 8H/ Levofloxacino 750mg cada 12H IV/ Amikacina 15mg/kg/24h • B. Ceftazidima 2g cada 8h IV + Amikacina 15mg/kg/día + Macrólidos Claritromicina IV 500mg cada 12h/ • Levofloxacina 750mg/ día (si no está disponible se puede utilizar Ciprofloxacino 400mg cada 8h) • Si criterios UCI: betalactámico + Macrólidos o Levofloxacino.

<p>Neumonía por Aspiración</p> <p>(Tratamiento por Vía Intravenosa (IV) tiene una duración de 3 a 4 semanas dependiendo la respuesta)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esquema I: Ampicilina Sulbactam 3g/6h • Esquema II: Clindamicina 600mg IV/8h+ Ceftriaxona 1gr una vez al día o Cefepime 1gr cada 12h • Esquema III: Piperacilina–Tazobactam 3.375gr cada 4-6h • Esquema IV: Ceftriaxona 1g una vez al día+ Metronidazol 500mg cada 6h o 1g cada 12h
--	--

Fuente: J.J. Martín Villasclaras et al., 2016. Manual de diagnóstico y terapéutica en Neumología. (Puchaicela, ARTÍCULOS CIENTÍFICOS - MEDICINA PREHOSPITALARIA, 2019)

1.1 JUSTIFICACIÓN

El presente caso clínico se desarrolló en base a la neumonía adquirida en la comunidad la cual es una infección respiratoria, ocasionada por el agente causal, *Streptococcus Pneumoniae*, provoca inflamación de los alvéolos y acumulación de secreciones, impidiendo el correcto intercambio gaseoso, provocando manifestaciones clínicas como fiebre, disnea, taquipnea, diaforesis, tos y expectoración.

Se realizó los debidos exámenes para identificar el agente causal, y de esta manera implementar el tratamiento adecuado, acorde a los síntomas y signos que presentó el paciente.

El tratamiento que se instauró fue antibioticoterapia, oxigenoterapia, mucoactivos y antipiréticos, para resolver la clínica del paciente.

De esta manera podremos informar a la ciudadanía tanto nacional como internacional sobre esta enfermedad que tiene una alta tasa de incidencia a nivel mundial.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general

Determinar el tratamiento óptimo para la neumonía por *Streptococcus pneumoniae*.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar los síntomas y signos de la evolución en el paciente con neumonía adquirida en la comunidad.
- Establecer el correcto uso de los métodos de diagnóstico y tratamiento para la evolución favorable del paciente
- Observar la evolución clínica del paciente con neumonía adquirida en la comunidad en base al tratamiento empleado.

1.3 DATOS GENERALES

Nombre del paciente: NN

Día de nacimiento: 20/03/1971, 50 años

Género: masculino

Nacionalidad: ecuatoriano, costeño.

Estado civil: unión libre, con 3 hijos

Ocupación: mecánico

II METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES

Paciente masculino de 50 años de edad, fumador, llega a consulta médica presentando cuadro febril (39°C), SatO₂ 92% (hipoxemia leve), tos intensa productiva, taquipnea 26 RPM, dolor pleurítico y retroestrenal de 5 días de evolución, dificultad respiratoria con presencia de crepitantes basales bilaterales a la auscultación por lo que se deriva a exámenes complementarios para abordar diagnóstico diferencial.

Antecedentes Patológicos Personales

Hipertensión arterial hace 2 años

Antecedentes Patológicos Familiares

Madre con hipertensión arterial.

Padre cardiomiopatías

Antecedentes Quirúrgicos

No refiere.

Medicación diaria:

Losartán de 50 mg, 1 diaria

Estilo de vida diaria

Fumador: Hace 30 años media cajetilla diaria.

Alcohólico: Hace 28 años 4 veces a la semana.

