



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

**Componente Práctico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado  
académico de Licenciado(a) en Terapia Respiratoria**

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO**  
**INTERVENCIÓN DEL TERAPISTA RESPIRATORIO EN PACIENTE MASCULINO DE  
55 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE NEUMONIA NOSOCOMIAL.**

**AUTOR**

**ROBERTO ALEXANDER BARBERA REALPE**

**TUTOR**

**DR. CARLOS HIDALGO COELLO**

**Babahoyo - Los Ríos - Ecuador**

**2022**

## **TÍTULO DEL CASO CLÍNICO**

INTERVENCIÓN DEL TERAPISTA RESPIRATORIO EN PACIENTE MASCULINO DE  
55 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE NEUMONIA NOSOCOMIAL.

## ÍNDICE

DEDICATORIA.....	4
AGRADECIMIENTO.....	5
TEMA.....	6
RESUMEN.....	7
ABSTRACT.....	8
INTRODUCCIÓN.....	9
I. MARCO TEÓRICO.....	10
1.1 Justificación.....	21
1.2 OBJETIVOS.....	22
1.2.1 Objetivo general.....	22
1.2.2 Objetivos específicos.....	22
1.3 DATOS GENERALES.....	23
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	24
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.....	24
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	25
2.3 Examen físico (exploración clínica) .....	26
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.....	27
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	27
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	28
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales. ....	28
2.8 Seguimiento.....	29
2.9 Observaciones.....	29
CONCLUSIONES.....	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30
ANEXOS.....	

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco especialmente a Dios, que me acompaña, me da las fuerzas todos los días, por darme salud, y su amor, además permitirme lograr mis sueños y llegar hasta este momento importante de mi vida profesional, gracias por guiar mis pasos y no abandonarme nunca.

A mis padres, por darme la vida, por enseñarme a ser una persona de bien, con su amor, consejos y sacrificio, lo cual son un ejemplo y motivación para seguir luchando, gracias por cuidar siempre de mí y su apoyo incondicional, en todos los momentos de vida y preparación académica.

A mis hermanos, agradezco no solo por estar presentes aportando buenas cosas en mi vida, sino que de una u otra manera son la razón por el cual me vi en este punto de mi vida, a puertas del título profesional tan anhelado.

A mi mami Toto que ha sido mi segunda madre, el amor de mi vida, por su apoyo y comprensión, mi motor y la fuente más pura de inspiración, esto es para ella.

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo principalmente a Dios que me permitió llegar hasta este momento importante en mi vida, a mis padres por ser los pilares fundamentales en mi formación profesional, con su amor, apoyo y consejos, y a mis hermanos y abuelita, mis docentes a quienes, sin duda, sin ellos, no hubiera podido cristalizar este proyecto, para todos ellos hago esta dedicatoria.

## RESUMEN

La pulmonía nosocomial es una de las contaminaciones más comunes que se presenta en los pacientes ingresados.

El engrandecimiento en la incidencia de NN causada por microorganismos multirresistentes causa además un aumento en la incidencia de procedimiento antibiótico empírico inapropiado que se asocia a un acrecimiento en el peligro de destrucción de los pacientes.

Atenciones intensivas y los patrones de ternura antimicrobiana local para minimizar la incidencia de procedimiento antibiótico inapropiado y optimizar el pronóstico de los sufridos.

En este caso veremos un paciente masculino de 55 años que acude a urgencias por síntomas con 6 días de evolución, tos, esputo amarillento, alza térmica, sibilancias, malestar general, escalofrió y disnea, el paciente tiene sobrepeso, Al reunir criterios clínicos que hacen sospechar de una neumonía nosocomial, se procede a ingresarlo para realizar los exámenes pertinentes además de monitorear sus parámetros.

Como el artículo EPINE en sus antecedentes relativos a 2011, la prevalencia de contaminación nosocomial fue de muestra más del 6% de los sufridos. De entre las infecciones más usuales en el área hospitalaria, la pulmonía nosocomial (NN) es la segunda infección nosocomial con mayor incidencia, después de la contaminación urinaria y, según ciertos autores, asociada con aumento de la mortalidad.

**Palabras claves:** Nosocomial, neumonía, insuficiencia respiratoria aguda

## ABSTRACT

Nosocomial pneumonia is one of the most common contaminations that occurs in hospitalized patients.

