



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

**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCION DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN TERAPIA
RESPIRATORIA**

TEMA DEL CASO CLÍNICO:

**“PACIENTE MASCULINO DE 53 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA
NOSOCOMIAL”**

AUTORA:

MARÍA GABRIELA QUINTEROS NAREA

TUTORA:

Q.f. MAITE MAZACON MORA

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR

2021

ÍNDICE GENERAL

Contenido

DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTO	5
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9
MARCO TEÓRICO.....	10
NEUMONÍA NOSOCOMIAL.....	10
EPIDEMIOLOGIA	10
ETIOLOGÍA	10
FISIOPATOLOGÍA	11
FACTORES DE RIESGO.....	12
DIAGNÓSTICO.....	12
DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO	13
TRATAMIENTO.....	14
PREVENCIÓN	15
JUSTIFICACIÓN	16
OBJETIVOS.....	17
OBJETIVO GENERAL.....	17
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
DATOS GENERALES.....	18
METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	19
ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.	19
PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS)	19
EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA).....	20
EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS	20
FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....	21
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO.....	21
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	21
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	21
ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR	21

INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.	21
SEGUIMIENTO	22
OBSERVACIONES	23
CONCLUSIONES	23
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
ANEXOS	25

DEDICATORIA

Esta tesis dedico a Dios por haberme guiado todo este tiempo, A mis padres Joselo Quinteros Y Lourdes Narea quienes me han apoyado en cada instancia para poder llegar a concluir mis estudios, por sus consejos, por nunca dejarme sola y por haberme forjado a la persona que soy ahora; a mis hermanos Verónica, Miguel Y Maritza por ser ese apoyo que necesitaba día a día para poder lograr cumplir mis sueños y por siempre creer en mí; a mis sobrinos Taylor, Allan, Ronny, Alloson, Gunther y Camila quienes han sido mi mayor motivación y poder llegar a ser un ejemplo para ellos y a mi pareja Diego Carvajal por estar conmigo apoyando en cada momento y siempre creer en mí y en todo lo que podía lograr.

También va dedicada mis amigos de la universidad por siempre habernos apoyado en cada momento de nuestra carrera sin esperar nada a cambio compartiendo sus conocimientos, alegrías y tristezas y a todas aquellas personas que durante estos años estuvieron a mi lado apoyándome y lograron que este sueño se haga realidad.

María Gabriela Quinteros Narea.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la vida y guiar mis pasos día a día. A mi familia por ser pilar fundamental en mi vida y carrera universitaria; por apoyarme económicamente y darme sus consejos para seguir adelante y ayudarme a ser la persona que soy ahora.

A la UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO por darme la oportunidad de estudiar y ser una profesional. También me gustaría agradecer a mis profesores durante toda mi carrera universitaria porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación y especialmente a la Q.f. Maite Mazacon Mora por haberme ayudado a concluir con mi caso clínico siendo ayuda fundamental en esta etapa.

María Gabriela Quinteros Narea.

TEMA DEL CASO CLÍNICO

**“PACIENTE MASCULINO DE 53 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE
NEUMONÍA NOSOCOMIAL”**

RESUMEN

La neumonía nosocomial se considera la segunda infección nosocomial más grande, con 4 a 7 casos por cada 1.000 pacientes dados de alta. Por su principal morbilidad y mortalidad, las características patogénicas de los microorganismos patógenos son diferentes a la neumonía extrahospitalaria, la neumonía hospitalaria, la neumonía relacionada con la ventilación mecánica, etc., y constituyen un subgrupo de infecciones del tracto respiratorio en el sistema respiratorio. Dado que la neumonía nosocomial es considerada una de las 10 causas más comunes de muerte en pacientes hospitalizados, la investigación en este tema es muy importante, por lo que es necesario explicar los factores y antecedentes que afectan la infección por neumonía nosocomial y el riesgo para el adulto. Pacientes, y la prevención es necesaria Las medidas son para evitar muchas situaciones.

PALABRA CLAVE: Neumonía nosocomial, prevención.

