



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 70 AÑOS DE EDAD CON NEUMONÍA
BACTERIANA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD”**

AUTORA:

GABRIELA MIKAELA UBILLA MORAN

TUTORA:

Lcda. SANNY SOFIA ROBLEDO GALEAS

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR

2021

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA

.....¡Error! Marcador no definido.

AGRADECIMIENTO.....¡Error! Marcador no definido.

TEMA DEL CASO CLÍNICO.....¡Error! Marcador no definido.

RESUMEN.....¡Error! Marcador no definido.

ABSTRACT.....¡Error! Marcador no definido.

INTRODUCCIÓN.....¡Error! Marcador no definido.

I. MARCO

TEÓRICO.....¡Error! Marcador no definido.-9

1.1. JUSTIFICACIÓN.....10

1.2. OBJETIVOS.....11

1.2.1. OBJETIVO GENERAL.....11

1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICO.....11

1.3. DATOS GENERALES.....12

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO.....13

2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.....13

2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE LA PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).....13

2.3. EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA).....13-14

2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....14-15

2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO15

2.6. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....	15
2.7. INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD.....	15-16
2.8. SEGUIMIENTO.....	16
2.9. OBSERVACIONES.....	17
CONCLUSIONES.....	18
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19

DEDICATORIA

Dedico este trabajo académico. A Dios que es un pilar fundamental en mi vida. a mis padres que me han apoyado moral y económicamente durante mi carrera universitaria. A mi hijo que ha sido mi mayor motivación. A mis familiares y amigos que han estado dispuesto apoyarme en mis estudios. A mis profesores que han impartido sus conocimientos conmigo.

Gabriela Ubilla M.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la fortaleza, sabiduría y salud para poder culminar mis estudios.

A mis padres por los valores que me han inculcado, por alentarme a seguir adelante y no decaer en mis estudios y por el gran esfuerzo que han hecho para que siga estudiando.

Mi profundo agradecimiento a la Lcda. Sanny Robledo Galeas por su valiosa observación y asesoría en la realización de este caso clínico.

A todos mis profesores por su tiempo y paciencia que me han tenido y a la universidad en general.

Gabriela Ubilla M.

TEMA DEL CASO CLÍNICO:
**“PACIENTE MASCULINO DE 70 AÑOS DE EDAD CON NEUMONÍA
BACTERIANA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD”**

RESUMEN

El enfoque de este estudio de caso clínico en un paciente masculino de 75 años que presentó disnea repentina al ingresar a la sala de emergencias, fatiga mínima, dificultad para respirar, tos de algunos días de evolución y una saturación de oxígeno de 90%.

Con el fin de proporcionar los métodos de tratamiento correspondientes, se utilizan varios procedimientos y técnicas para realizar un seguimiento y obtener un diagnóstico claro, lo que conduce a una neumonía bacteriana. La neumonía bacteriana es una enfermedad aguda pero muy grave que puede inflamar los alvéolos y llenarlos de pus. Una vez diagnosticados, serán tratados con antibióticos intravenosos como (amikacina, amoxicilina, ceftriaxona y ácido clavulánico). El propósito básico de este estudio es determinar el método de tratamiento adecuado según la situación clínica que presenta el paciente.

Se puede concluir que las enfermedades pulmonares como la neumonía bacteriana adquirida en la comunidad son enfermedades que afectan a personas de todas las edades y deterioran su función respiratoria. La neumonía bacteriana puede infectarse en el entorno externo o en instituciones médicas. Si hay una enfermedad crónica subyacente, a veces puede volverse más agresiva.

PALABRAS CLAVES: Neumonía, tratamiento, antibióticos, enfermedades pulmonares, evolución.

ABSTRACT

The focus of this clinical case study is a 75-year-old male patient who presented sudden dyspnea upon admission to the emergency room, minimal fatigue, shortness of breath, a few days old cough, and an oxygen saturation of 90%.

In order to provide the corresponding treatment methods, various procedures and techniques are used to follow up and obtain a clear diagnosis, leading to bacterial pneumonia. Bacterial pneumonia is an acute but very serious disease that can inflame the alveoli and fill them with pus. Once diagnosed, they will be treated with intravenous antibiotics such as (amikacin, amoxicillin, ceftriaxone, and clavulanic acid). The basic purpose of this study is to determine the appropriate treatment method according to the clinical situation presented by the patient.