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

Paciente masculino de 50 años de edad, presenta antecedentes patológico de hipertensión arterial la que se encuentra controlada, es ingresado al área de emergencia del hospital en compañía de su esposa, presenta cuadro clínico de 4 días de evolución, presenta tos productiva con expectoración, fiebre de 39 °C, el paciente se automedica con paracetamol de 500 mg, cada 6 horas, también presenta dolor pleurítico y retroesternal en la parte derecha del tórax hace 5 días, además presenta taquipnea, cefalea, cianosis y disnea, por esto acude al área de emergencia.

Se deriva a realización de exámenes complementarios: Radiografía de tórax, Biometría hemática, Gasometría arterial.

Signos vitales:

Tensión arterial: 160/97 mmHg

Temperatura: 39°C

Frecuencia cardiaca: 90 Lpm

Frecuencia respiratoria: 25 rpm

Saturación de oxígeno: 92%

2.3 EXAMEN FISICO

Estado neurológico: según la escala de Glasgow 15/15

Cabeza: Normal y simétrica

Cuello: normal

Mucosas: húmedas

Tórax: normal y simétrico

Corazón: normal, sin antecedentes patológicos

Pulmones: opacidad en el lóbulo medio derecho y hallazgos de infiltrados hiliar y parahiliar, sin presencia de derrame pleural

Abdomen: suave a la palpación.

2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Placa de tórax: opacidad en el lóbulo medio derecho y hallazgos de infiltrados hiliar y parahiliar, sin presencia de derrame pleural.

Gasometría arterial:

PH: 7.17 mmHg

PCO2: 43 mmHg

PO2: 69 mmHg

HCO3: 16 mmHg

SatO2: 91%

E/B: -2

Acidosis metabólica

HEMOGRAMA

Hemoglobina: 13g/dl

Hematocrito: 40%

Eritrocito: 5`000,000

Leucocitos: 22.000m3

Linfocitos: 25%

Monocitos: 3%

Eosinofilos: 1%

Basófilos: 4%

Plaquetas: 525.00

Urea: 64 mg/dL

Creatinina: 1,8 mg/dl

Sodio: 131 mEq/L

Potasio: 4,2 mEq/L

Prueba de esputo: positivo para streptococcus pneumoniae

2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: de acuerdo a la clínica presentada del paciente estuvo orientado a infección respiratoria, ya sea neumonía bacteriana adquirida en la comunidad o una bronquitis aguda de origen bacteriano.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: con los resultados obtenidos de la exploración física y los exámenes complementarios el diagnóstico del paciente determino que es una infección respiratoria por Streptococcus pneumoniae, para ser más específicos la patología es una neumonía adquirida en la comunidad.

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

El paciente a tratar es un tipo de fumador activo y alcohólico el cual presenta antecedentes de tensión arterial eleva. Se observó signos y síntomas de

neumonía la cual confirmamos con la realización de exámenes complementarios de laboratorio.

Luego de analizar la severidad del cuadro junto con un equipo multidisciplinario por lo tanto el caso tiene un riesgo mínimo de mortalidad por lo que se decide realizar un tratamiento ambulatorio a base de antibióticos, mucolíticos y analgésicos:

Levofloxacin: 750 mg comprimidos 1 vez al día por 7 días.

Amikacina: 1g inyectable IM cada 12 horas

Acetilcisteína: 600 mg cada 12 horas

Paracetamol: 1 G cada 6 horas.

TRATAMIENTO TERAPÉUTICO

Se realiza Soporte ventilatorio NO invasivo VNI seriado con los siguientes parámetros.

SATO2	FC	PA	IPAP	EPAP	PS	FR	VM	VC	TI	I:E
94%	71	132/76	16	8	8	17	8.1	352	0,9	1:3.5

2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES

Las acciones tomadas se basan en la clínica, de acuerdo con la infección por *Streptococcus Pneumoniae*, cuyo tratamiento empleado son: antibióticos, oxigenoterapia, fármacos mucoactivos, antipiréticos y para tratar la enfermedad de base se empleó antihipertensivos.