ABSTRACT

Nosocomial pneumonia is considered the second largest nosocomial infection, with 4 to 7 cases per 1,000 discharged patients. Due to their main morbidity and mortality, the pathogenic characteristics of pathogenic microorganisms are different from community-acquired pneumonia, hospital pneumonia, pneumonia related to mechanical ventilation, etc., and constitute a subgroup of respiratory tract infections in the respiratory system. Since nosocomial pneumonia is considered one of the 10 most common causes of death in hospitalized patients, research on this topic is very important, so it is necessary to explain the factors and antecedents that affect nosocomial pneumonia infection and the risk for the adult. Patients, and prevention is necessary the measures are to avoid many situations.

KEY WORD: Nosocomial pneumonia, prevention.

INTRODUCCIÓN

La neumonía nosocomial se considera la segunda infección nosocomial más grande que se contrae dentro del hospital, con 4 a 7 casos por cada mil personas dadas de alta. Debido a su principal morbilidad y mortalidad, las características patogénicas de los microorganismos patógenos son diferentes de la neumonía adquirida en la comunidad, la neumonía nosocomial y la neumonía relacionada con la ventilación mecánica, y constituyen un subgrupo de infecciones en el sistema respiratorio.

La neumonía nosocomial se refiere a los pacientes que no se encontraban en el período de incubación al momento del ingreso, pero que luego de permanecer 48 horas hospitalizado presentan signos y síntomas de esta patología, y también se le llama neumonía nosocomial a la que se presenta síntomas a los 7 días del alta hospitalaria.

El presente estudio realizado en un caso clínico en un paciente de sexo masculino de 53 años de edad el cual acude al área de emergencia por presentar síntomas de una crisis asmática motivo por lo cual es hospitalizado y luego de permanecer 48 horas ingresado empezó a presentar síntomas característicos de la neumonía nosocomial por lo que se le realizaron exámenes complementarios para un correcto diagnóstico, una vez diagnosticado con esta patología se procedió a aplicarle un tratamiento farmacológico el cual ayude a mejorar su estado de salud actual.

MARCO TEÓRICO

NEUMONÍA NOSOCOMIAL

La neumonía de origen nosocomial se define como una infección en el parénquima pulmonar se manifiesta 72 horas o más después de los ingresos del paciente dentro del hospital y que al momento de ingresar no existe o no se encuentra en el período de incubación. Si los pulmones están conectados a un proceso de diagnóstico o tratamiento, también se considera una infección nosocomial, incluso si ocurre luego de 72 horas, ya que después de una traqueotomía. Cuando esta infección ocurre en pacientes ventilados mecánicamente, se llama neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV) (Díaz, 2013)

EPIDEMIOLOGIA

Es la segunda causa de infecciones nosocomiales después de la infección urinaria y generalmente se produce por infecciones bacterianas; Su presencia aumenta la morbilidad y la mortalidad y prolonga la hospitalización del paciente en aproximadamente 10 días y es un aumento significativo en los costos de salud del paciente. (Esteban, 2018)

En la actualidad no existen datos específicos de las neumonías nosocomiales, pero se presentan en 5-10 casos / 1,000 de los pacientes ingresados en los hospitales y en pacientes con ventilación mecánica y que están en la unidad de cuidados intensivos. (Esteban, 2018)

La neumonía nosocomial proporciona una causa frecuente de infecciones de paciente en el hospital y en las unidades de cuidados intensivos, el 25% de pacientes ingresados en las UCI contraen esta patología. La necesidad de ventilación invasiva de pacientes con distribución respiratoria grave aumenta la probabilidad de la ventilación mecánica de neumonía pública entre el 9-27%. (Esteban, 2018)

ETIOLOGÍA

La etiología de la neumonía nosocomial no es homogénea en todos los hospitales y varía según el tipo de hospital, los factores de riesgo de la población participan y los métodos de diagnóstico utilizados. El uso de técnicas de diagnóstico más específicas, tales como telescópica y catéteres de lavado

bronco-alveolar y la aplicación de cultivos microbiológicos cuantitativos más seguros tiene un medio para las infecciones nosocomiales del tracto respiratorio entre las poblaciones con un riesgo de la identificación de pacientes de ventilación mecánica. (Díaz E. M.-L., 2013)

