



**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**

**“INTERVENCIÓN DEL TERAPISTA RESPIRATORIO EN PACIENTE  
MASCULINO DE 18 AÑOS DE EDAD CON NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA  
COMUNIDAD”**

**AUTORA**

**NEREA ANAHI SILVA GAVICA**

**TUTOR**

**Dr. JUAN CARLOS GAIBOR LUNA**

**BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR**

**2022**

## INDICE GENERAL

DEDICATORIA .....	I
AGRADECIMIENTO .....	II
TEMA DEL CASO CLÍNICO .....	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT .....	V
INTRODUCCIÓN.....	VI
I. MARCO TEÓRICO .....	1
1.1. JUSTIFICACIÓN .....	7
1.2. OBJETIVOS.....	8
1.2.1. OBJETIVO GENERAL .....	8
1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	8
1.3. DATOS GENERALES.....	9
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO .....	10
2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.....	10
2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).....	11
2.3. EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA).....	11
2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....	12
2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....	13
2.5.1. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO.....	13
2.5.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	13
2.5.3. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO .....	13
2.6. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR. ....	13
2.7. INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE LA SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES. ....	14
2.8. SEGUIMIENTO.....	15
2.9. OBSERVACIONES.....	16
CONCLUSIONES.....	17
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo académico, a Dios porque me ha ayudado a llegar hasta donde estoy en este momento. A mis padres por apoyarme en todo lo que me propongo y motivarme a seguir adelante a pesar de cualquier dificultad, a la universidad y sus docentes que me han impartido sus conocimientos durante el proceso de estudio, a mis familiares y amigos que me han ayudado cuando los he necesitado.

Nerea Silva Gavica.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por darme salud, vida, fortaleza y permitirme seguir adelante en mi carrera universitaria. A mis padres por inculcarme valores y aconsejarme que no me rinda y siga triunfando y logrando metas. Agradezco a la universidad por haberme brindado el cupo de ingreso y a los docentes por su paciencia y el conocimiento impartido durante mi formación académica dentro de las aulas. También agradezco a mis familiares y amigos por apoyarme y motivarme en los momentos difíciles dentro de mi formación profesional.

Nerea Silva Gavica.

**TEMA DEL CASO CLÍNICO**  
**“INTERVENCIÓN DEL TERAPISTA RESPIRATORIO EN PACIENTE**  
**MASCULINO DE 18 AÑOS DE EDAD CON NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA**  
**COMUNIDAD”**

## RESUMEN

El enfoque de este estudio está fundamentado en la intervención del terapeuta respiratorio en paciente masculino de 18 años de edad con neumonía adquirida en la comunidad.

La neumonía adquirida en la comunidad es una de las principales enfermedades pulmonares que afectan a personas adultas mayores y niños alrededor del mundo. Esta patología es causada principalmente por la bacteria *Streptococcus pneumoniae*.

Esta patología comúnmente dura algunos días o hasta semanas por lo que se debe diagnosticar de manera rápida para así administrar un tratamiento el cual ayude a la mejoría de los signos y síntomas que presenten los pacientes.

La intervención del terapeuta respiratorio desempeña un papel importante en el manejo de pacientes con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad ya que mediante los diferentes procedimientos que se emplean se complementan con el tratamiento farmacológico.

La base principal del tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad son los antibióticos ya que estos fármacos nos ayudan a combatir esta enfermedad y a su vez se complementan con las técnicas de terapia respiratoria.

**PALABRAS CLAVE:** Neumonía adquirida en la comunidad, patógenos, *Streptococcus pneumoniae*, oxigenoterapia, antibióticos.

## **ABSTRACT**

The focus of this study is based on the intervention of the respiratory therapist in an 18-year-old male patient with community-acquired pneumonia.

Community-acquired pneumonia is one of the main lung diseases affecting older adults and children around the world. This pathology is mainly caused by the bacteria *Streptococcus pneumoniae*.

This pathology commonly lasts a few days or even weeks, so it must be diagnosed quickly in order to administer a treatment that helps improve the signs and symptoms presented by patients.

The intervention of the respiratory therapist plays an important role in the management of patients diagnosed with community-acquired pneumonia, since the different procedures used are complemented by pharmacological treatment.