The increase in the incidence of NN caused by multiresistant microorganisms also causes an increase in the incidence of inappropriate empirical antibiotic procedure that is associated with an increase in the risk of destruction of patients.

Intensive care and local antimicrobial tenderness patterns to minimize the incidence of inappropriate antibiotic procedure and optimize the prognosis of those suffered.

In this case we will see a 55-year-old male patient who goes to the emergency room for symptoms with 6 days of evolution, cough, yellowish sputum, temperature rise, wheezing, general malaise, chills and dyspnea, the patient is overweight, when meeting clinical criteria that make suspect nosocomial pneumonia, he is admitted to perform the pertinent tests in addition to monitoring his parameters.

Like the EPINE article in its background relating to 2011, the prevalence of nosocomial contamination was more than 6% of those suffered. Among the most common infections in the hospital area, nosocomial pneumonia (NP) is the second highest incidence nosocomial infection, after urinary contamination and, according to certain authors, associated with increased mortality.

**Keywords:** Nosocomial, pneumonia, acute respiratory failure

## INTRODUCCIÓN

La pulmonía nosocomial se especifica como la contaminación que aflige al parénquima respiratorio, que se exhibe pasadas 72h o más del internamiento del sufrido en el hospital, y que en el momento de la atención del paciente en el hospital no estaba presente ni en período de incubación.

Igualmente, si la pulmonía se relaciona con una maniobra diagnóstica o terapéutica asimismo se considera nosocomial, aunque se revele entre de este período de 72h, como podría ser tras el entubamiento endotraqueal.

Cuando esta infiltración se extiende en pacientes en aireación mecánica se llamará neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV).

A partir el año 2005 se adicionó a esta categorización otra forma, la pulmonía asociada a la asistencia sanitaria, para definir los contagios obtenidos en un ambiente comunitario pero que ocurrían en pacientes con un contacto periódico o permanente con cierto tipo de ayuda sanitaria.



## I MARCO TEÓRICO

### NEUMONIA NOSOCOMIAL

La pulmonía nosocomial se puntualiza como infecciones contraídas por un paciente durante su cura en un hospital u otro centro sanitario, que dicho paciente no tenía ni estaba gestando en el momento de su entrada y que pueden mostrarse también luego de que el paciente reciba el alta. Se incorpora en este grupo las pulmonías contraídas por el personal sanitario durante el desarrollo de su labor. (Villagrasa Alloza, 2018)

Al hablar de la etiología de la neumonía nosocomial es fundamental tener cuenta en que ocasión aparece la infección, por lo que conviene distinguir entre neumonía precoz, aquella que se presenta en los primeros cuatro días de ingreso o aireación mecánica, y tardía, cuando aparece a partir del quinto día.

En el caso del prematuro, la principal causa son bacterias de la colectividad que colonizan habitualmente la orofaringe, siendo los microbios más usuales *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, bacilos gramnegativos entéricos perceptivos a los antibióticos y *Staphylococcus aureus* sensible a la Meticilina.

En cuanto a la tardía, existe una mayor repercusión de bacilos gramnegativos y microorganismos con multirresistencia antibiótica como el *Staphylococcus aureus* resistente a la metilina, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii* o *Klebsiella pneumoniae*.(Villagrasa Alloza, 2018)

## **CLASIFICACIÓN DE NEUMONIA NOSOCOMIAL**

La distribución más primordial se hace en función del tipo de huésped, inmunocompetente e inmunodeprimido (o inmunosuprimido), y en función del ámbito de apropiamiento.

### **Neumonía Asociada al Ventilador**

La “neumonía asociada al ventilador” es una de los pulmones o pulmonía que se desarrolla en la persona que está unido al ventilador.

### **Neumonía Asociada a Cuidados Médicos**

Se remedia que la “pulmonía asociada a cuidados sanitarios” (NACS) es la ocasionada en pacientes que han estado en relación fresco con la asistencia sanitaria, pero que no se limita (o llevan menos de 48 horas) ingresado.

## **ETIOLOGÍA**

Los pacientes que desarrollan pulmonía de aparición anticipada muestran gérmenes similares a los responsables de la pulmonía adquirida en la comunidad y se cree que juegan un papel importante la aspiración de patógenos debido a intubación o alteraciones de la conciencia, así los más frecuentes son: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, y *Haemophilus influenzae*.