Las neumonías nosocomiales se deben generalmente a patógenos tales como la neumonía de Streptococcus, influenzae de Hemofilus y Stafylococcus aureus sensibles, sensibles a (SAsM). Estos microorganismos normalmente no tienen dificultad para elegir su tratamiento con antibióticos, y la mayoría de las directrices empíricas de tratamiento con antibióticos consisten en medicamentos activos contra ellos. Bueno, característica de pneumonies nosocomiales, la etiología de la susceptibilidad con un perfil de diferentes microorganismos antibióticos compuestos, y en muchos casos con resistencia a diferentes familias de antibióticos. Bajo estos patógenos, encontramos episodios generados principalmente de Pseudomonas aeruginosa, de Acinetobacter Baumanni y S. Aureus resistente a Metitcale (MRSA), aunque también podemos encontrar otros gram bazillis negativos, dependiendo de la flora dominante en cada hospital.(Díaz E. M.-L., 2013)

FISIOPATOLOGÍA

La Neumonía nosocomial se produce debido a la invasión bacteriana del tracto respiratorio inferior de los siguientes canales: aspiración de la flora orofaríngea, la contaminación de las bacterias del tracto gastrointestinal, por inhalación de aerosol infectada y con menos frecuencia por la difusión hematógica de una infección. (Mulet, 2010)

Pacientes que permanecen dentro del hospital, especialmente que presentan un cambio en la flora orofaríngea, son más comunes por los bacilos Gram negativos que se encuentra en una unidad de cuidados intensivos, que los hace más sensibles al sufrimiento de este tipo de infecciones. Los principales factores predisponentes para contraer una neumonía nosocomial en pacientes hospitalizados son: intubación para ventilación artificial, la conciencia de los cambios, trastornos de deglución. (Mulet, 2010)

El personal que labora en el hospital, así como el entorno hospitalario, también es un papel importante en la difusión de microorganismos causa de la neumonía hospitalaria. Es importante que las manos del personal de salud se limpien cuidadosamente antes y después de tener contacto con pacientes. El entorno hospitalario puede servir como un tanque para algunos gérmenes, como los hongos (principalmente *Aspergillus*) o *Legionella*. (Mulet, 2010)

FACTORES DE RIESGO

Existen factores de riesgo que predisponen al desarrollo de la enfermedad. Estos pueden dividirse en extrahospitalarios, asociados al propio paciente, e intrahospitalarios. Los factores extrahospitalarios más frecuentes son edades extremas de la vida, enfermedades pulmonares crónica, insuficiencia cardiaca, diabetes mellitus, enfermedades neurológicas, desnutrición, inmunodeficiencia secundaria (neoplasias, Sida), inmunodeficiencia primaria, encamamiento prolongado, tabaquismo, alcoholismo, uso de esteroides prolongado, uso previo de antibióticos de amplio espectro, estaciones del año y lugar geográfico. (Carnesoltas, 2013)

Los factores de riesgo dentro de los hospitales relacionados con el neumonía nosocomial son la intubación e integración de la ventilación mecánica, el equipo de terapia de inhalación, la traqueotomía, la broncoscopia, la aspiración de las sales gástricas, la sonda nasogástrica, el tratamiento con antibióticos con una amplia gama de espectro, el uso de esteroides, sistémicos, a tierra, hospitalización más larga, anestesia general, cirugía torácica, enfoque venoso central, uso invisible de bloqueadores H₂, cambio de sensibilidad, régimen parenteral y uso insuficiente de técnicas asépticas y antisepsias. (Carnesoltas, 2013)

