



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

Componente Practico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Licenciada en Terapia Respiratoria.

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

Neumonía Comunitaria e Insuficiencia Respiratoria Aguda en pacientes de 44 años de sexo masculino.

AUTOR:

Martha Priscila Briones Ortega

TUTOR:

Lic. Paola Espín Mancilla

BABAHOYO - LOS RIOS – ECUADOR

2020

ÍNDICE GENERAL

TITULO DEL CASO CLINICO	3
DEDICATORIA.....	4
AGRADECIMIENTO.....	5
RESUMEN	6
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCION.....	8
I.MARCO TEORICO.....	9
1.1.Justificación	17
1.2.Objetivos.....	18
1.2.1.Objetivo General.....	18
1.2.2.Objetivos Específicos.....	18
1.3.Datos Generales	18
II.METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	18
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.....	18
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	19
2.3 Examen físico (exploración clínica).	19
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.	22
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	23
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.	23
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	24
2.8 Seguimiento.....	24
2.9 Observaciones.	26
CONCLUSIONES.....	¡Error! Marcador no definido.
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	28
ANEXOS	29

TITULO DEL CASO CLINICO

Neumonía Comunitaria e Insuficiencia Respiratoria Aguda en pacientes de 44 años de sexo masculino.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios en primer lugar por haber sido mi guía en todo momento y darme las fuerzas necesarias para seguir adelante incluso cuando no podía más.

A mis padres, a mis hermanos, que son el regalo maravilloso que Dios me ha dado, por su apoyo incondicional, por sus esfuerzos y los sacrificios que ha hecho por mí, para que pueda lograr mis metas propuestas.

A mis abuelos, que son un pilar fundamental en mi vida, son quienes con sus consejos y enseñanzas me han sabido guiar y por darme su amor incondicional, porque creyeron en mí, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver casi alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final.

A mis demás familiares, por acompañarme en cada una mis metas que he emprendido y por su apoyo en todo momento, en especial a Mi segunda mama Kerly Ortega quien ha estado conmigo incondicionalmente sin importar lugar ni la hora, quien con palabras de aliento no me dejaba decaer, es una persona muy importante en mi vida y le dedico este triunfo, quien ha creído y confiado en mí en todo momento y gracias por su amor infinito.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la satisfacción de vivir este momento, a la Universidad Técnica de Babahoyo, por haberme aceptado, por permitirme ser parte de ella y abrirme las puertas para poder estudiar esta carrera, así como también a los docentes que me brindaron los conocimientos y su apoyo para seguir adelante día a día.

A mis padres y familia en general, por su constante apoyo, consejos y ayuda que me fortalecen y me impulsan a seguir superándome cada día por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad muchos de mis triunfos se los debo a ustedes incluyendo este.

A mi mejor amiga Melody Pazmiño, Mi Hermana que día a día logramos fortalecer nuestra amistad y hemos estado unidas en todo momento superando muchos obstáculos que se nos presentaron durante los años de estudios, nos hemos dado las fuerzas necesarias para seguir adelante y apoyado incondicional, agradezco por su amor, amistad sincera y por ser un persona maravillosa e importante en mi vida.

A mi prima-hermana Nicole Suarez, quien ha sido mi apoyo constante en este camino llamado vida, con quien cuento y contaré hasta que Dios nos preste vida, por aquello no podría dejar pasar por alto agradecerle, a quien ha sido mi amiga incondicional, mi compañera de aventuras, mi hermana, en fin, mi todo.

En general quisiera agradecer a todas y cada una de las personas que han vivido conmigo este tiempo de estudio, con sus altos y bajos y que no necesito nombrar porque tanto ellas como yo sabemos que desde los más profundo de mi corazón les agradezco el haberme brindado todo el apoyo, colaboración, ánimo y sobre todo cariño y amistad.

RESUMEN

En el presente caso clínico es de un paciente de sexo masculino de 44 años de edad con diagnóstico médico de neumonía comunitaria e insuficiencia respiratoria aguda, con antecedentes renales, en la neumonía comunitaria las pruebas de laboratorio no son estrictamente necesarias en la atención primaria, donde tampoco están indicados estudios microbiológicos y la radiografía de tórax no debe hacerse de forma rutinaria. Ante complicaciones y otros criterios, el paciente debe ser hospitalizado para su tratamiento y control. Se recomienda tratamiento antibiótico en todos los casos, en función de la edad del paciente. La prevención es de vital importancia en el control de esta enfermedad. Se trata de una enfermedad curable que puede ser fatal, sobre todo en niños, por lo que resulta necesario conocer su importancia como problema de la salud pública y tener un conocimiento actualizado acerca de su etiología, patogenia, diagnóstico y las estrategias para su tratamiento y prevención. Por esta razón es fundamental que los médicos estén familiarizados con cada una de estas presentaciones con el fin de reducir su elevada morbimortalidad, en cuanto a la insuficiencia respiratoria aguda es la incapacidad de cumplir las funciones respiratoria correctamente, Como consecuencia inicial en la insuficiencia respiratoria pueden presentarse alteraciones en el nivel de oxígeno y de anhídrido carbónico , el diagnóstico de la insuficiencia respiratoria aguda parte de la sospecha clínica, ayuda el monitoreo con pulsioximetría y su confirmación se basa en el análisis de gases arteriales.