Por otra parte, la pulmonía de espectro tardía se causa como efecto de la aspiración de gérmenes Gram negativos procedentes de la orofaringe y mucosidades gástricas, siendo los microbios ocasionales difíciles de tratar por presentar una mayor firmeza a los medicamentos usuales.

La estancia amplia en el hospital y el uso previo de antibióticos se asocia a gérmenes multiresistentes. Además, algunas evidencias de pulmonía nosocomial fundamentalmente aquellos asociados a ventilación mecánica, alcanzan ser de etiología polimicrobiana.

Causa de pulmonía nosocomial en pacientes no ventilados en diversos estudios.

SARM: *Staphylococcus aureus* resistente a metilina; SASM: *Staphylococcus aureus* sensible a metilina. A Pacientes con neumonía nosocomial alcanzada en sala convencional que precisaron ingreso en la UC

## Patogenia

Los microorganismos autores de las pulmonías logran alcanzar las vías respiratorias inferiores por cualquiera de las siguientes vías:

- a. Por aspiración a través de las vías respiratorias o del tubo endotraqueal si el sufrido está intubado.
- b. Por aspiración de mucosidades habitadas originarias de la orofaringe.
- c. Por vía hematógena a partir de focos de contagio alejado del parénquima o de la propia flora digestiva a través del fenómeno de translocación bacteriana, y definitivamente.
- d. Por cercanía desde virus inmediatos a los pulmones.

En el caso de las pulmonías nosocomiales, y principalmente en el caso de las neumonías asociadas a la ventilación mecánica, la importante vía de acceso de los microbios al pulmón es a través de micro aspiraciones diarias de secreciones orofaríngeas colonizadas previamente por los patógenos comprometidos en la infección pulmonar.

En tiempo de los sesenta la totalidad de contagios respiratorias nosocomiales en los sufridos con ventilación mecánica se relacionaban con la corrupción de los diferentes dispositivos de apoyo ventilatorio. La introducción de técnicas efectivas de purificación disminuyó absolutamente la colonización de los dispositivos de terapia respiratoria, y, como derivación, la incidencia de pulmonías nosocomiales. Por otro lado, la humidificación del aire inspirado, que se componía mayoritariamente con técnicas de humidificación con agua, provocaba la presencia de conciso con alto nivel de contagio.

Asimismo, la habilidad de cambios de tubuladuras reglados cada 8h inicialmente o cada 24h más allá conllevaba un alto grado de manejo. Actualmente, la castración de los aparatos del respirador entre pacientes, el cambio en el sistema de humidificación y la estandarización de los cambios en las tubuladuras hacen muy improbable que el comienzo de los microorganismos causantes de la infiltración nosocomial se halle en los aparatos de terapia respiratoria.

Palpablemente, la práctica usual radica en el uso de humidificación mediante intercambiadores de calor y humedad, o métodos de humidificación que no benefician la fabricación de condensado, y el canje de tubuladuras se ocasiona no antes de una semana y corrientemente se mantiene durante todo el ingreso del paciente, reduciendo en un alto grado la manipulación.

La principal vía de acceso de los patógenos en la vía aérea es por la aspiración de secreciones orofaríngeas anticipadamente colonizadas, y ello en sufridos con o sin ventilación mecánica. Uno por uno las infiltraciones por micobacterias, hongos y algunos microorganismos como *Legionella pneumophila* o algunos virus obtienen el pulmón por vía inhalatoria.

En sufridos sin vía aérea artificial los propios factores de riesgo implicados en el ascenso de una pulmonía nosocomial son la presencia de alteración del nivel de consciencia, variación en la deglución, diferenciación del reflejo tusígeno o de la motilidad gastrointestinal, todos ellos coeficientes que benefician las microaspiraciones.

En los sufridos en ventilación mecánica la presencia del tubo endotraqueal no evita que se creen microaspiraciones a través del espacio comprendido entre la muralla traqueal y el balón del neumotaponamiento, que llegan a la tráquea y a los bronquios habitando las vías respiratorias. En la patogenia de la pulmonía asociada al ventilador de la misma manera se atribuye un papel a la alineación de biofilm en el área interna del tubo endotraqueal que contiene una gran cantidad de patógenos.

El paso al tracto respiratorio inferior de fragmentos de biofilm con patógenos abarcados en su forma, que se desglosan por sí solos o por el uso de catéter de aspiración, es, por tanto, otro de los mecanismos implicados en la patogenia de la NAV.