It can be concluded that lung diseases such as community-acquired bacterial pneumonia are diseases that affect people of all ages and impair their respiratory function. Bacterial pneumonia can be infected in the external environment or in medical institutions. If there is an underlying chronic disease, it can sometimes become more aggressive.

KEY WORDS: Pneumonia, treatment and antibiotics.

INTRODUCCIÓN

Se sabe que la neumonía bacteriana es una de las enfermedades pulmonares más mortales del mundo e irrita uno o ambos pulmones. Esta infección generalmente es causada por una bacteria llamada *Streptococcus pneumoniae*. Este es el tipo de ataque más común contra niños y personas 65 años o más.

En el Ecuador según el INEC en el año 2018, la Neumonía bacteriana adquirida en la comunidad en la población adulta se ubicó en el quinto lugar (5,32%) dentro de las 10 primeras causas de mortalidad. La incidencia anual de morbilidad de la neumonía bacteriana 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 1.000 personas al año. (Puchaicela, 2019)

El presente estudio es un caso clínico en un paciente masculino de 70 años el cual es diagnosticado con neumonía bacteriana adquirida en la comunidad, se lo realizó con el objetivo Determinar cuáles son los factores de riesgos que conllevan al paciente padezca la neumonía bacteriana adquirida en la comunidad. Este trabajo también tiene la finalidad de dar a conocer todo lo relacionado a esta patología de gran importancia para los profesionales de la salud debido a que es una de las enfermedades con una alta tasa de ingreso hospitalarios en las diferentes casas de salud.

I. MARCO TEÓRICO

NEUMONÍA BACTERIANA

La neumonía es un proceso infeccioso e inflamatorio del parénquima pulmonar causado por microorganismos que afectan las partes distales del tracto respiratorio y en ocasiones se acompaña de un intersticio alveolar. Este proceso da como resultado la infiltración de células inflamatorias en el espacio alveolar conocido como consolidación, que altera el intercambio de gases. (Martínez-Vernaza, 2018)

La neumonía bacteriana es más grave en pacientes con mecanismos de defensa inadecuados. Muchos de estos cambios están asociados con un mayor riesgo de infecciones neumocócicas, incluida la edad, enfermedad cardíaca crónica, enfermedad respiratoria crónica, enfermedad renal, enfermedad hepática, diabetes, cáncer, tabaquismo, infección por VIH, corticosteroides y otros. En forma de consumo de drogas, bomba de protones o inhibidores inhalados y mieloma múltiple, hipoglucemia y depresión. Los agentes etiológicos de la neumonía bacteriana muestran claras diferencias regionales y temporales. (Gamara Murillo, 2021)

EPIDEMIOLOGIA

En la actualidad, la neumonía bacteriana se considera la sexta causa de muerte en el mundo, con una incidencia de 1 a 11 por 1000 habitantes. De estos, 20- 42% requirió hospitalización y 10-30% requirió manejo de unidad de cuidados intensivos (UCI). La tasa de mortalidad para los pacientes con neumonía bacteriana exótica es del 15%, la tasa de mortalidad por neumonía nosocomial es del 5,7-25% y la de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos ha aumentado al 50%. (Martínez-Vernaza, 2018)

En Ecuador, según el INEC de 2018, la neumonía bacteriana adquirida en la comunidad en adultos ocupa el quinto lugar (5,32%) de las diez principales causas de muerte. La incidencia anual de neumonía bacteriana en adultos varía del 1,07 al 1,2% por cada 1000 personas por año y aumenta del 12,7 al 15,3% por cada 1000 adultos de 65 años o más. (Puchaicela, 2019)

ETIOLOGÍA

Las bacterias que se encuentran en las personas mayores con neumonía adquirida en la comunidad no fueron significativamente diferentes de las que se encuentran en los grupos de edad más jóvenes. Los patógenos más frecuentes siguen siendo *Streptococcus pneumoniae* (1958 casos) y *Haemophilus influenzae* (51 %), pero bacterias Gram negativas, principalmente *Klebsiella pneumoniae*, y especies atípicas como *Legionella*, *Mycoplasma pneumoniae* y *Cramidophila pneumoniae*. Las bacterias son cada vez más frecuentes. *Moraxella catarrhalis* y *Staphylococcus aureus* alcanzaron frecuencias del 4% y 7%, respectivamente. Este virus se ha encontrado en 0,3 a 30 pacientes con neumonía adquirida en la comunidad, el más común de los cuales es el virus de la influenza. Se desconoce la incidencia de complicaciones bacterianas de la gripe estacional y la neumonía, pero se estima en 836 casos. Los solicitantes de asilo de edad avanzada tienen un mayor riesgo de neumonía causada por bacterias resistentes a los antibióticos, como los bacilos gramnegativos y el *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina. (García-Zenón, 2013)