Palabras claves: Neumonía comunitaria, insuficiencia respiratoria, tratamiento antibiótico, pulsioximetría.

ABSTRACT

In the present clinical case, it is of a 44-year-old male patient with a medical diagnosis of community pneumonia and acute respiratory failure, with a kidney history, in community pneumonia, laboratory tests are not strictly necessary in primary care, where Microbiological studies are also not indicated and chest radiography should not be done routinely. Faced with complications and other criteria, the patient must be hospitalized for treatment and control. Antibiotic treatment is recommended in all cases, depending on the age of the patient. Prevention is of vital importance in the control of this disease. It is a curable disease that can be fatal, especially in children, so it is necessary to know its importance as a public health problem and have an updated knowledge about its etiology, pathogenesis, diagnosis and strategies for its treatment and prevention. For this reason, it is essential that doctors are familiar with each of these presentations in order to reduce their high morbidity and mortality, as for acute respiratory failure it is the inability to perform respiratory functions correctly. As an initial consequence, respiratory failure can alterations in the level of oxygen and carbon dioxide occur, the diagnosis of acute respiratory failure starts from the clinical suspicion, monitoring with pulse oximetry helps and its confirmation is based on the analysis of arteriales gases.

Key words: Community pneumonia, respiratory failure, antibiotic treatment, pulse oximetry.

INTRODUCCION

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una enfermedad respiratoria aguda, de origen infeccioso, que compromete el parénquima pulmonar, ocasionada por la invasión de microorganismos patógenos (virus, bacterias, hongos y parásitos) que fueron adquiridos fuera del ambiente hospitalario. La infección ocurre con más frecuencia en personas con sistemas inmunitarios debilitados debido al cáncer, VIH/SIDA, leucemia, trasplante de órganos, quimioterapia u otras afecciones o medicamentos que reducen la cantidad de glóbulos blancos normales o debilitan el sistema inmunitario. También se puede desarrollar al inhalar líquidos o químicos. Las personas con mayor riesgo son las mayores de 65 años o menores de dos años o aquellas personas que tienen otros problemas de salud.

La insuficiencia respiratoria aguda (IRA), Se produce cuando el aparato respiratorio no es capaz de mantener el adecuado intercambio de los gases respiratorios entre la atmósfera y la sangre. No se pueden satisfacer las demandas tisulares de O_2 ni la correcta eliminación del CO_2 como desecho metabólico. Clínicamente se define por una $PaO_2 < 60$ mmHg y una $PaCO_2 > 45$ mmHg, respirando aire ambiente a nivel del mar (FiO_2 21%). Son excepciones la existencia de cortocircuito cardiaco derecha-izquierda con pulmón sano, o la alcalosis metabólica con pulmón sano (la hipoventilación sería un mecanismo compensador). El punto de corte de 60 mm Hg lo determina la morfología de la curva de disociación de la hemoglobina (Hb) y corresponde a una saturación de oxígeno ($satO_2$) arterial del 90%. Por debajo de este punto, el descenso en la PaO_2 se traduce en una marcada reducción de la $satO_2$ que puede comprometer el aporte de O_2 a los tejidos.

La insuficiencia respiratoria aguda es una causa importante de morbilidad en el paciente crítico y constituye uno de los principales motivos de ingreso a una Unidad de Cuidados Intensivos, la morbilidad de estos pacientes puede llegar a ser muy alta, especial en aquellos casos del síndrome de dificultad respiratoria aguda del adulto secundario a sepsis en que puede alcanzar una letalidad de 60% o más.

I. MARCO TEORICO

NEUMONIA COMUNITARIA

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) ocasiona importante morbilidad y mortalidad en la población adulta, especialmente en el anciano con enfermedades preexistentes. En esta revisión examinaremos aspectos relacionados con la epidemiología, diagnóstico clínico y microbiológico, evaluación de la gravedad, tratamiento empírico y prevención de la neumonía comunitaria. El principal patógeno aislado en la neumonía comunitaria sigue siendo *Streptococcus pneumoniae*, seguido por otros microorganismos como *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* y los virus respiratorios, según (Saldías, 2014).

DIAGNOSTICO CLINICO.