DIAGNÓSTICO

Los criterios de diagnóstico clínico de la neumonía nosocomial y la neumonía asociadas con la ventilación se basan en la combinación de signos clínicos y radiológicos. Bajo la preferencia, los criterios clínicos utilizados para dar la presencia de fiebre $>38^{\circ}$ C o hipotermia $<36^{\circ}$ C leucopenia $15\ 000/\text{mm}^3$, crepitante y espectáculo de bobina húmedo o purulento acompañado de un cambio radiactivo con infiltrado nuevo y persistente. De vez en cuando, en pacientes no ventilados, el diagnóstico de las neumonías nosocomiales puede

estar claro, basarse en la combinación de estos caracteres, sin embargo, en pacientes con enfermedad pulmonar o cardíaca o pacientes ventilados. El diagnóstico de neumonía y la identificación del patógeno pueden volverse particularmente complicado. De hecho, se da en paciente que están a menudo con tratamiento de antibióticos, fiebre o recepción de leucocitosis de etiología no infecciosa, la imagen de rayos X puede deberse a otras razones, como las atelectasias, la fundición pleural inbolsosa, el sangrado alveolar, el edema pulmonar y el SDRA, tanto porque Es muy difícil, las características de identificación entre la colonización y los microorganismos de la infección aislados en las muestras de respiración. (Mulet, 2010)

DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO

La investigación microbiológica en las neumonías de nosocomial incluye el análisis cualitativo y cuantitativo de las técnicas broncoscópicas o indirectas, obtenidas de técnicas broncoscópicas o ciegas, o incluso estimulantes traqueales. Los dos primeros pueden llevarse a cabo por lavado broncoalveolar (LBA) y el catéter protegido (CTT), mientras que este último de una base directa de secreciones. (Blanquer, 2011)

- **HEMOCULTIVO:** Por lo general, no son muy sensibles (menos del 20%) y la ventilación, alrededor del 8%. Aunque el aislamiento positivo no confirma el origen pulmonar, la creación de cultivos de sangre en pacientes que se sospecha de NAV se asocia con implicaciones pronósticas y cultivos de sangre positivos con mayor frecuencia con resistencia a *S. aureus* resistente a (MRSA). (Blanquer, 2011)
- **ASPIRADO TRAQUEAL:** Esta es la forma más fácil de obtener las secreciones respiratorias. Los cultivos cualitativos tienen una alta sensibilidad, ya que generalmente identifican a los organismos que son recuperados por técnicas invasoras, pero su valor de pronóstico positivo es bajo. Los cultivos cuantitativos tienen márgenes de sensibilidad y especificidad muy amplias. La mayor especificidad se obtiene con una intersección.> 106 ufc/ml. (Mulet, 2010)
- **LAVADO BRONCOALVEOLAR:** Tiene una buena sensibilidad con una especificidad con casi el 80%, lo que mejora estos resultados gracias a

la encuesta sobre microorganismos intracelulares. Normalmente, se usa una intersección. $>10^4$ ufc/ml. (Mulet, 2010)

- **CATÉTER TELESCOPADO:** Esta técnica se basa en el uso de un cepillo protegido en un doble catéter para reducir la posibilidad de contaminación mientras se obtiene la muestra. Generalmente se realiza por un broncoscopio. El volumen de la secreción obtenida del catéter telescópico (CT) es de aproximadamente 0,001 ml, que se diluye en un mililitro de suero fisiológico. Posteriormente, se realiza una cultura de esta solución y una concentración ($\geq 10^3$ fc / ml), que corresponde a una concentración ($\geq 10^6$ FC / ml) de la recuperación original respiratoria. (Díaz E. M.-L., 2013)

TRATAMIENTO

El tratamiento de la neumonía nosocomial en un paciente sin factores de riesgo o neumonía que comienzo en el hogar luego de permanecer hospitalizado por algunos se recomienda el uso de cefalosporina de tercera generación con una actividad pseudomona se puede hacer una combinación con un Beta Lactámico y un inhibidor de la β -lactamasa.