2.8 SEGUIMIENTO

DIA 1 INGRESO

Paciente masculino de 50 años, llega al área de emergencia del hospital 16 de julio del 2021, a las 20:32 pm. Con un cuadro clínico de dolor pleurítico, tos productiva, disnea, cefalea, fiebre 39°C, Saturación de oxígeno de 92% y fue evaluado con una escala de Glasgow de 14/15.

En la placa de tórax se aprecia una opacidad en el lóbulo medio derecho y hallazgos de infiltrados hiliar y parahiliar, sin presencia de derrame pleural, la cual nos da como resultado el diagnóstico de neumonía de neumonía adquirida en la comunidad

El tratamiento ambulatorio fue realizado debido los requerimientos clínicos del paciente, con bactericidas, mucolíticos, antipiréticos y soporte ventilatorio no invasivo para mejorar la función pulmonar todo esto por 7 días consecutivos para evitar el ingreso hospitalario.

Se citó al paciente a una revisión después de 8 días de tratamiento.

DÍA 8 DE REVISIÓN

El paciente retorna a su revisión de médica de control en el hospital el día 24 de julio del 2021 a las 8:30 AM, se le toman los signos vitales al paciente y se actualizan sus exámenes, para observar la evolución y mejoramiento de la neumonía adquirida en la comunidad que se diagnosticó previamente. Sus signos vitales se encuentran dentro de los rangos normales, la placa de tórax ha cambiado notablemente observando la desaparición de opacidades y de los infiltrados, lo que nos confirma una mejora en el cuadro clínico, también su hemograma se encuentra en los rangos normales, los leucocitos han regresado a sus valores normales y la prueba de esputo nos muestra que no hay presencia de agentes bacterianos.

2.9 OBSERVACIONES

El paciente reaccionó de manera muy favorable a todos los medicamentos prescritos, y el día de su revisión todos sus exámenes arrojaron valores normales por lo cual nos atrevemos a decir que en la actualidad el paciente no tiene neumonía adquirida en la comunidad. Y a que los medicamentos instaurados fueron correctos y su tratamiento terapéutico lo llevo de manera favorable se logró así combatir la bacteria de streptococcus pneumoniae.

CONCLUSIÓN

La neumonía adquirida en la comunidad es una enfermedad de la vía aérea baja, se debe identificar correctamente ya que existen varios agentes causales, para ello tenemos múltiples exámenes complementarios como es la radiografía de tórax, los cuales determinaran el riesgo de la patología, es importante observar la clínica del paciente para establecer el diagnóstico definitivo.

Debemos de tener en cuenta la población vulnerable los pacientes pediátricos, geriátricos, pacientes inmunodeprimidos y pacientes con enfermedades respiratorias de base.

Utilizando el dispositivo correcto podemos corregir la hipoxemia y así ayudar al paciente con una buena ventilación he intercambio de oxígeno y evitar el ingreso hospitalario.