La neumonía comunitaria del adulto es un cuadro de evolución aguda, caracterizado por compromiso del estado general, fiebre, calofríos, tos, expectoración mucopurulenta y dificultad respiratoria; asociado en el examen físico a taquicardia, taquipnea, fiebre y signos focales en el examen pulmonar (19). La probabilidad de un paciente con síntomas respiratorios agudos de tener una neumonía depende de la prevalencia de la enfermedad en el ambiente donde se presenta y de las manifestaciones clínicas del enfermo (20). Se estima que la prevalencia de neumonía en los servicios de atención primaria (consultorios y servicios de urgencia) corresponde a 3–5% de las consultas por patología respiratoria. El diagnóstico clínico de neumonía sin confirmación radiográfica carece de precisión ya que el cuadro clínico (anamnesis y examen físico) no permite diferenciar con certeza al paciente con neumonía de otras condiciones respiratorias agudas (infecciones de la vía aérea superior, bronquitis, influenza, asma o EPOC exacerbados) (19,20). Se han diseñado reglas clínicas predictivas para sistematizar la solicitud de radiografía de tórax en pacientes adultos que consultan por síntomas respiratorios agudos y facilitar

la pesquisa de pacientes con neumonía comunitaria en los servicios de atención primaria, (Saldías, 2014).

EPIDEMIOLOGIA

Las enfermedades respiratorias constituyen la tercera causa de muerte de la población chilena, siendo sólo superadas por las enfermedades del aparato circulatorio y los tumores malignos. El 50% de los decesos por enfermedades respiratorias en el adulto son atribuibles a la neumonía, siendo en Chile la principal causa de muerte por enfermedades infecciosas y la primera causa específica de muerte en la población senescente mayor de 80 años. La incidencia y letalidad de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) se elevan en las edades extremas de la vida (bajo un año de edad y sobre 65 años). En la población sobre 65 años de edad, la mortalidad se eleva en forma alarmante, alcanzando a 6,6 muertes por 1.000 personas. Se ha observado una gran variabilidad en la tasa de hospitalizaciones por neumonía en diferentes áreas geográficas, probablemente determinada por diferencias en los criterios empleados por los médicos para evaluar la gravedad de los enfermos, accesibilidad a los sistemas de salud y las características de la población examinada. Se estima que cerca de 20% de los pacientes con NAC requieren ser manejados en el hospital debido a la gravedad de la infección pulmonar, concentrándose en esta población el mayor riesgo de complicaciones, muerte y demanda de recursos de salud. Se han identificado algunas variables clínico-epidemiológicas capaces de modificar la forma de presentación y la gravedad de la enfermedad, tales como la edad avanzada, presencia de co-morbilidades, estado inmune del huésped, consumo de tabaco y alcohol, lugar de adquisición de la infección, el microorganismo causal y la contaminación ambiental, (G.Valdivia, 2005).

TRATAMIENTO

Es importante considerar en todo momento que la evolución de la NAC depende más del tratamiento inicial empírico que del conocimiento del patógeno causal; de ahí la importancia del tratamiento a utilizar. La mayoría de factores

pronósticos identificados en la NAC en estudios previos ha sido confirmada desde hace unos 10 años, incluso se ha diseñado una regla de predicción de pronóstico que es relativamente fácil de realizar al momento de la presentación del paciente en el hospital, Debido a la inexistencia de guías de referencia estándares, los instrumentos que tenemos ayudarán a valorar los riesgos de los pacientes y mejorar las decisiones sobre la hospitalización. A continuación, algunas recomendaciones previas al inicio de tratamiento de la neumonía, (R.Gutierrez, 2006).

PREVENCION

La vacuna anti neumocócica polivalente disponible desde 1983 incluye 23 serotipos de *Streptococcus pneumoniae*, que representan cerca de 90% de las cepas que ocasionan enfermedad neumocócica invasora en adultos inmunocompetentes. La vacuna confiere protección contra la enfermedad neumocócica invasora. Se recomienda vacunar a los adultos sanos sobre 65 años de edad, portadores de enfermedades crónicas (cardiopatías, EPOC, nefropatías, diabetes mellitus, cirrosis hepática, pérdida crónica de LCR, asplenia funcional o anatómica, alcoholismo), inmunocomprometidos incluyendo los infectados por VIH, quimioterapia y neoplasias hematológicas. La vacuna anti influenza se prepara con antígenos particulados, e incluye dos tipos antigénicos de virus influenza A y una de influenza B, seleccionados de acuerdo al perfil epidemiológico que arroja la vigilancia mundial de influenza en el año anterior. Debido al cambio antigénico que se produce cada año, es necesario modificar la composición de la vacuna. Los estudios de costo-efectividad han confirmado la eficacia de la vacuna anti influenza en reducir la morbimortalidad asociada a la epidemia de influenza y los gastos de salud involucrados en el manejo de los enfermos. Además, los estudios clínicos han confirmado que la vacunación reduce el riesgo de neumonía, hospitalización y muerte en la población senescente durante la epidemia de influenza, cuando la cepa de la vacuna es similar a la presente en la comunidad. Se recomienda vacunar anualmente a los adultos sanos sobre 65 años de edad, portadores de enfermedades crónicas (cardiopatías, EPOC, nefropatías, diabetes mellitus,

cirrosis hepática, pérdida crónica de LCR, asplenia funcional o anatómica, alcoholismo), mujeres embarazadas con más de 3 meses de gestación al momento de aparecer la epidemia, inmunocomprometidos, pacientes institucionalizados (geriátricos, residentes en casas de reposo), trabajadores de la salud, viajeros a áreas geográficas de epidemia, (M.C, 2005).