Las personas mayores, especialmente aquellas con riesgo de salud, son más propensas a desarrollar esta condición. Al igual que los adultos más jóvenes, los pacientes de edad avanzada con lesiones cutáneas de rápido desarrollo, epistaxis, hemoptisis o neumonía deben sospecharse de neumonía por *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina. Las infecciones por bacilos gramnegativos pueden ocurrir con mayor frecuencia en ancianos, lo que debe sospecharse, especialmente en pacientes que han fracasado al primer tratamiento empírico. Por otro lado, los pacientes con bronquiectasias pueden ser más sensibles a la especie *Pseudomonas*, pero no existen estudios prospectivos que apoyen el alcance experimental de este microorganismo en pacientes ancianos con neumonía. (García-Zenón, 2013)

FISIOPATOLOGÍA

Los organismos generalmente se adquieren a través del tracto respiratorio y llegan a los pulmones descendiendo desde el tracto respiratorio superior. Cuando llegan a los alvéolos y proliferan, provocan una respuesta inflamatoria,

pero en general los microorganismos pueden entrar al parénquima pulmonar por varias vías: las condiciones en las que esto ocurre.

- **Vía descendente:** Asociado la mayoría de las veces con un cuadro respiratorio generalmente viral alto previo y que existen condiciones favorables para que pueda ocurrir. Los gérmenes más relacionados son *Streptococcus Pneumoniae* y *Haemophilus Influenzae*. (Spirko, 2007)
- **Vía hemática:** Asociada a patógenos como *Staphylococcus aureus* y *Klebsiella pneumoniae*. Por cambios anatómicos, funcionales y / o inmunológicos: asociados a condiciones médicas como fibrosis quística, terapia inmunosupresora, entre otras. (Spirko, 2007)
- **Por aspiración:** Asociada con alteración de la dinámica de la deglución, enfermedad por reflujo gastroesofágico, epilepsia aguda, etc. (Spirko, 2007)

Neumonía se localiza anatómicamente en el parénquima pulmonar. Más precisamente, se encuentra en la "unidad de intercambio de gases", es decir, los bronquiolos terminales y bronquiolos respiratorios, los alvéolos y el estroma. (Spirko, 2007)

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo para el desarrollo de una neumonía bacteriana adquirida en la comunidad son:

- ✓ Edad mayor de 65 años.
- ✓ Tabaquismo.
- ✓ Alcoholismo.
- ✓ Enfermedades persistentes: enfermedad cardiovascular, renal, hepática crónica, y neurológica.
- ✓ Antecedentes de neumonía.
- ✓ Infección por VIH.
- ✓ Colonización orofaríngea.
- ✓ Macroaspiración o microaspiración.
- ✓ Pobre estado nutricional.
- ✓ Transporté mucociliar alterado
- ✓ Síndrome de aspiración crónica. (Saldías, 2014)

COMPLICACIONES

Las complicaciones de la neumonía ocurren cuando la infección no se limita al parénquima pulmonar, sino que se propaga a áreas cercanas o cuando la progresión de la infección es más compleja de lo habitual por diversas razones. Cambiar el curso clínico de la neumonía temprana plantea un desafío en el manejo de la enfermedad, ya que no existe un estándar de tratamiento totalmente acordado. Las complicaciones de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) son:

- ✓ Derrame pleural paraneumónico.
- ✓ Empiema pulmonar.
- ✓ Neumotórax.
- ✓ Fístula broncopleurales.
- ✓ Absceso pulmonar.
- ✓ Neumonía necrosante o necrotizante.
- ✓ Pionemotórax. (Martín, 2917)

CUADRO CLÍNICO

Los signos y síntomas característico de la neumonía pueden variar de leves a graves. Según el microorganismo causante de la neumonía, edad y estado de salud.

Los principales síntomas son: fiebre escalofríos y sudoración, dolor torácico de características pleuríticas, tos, expectoración purulenta y disnea.