The main basis of pharmacological treatment in patients diagnosed with community-acquired pneumonia are antibiotics, since these drugs help us fight this disease and in turn are complemented by respiratory therapy techniques.

**KEY WORDS:** Community-acquired pneumonia, pathogens, *Streptococcus pneumoniae*, oxygen therapy, antibiotics.

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación en un caso clínico, está establecido en la intervención del terapeuta respiratorio en paciente masculino de 18 años de edad con neumonía adquirida en la comunidad, el paciente al momento de ingresar al hospital presenta síntomas como fiebre, malestar general, náuseas acompañada de vómito, tos con expectoración, disnea y dolor a nivel del tórax.

La neumonía adquirida en la comunidad se define como una infección del parénquima pulmonar que se origina en el ambiente, hoy en día es una de las principales enfermedades pulmonares que se da en su gran parte en pacientes inmunodeprimidos, adultos mayores y pacientes pediátricos. Motivo por el cual realizamos este estudio en un caso clínico debido a que esta enfermedad es uno de los principales motivos de ingresos hospitalarios en las diferentes casas de salud del país.

Según datos del ministerio de salud pública en el Ecuador la neumonía adquirida en la comunidad en el año 2020 se ubicó en tercer lugar dentro de las 10 patologías con mayor causa de mortalidad.

El objetivo general de esta investigación en un caso clínico es identificar los factores desencadenantes de la neumonía adquirida en la comunidad en el paciente masculino de 18 años de edad.

La intervención del terapeuta respiratorio desempeña un papel importante en el manejo de pacientes con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad ya que mediante las técnicas que se emplean en pacientes con dicha patología ayudan en la pronta recuperación del cuadro clínico que presentan los pacientes, estas técnicas empleadas se complementan con el tratamiento farmacológico.



## **I. MARCO TEÓRICO**

### **NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD**

La neumonía adquirida en la comunidad es una inflamación aguda del parénquima pulmonar causada por un microorganismo patógeno y se manifiesta por signos de infección sistémica y cambios radiográficos en pacientes que afectan la función pulmonar sin hospitalización en los últimos 7 días previos al ingreso. (Salas-Lopez, 2020)

### **EPIDEMIOLOGIA**

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es la primera causa de muerte por infección y continúa siendo un problema de salud muy importante, con una incidencia anual de 25 adultos por 1.000 habitantes. El conocimiento actual indica que los efectos negativos de la enfermedad persisten incluso después del alta<sup>5</sup>. Es bien sabido que esta enfermedad ocurre con mayor frecuencia en hombres, en los extremos de la vida y en personas con comorbilidades. (Menéndez, 2020)

En todo el mundo, la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es la sexta causa principal de muerte en general y la principal causa de enfermedades infecciosas. Al año, su incidencia es de 1 y 11 por 1000 habitantes; de ellos, 20-42% estaban hospitalizados y 10-30% estaban en la unidad de cuidados intensivos (UCI). La tasa de mortalidad por neumonía adquirida en la comunidad (NAC) ambulatoria es del 15% y la hospitalaria es del 5,7-25%, aumentando al 50% para los pacientes en la unidad de cuidados intensivos (UCI). (Martínez Vernaza, 2018)

### **ETIOLOGÍA**

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es causada por unas pocas especies de bacterias, siendo las más comunes: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Mycoplasma pneumoniae*. Las infecciones polimicrobianas (coinfecciones) ocurren en el 25% de los pacientes, más comúnmente causadas por *Streptococcus pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae* o *Streptococcus pneumoniae* y virus de influenza o parainfluenza. Los microorganismos ingresan al tracto respiratorio inferior con mayor frecuencia por inhalación de sustancias en el tracto respiratorio superior,

aspiración de sustancias en la cavidad oral y el tracto respiratorio superior, y por (gotas de secreciones de vías respiratorias de enfermos con infección viral con tos), y en el caso de la infección por Legionella al inhalar una gota que contiene la bacteria. En pacientes inmunocomprometidos, la neumonía puede ser causada por hongos, virus y micobacterias. (Empendium, s.f.)