MORTALIDAD

La mortalidad de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) se mantiene elevada en la actualidad. Según las diferentes series la mortalidad varía entre un 21% y un 54%¹⁻¹². Se han realizado un gran número de estudios clínicos destinados a valorar los diferentes factores asociados con la mortalidad de la NAC, tanto en la población general de pacientes ingresados en el hospital como en aquellos que ingresan en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Los factores pronósticos incluyen factores relacionados con la historia previa del paciente, factores relacionados con el estado del mismo al ingreso y factores relacionados con la evolución de la enfermedad, especialmente durante las primeras 48 horas. Los dos primeros grupos de factores (historia y estado al ingreso) son los más importantes para el clínico, por cuanto permiten tomar decisiones de entrada respecto al tratamiento y conducta a seguir con cada paciente, (Cuevas, 2004).

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

La insuficiencia respiratoria aguda (IRA) es la incapacidad del sistema respiratorio de cumplir su función básica, que es el intercambio gaseoso de oxígeno y dióxido de carbono entre el aire ambiental y la sangre circulante, ésta debe realizarse en forma eficaz y adecuada a las necesidades metabólicas del organismo, teniendo en cuenta la edad, los antecedentes y la altitud en que se encuentra el paciente, según (Muñoz, 2010).

FISIOPATOLOGIA.

Como consecuencia inicial en la insuficiencia respiratoria pueden presentarse alteraciones en el nivel de oxígeno (O₂) y/o de anhídrido carbónico (CO₂), esto se explica por qué dentro del sistema respiratorio podemos distinguir en primer término los pulmones y su circulación, que es donde se realiza el intercambio gaseoso, su alteración produce hipoxemia con normocapnia o hipercapnia y en segundo término a la bomba que lo ventila que comprende la pared torácica que incluye la pleura y el diafragma así como los músculos respiratorios y los componentes del sistema nervioso central y periférico, cuya disfunción produce hipoventilación que produce principalmente hipercapnea y en menor grado hipoxemia, además podemos identificar problemas en la vía aérea que pueden causar ambos tipos de situaciones. Describir la insuficiencia respiratoria como hipoxémica o hipercarbica provee alguna información acerca del déficit fisiológico que la produce, sin embargo, una mejor comprensión y reconocimiento de la fisiopatología, considerando individualmente cada uno de los componentes del sistema respiratorio que son requeridos para su funcionamiento fisiológico, nos permitiría una estrategia de diagnóstico y tratamiento, (Muñoz, 2010).

MANIFESTACIONES CLINICAS.

Las manifestaciones clínicas de trastorno respiratorio por lo común reflejan los signos y los síntomas de hipoxemia, hipercapnia o de ambos casos, éstas incluyen:

- Alteraciones mentales, desde agitación hasta somnolencia.
- Aumento del trabajo respiratorio, como aleteo nasal, uso de los músculos respiratorios accesorios, retracciones intercostales, supraesternal y supraclavicular, taquipnea o incluso un patrón de respiración paradójica no sincrónica.
- Cianosis de las membranas mucosas (cavidad oral, lengua) o los lechos ungueales.

- Diaforesis, taquicardia, hipertensión y otros signos de liberación catecolaminérgica (estrés).

Algunos estudios de laboratorio resultan importantes para evaluar la oxigenación tisular; entre los más significativos se debe incluir la gasometría arterial, ya que mide tanto la oxigenación, como el estado ácido base, (Quiroga, 2008).

TRATAMIENTO CLINICO

El tratamiento clínico del paciente con IRA se basa, además del abordaje clínico de la enfermedad de base, en las medidas de soporte de la IRA, que son todas las medidas encaminadas a conseguir unos valores aceptables de oxigenación arterial y ventilación alveolar. Se dividen en: *a)* administración de oxígeno; *b)* ventilación no invasiva, y *c)* ventilación mecánica convencional o invasiva. Los objetivos principales de las medidas de soporte de la IRA son conseguir: *a)* valores aceptables de oxigenación arterial, retirando la PaO₂ de la zona peligrosa de la curva de saturación de la hemoglobina (en general alcanzando valores de PaO₂ > 60-65 mmHg y/o saturación de hemoglobina > 90-92%), y *b)* cifras aceptables de ventilación alveolar, que dependerán de los tipos de pacientes y de las situaciones clínicas, (M.Ferrer, 2001).

CLASIFICACION

Podemos clasificarla de varias formas:

Según criterio clínico evolutivo:

- Insuficiencia respiratoria aguda.
- Insuficiencia respiratoria crónica.
- Insuficiencia respiratoria crónica reagudizada.

Según mecanismo fisiopatológico subyacente:

- Disminución de la fracción inspiratoria de oxígeno (FIO₂).
- Hipoventilación alveolar.
- Alteración de la difusión.

- Alteración de la relación ventilación perfusión.
- Efecto del shunt derecho izquierdo.

