



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA

CARRERA DE TERAPIA RESPIRATORIA

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

TEMA:

**INTERVENCION DEL TERAPISTA RESPIRATORIO EN PACIENTE FEMENINO
DE 45 AÑOS DE EDAD CON NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD**

AUTOR:

GENESIS XIOMARA VITE REAL

DOCENTE TUTOR:

LCDA. YNGRID PAOLA ESPIN MANCILLA

BABAHOYO - LOS RIOS - ECUADOR.

2021 – 2022

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTO	5
TEMA DEL CASO CLINICO:	6
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9
I. MARCO TEORICO	10
NEUMONÍA	10
ETIOLOGIA	10
EPIDEMIOLOGIA	11
DIAGNOSTICO CLINICO	11
Diagnóstico Radiológico	12
TRATAMIENTO	13
FACTORES DE RIESGO	13
1.1. JUSTIFICACION	15
1.2. OBJETIVOS	16
1.2.1. Objetivo general	16
1.2.2. Objetivos específicos	16
1.3. DATOS GENERALES	17
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO	18
2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.	18
Antecedentes patológicos personales	18
Antecedentes familiares	18
Antecedentes quirúrgicos	18
2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICO QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).	18

SpO2: 88	19
2.3. Examen físico (exploración clínica)	19
2.4. Información de exámenes complementarios realizados.	19
2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo	19
2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realiza.	20
2.7. Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud considerando valores normales.	20
2.8. Seguimientos	21
2.9. OBSERVACIONES	24
CONCLUSIONES	25
Referencias bibliográficas	26

DEDICATORIA

Dedico este proyecto académico. Principalmente a Dios que me dio la sabiduría para realizar este trabajo a mis padres y hermano que siempre me han apoyado durante toda la carrera universitaria dándome consejos y motivándome cada día para conseguir mi objetivo. A mi tutora Yngrid Paola Espin Mancilla que me brindó su apoyo y sus conocimientos para realizar este trabajo.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por permitió cumplir una meta más en mi vida. A mis padres y hermano que siempre tuvieron pendiente durante la carrera universitaria, fueron mi pilar fundamental por sus sabios consejos y sobre todo siempre tuvieron motivándome cada día para que no fracasase en mis estudios.

A cada uno de mis docentes querido por haber compartido sus conocimientos en las aulas en todo este proceso.

TEMA DEL CASO CLINICO:

INTERVENCION DEL TERAPISTA RESPIRATORIO EN PACIENTE FEMENINO
DE 45 AÑOS DE EDAD CON NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

RESUMEN

La NAC por sus siglas (neumonía adquirida en la comunidad); este es un proceso infeccioso que afecta directamente a las vías respiratorias altas como bajas. Esta patología produce inflamación en la parte del parénquima pulmonar y puede ser causada por la bacteria *Streptococcus pneumoniae*.

El tratamiento que se estableció fue antimicrobiano, oxigenoterapia convencional y fisioterapia para mejorar su mecánica respiratoria e intercambio gaseoso este dispositivo nos permite el aporte de altas concentraciones de oxígeno aproximadamente del 90% en óptimas condiciones, contribuyendo así a mejorar el intercambio de los gases alveolares

Palabra clave: neumonía, antibiótico, tratamiento, oxigenoterapia, taquipnea.

ABSTRACT

CAP (community-acquired pneumonia) is an infectious process that directly affects the upper and lower respiratory tract. This pathology produces inflammation in the pulmonary parenchyma and can be caused by the bacterium *Streptococcus pneumoniae*.

The treatment established was antimicrobial, conventional oxygen therapy and physiotherapy to improve respiratory mechanics and gas exchange. This device allows us to provide high oxygen concentrations of approximately 90% in optimal conditions, thus contributing to improve alveolar gas exchange.

Keyword: pneumonia, antibiotic, treatment, oxygen therapy, tachypnea

INTRODUCCIÓN

La neumonía adquirida en la comunidad este es un proceso infeccioso que afecta directamente a las vías respiratorias altas como bajas. Esta patología produce inflamación en la parte del parénquima pulmonar y puede ser causada por la bacteria *Streptococcus pneumoniae*.