En conclusión, el progreso de pulmonía dependerá de la similitud entre la virulencia de los patógenos implicados, el tamaño del inóculo y el grado de alteración de las defensas del huésped. (Emili Díaz, 2013)

## **Factores de riesgo**

Los agentes de peligro para el progreso de pulmonía en dolientes ventilados y no ventilados muestran algunas similitudes. Así, puede ser habitual la presencia de componentes de riesgo relacionados con el propio huésped como padecimientos crónicos, o de componentes afines con el uso de antibióticos que pueden agrandar el riesgo de establecimiento en la orofaringe, y de factores que aumenten el riesgo de aspiración de mucosidades orofaríngeas en el trecho respiratorio inferior. La cirugía torácica o abdominal superior, entre otras prácticas, se han reconocido como factores de riesgo en pacientes no ventilados. En sufridos en ventilación mecánica descubren una especial relevancia todos los aspectos relacionados con el cuidado de la vía aérea. (Emili Díaz, 2013)

## **FISIOPATOLOGÍA**

La infección neumónica o secundaria producida por gérmenes patógenos está relacionada con una variación de los mecanismos de defensa natural o deficiencia de la inmunidad del huésped y sometidos a VM.

Este tipo de infecciones pulmonares secundarias, a menudo apreciadas como oportunistas ("flora endógena secundaria" para la NN-tardía y "flora endógena primaria" para las NN-precoces), o llamadas por otros como sobre infecciones, se explican por los siguientes mecanismos: microaspiraciones de contenido orofaríngeo, incluso de líquido gástrico, en determinadas circunstancias.

Estas microaspiraciones son excluidas por los propios mecanismos de defensa pulmonar, o por el contrario proliferan localmente desplegando una verdadera neumonía. La inoculación directa de gérmenes a través de equipos y técnicas respiratorias poco usuales si no se cumplen las medidas preventivas. (Muguercia1, 2019)

## **EPIDEMIOLOGÍA**

El peligro de presentar una pulmonía se duplica, de forma total, mayor de 20 veces en sufridos que están tomando ventilación mecánica. Se ha estimado que en la primera semana de ventilación mecánica este peligro es del 3%, reduce al 2% en la segunda semana y se mantiene cerca del 1% en la tercera semana de soplo mecánica y posteriores.

En la pulmonía nosocomial, y en específico en la neumonía asociada a la ventilación, la composición de varios datos clínicos como son la presencia de leucocitosis, fiebre, mucosidades purulentas y la aparición de un nuevo infiltrado en la tomografía de tórax o extensión de los ya existentes, junto con un deterioro del cambio de gases, serán los aspectos en los que se sustentarán los signos clínicos de sospecha de neumonía.

Por muestra, la ausencia de mucosidades infectadas hace improbable el diagnóstico de pulmonía hospitalaria, pues pocos nocivos, salvo Legionella, Pneumocystis y algún otro, cursan con infección pulmonar no purulenta.

Sin embargo, aunque todos estos datos son enérgicamente sensibles, no son lo adecuadamente específicos para confirmar el diagnóstico de pulmonía, puesto que existen variadas condiciones, en especial en el paciente crítico y con ventilación mecánica, que presentan los mismos signos y síntomas.

(José Blanquera, 2011)

## **DIAGNÓSTICO**

De forma habitual los juicios de aprensión de pulmonía nosocomial y perineumonía coligada a ventilación se han fundado en la combinación de signos clínicos y radiológicos. Entre los razonamientos clínicos manipulados de forma preferente se incluyen la presencia de fiebre  $> 38.4$  °C o hipotermia  $< 36$  °C, leucocitosis  $> 15.000/mm^3$ , ( $>10\%$  de cayados en menores de 12 meses) o leucopenia  $< 4.000/mm^3$ , crujientes y tos acuosa o expectoración purulenta. (Joan Figuerola Mulet, 2008)

**Análisis de sangre:** es importante para descartar una leucocitosis, ya que si el paciente presenta una infección esta será reflejada en los niveles de leucocitos.

**Radiografía de tórax:** La evaluación de la radiográfica de tórax en adultos con neumonía nosocomial produce resultados variables, pero puede ayudar a distinguir esta enfermedad de otras entidades caracterizadas por sibilancias y así poder descartar otras enfermedades como la bronquitis que es muy poca común en adultos.