Según características gasométricas:

- Insuficiencia respiratoria TIPO I: Hipoxémica
- Insuficiencia respiratoria TIPO II: Hipercarbica
- Insuficiencia respiratoria TIPO III: Perioperatoria
- Insuficiencia respiratoria TIPO IV: Shock o Hipoperfusión, (Guitierrez, 2010).

SINTOMAS Y SIGNOS

Son inespecíficos, pueden variar ampliamente de un paciente a otro, y pueden comprometer tanto la esfera respiratoria como el sistema cardiovascular y el sistema nervioso central.

- **La disnea:** Corresponde al síntoma principal que se observa en los pacientes con IRA. Generalmente se describe como “dificultad para respirar”, “acortamiento de la respiración”, “falta de aire” o “falla de la respiración”. La disnea debe diferenciarse como término de la taquipnea (aumento de la frecuencia respiratoria) y ortopnea (intolerancia respiratoria al decúbito dorsal).
- **Las sibilancias:** Son producidas por obstrucción de la vía aérea asociada a broncoespasmo, hipertrofia o espasmo de la musculatura lisa respiratoria, hipersecreción de moco e inflamación peribronquial.
- **La cianosis:** Se define como el tinte o color azulado de la piel y mucosas, que resulta del incremento de hemoglobina reducida o desoxihemoglobina, y su presencia se traduce como hipoxia de los tejidos. Existen factores de tipo anatómico, fisiológico y físico que generan el aumento de la hemoglobina reducida y desencadenan la cianosis; de acuerdo a estos factores, podemos clasificar la cianosis como central y periférica.

- **Tos:** Que corresponde a un reflejo del sistema respiratorio por irritación de la mucosa o por la presencia de elementos extraños dentro del mismo.
- **Alteraciones en la saturación de oxígeno:** Que se evidencian a través de la utilización del oxímetro de pulso y se traduce en una disminución por debajo del 90% en los casos de IRA.
- **Alteraciones del sistema cardiovascular:** Las cuales se expresan principalmente con taquicardia y con arritmias cardíacas, además de alteraciones en las cifras de presión arterial.
- **Alteraciones neurológicas:** Que van desde la confusión hasta el estupor y coma, (GUITIERREZ, 2010).

1.1. Justificación

La neumonía comunitaria y la Insuficiencia Respiratoria aguda afecta a personas de todas las edades, debido a su gran incidencia en adultos mayores y sus complicaciones al no tener un tratamiento debido, podrían comprometer la vida, por eso este ensayo hemos logrado determinar un tratamiento terapéutico ideal mediante la ayuda de exámenes complementarios. Se comentará cómo evolucionó el trastorno y el tratamiento con respecto a lo esperado en función de lo que se plantea en los estudios.

La neumonía ha representado un importante problema de salud pública en nuestro país, puesto que se encuentra dentro de las tres primeras causas de morbimortalidad en adultos, siendo una de las principales consultas médicas en los servicios de emergencia de los hospitales. En la mayoría de los casos no se llega a un diagnóstico etiológico, lo que justifica establecer un tratamiento empírico, ante la aparición de signos clínicos compatibles con neumonía, para evitar la progresión de la enfermedad y aparición de complicaciones.

En este trabajo de investigación se formulará el diagnóstico definitivo y se tomarán posteriores acciones de salud, para prevenir la patología detectada. Se comentará cómo evolucionó el trastorno y el tratamiento con respecto a lo esperado en función de lo que se plantea en los estudios. El tratamiento a seguir será por medio de antibiótico los más usados en este caso serán Vancomicina y Meropenem, de acuerdo a su evolución se ira modificando el tratamiento hasta lograr la mejoría del paciente.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo General

Constatar los factores que incidieron en la neumonía comunitaria e insuficiencia respiratoria aguda en paciente de 44 años de sexo masculino.

1.2.2. Objetivos Específicos

1.2.2.1. Identificar los factores de riesgos que inciden en la neumonía comunitaria e insuficiencia respiratoria aguda en paciente de 44 años de sexo masculino.

1.2.2.2. Categorizar los factores de riesgos que inciden en la neumonía comunitaria e insuficiencia respiratoria aguda

1.2.2.3. Establecer estrategias terapéuticas para la neumonía comunitaria e insuficiencia Respiratoria aguda.

1.3. Datos Generales

Identificación del paciente: NN

Edad: 44 años

Nacionalidad y residencia: ecuatoriano, Guayaquil

Sexo: Masculino

Raza: Mestizo

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

Paciente de 44 años, refiere cuadro clínico de 12 horas de evolución caracterizado por presentar fiebre no cuantificada que se acompañe de tos poco productiva, disnea a los medianos esfuerzos y ortopnea por lo que acude a esta casa de salud.

Antecedentes

Personales

Vacunas: MSP

Enfermedad quirúrgica: Trasplante Renal hace 5 años

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).