Actualmente esta patología es la tercera causa de muerte en pacientes mayores y es una de las primeras causas de mortalidad en niños menores de 5 años. Es decir, esta patología alberga una tasa de mortalidad muy alta según la organización Mundial de la Salud.

En el presente estudio de caso está basado en una paciente de sexo femenino que acude a emergencias del IESS Babahoyo por presentar diversos síntomas como son: taquipnea, disnea al mínimo esfuerzo, estado febril alto y frecuencia respiratoria alta 36 rpm, junto con frecuencia cardiaca de 110 lpm, saturando alrededor de un 88% con una evolución de 8 días donde los síntomas se han ido incrementando, al juntar todos los criterios clínicos se le ha diagnosticado de neumonía adquirida en la comunidad.

I. MARCO TEORICO

NEUMONÍA

La Neumonía adquirida en la comunidad esta es una enfermedad con una alta tasa de morbimortalidad pese a los avances que existen para un buen diagnóstico y tratamiento, este siendo una buen un motivo de ingresos hospitalarios muy frecuentes. Esta infección frecuente más en los menores de 2 años, en adultos mayores y también en pacientes inmunodeprimidos. (Maydana, 2018)

La NAC es una patología respiratoria de nivel agudo, esta tiene un origen infeccioso, que compromete el parénquima pulmonar, la cual esta infección es producida por la irrupción de microorganismos patógenos como son los: virus, bacterias, hongos y parásitos, que son adquiridos fuera del ámbito hospitalario. (UCCL, 2021)

ETIOLOGIA

La causa más frecuente para producir una NAC son aquellos agentes etiológicos denominados virus. Sin embargo, también puede existir una infección mixta; quiere decir que es causada por virus-bacterias que por lo general existen alrededor de un 35% de casos con este. (Risso, 2018)

BACTERIAS Streptococcus Beta Hemolítico del Grupo B Escherichia coli Listeria monocytogenes S. aureus	BACTERIAS S. pneumoniae C.trachomatis Bordetella pertussis S. aureus L. monocytogenes	BACTERIAS S. pneumoniae H. influenzae no tipable H. influenzae tipo b (*) M. pneumoniae	BACTERIAS M. pneumoniae S. pneumoniae C. pneumoniae
VIRUS Sincitial Respiratorio (VSR) Citomegalovirus (CMV)	VIRUS VSR Parainfluenza	VIRUS Principales agentes causales: VSR, Parainfluenza, Influenza A y B, Adenovirus - Rhinovirus, Metapneumovirus (< 2 años)	VIRUS Influenza A y B

Cuadro 1. Etiología de la NAC.

EPIDEMIOLOGIA

Se conoce que las infecciones respiratorias son una de las causas más frecuentes de atención primordial (emergencia) y de ingreso hospitalario. Entre estas infecciones tenemos a la neumonía que es una patología infecciosa muy frecuente en su incidencia. (Tomás, 2012)

La incidencia de la NAC se estipula que se presenta entre 2 y 10 casos por habitantes al año, por lo que demuestra ampliamente las edades que en esta patología varían y que son más frecuentes los casos en pacientes menores de 5 años y en pacientes mayores de 65 años, y que es su mayoría suelen estar presentes en pacientes varones. (Tomás, 2012)

DIAGNOSTICO CLINICO

El diagnóstico de la neumonía adquirida en la comunidad es principalmente clínico, pero para poder confirmar dicho diagnóstico se necesita el apoyo y confirmación de una radiografía estándar del tórax. Antes de realizar alguna prueba complementaria o tomar una decisión de tratamiento terapéutico, se debe diferenciar a qué tipo de neumonía nos estamos dirigiendo, si es una bacteriana o viral. (Sansano, 2013)

Los síntomas presentes que se deben tomar en cuenta en el diagnóstico son:

- Fiebre alta y persistente.
- Taquipnea
- Uso de los músculos respiratorios accesorios como es: las retracciones intercostales, subcostales o supraclaviculares.
- Presencia de ruidos respiratorios como: crepitantes, hipoventilación, también ayudan a obtener un correcto diagnóstico.
- Baja saturación de O₂, que oscile entre <93-95%. (Sansano, 2013)

Normalmente se han descrito dos formas clínicas de neumonía que son la: típica y atípica. Las cuales gracias a sus características nos orientaran hacia una u otra etiología, pero no son patognomónicas. (Sansano, 2013)