## **FISIOPATOLOGÍA**

Las defensas aerotransportadas son muy efectivas, ya que existen barreras mecánicas y anatómicas, así como inmunidad celular y humoral, que ayudan a mantenerlas estériles. La fisiopatología de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) comienza cuando las defensas pulmonares son superadas por microorganismos patógenos que colonizan las superficies alveolares. Factores genéticos, como un defecto específico del sistema de defensa, o factores ambientales, como el tabaquismo y el alcoholismo, pueden alterar el funcionamiento del sistema y favorecer el desarrollo de la aparición de neumonía. (Martínez Vernaza, 2018)

Solo cuando se excede la capacidad de los macrófagos alveolares para fagocitar o matar organismos, se desarrolla neumonía clínica. En este caso, los macrófagos desencadenan una respuesta inflamatoria para reforzar las defensas de las vías respiratorias bajas. Es esta respuesta inflamatoria del huésped, más que la proliferación microbiana, la responsable del síndrome clínico de neumonía. La liberación de mediadores inflamatorios como la interleucina (IL) 1 y el factor de necrosis tumoral (TNF) induce fiebre. Las sustancias químicas, como la IL8 y el factor estimulante de granulocitos, que estimulan la liberación de neutrófilos, son atraídas a los pulmones, lo que produce leucocitosis periférica y un aumento de la secreción purulenta. Los mediadores inflamatorios secretados por macrófagos y neutrófilos recién reclutados producen fugas alvéolo-capilares comparables a las observadas en el síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA), aunque en la neumonía, esta fuga está localizada (al menos inicialmente). Incluso los glóbulos rojos cruzan la membrana alveolar y, por lo tanto, se produce hemoptisis. La fuga capilar se manifiesta en las radiografías como un infiltrado y en la exploración como crepitantes en un marcapasos, y la sobrecarga capilar provoca hipoxemia. Además, ciertas bacterias patógenas parecen interferir con la

vasoconstricción hipóxica que a menudo ocurre cuando los alvéolos se llenan de líquido, una intervención que puede causar hipoxemia severa. (Kasper, 2015)

## **FACTORES DE RIESGO DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD**

Múltiples factores ambientales y del huésped se han asociado con una mayor incidencia de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en diferentes estudios, aunque los resultados han sido inconsistentes. Los factores del huésped que incluyen enfermedades crónicas, parto prematuro, problemas sociales, desnutrición, asma e hiperreactividad bronquial, infecciones recurrentes del tracto respiratorio y antecedentes de otitis media aguda requieren la colocación de un tubo quirúrgico. (Andrés Martín, 2012)

Se ha demostrado que ciertos polimorfismos en genes implicados en respuestas inmunitarias innatas o específicas están asociados con una mayor susceptibilidad a ciertas infecciones, aunque el grado de asociación entre su relevancia como factores de riesgo en neumonía adquirida en la comunidad (NAC) requiere más investigación. (Andrés Martín, 2012)

El hacinamiento, incluida la escolarización diurna, el tabaquismo pasivo o la exposición a contaminantes ambientales, tiene un impacto reconocido en las infecciones respiratorias infantiles. Se ha demostrado que el uso de antiácidos (incluidos los antagonistas de los receptores H2 y los inhibidores de la bomba de protones) está asociado con un mayor riesgo de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en adultos, y hay datos que sugieren esta asociación en adultos y niños. Varios factores mencionados anteriormente también se asociaron significativamente con una mayor morbilidad o mortalidad en la neumonía adquirida en la comunidad (NAC). (Andrés Martín, 2012)

## **CLASIFICACIÓN DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD**

- **LA NEUMONÍA TÍPICA:** Se caracteriza por un cuadro brusco de fiebre alta, dolor pleurítico, tos y expectoración purulenta o herrumbrosa, leucocitosis con neutrofilia y datos en la exploración y radiológicos de consolidación pulmonar. (Martinez, 2005)

- **LA NEUMONÍA ATÍPICA:** Presenta fiebre de bajo grado, tos escasamente productiva e infiltrados no segmentarios parcheados o intersticiales, como la neumonía por *M. pneumoniae*. (Martinez, 2005)
- **LA NEUMONÍA NECROTIZANTE:** Se reconoce por la presencia de factores de riesgo, como enfermedad periodontal, pérdida de conciencia, patología esofágica, trastornos de deglución o aspiración previa, o por la cavitación radiológica, muy sugerente de la participación de gérmenes anaerobios, aunque la mayor parte son polimicrobianas. (Martinez, 2005)