Los principales signos son: taquipnea, taquicardia; sobre el área del infiltrado inflamatorio se puede apreciar matidez a la percusión, crepitaciones, broncofonía, a veces soplo bronquial, en caso de derrame pleural se aprecia matidez a la percusión, abolición de las vibraciones vocales y disminución de los ruidos respiratorios. (Empendium, S.F)

DIAGNOSTICO

Se basa en la presencia de fiebre, síntomas respiratorios variables y un infiltrado en la radiografía de tórax o cualquier otra técnica de imagen.

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX: La confirmación del diagnóstico es necesaria en las regiones anteroposterior y lateral, ya que se observan síntomas similares en la bronquitis aguda y otras enfermedades no transmisibles. Los cambios radiológicos deben ser nuevos y puede observarse condensación alveolar irregular (bronconeumonía) o infiltración intersticial. (Villasclaras, 2017)

EXÁMENES DE LABORATORIO: Completa la evaluación del paciente y ayuda a determinar si es necesario un tratamiento ambulatorio o hospitalario. Se requiere un hemograma completo, bioquímica general con iones, perfiles de riñón e hígado y pulsioximetría. Si SpO₂ es < 92% o si se dispone de datos de gravedad, se recomienda la generación de gases en sangre arterial. En la clínica, estas decisiones son opcionales y recomendadas para personas con enfermedades cardiovasculares o cualquier persona que vaya al hospital. (Villasclaras, 2017)

PROCEDIMIENTOS NO INVASIVOS

- ✓ **EXAMEN DEL ESPUTO/ASPIRADO BRONQUIAL:** Es un procedimiento sencillo, rápido y económico que se puede aplicar en cualquier centro hospitalario. La muestra es reciente y debe ser de buena calidad (<10 - >25 neutrófilos / campo). En cultivo cuantitativo, el punto de corte para distinguir la formación de colonias y la infectividad fue 10⁶ UFC / mL. (Villasclaras, 2017)
- ✓ **HEMOCULTIVOS:** El principal agente causante de bacteriemia es *Streptococcus pneumoniae*. Según una reciente revisión de la literatura europea, 22 artículos incluyeron la realización de hemocultivos en el manejo de la NAC, muy específicos y de valor pronóstico y patogénico, pero positivos en 10-20% de los casos. (Villasclaras, 2017)
- ✓ **LÍQUIDO PLEURAL:** Hasta el 50% de los casos de neumotórax pueden complicarse por exudación y requerir una traqueotomía si es posible. Derrame pleural (glucosa, proteína, LDH, pH, ADA), diferencia en el recuento celular, tinción de Gram, celo o auramina, cultivos estándar aerobios y anaeróbicos, estudios bioquímicos opcionales de micobacterias y hongos y el descubrimiento que hará.

Análisis de antígenos neumocócicos y ácidos nucleicos mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR). (Villasclaras, 2017)

PROCEDIMIENTOS NO INVASIVOS

- ✓ **BRONCOSCOPIA FLEXIBLE:** Se utiliza con mayor frecuencia en procedimientos invasivos. Lavado broncoalveolar (BAL), cepillos protectores y catéteres con manguito protector (Combicath). Es la técnica de elección para la neumonía no reactiva porque puede aportar microorganismos incuestionables y diagnósticos alternativos (enfermedad inflamatoria pulmonar, cáncer, etc.). En particular, se utiliza para la inmunosupresión de todos los orígenes y para la detección de *P. jiroveci*, micobacterias, citomegalovirus, *Nocardia* y hongos. (Villasclaras, 2017)
- ✓ **PUNCIÓN TRANSTORÁCICA:** La aspiración con aguja fina (FNA) es el método más específico (100%) porque le permite recolectar muestras que tienen menos probabilidades de estar contaminadas con saprófitos en el tracto respiratorio superior. Su sensibilidad varía mucho (33-80%). No se realiza en pacientes ventilados y requiere personal calificado. Sus posibles complicaciones son la hemoptisis y el neumotórax. Debido a la traqueotomía, estas son técnicas abandonadas. (Villasclaras, 2017)

TRATAMIENTO

La terapia antimicrobiana es esencial en el manejo de la neumonía bacteriana adquirida en la comunidad. El uso apropiado de antimicrobianos abrevia el tiempo de enfermedad, reduce el riesgo de complicaciones y disminuye la mortalidad. Los principios en los que se basa la terapia antibiótica inicial de la NAC son gravedad del cuadro, etiología más probable y prevalencia de la resistencia local a los antimicrobianos. Dado que muy pocas neumonías son definidas microbiológicamente en la evaluación inicial del paciente, especialmente en el ámbito ambulatorio, se sugieren esquemas de tratamiento antibiótico empíricos para los pacientes según la gravedad inicial del episodio. (Lopardo, 2015)