**Oximetría de pulso:** En adultos que se encuentran en hospitalización; son frecuentes anomalías en la presión de gases en sangre y parecen estar relacionadas con la gravedad de la enfermedad por esta razón debemos hacer una oximetría de pulso. La hipoxemia es común y aumenta el impulso respiratorio, mientras que la hipercapnia se observa sólo en los casos más graves. A pesar de la presencia de niveles moderados de hipoxemia, es inusual la cianosis clínica.

**Cultivo de esputo:** El aislamiento de un patógeno viral en las secreciones respiratorias de un adulto jadeante establece un diagnóstico presunto de neumonía nosocomial. En los ancianos y en pacientes inmunodeprimidos, la detección de antígenos carece de la sensibilidad adecuada, y con frecuencia los pacientes buscan atención médica después de la etapa aguda de la infección, lo que compromete la capacidad de las pruebas disponibles de diagnosticar el VRS. Sin embargo, la proliferación de ensayos comerciales con enzimas inmunoabsorbidas y técnicas de tinción con anticuerpos de fluorescencia han aumentado la capacidad de identificar antígenos virales en secreciones nasofaríngeas en tan solo horas. (Cavero, 2018)

**Espirometría:** No todos los médicos ni centros de salud la realizan, pero nos ayuda a detectar si hay una obstrucción de la vía aérea.

## TRATAMIENTO

El procedimiento empírico conveniente se refiere al uso de un antibiótico al que los posibles microbios etiológico sea sensible, y el término de técnica adecuado es el uso de un antibiótico apropiado a las dosis correctas, con buena penetración al sitio de la infección y, cuando esté indicado, en combinación. Muchos estudios han demostrado la calidad de iniciar un proceso antibiótico empírico apropiado, primeramente.

Con el fin de efectuar un tratamiento empírico correcto, es de vital importancia estar al tanto la microbiología propia del hospital y de cada módulo de hospitalización y seguir las recomendaciones de las guías de método que han sido elaboradas por las colectividades científicas en este campo.

Estratificación de los sufridos y recomendaciones para el procedimiento empírico

La American Thoracic Society publicó unas guías para el diagnóstico y tratamiento de pacientes adultos con NN, en las que se medita que los dos principales componentes que fijan el tipo de antibióticos que se proveerá son el tiempo que lleva el paciente ingresado en el hospital, que permite clasificar la pulmonía en temprana (<5 días) o tardía ( $\geq 5$  días), y la presencia de factores de riesgo para infección por microorganismos potencialmente multirresistentes (MMR).

Por el contrario, los pacientes con NN de origen tardío o con presencia de factores de riesgo para MMR deben recibir un proceso empírico inicial de amplio espectro, y en combinación, para avalar la cobertura de la mayoría de microorganismos causales en este grupo de enfermos.

El uso del tratamiento compuesto tiene como objetivos buscar la sinergia entre diferentes conjuntos de antibióticos, ampliar el espectro para asegurar un procedimiento apropiado contra microorganismos gramnegativos, y evitar el desarrollo de resistencias. Tanto la dosis antibiótica como los intervalos recomendados. (José Blanquera, 2011)



## 1.1 JUSTIFICACIÓN

El presente caso clínico es realizado con fines informativo para la comunidad.

Las estadísticas presentadas nos indica que la neumonía nosocomial es una las enfermedades más comunes a nivel nacional e internacional y se presenta con mayor frecuencia en el área hospitalaria afectando a niños y adultos mayores.

La neumonía nosocomial es de origen bacteriano y es causado por la bacteria streptococcus pneumoniae, es la más común en la neumonía, su contagio se da por no aplicar las normas de bioseguridad, por ese motivo es necesario cumplir con dichas normas, como el adecuado lavado de manos que nos ayudara en gran parte a disminuir el contagio.

La comunidad de tener en cuenta que existe una amplia gama de enfermedades respiratorias que pueden causar la muerte, por eso debemos tomar en cuenta las normas de bioseguridad sugeridas por la Organización Mundial de Salud, esto ayudara a disminuir el índice de contagios en el área hospitalaria.

## **OBJETIVOS**

### **1.2.1 Objetivo general**

Establecer la adecuada intervención del Terapista Respiratorio en paciente con Neumonía Nosocomial.

### **1.2.2 Objetivos específicos**

- Describir los cuidados del terapeuta respiratorio en pacientes con neumonía nosocomial.
- Identificar los factores de riesgo que influyen al desarrollo de la neumonía nosocomial en el paciente.
- Caracterizar las complicaciones que presenta los pacientes con neumonía nosocomial.