El tratamiento en pacientes con baja incidencia pesada de la neumonía nosocomial (≥ 5 días después de la admisión) o de cuidados intensivos debe incluir una combinación de antibióticos contra la mayoría de microorganismos virulentos, especialmente *P. aeruginosa*, *Acinetobacter* y *Enterobacter*. Un control antibiótico debe ir acompañado de aminoglucósido o fluoroquinolona es uno de los siguientes incluyen: a penicilina y cefalosporina, si tiene una actividad contra pseudomonas, carbapenémicos o aztreonam; Este último es solamente un aminoglucósido no es adecuado si la actividad es necesaria contra los microorganismos Gram-positivos o *H. influenzae*. Se agrega vancomicina si se agrega una infección de *S. aureus* resistente a la metilina (especialmente en pacientes con coma, trauma cefálico, diabetes o insuficiencia renal o cuando se encuentran en la UCI). (Mark S. Chesnutt, 2007)

PREVENCIÓN

Tal es el dominio de la neumonía nosocomial, donde la mayor parte del progreso se ha avanzado en los últimos años. El conocimiento de la patogénesis de la neumonía nosocomial permite pautas preventivas para reducir la colonización de oro, lo que reduce el inóculo (en particular NAV), de modo que la contaminación cruzada de otros pacientes o el medio ambiente y con el fin de evitar la transmisión de patógenos a través de aerosoles están alineados. Incluso la colonización de patógenos orharyngeal multirexient se puede reducir mediante la disminución de la transmisión transversal de microorganismos entre los pacientes debido a personal de salud, con menos presión a los antibióticos. Los métodos de barrera y sobre todo el programa de lavado de manos con soluciones alcohólicas, son útiles para reducir las consecuencias de la neumonía. (Chica, 2016)

En los pacientes no intubados, las disposiciones necesarias deben ser adoptados solamente, que en la ingesta se realice con la cama integrado, llevado a cabo, para evitar la aspiración y fomentar la fisioterapia respiratoria, sobre todo en pacientes post-operados son relevantes para las medidas de prevención. Además, hay una serie de medidas específicas en el paciente sujeto a la ventilación mecánica que se ha demostrado para reducir el riesgo de desarrollo de una neumonía asociada a la ventilación mecánica.

JUSTIFICACIÓN

La neumonía nosocomial en la actualidad es una de las 9 enfermedades que ocasiona el fallecimientos en pacientes hospitalizados, motivo por el cual se justifica la realización de este estudio de caso clínico ya que considero es una patología relevante para los diferentes profesionales de la salud debido a su alta tasa de morbilidad y mortalidad, mediante este trabajo adquiriremos más conocimientos referente a esta enfermedad como lo es sus factores de riesgo, diagnostico, el tratamiento que se debe administrar en pacientes con neumonía nosocomial y las medidas de prevención que debe tomar los profesionales de la salud dado que esta enfermedad es contraída dentro de los hospitales.

En los diferentes hospitales no existe investigación sobre los factores que influyen, antecedentes y factores de riesgo de la neumonía nosocomial, por lo que este estudio en un caso clínico de un paciente masculino de 53 años de edad diagnosticado con neumonía nosocomial ayudara a determinar con precisión y a realizar un correcto diagnóstico de esta enfermedad así mismo como la aplicación de un correcto tratamiento con la finalidad de mejorar la condición del paciente y reducir el número de pacientes infectados con dicha patología.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Establecer los factores y antecedentes que afectan la infectividad de neumonía nosocomial en el paciente de sexo masculino de 53 años de edad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar los factores de riesgo que influyen el desarrollo de la neumonía nosocomial en el paciente.
- Especificar las características en el paciente con neumonía nosocomial según su edad, género, origen, comorbilidad, procedimiento aplicado, tiempo de hospitalización y diagnóstico al ingreso.
- Determinar la incidencia de la neumonía nosocomial en los hospitales.

DATOS GENERALES

NOMBRES	S.C
EDAD	53 años
SEXO	Masculino
NACIONALIDAD	ecuatoriano
FECHA DE NACIMIENTO	21/05/1968
LUGAR DE NACIMIENTO	Babahoyo
ESTADO CIVIL	Casado
HIJOS	2
NIVEL DE ESTUDIOS	Título de tercer nivel
PROFESIÓN	Ing. Comercial
RAZA	Blanco

METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

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

Paciente de 53 años de edad de sexo masculino quien asiste al hospital por presentar signos y síntomas de un asma descompensada, por lo que es ingresado al área de observación del hospital para control de su enfermedad, al pasar más de 48 horas en esa área del hospital el paciente tuvo los siguientes síntomas, alza térmica, tos con expectoración verdosa, calambres, dificultad respiratoria y dolor a nivel del tórax.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

El paciente refiere padecer de asma bronquial desde los 20 años de edad.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre con fibrosis pulmonar idiopática.