La neumonía típica, es caracterizada por ser etiológicamente originada por neumococo e Influenzae b, este se da inicio con esta febril y taquipnea, aunque la tos no está presente al inicio de esta. La neumonía atípica está relacionada etiológicamente con virus, Mycoplasma y Chlamydia, y esta se manifiesta con más síntomas ya sean respiratorios y no respiratorios. (Sansano, 2013)

Se debe valorar la gravedad de la neumonía por los siguientes signos:

- ◆ Estado general del paciente, lo que incluye el grado de alerta (nivel de conciencia) y la dificultad para alimentarse.
- ◆ El compromiso respiratorio
- ◆ Y los niveles de saturación de oxígeno (Sat O₂) $\leq 92-95\%$

Diagnóstico Radiológico

La radiografía (Rx) de tórax este es un procedimiento gold estándar para poder establecer y esclarecer el diagnóstico de neumonía o de alguna patología respiratoria. Primordialmente existen dos patrones radiológicos de neumonías (alveolar e intersticial), y aunque clásicamente cada uno se ha relacionado con un tipo de infección (bacteriana/vírica), ninguno es patognomónico de una etiología en concreto. (Cruz, 2017)

El patrón alveolar, este es asignado por etiología bacteriana, se destaca por presencia de consolidación lobar y broncograma aéreo. Si existe derrame pleural está casi siempre nos dirige a una neumonía bacteriana. (Cruz, 2017)

En cambio, el patrón intersticial, es más común por ser causa de las neumonías víricas, se caracteriza por infiltrados perihiliares difusos bilaterales, atrapamiento aéreo, y en ocasiones atelectasias por taponamientos de secreciones como moco, que se confunden con frecuencia con opacidades sugestivas de origen bacteriano y predisponen al uso de antibióticos. El patrón intersticial también se puede observar en neumonías por Chlamydia pneumoniae, Legionella y Mycoplasma, aunque este último microorganismo se puede presentar con cualquiera de los dos patrones o incluso un patrón mixto. (Cruz, 2017)

TRATAMIENTO

Para dar inicio al tratamiento la elección del antibiótico se hará de forma empírica, su elección estará basado en los agentes causales más probables, por los factores que modifiquen la severidad de la enfermedad, por la vía de administración del fármaco y lugar de atención del paciente. (López, 2016)

Si ya existe un patógeno identificado, el tratamiento que ha sido empírico debe ser cambiado y enfocado en el agente causal. En los pacientes ambulatorios, con síntomas leves, que han estado previamente sanos y sin factores de riesgo presentes, el antibiótico de elección es la Amoxicilina 500 mg por vía oral. En caso de intolerancia o hipersensibilidad a las penicilinas, se puede administrar Doxiciclina de 200 mg y luego 100 mg por vía oral o también se puede utilizar el fármaco Claritromicina de 500 mg vía oral. Todos los antibióticos deben ser suministrados por 7 a 10 días. (López, 2016)

En pacientes con pronóstico severo de nivel bajo, que necesitan ser hospitalizados por comorbilidades o factores sociales, se le brinda antibioticoterapia con Amoxicilina. Para la neumonía severa moderada se recomienda respiratoria como es el Levofloxacino de 750 mg o Moxifloxacino de 400 mg. (López, 2016)

En los pacientes hospitalizados con moderada severidad de la enfermedad, pueden ser tratados adecuadamente con antibióticos orales, el tratamiento efectivo es con β lactámico (Amoxicilina) más un Macrólido (Claritromicina). Los pacientes con riesgo severo, deben de ser tratados de manera inmediata con antibióticos por vía parenteral. (López, 2016)

FACTORES DE RIESGO

Existen numerosos factores de riesgo dependientes del huésped y del ambiente se han asociado con una mayor incidencia de NAC, entre ellos están:

1. *Factores del huésped:* En este se encuentran pacientes con enfermedades crónicas, cardiopatías congénitas, displasia broncopulmonar (DBP), desnutrición, asma, hiperreactividad bronquial, infecciones respiratorias recurrentes, inmunodeficiencias. (Morales, 2018)