ANAMNESIS

Motivo de Consulta

Causa Clínica

A: Fiebre

B: Tos

C: Disnea

D: Ortopnea

Enfermedad Actual

Paciente Masculino con 44 años APP: Tx renal + inmunosupresión (hace 5 años), Nefropatía crónica renal recibido tratamiento de HD trisemanal L-M-V (desde enero – junio 2019), Bacteremia por SAMR asociada a catéter (tratamiento con vancomicina hasta 7/agosto 20109), Neumonía por Aspergillus , paciente refiere cuadro clínico de 12 horas de evolución caracterizado por presentar fiebre no cuantificada que se acompaña de tos poco productiva , disnea a los medianos esfuerzos y ortopnea por lo que acude a esta casa de salud en CASO DE INTOXICACIÓN , ACCIDENTE O VIOLENCIA .

2.3 Examen físico (exploración clínica).

Revisión por sistemas

Órganos de los sentidos: Normal

Respiratorios: Anormal. Fiebre, tos, disnea, ortopnea.

Cardiovascular: Normal.

Digestivo: Normal.

Genital: Normal.

Urinario:Normal.

Musculo Esquelético: Normal.

Endocrino: Normal.

Hemo Linfático: Normal.

Neurológico: Normal.

Piel: Normal.

Otros: Normal.

Hemolinfatico: Normal.

Signos vitales

Fecha-Hora: 19/11/2019 21h49.

Frecuencia Cardiac: 85 latidos por minutos

Temperatura: 37°C

Lugar de la Toma: Axilar.

Saturación de Oxígeno: 90%, Sin oxígeno.

Condiciones Generales

Fecha-Hora: 19/11/2019 21h49.

Aspecto General: Regular

Condición al llegar: Vivo-Estable

Color de Piel: Pálido

Orientado en tiempo: Si

Estado de hidratación: Euvolemico

Orientado en espacio: Si

Estado de conciencia: Alerta

Orientación de espacio: Si

Estado de dolor: Sin dolor

Posición Corporal: Decúbito dorsal

Presión arterial (mmhg):

FECHA HORA	M/A	SISTÓLICA	DIASTÓLICA	PA MEDIA	LUGAR DE TOMA	POSICIÓN	OTRA
19/11/2019 21:49	Manual	110	70	83	MIEMBRO SUPERIOR DERECHO	SENTADO	-

Pulso (Pul/min):

FECHA - HORA	VALOR	P/A	RITMO	LUGAR TOMA	INTENSIDAD
19/11/2019 21:49	85	Presente	Rítmico	Radial derecho	SE PALPA NORMAL

VALORACIÓN NEUROLÓGICA

FECHA HORA	GLASGOW				DIÁMETRO PUPILAR (MM)		RESPONDE A LA LUZ	
	APERTURA OCULAR	RESPUESTA MOTORA	RESPUESTA VERBAL	TOTAL	OJO IZQ	OJO DER	OJO IZQ	OJO DER
19/11/2019 21:49	espontanea	Obedece ordenes	orientado	15/15	3	3	SI	SI

Examen físico por regiones

-PIEL Y FANERAS

PIEL Y FANERAS: Normal

-CUELLO

CUELLO: Normal

-TORAX

AXILAS- MAMAS: Normal

TORAX: Normal

- ABDOMEN

ABDOMEN: Normal

-CABEZA

CABEZA: Normal

OJOS: Normal

OIDOS: Normal

NARIZ: Normal

BOCA: Normal

OROFARINGE: Normal

-COLUMNA VERTEBRAL

COLUMNA VERTEBRAL: Normal

-PELVIS

INGLE- PERINE: Normal

GENITALES: Normal

-EXTREMIDADES

MIEMBROS SUPERIORES: normal

MIEMBOS INFERIORES: normal

2.4 Información de exámenes complementarios realizados.

IMAGENOLOGIA

RX. Portátil de Tórax

Se muestra opacidad aumentada en ambos campos pulmonares, indicativo de neumonía.

TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA (TAC) DE TORAX:

La tomografía computarizada de tórax confirma lo observado en la radiografía, opacidad aumentada.

EXÁMENES DE LABORATORIOS

Hemoglobina (hb): 14 g/l

- Hematocrito (hto): 40%

- Plaquetas: 300.000

- Leucocitos: 15.000

• Neutrófilos: 80%

• Linfocitos: 5%

• Monocitos: 4%

• Eosinofilos: 0.0%

• Basófilos: 0.3

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Diagnostico Presuntivo

Insuficiencia respiratoria no especificada

Diagnóstico diferencial

Nefropatía crónica con requerimiento de diálisis

Neumonía basal izquierda

Diagnóstico Definitivo

Neumonía Comunitaria - Neumonía por Aspergillus

Trasplante renal – Falla renal crónica con requerimiento dialítico.

Insuficiencia Respiratoria Aguda

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

El paciente con cuadro de neumonía comunitaria e insuficiencia respiratoria aguda, ingresó afebril con saturación de oxígeno de 90% con disnea de leves esfuerzos, motivo por el cual se le fue colocado una cánula nasal de 4 litros, se le realizó exámenes de laboratorio, una Rx la cual nos indicó infiltraciones pulmonares motivo por el cual se diagnostica la neumonía.