Padre con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2.

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Hace 25 años le realizaron una colecistectomía.

ALERGIA

No refiere

HÁBITOS

No refiere

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

Paciente de 53 años de edad, de sexo masculino orientado en tiempo y espacio quien asiste al hospital por presentar signos y síntomas de un asma descompensada, por lo que es ingresado al área de observación del hospital para control de su enfermedad, al pasar más de 48 horas en esa área del hospital el paciente tuvo los siguientes síntomas, alza térmica, tos con expectoración verdosa, calambres, dificultad respiratoria y dolor a nivel del tórax.

EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)

Cabeza: Normal.

Cara: Normal.

Cuello: Sin alteración alguna.

Tórax: A la inspección expansión simétrica de pared torácica, durante la respiración el abdomen se deprime. A la auscultación presenta murmullo vesicular disminuido, sibilancias escasas, crepitantes basales, ruidos cardiacos arrítmicos.

Abdomen: Blando no depresible ni doloroso.

Extremidades: Normales.

Talla: 1.80cm

Peso: 76kg

Signos vitales:

Presión arterial	119/85mmHg
Temperatura	38.7°C
Frecuencia cardiaca	137 LPM
Frecuencia respiratoria	28 RPM
Saturación de O2	88%

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

ANÁLISIS DE SANGRE

Hemoglobina: 14g/dl

Eritrocitos: 3.6 millones/mm³

Hematocrito: 43%

Leucocitos: 16.000/mm³

Trombocitos: 130.044/mm³

GASOMETRÍA

PaO₂: 53mmHg

PaCO₂: 41mmHg

Ph: 7.7

HCO₃: 15mEq/L

Be: 2.2

SatO₂: 88%

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX: Diseminación pulmonar y presunción del volumen respiratorio.

FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

Asma

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Asma crónica

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Neumonía nosocomial.

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

El tratamiento recomendado debe ser empírica, cubre los gérmenes más documentados y los factores asociados a esta patología a medida que se gasta desde el inicio de la enfermedad, la gravedad de la enfermedad, los factores de riesgo específicos de la neumonía nosocomial, incluido el uso de la ventilación mecánica, la enfermedad de base, uso reciente de antibióticos y flora de hospital local. (Mulet, 2010)

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

EXÁMENES DE LABORATORIO	RESULTADOS	VALORES NORMALES
Hemoglobina	14g/dl	14 g/dl
Eritrocitos	3.6 millones/mm ³	4.5 - 3.9 millones/mm ³
Hematocritos	43%	42 – 60%
Leucocitos	16.000/mm ³	4.500– 10.000/mm ³
Trombocitos	130.044/mm ³	150.000 – 350.00/mm ³

PaO2	53 mmHg	60 - 80mmHg
PaCO2	41 mmHg	35 - 45mmHg
Ph	7.7	7.35 – 7.45
HCO3	15 mEq/L	22 – 38mEq/L
Be	2.2	3.0
SatO2	89%	95 - 100%

Elaborado por: Gabriela Quinteros.

Fuente: Paciente.

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX: Diseminación pulmonar y presunción del volumen respiratorio.

Una vez obtenidos los resultados de los exámenes complementarios realizados y más los signos y síntomas que presentaba el paciente de sexo masculino de 53 años de edad se llega a un diagnóstico definitivo el cual es de neumonía nosocomial por lo que se procederá a administrar el tratamiento.

SEGUIMIENTO

Día 1

Una vez de valorar el cuadro clínico del paciente se llegó al diagnóstico definitivo el cual fue de neumonía nosocomial por lo que se le administrara antibióticos, amoxicilina vía intravenosa cada 6 horas, paracetamol 1g vía intravenosa cada 8 horas, y piptabac 4g vía intravenosa cada 12 horas. Se le administrará oxígeno con mascarilla de reservorio 9L al 90% y se le procederá a realizar nebulizaciones con bronco dilatadores cada 6 horas.