### **CUADRO CLÍNICO**

La neumonía bacteriana adquirida en la comunidad es una presentación clínica aguda caracterizada por colapso generalizado, fiebre, escalofríos, tos, producción de esputo y dificultad respiratoria; asociado con el examen físico con taquicardia, taquipnea, fiebre y signos focales en el examen pulmonar. El diagnóstico de neumonía bacteriana adquirida en la comunidad es clínico y radiográfico, con antecedentes y examen físico que sugieren infección pulmonar, pero el diagnóstico se realiza cuando los infiltrados pulmonares son evidentes en las radiografías de tórax. El cuadro clínico y los resultados de la radiografía de tórax no predicen de manera confiable el agente causal de la infección pulmonar; Los síntomas, signos clínicos y hallazgos radiográficos se superponen entre diferentes patógenos (bacterias clásicas y atípicas, virus respiratorios). En la auscultación crepitantes y/o soplo tubárico. Radiografía de tórax condensación bien delimitada y homogénea con broncograma aéreo. Suele corresponder, aunque no es exclusivo, con infección por *S. pneumoniae*, *H. influenzae* o *M. catarrhalis*. (González, 2018)

### **DIAGNÓSTICO DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD**

El diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) se debe abordar desde cuatro dimensiones ya que cada una ofrece información distinta pero complementaria:

- **CUADRO CLÍNICO:** Se debe sospechar neumonía en un paciente que presenta tos (con o sin esputo), fiebre, aumento de la frecuencia

respiratoria, dolor torácico y signos de refuerzo en el examen físico del tórax. (Fortoul-Van der Goes, 2013)

- **RADIOGRAFÍA DE TÓRAX:** Confirma la afectación del parénquima pulmonar, así como la extensión del daño. (Fortoul-Van der Goes, 2013)
- **ESTUDIOS MICROBIOLÓGICOS Y SEROLÓGICOS:** Con ellos se obtiene información sobre el agente causal. (Fortoul-Van der Goes, 2013)
- **ESTUDIOS DE LABORATORIO CLÍNICO:** Constituyen, con juicio clínico, los factores por los cuales se puede evaluar la gravedad del caso y se recomiendan, medición de saturación de oxígeno, hemograma completo suficientemente diferenciado, creatinina sérica, nitrógeno ureico, glucosa, electrolitos y perfil hepático. En pacientes que requieran ingreso en la unidad de cuidados intensivos, se deben medir los niveles de gases arteriales. Considerar la prueba de serología del VIH con consentimiento informado oral, particularmente en personas mayores de 15-54 años con factores de riesgo. (Fortoul-Van der Goes, 2013)

#### **TRATAMIENTO DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD**

- **NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD TÍPICA:** Si una persona decide iniciar antibioterapia ambulatoria en un paciente neumonía adquirida en la comunidad (NAC) típico sin criterios de ingreso hospitalario. El antibiótico de elección es la amoxicilina, dosis de 80-90 mg/kg/día, cada 8 horas, por vía oral. La dosis máxima recomendada, según la literatura técnica, es de 2 g cada 8 horas, debido a la buena tolerabilidad de este antibiótico. (Moreno-Pérez, 2015)
- **NEUMONÍA ATÍPICA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD:** En el caso de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) atípica, la etiología suele ser viral, por lo que no están indicados los antibióticos. En personas mayores de 15 años, la causa de *M. pneumoniae* es más frecuente (hasta un 40% de neumonía adquirida en la comunidad en este grupo de edad) y, en menor medida, para *C. pneumoniae*, por lo que se recomienda el uso de un macrólido por vía oral. Los macrólidos más utilizados en la actualidad (azitromicina y Claritromicina). La eritromicina está claramente contraindicada por sus efectos secundarios

(básicamente gastrointestinales) y su compleja dosificación (cada 6 horas, 10-1 días), que dificultan la buena adherencia. (Moreno-Pérez, 2015)