El tratamiento empírico debe incluir una fluoroquinolona con cobertura respiratoria (levofloxacino o moxifloxacino) como monoterapia o la combinación

de un betalactámico (cefalosporina de tercera generación, ertapenem o ampicilina/sulbactam) y un macrólido (azitromicina o claritromicina). Además de los agentes específicos aislados en los hospitales, los ancianos que ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) deben ser valorados por la posibilidad de infección por pseudomona. (García-Zenón, 2013)

FISIOTERAPIA EN LA NEUMONÍA

- ✓ **OXIGENOTERAPIA:** La neumonía es una de las causas de insuficiencia respiratoria aguda grave que conduce a una hipoxemia grave. Además, una mala respuesta a la oxigenación indica la presencia de shunts pulmonares importantes¹⁹⁰. En general, el objetivo de la oxigenoterapia es lograr una saturación de oxígeno arterial >90% (o >60 mmHg de saturación de oxígeno arterial) en pacientes sin enfermedad bronquial crónica. Por otro lado, la evaluación de la progresión de la gasometría tras el inicio de la oxigenoterapia permite un abordaje pronóstico de los pacientes con neumonía. (Álvarez-Rocha, 2005)
- ✓ **VENTILACIÓN NO INVASIVA:** El uso de este tipo de ventilación tiene como objetivo evitar la intubación y la VMI debido al mal pronóstico de este abordaje. La utilidad de la ventilación no invasiva (VNI) está bien equilibrada en pacientes con enfermedad bronquial crónica grave, con el número de intubaciones, la duración de la estancia hospitalaria, las complicaciones y posiblemente la muerte en pacientes sin enfermedad bronquial grave. ser reducido. Con hipoxemia aguda. Las consecuencias de la insuficiencia respiratoria son menos evidentes. Sin embargo, estudios recientes han demostrado que el uso temprano de VNI en este grupo de pacientes tiene claros beneficios en términos de morbilidad y mortalidad. (Álvarez-Rocha, 2005)
- ✓ **VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA:** El empleo de este tipo de tratamiento ventilatorio en la insuficiencia respiratoria aguda grave secundaria a NAC ha de plantearse con los siguientes objetivos: mantener una $FiO_2 < 0,6$, evitar la sobredistensión alveolar permitiendo unas presiones meseta máximas de 30-35 cm H₂O, y

conseguir una SatO₂ entre 88%-95%, mediante la utilización de un nivel de PEEP suficiente para impedir un reclutamiento y desreclutamiento continuos. Todo ello independientemente de la modalidad de ventilación que se utilice. (Álvarez-Rocha, 2005)

- ✓ **TERAPIA POSTURAL:** En pacientes con neumonía, se han observado cambios de posición (el "lado bueno") para promover la oxigenación. Sin embargo, como la posición de tratamiento más pesada se encuentra en ambos lados, la posición de tratamiento más adecuada debe ser acostada. De hecho, se ha demostrado que la perfusión pulmonar se puede redistribuir aumentando la capacidad funcional residual, mejorando la movilidad local del diafragma para una mejor oxigenación y reducción pulmonar. Reduce y ayuda en la eliminación de secreciones. (Álvarez-Rocha, 2005)

PRONOSTICO DE LA NEUMONÍA

El pronóstico se define como el resultado esperado de la enfermedad, así como la duración y probabilidad de recuperación y la presencia o ausencia de secuelas al inicio. En mi opinión sobre la neumonía, cuanto menos benigna es, más probabilidades hay de ver a otros. Es decir, el pronóstico no es demasiado severo, muy severo, muy severo, ni siquiera modesto. (Neumoexpertos, 2017)

El pronóstico de la neumonía está estrechamente relacionado con la edad de quienes contraen esta infección, por lo que las personas mayores de 65 años tienen un peor pronóstico, principalmente por la debilidad de las defensas inmunitarias. Por otro lado, es necesario mencionar que varios factores tienen una influencia muy clara en el mal pronóstico de la neumonía. (Neumoexpertos, 2017)