Día 2

En el segundo día que el paciente permanece hospitalizado el doctor de guardia valoro al paciente y ordeno la realización de una radiografía de tórax en la cual una vez realizada no se observa mejorías, por lo que se ordena seguir con los fármacos aplicados en este paciente y además de seguir realizando las tecinas de fisioterapia respiratoria antes prescrita.

Día 3

Al paciente se le practicaron nuevos exámenes de laboratorio y una nueva gasometría arterial en la cual se evidencia una leve mejoría por lo que se seguirá con el tratamiento en el paciente.

Día 4

El paciente logra mejorar su cuadro clínico que presentaba por lo que se ordena el alta hospitalaria, y se le envía un tratamiento el cual debe continuar desde su casa.

OBSERVACIONES

- Se demuestra que el tratamiento es beneficioso y la recuperación del paciente se da a los cuatro días.
- El paciente fue examinado mediante radiografía de tórax.
- Debido a que el paciente está consciente durante la hospitalización, no es necesario cambiar la vía de administración.
- No cabe duda de que combinar criterios diagnósticos y técnicas correctas de medicina y fisioterapia respiratoria puede mejorar la salud de los pacientes.

CONCLUSIONES

Los principales factores de riesgo de la neumonía nosocomial son la intubación endotraqueal, ventilación mecánica, y catéter venoso central.

Los principales signos y síntomas que presentó el paciente luego de permanecer más 48 horas hospitalizado por un cuadro de asma descompensada fue fiebre, dificultad al respirar y tos con expectoración verdosa.

En la actualidad existe una incidencia alta de neumonía nosocomial en los hospitales y esto preocupa a los médicos dado que no existen medidas para contrarrestar estas infecciones respiratorias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Blanquer, J. A. (2011). Normativa SEPAR: neumonía nosocomial. Archivos de Bronconeumología, 47(10), 510-520. doi: 10.1016/j.arbres.2011.05.013

Carnesoltas, L. S. (2013). Factores de riesgo y mortalidad por neumonía intrahospitalaria en la Unidad de Terapia Intensiva de Ictus. Medwave, 13(2). doi:10.5867/medwave.2013.02.5637

Chica, G. P. (28 de abril de 2016). Neumonía nosocomial. Obtenido de Neumosur: https://www.neumosur.net/files/publicaciones/ebook/46-NOSOCOMIAL-Neumologia-3_ed.pdf

Díaz, E. M.-L. (2013). Neumonía nosocomial. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 31(10), 692-698. doi: 10.1016/j.eimc.2013.04.014

Díaz, E. M.-L. (2013). Neumonía nosocomial. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 31(10), 692-698. doi: 10.1016/j.eimc.2013.04.014

Esteban, J. J. (22 de noviembre de 2018). NEUMONÍA INTRAHOSPITALARIA: INTRODUCCIÓN, CONCEPTO, EPIDEMIOLOGÍA Y PATOGENIA. Obtenido de NeumoMadrid: https://www.neumomadrid.org/wp-content/uploads/monogix_6._neumonia_intrahospitalaria._introd.pdf

Mark S. Chesnutt, T. J. (2007). Neumonía Nosocomial o Intrahospitalaria. En M. A. J. Stephen MePhee, Diagnóstico Clínico y Tratamiento (46 ed., pág. 1962). Mc.Graw.-Hill.

Mulet, J. F. (22 de febrero de 2010). Neumonía nosocomial. Obtenido de Asociación Española de Pediatría: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/5_5.pdf

Ortiz-Ruiz, G. G.-F.-C. (2020). NEUMONÍA NOSOCOMIAL. APROXIMACIÓN Y TRATAMIENTO. Intensivos, 13(2), 97-106.

Talavera Moraga, K. G. (2020). Comportamiento de la neumonía nosocomial en adultos. Revista Científica Tecnológica, 3(1), 11-13.

ANEXOS



Figura 1.