## **TERAPIA RESPIRATORIA EN NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC)**

- **OXIGENOTERAPIA:** El objetivo es mantener la saturación arterial de oxígeno (SatO<sub>2</sub>)  $\geq$  90% (pO arterial > 60 mmHg), en pacientes sin enfermedad bronquial. Evaluar la progresión de la respuesta gaseosa ayudará a hacer una predicción aproximada sobre los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad (NAC). (Álvarez-Rocha, 2005)
- **VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA:** Su uso en grupos de pacientes seleccionados puede reducir la intubación, las complicaciones y la mortalidad (Grado I). Es fundamental evaluar la respuesta clínica gasométrica en el primer segundo y, si no hay mejoría, iniciar la intubación del paciente antes de que se complique su cuadro clínico. (Álvarez-Rocha, 2005)
- **VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA (VMI):** Cuando se aplica en insuficiencia respiratoria aguda grave secundaria a neumonía adquirida en la comunidad (NAC), se debe intentar mantener el O<sub>2</sub> parcial (FiO<sub>2</sub>) < 60%, evite la hiperinsuflación alveolar permitiendo una presión de meseta máxima de 30-35 cmH<sub>2</sub>O y alcance una SatO<sub>2</sub> de 88 % a 95 %, utilizando una presión positiva al final de la espiración (PEEP) suficiente para evitar el reclutamiento y la deserción continua. (Álvarez-Rocha, 2005)
- **DECÚBITO PRONO:** Este es el tratamiento postural más apropiado para usar en sujetos donde, a pesar de la administración de ventilación mecánica invasiva, persiste una hipoxemia severa. Debe iniciarse precozmente y mantenerse mientras el paciente requiera PEEP >10 cmH<sub>2</sub>O y FiO<sub>2</sub> >50%. (Álvarez-Rocha, 2005)

## **1.1. JUSTIFICACIÓN**

La neumonía adquirida en la comunidad se define como una infección del parénquima pulmonar que se origina en el ámbito no hospitalario. Esta investigación está fundamentada en la intervención del terapeuta respiratorio en paciente masculino de 18 años de edad con neumonía adquirida en la comunidad.

Se justifica la realización de este estudio, en un caso clínico dado que la neumonía adquirida en la comunidad es una de las principales enfermedades del pulmón que afecta a la mayoría de habitantes del Ecuador, según información del ministerio de salud pública reporta de 35 a 58 casos por 1000 habitantes en el año, esta enfermedad prevalece más en niños, adultos mayores y pacientes inmunodeprimidos.

La intervención del terapeuta respiratorio desempeña un papel importante en el manejo de pacientes con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad ya que mediante los diferentes procedimientos que se emplean se complementan con el tratamiento farmacológico.

Mediante este caso clínico recopilaremos toda lo referente a la neumonía adquirida en la comunidad para que este trabajo de investigación es un referente para los diferentes profesionales en el área de la salud y a su vez sirva de guía en el manejo adecuado de estos pacientes.

Como próxima terapeuta respiratorio creo que reconocer el cuadro clínico que se presenta en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad es fundamental para un diagnóstico precoz y así evitar complicaciones en pacientes con esta afección, por lo que considero que es muy importante realizar esta investigación ya que nos aportara un poco más de conocimiento

sobre todo lo que conlleva esta patología y a su vez, a administrar un tratamiento farmacológico y técnicas de terapia respiratoria adecuadas.

## **1.2. OBJETIVOS**

### **1.2.1. OBJETIVO GENERAL**

- Identificar los factores desencadenantes de la neumonía adquirida en la comunidad en el paciente masculino de 18 años de edad.

### **1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Establecer el cuadro clínico que presenta el paciente masculino de 18 años de edad con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad.
- Determinar las técnicas de terapia respiratoria a realizar en el paciente masculino de 18 años de edad con neumonía adquirida en la comunidad.
- Administrar el tratamiento farmacológico adecuado en el paciente masculino de 18 años de edad con neumonía adquirida en la comunidad.



### **1.3. DATOS GENERALES**

**Nombres:** D.F

**Sexo:** Masculino.

**Fecha de nacimiento:** 16/01/2004

**Edad:** 18

**Nacionalidad:** ecuatoriano.

**Estado civil:** Soltero.

**Lugar de nacimiento:** Guayaquil.

**Lugar de residencia:** Babahoyo.

**Nivel de estudio:** Estudiante universitario.

**Raza:** Mestizo.

## **II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO**

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

Paciente masculino de 18 años de edad quien es ingresado por el área de emergencia del “Hospital General IESS Babahoyo” presentando los siguientes signos y síntomas, alza térmica no cuantifica, tos con expectoración de 2 días de evolución, disnea, dolor torácico, taquipnea y malestar general.