2. *Factores ambientales*: el hacinamiento y exposición a contaminantes ambientales incrementan el riesgo de neumonía, dentro de este grupo también encontramos al tabaquismo pasivo. (Morales, 2018)
3. *Antiácidos*: el uso de antiácidos (incluyendo los antagonistas del receptor H2 y los inhibidores de la bomba de protones) se asocia a un riesgo incrementado de NAC en adultos y hay datos que sugieren esta asociación en niños. (Morales, 2018)
4. *Alcohol*: el consumo de alcohol incrementa el riesgo de neumonía en adolescentes, al aumentar el riesgo de aspiración, ya que inhiben el reflejo epiglótico y de la tos. El alcohol se asoció a la colonización de la orofaringe por bacilos gran GRAM negativos aerobios. (Morales, 2018)

1.1. JUSTIFICACION

De acuerdo a las guías de atención a las neumonías en el primer nivel de atención del Ministerio de Salud, en nuestro país el mayor número de casos se produce en invierno coincidiendo con el aumento de infecciones virales en la comunidad. Cuando hay epidemias de influenza se incrementa su incidencia. El uso inadecuado de antibióticos ha incrementado las tasas de resistencia de los gérmenes causales a los antimicrobianos.

En el presente caso clínico se basa en la presentación de un paciente con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad en la cual también esta relacionado con insuficiencia respiratoria. Este es provocado por la bacteria *Streptococcus* lo que está ocasionando inflamación del parénquima pulmonar y diversos síntomas como malestar general del cuerpo, esta febril alto, disneico, y uso de músculos respiratorios accesorios. El propósito primordial del desarrollo de este caso clínico es poner en práctica los conocimientos adquiridos y las destrezas enseñada en el ámbito hospitalario para llevar a cabo este proyectó.

El tratamiento que se estableció fue antimicrobiano, oxigenoterapia convencional y fisioterapia para mejorar su patrón ventilatorio, con el fin de disminuir los riesgos de invadir la vía aérea del paciente y evitar mayores complicaciones.

El objetivo de este caso es conseguir una mejoría de los síntomas y enlentecer la progresión de la enfermedad, consiguiendo la máxima capacidad física, mental, social y laboral de la paciente.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo general

- Determinar la Intervención del Terapista Respiratorio en paciente femenino de 45 años con neumonía adquirida en la comunidad.

1.2.2. Objetivos específicos

- Caracterizar el agente etiológico presente en la paciente femenina de 45 años con neumonía adquirida en la comunidad
- Identificar las manifestaciones clínicas en paciente femenino de 45 años con neumonía adquirida en la comunidad.
- Detallar el tratamiento respiratorio a utilizar en paciente femenino de 45 años con neumonía adquirida en la comunidad

1.3. DATOS GENERALES

Nombre: N N

Edad: 45

Sexo: FEMENINO

Nacionalidad: ECUATORIANA

Estado civil: CASADA

Nivel de estudios: PRIMARIA

Raza: MESTIZO

Ocupación: NR

Peso: 59 KG

Altura: 1,60 cm

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

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

Pacientes de sexo femenino de 45 años de edad acude al área de emergencia del hospital general IESS Babahoyo acompañada familia (esposo e hijos), por presentar cuadro clínico de 8 días de evolución hace 3 días empieza con taquipnea y alza térmica disnea mínimo esfuerzo y frecuencia respiratoria espontanea 36 rpm.

Antecedentes patológicos personales

No Refiere

Antecedentes familiares

Madre: DIABETICO

Padre: HIPERTENSA

Antecedentes quirúrgicos

No refiere

Alergia

No refiere

Hábitos

Alcohol

Fumadora

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

Paciente de sexo femenino de 45 años de edad acude al área de emergencia del hospital general IESS Babahoyo acompañada de su esposo e hijos. La paciente refiere presentar un fuerte dolor en el pecho al momento de estornudar y de respirar, hace 3 días presento alza térmica acompañado de escalofríos y malestar general, por la noche la paciente se auto médica con dosis de ibuprofeno cada 8 horas, posteriormente el cuadro clínico empeora presentando mayor dificultad al respirar.