El correcto uso de antibióticos en el tratamiento es esencial para una mejoría pronta sin que el paciente entre en un estado de gravedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A. Andrés Martín, et al. (marzo de 2012). *Online Library*. Obtenido de <https://www.analesdepediatria.org/es-etilogia-diagnostico-neumonia-adquirida-comunidad-articulo-S1695403311004875>
- A. Mendez Echevarria, e. a. (s.f.). *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica*. Obtenido de Unidad de Infectología Pediátrica: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/neumonia.pdf>
- Andrade, M. (2017). *SINTESIS*. Obtenido de SINTESIS: <https://sintesis.med.uchile.cl/index.php/profesionales/informacion-para-profesionales/medicina/condiciones-clinicas2/medicina-interna/enfermedades-respiratorias/195-1-05-1-028>
- Clinic, M. (29 de julio de 2021). *Mayo Clinic*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/pneumonia/symptoms-causes/syc-20354204>
- Clinic, M. (29 de julio de 2021). *Mayo Clinic*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/pneumonia/symptoms-causes/syc-20354204>
- CORONEL, D. (2020). *UTB*. Obtenido de UTB: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/8693/E-UTB-FCS-TERRE-000063.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- ELSEVIER. (marzo de 2013). *ELSEVIER*. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-infectio-351-articulo-recomendaciones-el-diagnostico-tratamiento-prevencion-S0123939213700195>
- García, D. C. (2011). Obtenido de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/8060/1/Diego%20Cabrera%20Garc%C3%ADa.pdf>
- GUSTAVO LOPARDO, A. B. (2015). *Medicina de Buenos Aires*. Obtenido de Sociedad Argentina de Infectología: <https://www.medicinabuenosaires.com/PMID/26339883.pdf>
- María José Peláez Cantero, Esther Eugenia Moreno Medinilla, et al. (Marzo de 2012). *Asociación española de pediatría*. Obtenido de Anales de pediatría: <https://www.analesdepediatria.org/es-etilogia-diagnostico-neumonia-adquirida-comunidad-articulo-S1695403311004875>
- Martínez, Carlos José Álvarez. (21 de abril de 2018). *Neumomadrid*. Obtenido de https://www.neumomadrid.org/wp-content/uploads/monogix_1._neumonias-concepto.pdf
- Martínez-Vernaza, S. (2018). *Revistas Javerianas*. Obtenido de [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UMED/59-4%20\(2018-IV\)/231056644010/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UMED/59-4%20(2018-IV)/231056644010/)
- Matti Korppi, Massimiliano Don, et al. (02 de Junio de 2008). *Online Library*. Obtenido de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.2008.00789.x>

- P. Fernando Saldías, P. O. (MAYO de 2014). *ELSEVIER*. Obtenido de Revista Médica Clínica Las Condes: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-evaluacion-manejo-neumonia-del-adulto-S0716864014700707>
- Puchaicela, M. A. (26 de 06 de 2019). Obtenido de ARTÍCULOS CIENTÍFICOS - MEDICINA PREHOSPITALARIA: <https://www.revistaacademica-istcre.edu.ec/admin/postPDF/ARTICULO3.pdf>
- Puchaicela, M. A. (26 de junio de 2019). Obtenido de <https://www.revistaacademica-istcre.edu.ec/admin/postPDF/ARTICULO3.pdf>
- Puchaicela, Md. Andrés Espín. (26 de Junio de 2019). *ARTÍCULOS CIENTÍFICOS - MEDICINA PREHOSPITALARIA*. Obtenido de ARTÍCULOS CIENTÍFICOS - MEDICINA PREHOSPITALARIA: <https://www.revistaacademica-istcre.edu.ec/admin/postPDF/ARTICULO3.pdf>
- Rodolfo Armas Merino, Piotr Gajewski. (2019). *Medicina Interna Basada en la Evidencia*. Obtenido de Empendium: <https://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.II.3.11.1>.
- Samuel Martínez Vernaza, et al. (2018 de Octubre). *Scielo*. Obtenido de Scielo: <http://www.scielo.org.co/pdf/unmed/v59n4/0041-9095-unmed-59-04-00093.pdf>
- Samuel Martínez Vernaza; et al. (2018 de Octubre). *Pontificia Universidad Javeriana*. Obtenido de [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UMED/59-4%20\(2018-IV\)/231056644010/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UMED/59-4%20(2018-IV)/231056644010/)
- Velasquez, M. (19 de septiembre de 2013). *Asociación Colombiana de Neumología y Cirugía de Tórax*. Obtenido de Asociación Colombiana de Neumología y Cirugía de Tórax: <https://clinicadelapresentacion.com.co/wp-content/uploads/2017/08/588-1717-1-PB.pdf>

ANEXOS