#### **ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES**

No refiere.

#### **ANTECEDENTES FAMILIARES**

Madre con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

Padre con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

#### **ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS**

A los 12 años le realizaron una apendicetomía.

#### **ALERGIA**

No refiere

#### **HÁBITOS**

Fumador activo

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

Paciente masculino de 18 años de edad orientado en tiempo y espacio el cual es ingresado por el área de emergencia del “Hospital General IESS Babahoyo”, al momento el paciente refiere presentar los siguientes signos y síntomas, alza térmica no cuantifica, tos con expectoración de 2 días de evolución, disnea, dolor torácico, taquipnea, malestar general, taquicardia, nauseas acompañadas de vomito.

## 2.3. EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA).

<b>CRÁNEO</b>	Normocéfalo
<b>CARA</b>	Normal
<b>PIEL</b>	Normal sin alteraciones
<b>CUELLO</b>	Sin presencia de adenopatía
<b>TÓRAX</b>	A la auscultación pulmonar: se perciben crepitantes y leves fisuras en ambos campos pulmonares. A la auscultación cardiaca: ritmos cardiacos anormales, sin presencia de soplos.
<b>ABDOMEN</b>	Globuloso, blando depresible no doloroso.
<b>EXTREMIDADES</b>	No edemas
<b>PESO</b>	86kg
<b>TALLA</b>	1.59cm

Elaborado por: Nerea Silva G.

Fuente: Paciente.

### Signos vitales:

<b>FRECUENCIA CARDIACA</b>	101 LPM
<b>FRECUENCIA RESPIRATORIA</b>	27 RPM
<b>TEMPERATURA CORPORAL</b>	38.4°C
<b>PRESIÓN ARTERIAL</b>	137/90 mmHg

<b>SATURACIÓN DE O2</b>	91%
-------------------------	-----

Elaborado por: Nerea Silva G.

Fuente: Paciente.

**2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.**  
**BIOMETRÍA HEMÁTICA**

<b>EXAMEN</b>	<b>RESULTADOS</b>
<b>HEMOGLOBINA</b>	13.7 g/dl
<b>HEMATOCRITO</b>	44%
<b>PLAQUETAS</b>	250.007 mm <sup>3</sup>
<b>LEUCOCITOS</b>	27.14 ul
<b>LINFOCITOS</b>	30%
<b>NEUTRÓFILOS</b>	82.9%
<b>EOSINÓFILOS</b>	3.8%

Elaborado por: Nerea Silva G.

Fuente: Paciente.

**GASOMETRÍA ARTERIAL**

<b>EXAMEN</b>	<b>RESULTADOS</b>
<b>PH</b>	7.48
<b>PO2</b>	96.3 mmHg
<b>PCO2</b>	29.8 mmHg
<b>SaO2</b>	91%
<b>HCO3</b>	16.7 mEq/Litro
<b>Exceso de base</b>	0.8

Elaborado por: Nerea Silva G.

Fuente: Paciente.

**RADIOGRAFÍA DE TÓRAX:** Al paciente masculino de 18 años de edad se le realizó una radiografía de tórax donde se puede observar patrón intersticial bilateral difuso en bases pulmonares.

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

### **2.5.1. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO**

Según el cuadro clínico que presenta el paciente masculino de 18 años el diagnóstico presuntivo es de una neumonía adquirida en la comunidad.

### **2.5.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Bronquitis crónica.

### **2.5.3. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO**

Luego de la valoración médica más los exámenes complementarios realizados en el paciente masculino de 18 años de edad el diagnóstico definitivo es de una neumonía adquirida en la comunidad.

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

Una vez realizada la valoración de los signos y síntomas más los exámenes complementarios que se realizaron en el paciente masculino de 18 años de edad se llega a diagnosticar una neumonía adquirida en la comunidad, los principales factores que predisponen a la aparición de esta enfermedad en el paciente se debe a los diferentes microorganismos patógenos que se encuentran en el ambiente, además que el paciente es un fumador activo y este también sea uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de una neumonía adquirida en la comunidad.