Signos vitales

TA: 128/82

FC: 110 LMP

FR: 36 RPM

T: 38 °C

SpO₂: 88

2.3. Examen físico (exploración clínica)

Cráneo: Normocéfalo

Cara: Normal

Boca: Mucosa húmeda y coloreadas con sus piezas dentales completa

Torax: Ancho simétrico, uso musculatura accesorio de la respiración

Ruidos pulmonares: Auscultación en el hemitórax derecho, izquierdo crepitante húmedo, y en la línea base del hemitórax derecho, izquierdo roncus.

2.4. Información de exámenes complementarios realizados.

Radiografía del tórax: Se visualiza patrón intersticial bilateral difuso en bases.

Gasometría se reflejó: PH: 7.35, pO₂: 70 mmHg, pCO₂: 59 mmHg, HCO₃: 22 mmol/l, saturación: 88.

Química sanguínea se reflejó: Leucocitos: 22,430, Neutrófilos: 87.2%, hematocrito: 48%, hemoglobina: 15.50%, plaquetas: 119.000.

2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

Diagnostico presuntivo

Insuficiencia respiratoria aguda

Diagnóstico diferencial

Neumonía no especificada

Diagnóstico definitivo

Neumonía adquirida en la comunidad

2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realiza.

La Neumonía Adquirida en la Comunida es una infección aguda que produce un proceso inflamatorio del parénquima pulmonar causado por agentes infecciosos, especialmente por la bacteria *Streptococcus pneumoniae* y se ha convertido en una gran amenaza en la actualidad, el tratamiento pertinente consiste en administrar antimicrobiano y oxigeno terapia convencional si el caso no es complicado.

Para su diagnostico se requiere radiografía de tórax, análisis de sangre en laboratorio (biometría hemática, gasometría, prueba de esputo).

Diferentes factores influyen en la selección inicial del tratamiento en la paciente: la probable etiología, presentación clínica y radiografía de tórax ayudran a establecer el tratamiento q inicialmente fue antibioticos por vía intravenosa, soporte de oxigeno suplementario 9 L/min mediante una mascarilla con reservorio para compensar la dificultad respiratoria manteniendo una saturación por encima de 96%. Se continua con el tratamiento para mejorar los síntomas persistentes.

2.7. Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud considerando valores normales.

Cada uno de los procesos aplicados en este caso de estudio se realizaron porque previa consulta en artículos los mismos que identificaban su eficacia, tanto diagnóstico como en la implementación del tratamiento efectivo en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad.

Realizando el comparativo entre los resultados conseguidos por el paciente, frecuencia cardiaca 110 l/min, presión arterial 128/82mmHg, frecuencia respiratoria 36 rpm, temperatura 38°C y saturación 88%, y los valores normales podemos identificar que estamos frente a una patología respiratoria la cual se debe tratar en la brevedad posible para evitar futuras dificultades.

El diagnostico que fue establecido mediante el estudio de los resultados de exámenes de laboratorio y Rx, DX: neumonía adquirida en la comunidad de estadía

temprano, en el cual se implemento soporte de oxigeno suplementario por medio de mascarilla de reservorio mejorando la mecánica respiratoria.e

2.8. Seguimientos

Día 1

Paciente femenino de 45 años que acude al área de emergencia con síntomas de taquipnea alza térmica disnea mínimo esfuerzo y frecuencia respiratoria espontanea 36 rpm. Saturando 88 en un estado descompensado, una vez diagnosticada la causa de aquellos síntomas se trata a la paciente por neumonía adquirida en la comunidad, administando tratamiento con antibioticos el y oxigenoterapia convencional.

Se inicia el tratamiento con antibióticos, amoxicilina-ácido clavulánico por vía oral, nebulizaciones con 3 ml de solución salina y 15 gotas de bromuro de ipratropio, fisioterapia (vibración y percusión) y oxigenoterapia con mascarilla de reservorio a 9 L/min el paciente satura 94 se comporta colaborador.

Día 2

Paciente en condiciones clinicas de cuidado, descompensada no colaboradora y continua con tratamiento de antibiótico, amoxicilina-ácido clavulánico por vía oral, nebulizaciones con 3 ml de solución salina y 15 gotas de bromuro de ipratropio, fisioterapia (vibración y percusión) y oxigenoterapia con mascarita con reservorio a 9 L/min.

La paciente se encuentra en condiciones clínica de cuidado con disnea presente, el terapeuta recibe orden del doctor del turno que le suba el oxígeno a 13 L/min, saturando 96 y se comporta colaborador y capta órdenes.