### 1.3 DATOS GENERALES

Nombre: NN

Sexo: Masculino

Edad: 55 años

Estado civil: Soltero

Hijos: 4

Nivel de estudios: Primaria

Profesión: Albañil y Pintor

Nivel sociocultural/económico: Medio

Lugar de trabajo: Casas

Domicilio: Babahoyo

## II METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

### 1.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES

Paciente masculino de 55 años que acude a urgencias por síntomas con 6 días de evolución, tos, esputo amarillento, alza térmica, sibilancias, malestar general, escalofrío y disnea, el paciente tiene sobrepeso.

#### **Antecedentes patológicos personales.**

No refiere

#### **Antecedentes patológicos familiares**

Padre diabetes mellitus tipo 2

Madre no refiere

#### **Antecedentes quirúrgicos personales**

No refiere

#### **Hábitos y estilo de vida**

No refiere

### 2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIEREN AL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS)

Paciente masculino de 55 años que acude a urgencias por síntomas con 6 días de evolución, tos, esputo amarillento, alza térmica, sibilancias, malestar general, escalofrío y disnea, el paciente tiene sobrepeso.

#### **SIGNOS VITALES**

**Presión Arterial:** 102/65 mmHg.

**Frecuencia Cardíaca:** 98 Latidos/ Minutos.

**Frecuencia Respiratoria:** 30 Respiración/ Minuto.

**Saturación De Oxígeno:** 85 %

**Temperatura:** 36° C

## 2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)

**Cabeza:** Normal

**Cuello:** Normal.

**Tórax:** Normal simétrico, dolor al toser.

**Pulmones:** en la auscultación se presenciaron sibilantes bilaterales diseminados en espiración.

**Mucosas orales** húmedas, secreciones.

**Corazón:** normal

**Abdomen:** normal, sin dolor

**Extremidades:** normales, completas y simétricas.

**Neurológico:** Escala de Glasgow 12/15.

## 2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

### Biometría hemática:

Leucocitos: 4.000 Milímetros cúbicos

Neutrófilos: 10%.

Linfocitos: 9%.

Monocitos: 3%

Eosinófilos: 1%

Basófilos: 1%

Eritrocitos: 4.000.000 Milímetros cúbicos

Hemoglobina: 13 Gramos/decilitros

Hematocrito: 40%

Recuento de Plaquetas: 200.000

**Cultivo de esputo:** Streptococcus pneumoniae

**Gasometría arterial:**

**pH:** 7.35

**PCO2:** 35 mmHg

**PO2:** 55 mmHg

**Sat:** 85%

**HCO3:** 21 mEq/L

**E/B:** 1 mEq/L

**Radiografía de tórax:**

Se realiza una placa Estándar de tórax con hallazgos de prominencia en la trama hilar y signos de atrapamiento aéreo lo que ratifica diagnóstico de NEUMONIA NOSOCOMIAL.

**2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.**

**Análisis presuntivo Bronquitis Aguda**

**Análisis definitivo Neumonía Nosocomial**

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

La neumonía nosocomial es una enfermedad que se da por lo general por un virus en este caso fue dada por una bacteria *Streptococcus pneumoniae*, esto causa que los pacientes padezcan unos cuantos síntomas como son la tos productiva, fiebre, malestar general.

Estamos frente a una paciente masculina de 55 años con estado febril de 36°C, esputo amarillento, sibilancia, escalofrió y disnea.

Se analizó la situación del paciente con todos los exámenes realizados y se llegó a la decisión de instaurar un tratamiento de antibióticos.

### **Tratamiento farmacológico**

**Meropenen:** 1g

**Cefepino:** 2g

**Colistina:** 100mg

**Hidratación Oral:** Suero oral 3 onzas cada 2 horas

### **Tratamiento terapéutico**

Se le realizó cambios posturales, vibraciones, aspiraciones bronquiales y nebulizaciones durante su estadía en la sala de UCI.

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

Las acciones tomadas en este tratamiento se basaron especialmente en todos los hallazgos clínicos del paciente a la cual se diagnosticó de neumonía nosocomial, el tratamiento instaurado fue: antibacteriano, antibióticos e hidratantes.