El médico tratante de manera inmediata prescribirá el tratamiento farmacológico para mejorar el estado de salud del paciente además de que el terapeuta respiratorio realizará su intervención en el paciente con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad realizándole nebulizaciones y administrando oxígeno suplementario para mejorar su saturación de oxígeno ya que esta se encuentra en 91%.

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

**BIOMETRÍA HEMÁTICA**

<b>EXÁMENES</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>VALORES NORMALES</b>
Hemoglobina	13.7 g/dl	12.6 – 18.2 g/dl
Hematocrito	44%	38 – 50%
Plaquetas	250.007 mm <sup>3</sup>	150.000 – 400.000 mm <sup>3</sup>
Leucocitos	11.104 ul	4.500 – 10.000 ul
Linfocitos	30%	25 – 40%
Neutrófilos	82.9%	50-70%
Eosinófilos	3.8%	1.0 – 4.0%

Elaborado por: Nerea Silva G.

Fuente: Paciente.

**GASOMETRÍA ARTERIAL**

<b>EXÁMENES</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>VALORES NORMALES</b>
PH	7.48	7.35 – 7.45
PO <sub>2</sub>	96.3 mmHg	80 100 mmHg
PCO <sub>2</sub>	29.8 mmHg	35 – 45 mmHg
SaO <sub>2</sub>	91%	95 – 100%
HC0 <sub>3</sub>	16.7 mEq/Litro	22 – 26 mEq/Litro
Exceso de base	0.8	-2 - +2

Elaborado por: Nerea Silva G.

Fuente: Paciente.

Luego de obtener los resultados de los exámenes complementarios realizados en el paciente se puede observar en la biometría hemática una leucocitosis y en la gasometría arterial una alcalosis respiratoria compensada todo esto se debe a la neumonía adquirida en la comunidad que presenta el paciente.

## **2.8. SEGUIMIENTO**

### **Día 1**

Paciente masculino de 18 años de edad con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad se le empezó administrando el siguiente tratamiento, se le coloca una vía intravenosa con cloruro de sodio al 0,9 de 1000ml a 30 gotas por minutos más paracetamol de 1g/100ml 15 gotas cada 6 horas, ceftriaxona de 500mg 1 diaria por 3 días, claritromicina de 500mg cada 6 horas, omeprazol de 40mg vía intravenosa 1 diaria, el terapeuta respiratorio realiza intervención en el paciente administrándole oxígeno mediante mascarilla de reservorio a 13 litros por minuto.

### **Día 2**

Paciente respondiendo a tratamiento farmacológico antes prescrito por el médico tratante, por lo que se continuará con el tratamiento establecido y se seguirá administrando oxígeno mediante la mascarilla de reservorio.

### **Día 3**

Paciente masculino de 18 años de edad orientado en tiempo espacio, hemodinámicamente estable, se le realiza una nueva valoración donde se observa una gran mejoría en su estado clínico, al tratamiento establecido se le agrega los siguientes fármacos (ceftazidima 1g y amikacina 500mg/2mL) vía intravenosa.

### **Día 4**

Paciente en condiciones clínicas estables se le realiza una nueva gasometría arterial arrojando resultados en valores normales, el paciente se encuentra afebril por lo que se le procede a dar el alta hospitalaria además

el médico tratante le prescribe un tratamiento farmacológico ambulatorio con el objetivo de continuar con la mejoría de su cuadro clínico que presento al momento de la consulta.

## **2.9. OBSERVACIONES**

Al momento de dar de alta al paciente se le procede a dar ciertas recomendaciones como culminar el tratamiento farmacológico, deshabitación del tabaco ya que este fue el factor desencadenante de la neumonía adquirida en la comunidad del paciente.

Se observo que los antibióticos son los principales fármacos que se utilizan en el manejo de pacientes con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad.



## **CONCLUSIONES**

Una vez concluido este estudio en un caso clínico se llega a la conclusión que el cuadro clínico característico de la neumonía adquirida en la comunidad en el paciente masculino de 18 años de edad fue de fiebre, disnea, tos con esputo, taquipnea, taquicardia, malestar general y náuseas.

Las técnicas de terapia respiratoria que se emplean en paciente con neumonía adquirida en la comunidad es la de oxigenoterapia ya que esta ayuda al paciente a mejorar su saturación de oxígeno.