Día 3

Paciente colaboradora, continua con tratamiento de antibióticos, amoxicilina-ácido clavulánico por vía oral, nebulizaciones con 3 ml de solución salina y 15 gotas de bromuro de ipratropio, fisioterapia (vibración y percusión) y oxigenoterapia con mascarita con reservorio a 13 L/min saturando 96%.

Tras presentar mejoría en el patrón ventilatorio y oxigenación adecuada, se prescribe destete progresivo de soporte de oxígeno de 13 litros a 10 l/min, con una saturación de oxígeno de 97%.

Después de 8 horas

Paciente se encuentra orientada en tiempo y espacio, continua con tratamiento de antibióticos, amoxicilina-ácido clavulánico por vía oral, nebulizaciones con 3 ml de solución salina y 15 gotas de bromuro de ipratropio, fisioterapia (vibración y percusión) y oxigenoterapia con mascarita con reservorio a 10 L/min saturando 97.

Tras presentar mejoría en la mecánica ventilatoria y una adecuada oxigenación se disminuye el soporte de oxígeno a 8 l/min saturando 97%.

Día 4

La paciente se encuentra orientada en tiempo y espacio, continua con tratamiento de antibióticos, amoxicilina-ácido clavulánico por vía oral, nebulizaciones con 3 ml de solución salina y 15 gotas de bromuro de ipratropio, fisioterapia (vibración y percusión) y oxigenoterapia con mascarita con reservorio a 8 L/min saturando 97.

Tras presentar mejoría en el patrón ventilatorio y oxigenación adecuada se cambia de dispositivo y se coloca una cánula nasal a 4 L/min saturando 97% y se lo traslada a sala.

Día 5

La paciente se encuentra orientada en tiempo y espacio, continua con tratamiento de antibióticos, amoxicilina-ácido clavulánico por vía oral, nebulizaciones con 3 ml de solución salina y 15 gotas de bromuro de ipratropio, fisioterapia (vibración y percusión) y oxigenoterapia con cánula nasal a 4 L/min saturando 98.

Conforme a la valoración clínica presenta mejoría en el patrón ventilatorio y oxigenación adecuada se continua con el destete progresivo de oxígeno suplementario a 2 L/min saturando 98%.

Día 6

Tras analizar la paciente que se encuentra despierta colaboradora, capta órdenes en sala continua con tratamiento de antibióticos, amoxicilina-ácido clavulánico por vía oral, nebulizaciones con 3 ml de solución salina y 15 gotas de bromuro de ipratropio, fisioterapia (vibración y percusión) y oxigenoterapia con cánula nasal 2 L/min saturando 98%.

Se suspende la oxigenoterapia de cánula nasal simple, el paciente queda respirando a aire ambiente con próximo control gasométrico.

Día 7

Tras examinar la paciente se encuentra despierta colaboradora, en sala continua con tratamiento de antibióticos, amoxicilina-ácido clavulánico por vía oral, nebulizaciones con 3 ml de solución salina y 15 gotas de bromuro de ipratropio, fisioterapia (vibración y percusión) saturando 99.

Se realiza el control gasométrico obteniendo resultados en equilibrio se procede a dar de alta al paciente con 6 días de reposo bajo prescripción de medicamento farmacológico (antibióticos) e inhalador.

Resultado de examen de gases arteriales.

Gasometría	Resultado
PH	7.40
PACO2	40
PO2	170
HCO3	24
SATO2	99

2.9. OBSERVACIONES

La clínica en la neumonía adquirida en la comunidad se basa en un conjunto de signos y síntomas los mismos que se relacionen con una infección de vías respiratorias bajas manifestando además una afectación del estado general, incluyendo fiebre, disnea, tos, expectoración, dolor torácico, crepitantes, presencia de un infiltrado en la radiografía de tórax.

La manifestación de la gravedad de la neumonía es muy variable, por lo que es esencial evaluar el estadio y pronóstico antes de plantear si se hará tratamiento ambulatorio u hospitalario.

En la exposición de este caso, se logró identificar las manifestaciones relacionadas con una infección de vías respiratorias bajas lo mismo que permitió pautar procedimientos terapéuticos específicos en la paciente, incluyendo tratamiento farmacológico (antibióticos y corticoides), soporte de oxígeno suplementario y fisioterapia respiratoria.