- ✓ **COMORBILIDADES:** Presencia en el paciente de una o más enfermedades crónicas, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el tabaquismo, la diabetes, la insuficiencia renal crónica, la insuficiencia cardíaca, la hepatopatía crónica, el alcoholismo o la inmunosupresión.
- ✓ **INICIO MUY GRAVE:** que precisa ingreso en la unidad de cuidados intensivos

- ✓ **COMPLICACIONES PULMONARES:** Afectación masiva pulmonar, derrame pleural.
- ✓ **CLÍNICA GRAVE:** Fiebre elevada, afectación general, sepsis, alteración de la consciencia.
- ✓ **HALLAZGOS EN LA ANALÍTICA:** Leucocitosis o leucopenia, hipoxemia, insuficiencia renal, anemia.
- ✓ **TRATAMIENTO INADECUADO:** Resistencias a los antibióticos. (Neumoexpertos, 2017)

1.1. JUSTIFICACIÓN

La neumonía bacteriana adquirida en la comunidad hoy en día es una de las enfermedades con una tasa alta en su mortalidad a nivel mundial y en nuestro país. Esta enfermedad afecta considerablemente la función de los pulmones puesto que ocasiona que los alveolos se inflamen y esto provoque incapacidad en el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono.

El estudio establecido en un caso clínico en un paciente de sexo masculino de 70 años de edad el cual es diagnosticado con neumonía bacteriana adquirida en la comunidad. Se justifica la realización de este trabajo puesto que se considere de mucha importancia conocer todo lo relacionado a esta enfermedad.

Como terapeuta respiratorio, considero que reconocer los síntomas de la neumonía bacteriana es fundamental para un diagnóstico temprano y evitar complicaciones en pacientes con esta enfermedad, por lo que la realización de este estudio se consideró de mucha importancia ya que nos aportara un poco más de conocimientos a todo lo que conlleva padecer esta patología y a su vez a administrar un adecuado tratamiento.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar los factores de riesgos que conllevan al paciente padezca la neumonía bacteriana adquirida en la comunidad.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Enumerar los factores de riesgo y cuadro clínico de la neumonía bacteriana adquirida en la comunidad.
- Conocer las complicaciones que presentan los pacientes con neumonía bacteriana.
- Establecer los agentes fisiopatológicos que causa la neumonía bacteriana adquirida en la comunidad.

1.3. DATOS GENERALES

NOMBRES: R.S

EDAD: 70 años

SEXO: Masculino.

NACIONALIDAD: ecuatoriano.

ESTADO CIVIL: Casado.

FECHA DE NACIMIENTO: 12/02/1951

LUGAR DE NACIMIENTO: Babahoyo.

HIJOS:10

NIVEL DE ESTUDIOS: Bachiller.

RAZA: Mestizo

OCUPACIÓN: Chofer de bus.

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

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

Paciente de sexo masculino de 70 años de edad quien acude al area de emergencia del hospital general IESS Babahoyo, al momento el paciente refiere tener los siguientes síntomas, disnea, taquipnea, fiebre y tos con expectoración de 6 días de evolución.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

Hipertensión arterial.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre no refiere.

Padre con asma bronquial.

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

No refiere.

ALERGIA

No refiere.

HÁBITOS

No refiere.

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

Paciente de sexo masculino de 70 años de edad orientado en tiempo y espacio quien acude al area de emergencia por presentar disnea, taquipnea, alza térmica de 2 días de evolución y tos con expectoración de 6 días de evolución.

2.3. EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)

Cráneo: Normocéfalo.

Cara: Normal.

Boca: Normal.

Cuello: Sin adenopatías.

Tórax: Durante la auscultación, se estimó que existían leves fisuras en ambos campos pulmonares.

Extremidades: Proporcionadas.

Abdomen: blando depresible no doloroso.

Peso: 70kg

Talla: 1.75

Al proceder a tomar los signos vitales se obtuvieron los siguientes resultados: una frecuencia cardíaca de 105 latidos por minuto. La frecuencia respiratoria es de 24 respiraciones por minuto, la presión arterial es de 149/70 mmHg, la temperatura es de 38,7° C, la saturación de oxígeno es del 90%, Glasgow de 15/15.

2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

ANÁLISIS DE SANGRE

Hemoglobina: 16g/dl

Eritrocitos: 3.9 millones/mm³

Hematocrito: 48%

Leucocitos: 9.340/mm³

Trombocitos: 160.067/mm³

GASOMETRÍA

PaO₂: 56.8mmHg

PaCO₂: 32,5mmHg

Ph: 7.17

HCO₃: 18mEq/L

Be: 2.7

SatO2: 90%

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

Se visualiza patrón intersticial bilateral difuso en bases pulmonares

2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

2.5.1. DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

Bronquitis aguda.