La base principal del tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad son los antibióticos ya que estos fármacos nos ayudan a combatir esta enfermedad y a su vez se complementan con las técnicas de terapia respiratoria.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez-Rocha, L. A.-L. (2005). Guías para el manejo de la neumonía comunitaria del adulto que precisa ingreso en el hospital. *Medicina Intensiva*, 29(1), 21–62. doi:10.1016/s0210-5691(05)74199-1
- Andrés Martín, A. M.-P. (2012). Etiología y diagnóstico de la neumonía adquirida en la comunidad y sus formas complicadas. *Anales de Pediatría*, 76(3), 162.e1-162.e18. doi:10.1016/j.anpedi.2011.09.011
- Empendium. (s.f.). *Neumonía adquirida en la comunidad (NAC)*. Obtenido de Empendium:  
<https://empendium.com/manualmibe/compendio/chapter/B34.II.3.11.1>.
- Fortoul-Van der Goes, T. I.-Z.-E.-C.-M.-H.-P. (2013). Neumonía adquirida en la comunidad. Revisión y actualización con una perspectiva orientada a la calidad de la atención médica. *NCT Neumología y Cirugía de Tórax*, 72(S2), 6-43. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2013/nts131b.pdf>
- González, F. &. -C. (2018). Recomendaciones para la atención del paciente con neumonía adquirida en la comunidad en los Servicios de Urgencias. *Revista española de quimioterapia: publicación oficial de la Sociedad Española de Quimioterapia*, 31(2), 186–202. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6159381/>
- Kasper, D. L. (2015). *Principios de medicina interna*. Obtenido de <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1717&sectionid=114918672#1137924884>
- Martínez Vernaza, S. S. (2018). Neumonía adquirida en la comunidad: una revisión narrativa. *Universitas Médica*, 59(4), 1-10. doi:10.11144/javeriana.umed59-4.neum
- Martinez, C. A. (2005). NEUMONÍAS: CONCEPTO, CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. *Monografías de la Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica*, 9-29. Obtenido de [https://www.neumomadrid.org/wp-content/uploads/monogix\\_1.\\_neumonias-concepto.pdf](https://www.neumomadrid.org/wp-content/uploads/monogix_1._neumonias-concepto.pdf)

Menéndez, R. C. (2020). Neumonía adquirida en la comunidad. Normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Actualización 2020. *Archivos de Bronconeumología*, 56, 1-10. doi:10.1016/j.arbres.2020.01.014

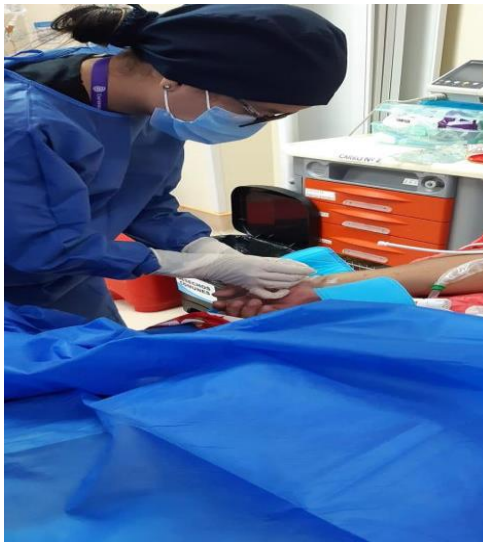
Moreno-Pérez, D. A.-G. (2015). Neumonía adquirida en la comunidad: tratamiento ambulatorio y prevención. *Anales de Pediatría*, 83(6), 439.e1-439.e7. doi:10.1016/j.anpedi.2014.10.028

Salas-Lopez, J. A.-T.-F.-C.-L. (2020). Neumonía adquirida de la comunidad. *Diagnóstico*, 58(4), 181-185. doi:10.33734/diagnostico.v58i4.173

## ANEXOS



**Anexo 1:** Radiografía de tórax de paciente con neumonía adquirida en la comunidad.



**Anexo 2:** Terapeuta respiratorio tomando muestra de sangre arterial para realizar gasometría arterial.



**Anexo 3:** Terapeuta respiratorio ingresando muestra de sangre arterial para gasometría arterial.