El problema se origina después de inhalar o aspirar microorganismos patógenos como bacterias, virus, hongos y parásitos adquiridos en el medio donde vive, fuera o dentro del ambiente hospitalario. Durante la estancia hospitalaria se recurre a

tratamiento terapéutico para ayudar a combatir el hongo presente en el paciente, siendo atendido de manera rigurosa y necesaria para evitar su propagación.

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

Una vez analizado cada uno de los valores de los exámenes de laboratorio, las radiografías de tórax y tomografías computarizadas para determinar el diagnóstico definitivo se prescribe el tratamiento de Vancomicina + Meropenem , los cuales fueron los más eficaces para evitar el progreso de la patología , y debido a su disnea de leve esfuerzo se usó soporte terapéutico de Oxigenoterapia, ayudando a la mejoría del paciente, su tiempo y costo económico, el cual ayudaran su estadía hospitalaria y pronta recuperación.

Ya que la neumonía comunitaria e insuficiencia respiratoria aguda son dos patologías respiratorias, las cuales están presente más a menudo en adultos y son problemáticas en hospitales por su afección directa con el centro respiratorio. Considerando que presenta valores: FC: 85 latidos por minutos, ALZA TERMICA DE 39°C, GLASGOW 15/15. Siendo los valores normales FC: 60/100 FR: 12/18 TC: 37°C TA: 120/80 GLASGOW: 15. Además junto a los síntomas tos, distrés respiratorio SAT.02:85% etc, se ha procedido con el esquema terapéutico que se ha mencionado con anterioridad con el fin de contrarrestar la infección y evitar las complicaciones respiratorias que se presenten.

2.8 Seguimiento.

20/11/2019: Paciente Masculino de 44 años, cursando primer día de hospitalización se encuentra en regulares condiciones clínica disneico con leve respiración toracoabdominal, con soporte de oxigeno por cánula nasal a 4lts.Refiere que ha presentado alza térmica en día anterior. Médico tratante ha conversado con el paciente sobre el requerimiento de unidad critica en caso d ser necesario por su dificultad respiratoria.

21/11/2019: Paciente Masculino de 44 años, con antecedente de trasplante renal cursando los 2 días de hospitalización con ID: Neumonía, se solicita exámenes de laboratorio.

22/11/2019: Paciente despierto, afebril desde hace 48 horas, taquipneico con O2 suplementario, continua con tratamiento de Vancomicina + Meropenem hasta resultados de cultivos.

23/11/2019: Paciente Masculino de 44 años con insuficiencia respiratoria secundaria neumonía complicada con insuficiencia renal crónica es esquema ATB, hoy refiere sentirse mejor diuresis de 1600 en 24 horas, no edemas, persiste con HTO de 23% motivo por el cual decide transfundir 1 paquete de GRV.

24/11/2019: Paciente Masculino de 44 años con insuficiencia respiratoria secundaria Neumonía se ha mantenido afebril, refiere sentirse mejor.

25/11/2019: Paciente Masculino de 44 años con insuficiencia respiratoria secundaria Neumonía se ha mantenido afebril, continuo disneico con O2 suplementario probablemente asociado a sobrecarga de volumen.

26/11/2019: Paciente Masculino de 44 años con insuficiencia respiratoria secundaria neumonía, refiere estar mejor y médico tratante ordena alta hospitalaria con medicación en el hogar, al siguiente día.

2.9 Observaciones.

Paciente Masculino de 44 años, ingreso a la casa de salud con disnea, ortopnea, tos y fiebre, se colocó tratamiento de oxigenoterapia con cánula de 4 litros, y se le dio medicación vía oral, la patología evolucionó de una manera aceptable, mediante el tratamiento que le administramos, logramos tratar la patología eficazmente no se presentaron complicaciones durante el transcurso. Antes de realizar el tratamiento a seguir se le informo acerca de las ventajas y desventajas que podrían presentarse durante el transcurso. Una vez aceptado el consentimiento informado se procedió a realizar el tratamiento obteniendo una eficaz recuperación.

CONCLUSIONES

Se concluye que la neumonía comunitaria e insuficiencia respiratoria aguda son dos patologías que debe ser afrontada desde la atención primaria de salud. Las acciones de prevención y promoción de salud tienen importancia relevante.

El diagnóstico del estado del paciente de 44 años de sexo masculino con insuficiencia respiratoria aguda se lo realizo por medio de su sintomatología, exámenes de laboratorio e imagenología.

El tratamiento con antibiótico se individualizo, considerando las comorbilidades del paciente y la tolerancia a la vía oral, el cual fue de manera aceptable en cuanto a la neumonía comunitaria.

El tratamiento con soporte de oxigenoterapia funciono de manera eficaz para la evolución de la insuficiencia respiratoria aguda, ayudando a conseguir valores aceptables de oxigenación arterial y disminuyendo el trabajo respiratorio.

La enfermedad de base fue uno de los factores de riesgos que más influyó en el desarrollo de estas patologías principalmente en la insuficiencia respiratoria aguda en paciente de 44 años de sexo masculino.