2.5.2. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Edema agudo del pulmón.

2.5.3. DIAGNOSTICO DEFINITIVO

Neumonía bacteriana adquirida en la comunidad.

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

Mediante los signos y síntomas que presenta el paciente y una vez realizados los exámenes complementarios se llega a un diagnóstico definitivo el cuál es de neumonía bacteriana adquirida en la comunidad a principal causa para contraer esta enfermedad se debe a los microorganismos patógenos que se encuentran en el ambiente.

Al paciente se le administrara un tratamiento el cual tiene como finalidad mejorar el estado de salud actual del paciente y así evitar complicaciones en su salud.

2.7. INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICA DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

EXÁMENES DE LABORATORIO	RESULTADOS	VALORES NORMALES
Hemoglobina	16g/dl	14 g/dl
Eritrocitos	3.9 millones/mm ³	4.5 - 3.9 millones/mm ³
Hematocritos	48%	42 – 60%
Leucocitos	9.340/mm ³	4.500– 10.000/mm ³
Trombocitos	160.067/mm ³	150.000 – 350.00/mm ³

GASOMETRÍA	RESULTADOS	VALORES NORMALES
PaO2	56.8 mmHg	80 - 100mmHg
PaCO2	32,5 mmHg	35 - 45mmHg
Ph	7.17	7.35 – 7.45
HCO3	18 mEq/L	22 – 38mEq/L
Be	2.7	3.0
SatO2	90%	95 - 100%

Elaborado por:
Gabriela Ubilla.
Fuente: Paciente.

nte: Paciente.

Elaborado por: Gabriela Ubilla.

Fuente: Paciente.

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX: Se visualiza patrón intersticial bilateral difuso en bases pulmonares.

2.8. SEGUIMIENTO

Día 1

Al paciente se le administro el siguiente tratamiento (Lactato de ringer 0.9 de 1000ml 40 gotas por minutos, claritromicina 500mg C/6 horas; Paracetamol solución inyectable 10mg C/8 horas; Omeprazol inyectable 40mg C/24 horas; acrocef 1g C/12 horas) todo esto vía intravenosa. También se le administra oxígeno mediante cánula nasal a 2L/m.

Día 2

El médico de guardia realiza la verificación del cumplimiento del tratamiento aplicado en este paciente, al no notar una leve mejoría se prosigue con el tratamiento antes prescrito.

Día 3

Se realiza una nueva valoración de los signos y síntomas en este paciente y al no, notar una mejoría se procede a administrare (amikacina 500mg/2mL y ceftazidima 1g) vía intravenosa.

Dia 4

Luego del tratamiento administrado y de haber realizado el seguimiento y monitoreo en este paciente se le realiza nuevos exámenes donde nos arroja valores normales por lo que se procede a darle de alta.

2.9. OBSERVACIONES

El paciente mientras estuvo hospitalizado presento una mejoría en los signos y síntomas que presentaba al momento de la consulta, por lo que se le procedió a darle el alta, pero al momento de dar el alta se le realizo ciertas recomendaciones que debe continuar en casa para seguir con la evaluación positiva que presentaba.

Mediante los antibióticos prescrito en este paciente se logró mejorara la condición de salud del paciente, por lo que también se le prescribió medicamentos para continuar con su mejoría.

CONCLUSIONES

Al investigar este caso clínico pudimos entender todo lo relacionado con esta enfermedad, su etiología, factores de riesgo, diagnóstico y el tratamiento que se debe realizar en estos pacientes. Además, se prevé que esta investigación sirva para los terapeutas respiratorios conozcan más sobre esta patología. Porque es una de las patologías más frecuentes que nos vamos a encontrar en nuestro ejercicio como profesional.

La causa más común de neumonía bacteriana es *Streptococcus pneumoniae*, pero todavía hay varias bacterias que pueden causar esta afección, como *Staphylococcus aureus*, gripe hem, *Klebsiella pneumoniae* y *E. coli*.