La justificación para determinar la etiología la misma que se basa en la posibilidad de identificar el patógeno, fundamentalmente *Staphylococcus aureus* y que generalmente presentan resistencias. La identificación oportuna del diagnóstico y la aplicación de tratamiento y soporte respiratorios en los casos de neumonía que dentro de sus manifestaciones clínicas incluyen dificultad respiratoria marcan una diferencia en las complicaciones y los ingresos a unidades de cuidados intensivos y los porcentajes de morbilidad y mortalidad.

CONCLUSIONES

En un formato general sabemos que la neumonía adquirida en la comunidad es una patología que es superada por la mayoría de los pacientes, como pacientes en edades jóvenes. Pero debemos tener en cuenta que los pacientes mayores de edad esta puede ser una patología sumamente grave por lo que compromete la vida del paciente y se debe adoptar medidas de prevención que ayuden a la mejoría de estos pacientes, como las vacunas normalmente.

La neumonía adquirida en la comunidad es una problemática muy común durante el cuidado médico, tanto en la toma de disposiciones sobre determinar cuál es el inconveniente si requiere una atención ambulatoria, ingreso a hospitalización o posible derivación a la unidad de cuidados intensivos en base a la severidad de este padecimiento. Debe incluir un control clínico a las cuarenta y ocho o setenta horas de iniciar el tratamiento empírico.

La identificación oportuna del diagnóstico y la aplicación de tratamiento y el uso de soporte respiratorio en la mayoría de los casos, produce una mejora en la calidad de vida del paciente.

Referencias bibliográficas

- Cruz, Ó. A. (2017). *Neumoped.* Obtenido de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/09_complicaciones_neumonia_adquirida_0.pdf
- López, L. S. (2016). *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA.* Obtenido de <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/618/art21.pdf>
- Maydana, D. M. (Diciembre de 2018). *Ludovica Pediátrica - VOL 21.* Obtenido de https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/01/969268/04_guia.pdf
- Morales, D. J. (2018). *Guía Ludovica Pediátrica .* Obtenido de https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/01/969268/04_guia.pdf
- Risso, D. M. (2018). *Ludovica Pediátrica.* Obtenido de https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/01/969268/04_guia.pdf
- Sansano, M. I. (08 de Febrero de 2013). *El Pediatra de Atención Primaria y la Neumonía.* Obtenido de <https://www.aepap.org/sites/default/files/gvr/protocolo-neumonia-2011.pdf>
- Tomás, R. M. (2012). *Neumomadrid .* Obtenido de https://www.neumomadrid.org/wp-content/uploads/monogix_4._neumonia_adquirida._epidemiol.pdf
- UCCL. (Septiembre de 2021). *Repositorio Universidad de Chile.* Obtenido de <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2021/09/III.-Evaluacion-y-manejo-de-la-neumonia-adquirida-en-la-comunidad.pdf>

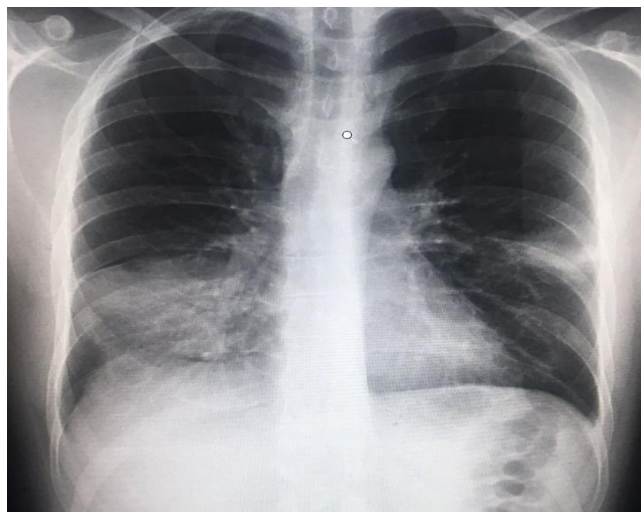
ANEXO



Fotografía 1. Rx de torax



Fotografía 3. Vista panoramica de torax



Fotografía 2. Rx de torax de paciente