La prevención dela neumonía comunitaria se da por medio de vacunación, para evitar la propagación de la misma.

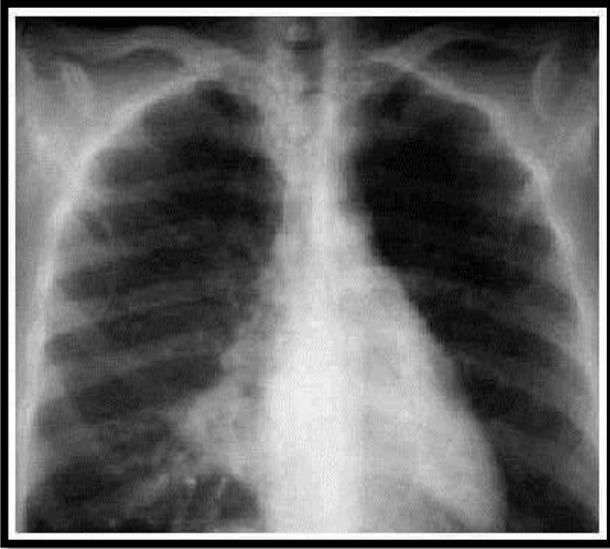
El pronóstico de estas patologías fue basado en el diagnóstico y tratamiento adecuado, en paciente de 44 años de sexo masculino.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

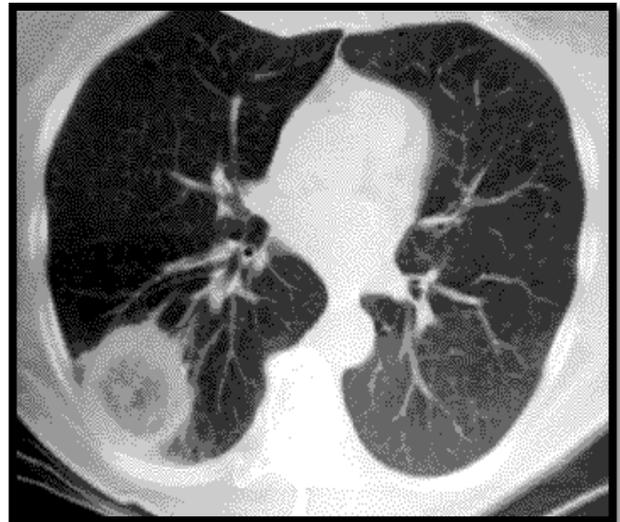
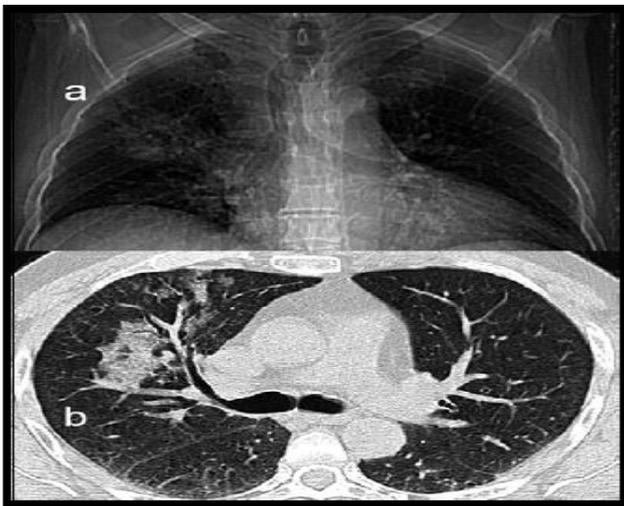
- Cuevas, M. G. (2004). Factores pronósticos en la neumonía comunitaria grave. *Medicina intensiva* .
- G.Valdivia. (2005). Epidemiología de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*.
- GUITIERREZ, M. (2010). Insuficiencia Respiratoria. *Scielo*.
- Guitierrez, M. (2010). Insuficiencia Respiratoria Aguda. *Scielo* .
- M.C, B. (2005). Prevención de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad. *Scielo*.
- M.Ferrer. (2001). Tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda. *Elsevier*.
- Muñoz, F. R. (2010). Insuficiencia respiratoria aguda. *Scielo* .
- Quiroga, I. C. (2008). Diagnóstico y manejo de la insuficiencia. *Artemisa* .
- R.Gutierrez. (2006). Manejo y tratamiento de la neumonía adquirida. *SIMPOSIO* .
- Saldías, P. (2014). Evaluación y manejo de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 553-564.

ANEXOS

Radiografías y tomografías computarizadas de tórax



Radiografía Estándar Tórax



Tomografías Computarizadas de torax

Exámenes de laboratorios previos a tratamiento y diagnóstico.

EXÁMENES DE LABORATORIOS

Hemoglobina (hb): 14 g/l

- Hematocrito (hto): 40%

- Plaquetas: 300.000

- Leucocitos: 15.000

• Neutrófilos: 80%

• Linfocitos: 5%

• Monocitos: 4%

• Eosinofilos: 0.0%

• Basófilos: 0.3