Los pacientes con neumonía bacteriana pueden causar complicaciones como bacterias en la sangre, derrame pleural y absceso pulmonar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

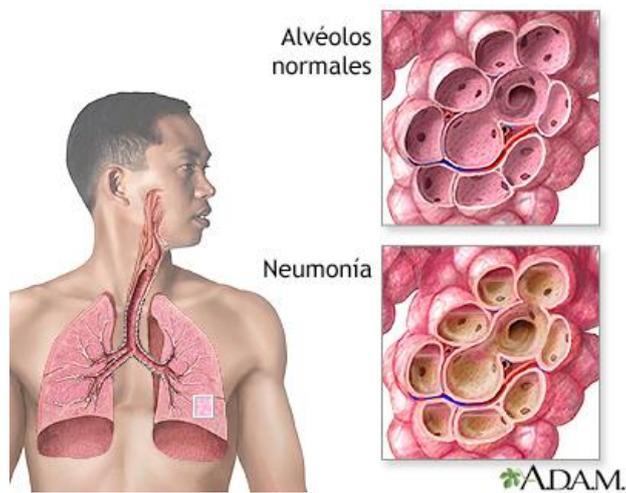
- Álvarez-Rocha, L. A.-L. (2005). Guías para el manejo de la neumonía comunitaria del adulto que precisa ingreso en el hospita. *Medicina intensiva*, 29(1), 21-62. doi: 10.1016/S0210-5691(05)74199-1
- Empendium. (S.F). *Neumonía adquirida en la comunidad (NAC)*. Obtenido de <https://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.II.3.11.1>.
- Gamara Murillo, A. (2021). PACIENTE MASCULINO DE 67 AÑOS CON NEUMONÍA BACTERIANA. *Tesis De Licenciatura*. Universidad Tecnica De Babahoyo, Babahoyo. Obtenido de <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/9829>
- García-Zenón, T. V.-S.-L. (2013). Neumonía comunitaria en el adulto mayo. *Evidencia médica e investigación en Salud*, 6(1), 12-17. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2013/eo131c.pdf>
- Lopardo, G. B. (2015). NEUMONÍA ADQUIRIDA DE LA COMUNIDAD EN ADULTOS. RECOMENDACIONES SOBRE SU ATENCIÓN. *Medicina (Buenos Aires)*, 75(4), 245-257. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Analia-Mykietiuik/publication/317534249_Neumonia_adquirida_de_la_comunidad_en_adultos_Recomendaciones_sobre_su_atencion/links/59d2afd7aca2721f4369b67a/Neumonia-adquirida-de-la-comunidad-en-adultos-Recomendaciones-sobre-
- Martín, A. d. (2917). Complicaciones de la neumonía adquirida en la comunidad: derrame pleural, neumonía necrotizante, absceso pulmonar y pnoneumotórax. *Protoc diagn ter pediatr*, 1, 127-46. Obtenido de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/09_complicaciones_neumonia_adquirida_0.pdf
- Martínez-Vernaza, S. M. (2018). Neumonía adquirida en la comunidad: una revisión narrativa. *Universitas Médica*, 59(4), 93-102. Obtenido de <https://doi.org/10.11144/javeriana.umed59-4.neum>
- Neumoexpertos. (17 de Mayo de 2017). *Pronóstico y Mortalidad de la neumonía*. Obtenido de WordPress.com: <https://neumoexpertos.org/2017/05/17/pronostico-y-mortalidad-de-la-neumonia/>
- Puchaicela, M. A. (2019). NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD: VALORACIÓN INICIAL Y APLICACIÓN DE ESCALAS DE EVALUACIÓN CLÍNICA. *Revista De Investigacion Academica y Educacion ISTRE*, 29-38. Obtenido de <https://www.revistaacademica-istcre.edu.ec/admin/postPDF/ARTICULO3.pdf>
- Saldías, P. F. (2014). Evaluación y manejo de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(3), 553-564. Obtenido de [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70070-7](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70070-7)
- Spirko, L. V. (2007). Neumonía adquirida en la comunidad en pediatría. *Salud uninorte*, 231-242.

Villasclaras, J. M. (2017). Neumonía adquirida en la comunidad. *Virus*, 12(11), 5. Obtenido de https://www.neumosur.net/files/publicaciones/ebook/45-ADQUIRIDA-Neumologia-3_ed.pdf

ANEXOS



Anexo 1. Radiografía de una paciente con neumonía bacteriana adquirida en la comunidad.



Anexo 2. Imagen ilustrativa de un pulmón sano y un pulmón con neumonía bacteriana adquirida en la comunidad.