## **2.8 SEGUIMIENTO**

### **Día de ingreso**

Paciente masculino de 55 años que ingreso por emergencia el 25 de octubre del 2021, con síntomas de 6 días de evolución, tos, esputo amarillento, alza térmica, sibilancia, malestar general, escalofríos y disnea, por lo cual es ingresado de manera rápida para realizar exámenes respectivos.

Se procedió a realizar varios exámenes entre ellos tomografía de tórax y cultivo de esputo, en el tac se encontró infiltrados en árbol bronquial y en el examen de gasometría arterial se mostraron valores no adecuados para el paciente.

Se procede a realizar la visita médica al paciente, donde se analiza el tratamiento terapéutico de antibióticos. Nebulizaciones de aerosol, aspiración bronquial, vibraciones y cambios posturales, realizando el tratamiento terapéutico ya recomendado por el médico especialista.

Todo esto determinó un diagnóstico de neumonía nosocomial con criterios de ingreso y se deriva tratamiento hospitalario urgente.

### **Día de revisión**

Después que nuestro paciente masculino de 55 años ha tenido aproximadamente 8 días en el área hospitalaria se procede a realizar varios exámenes donde refleja su mejoría, por lo que se determina se le dé el alta médica.



## **2.9 OBSERVACIÓN**

Debido al origen bacteriano de la patología se decidió llevar a cabo un tratamiento con antibióticos de amplio espectro, mucolítico e hidratante oral. Se le comunicó a la esposa sobre el tratamiento que se le aplicó al paciente durante su estancia en el área hospitalaria.

El paciente deberá estar bajo estricta vigilancia y seguir las normas de higiene apropiadas y gracias a su tratamiento se observó una evolución favorable.

## **CONCLUSIONES**

En el presente caso estudiado del paciente masculino de 55 años con neumonía nosocomial, se demostró que el tratamiento seleccionado fue el correcto lo que conllevó a la alta médica luego de 8 días de hospitalización en el cual el estado de salud de dicho paciente mejoró de manera notoria, recomendando seguir con el tratamiento y chequeo médico posterior luego de un mes.

De manera primordial el uso correcto de todas las medidas de bioseguridad contribuye en la mínima incidencia de casos de neumonía nosocomial en el ambiente hospitalario tomando en cuenta los cuidados y técnicas que debemos realizar como terapeutas respiratorios en el momento de la intervención en el paciente.

La neumonía nosocomial es una de las causas más frecuentes de infecciones hospitalarias dentro del área médica, comúnmente sucede por el mal uso de las barreras de bioseguridad en el momento de tener contacto con el paciente o realizar algún procedimiento o técnica que se requiere en su tratamiento. El correcto lavado de manos es uno de los principales métodos a realizar que ayuda a evitar las infecciones y por ende disminuye la incidencia de la neumonía nosocomial en las áreas de Unidad de Cuidados Intensivos.

Es importante tener en cuenta las complicaciones que esta patología presenta en los pacientes, ya que su incidencia en mortalidad podría avanzar.

## Bibliografía

- Cavero, A. (23 de agosto de 2018). *Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria*. Obtenido de [http://formacion.sefh.es/dpc/framework/atf-infecciosas/paciente-infeccion-tracto-respiratorio-inferior/tema01\\_menu03\\_submenu01\\_diapo01.php](http://formacion.sefh.es/dpc/framework/atf-infecciosas/paciente-infeccion-tracto-respiratorio-inferior/tema01_menu03_submenu01_diapo01.php)
- Emili Díaz, I. M.-L. (2013). neumonia nosocomial. En I. M.-L. Emili Díaz, *neumonia nosocomial* (págs. 692-698 ). españa : ,Corporació Sanitària Universitària Parc Taulí,.
- Joan Figuerola Mulet, B. O. (2008). Neumonia Nosocomial . En B. O. Joan Figuerola Mulet, *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neumología* (págs. 84-85). España : Asociación Española de Pediatría.
- José Blanquera, 1. J. (2011). Normativa SEPAR: neumonía nosocomial. En 1. J. José Blanquera, *Normativa SEPAR: neumonía nosocomial* (págs. 510-520). España: Archivos bronneuminologia .
- Muguercia1, D. R. (2019). Neumonia nosocomial asociada al ventilador . *Revision bibliografica* .
- Villagrasa Alloza, M. (2018). Neumonia nosocomial. *revista electronica de portales medicos.com*, 1-2.

## ANEXOS

