



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE TERAPIA RESPIRATORIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DE GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN TERAPIA
RESPIRATORIA**

TEMA

**EVALUACIÓN EN PACIENTE ADULTO MAYOR SEXO MASCULINO DE 75
AÑOS DE EDAD, CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.**

AUTORA

YAMILETH ALEXANDRA CALDERÓN RODRÍGUEZ

TUTORA

Lcda. Paola Espín Mancilla

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR

2019

TEMA DE CASO CLÍNICO

EVALUACIÓN EN PACIENTE ADULTO MAYOR SEXO MASCULINO DE 75 AÑOS DE EDAD, CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.

RESUMEN

La neumonía adquirida en la comunidad, internamente de los padecimientos infectocontagiosos es una patología contenidamente peligrosa en todo el mundo, siendo más habitual en nuestro contorno, perturbando por igual a la comunidad tanto en países desarrollados y en vías de desarrollo. En el adulto mayor se figura entre las primeras causas de mortalidad con principio infeccioso a nivel general en el mundo, esto se debe a que la tasa de mortalidad de este padecimiento se duplica en medida del avance de la edad presentando morbilidad significativa. La realización de este trabajo es factible, puesto que nos servirá para recabar información relevante acerca de la incidencia de este padecimiento en los adultos mayores, y generar así un punto de referencia para futuros estudios de este tipo o investigaciones más a fondo sobre esta temática que en la actualidad es algo que se le debe dar una posición relevante en los estudios médicos. Posterior al análisis de los resultados de los exámenes y radiografía solicitados, se determina en base a los resultados sanguíneos y radiológicos donde se muestran valores normales por lo que el médico ordena se le dé el alta hospitalaria al paciente con una prescripción de medicamentos para continuar el tratamiento y visitas al médico de manera mensual para efectuar un control rutinario y desvirtuar una posible reaparición de este padecimiento. El paciente adulto con neumonía adquirida en la comunidad logró regenerar su estado de salud de forma gradual y vertiginosa. De igual forma, se determinó que hubo mejorías en el cuadro sintomatológico que lo inquietaba consiguiendo restituir sus cuantificaciones ventilatorias, la inoculación pulmonar, los signos vitales y gases circulatorios que se hallaban perturbados en consecuencia de la causa bacteriana que la generó.

Palabras Calves: Neumonía Adquirida en la Comunidad, Escala de CURB-65, Tratamiento Terapéutico, Medicamento, Bacteria.

ABSTRACT

Community-acquired pneumonia, internally from infectious diseases, is a contentiously dangerous disease throughout the world, being more common in our surroundings, disturbing the community in both developed and developing countries alike. In the elderly, it is among the first causes of mortality with an infectious principle at a general level in the world, this is due to the fact that the mortality rate of this disease doubles as the age advances, presenting significant morbidity. Carrying out this work is feasible, since it will help us to gather relevant information about the incidence of this condition in older adults, and thus generate a point of reference for future studies of this type or more in-depth research on this topic. today it is something that should be given a relevant position in medical studies. After the analysis of the results of the examinations and radiography requested, it is determined based on the blood and radiological results where normal values are shown, so the doctor orders the patient to be discharged from hospital with a prescription of drugs to continue the treatment and visits to the doctor on a monthly basis to carry out a routine control and detract from a possible reappearance of this condition. The adult patient with community-acquired pneumonia managed to regenerate his health status gradually and vertiginously. In the same way, it was determined that there were improvements in the symptomatological picture that worried him, managing to restore his ventilatory quantifications, lung inoculation, vital signs and circulatory gases that were disturbed as a result of the bacterial cause that generated it.

Key Words: Community Acquired Pneumonia, CURB-65 Scale, Therapeutic Treatment, Medication, Bacteria.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA.....	I
TEMA DE CASO CLÍNICO.....	II
RESUMEN	III
ABSTRACT	IV
ÍNDICE DE CONTENIDOS	V
INTRODUCCIÓN	VI
I. MARCO TEÓRICO	1
1.1. Justificación	12
1.2. Objetivos.....	13
1.2.1. Objetivo General	13
1.2.2. Objetivos Específicos	13
1.3. Datos Generales	13
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	14
2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes Historial Clínico del paciente	14
2.2. Principios datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual.	14
2.3. Examen físico (Exploración clínica)	15
2.4. Información de exámenes complementarios realizados.	16
2.5. Formulación de diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	17
2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.	17
2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	19
2.8. Seguimiento	20
2.9. Observaciones	21
CONCLUSIONES.....	22
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
ANEXOS	24

INTRODUCCIÓN

La neumonía adquirida en la comunidad, internamente de los padecimientos infectocontagiosos es una patología contenidamente peligrosa en todo el mundo, siendo más habitual en nuestro contorno, perturbando por igual a la comunidad tanto en países desarrollados y en vías de desarrollo. En el adulto mayor se figura entre las primeras causas de mortalidad con principio infeccioso a nivel general en el mundo, esto se debe a que la tasa de mortalidad de este padecimiento se duplica en medida del avance de la edad presentando morbilidad significativa, etapas de recuperación dilatados y hospitalizaciones de larga duración. La neumonía adquirida en la comunidad es un padecimiento usual que forja un significativo dispendio de recursos médicos e induce una considerada morbimortalidad, fundamentalmente entre los adultos mayores, en tanto que en la población ordinaria el incidente de ingresos hospitalarios por neumonía es alrededor de unos 10 casos por 1.000 habitantes anuales en la población general, siendo más habitual en los adultos mayores.

La escala CURB-65 fue creada con la finalidad de proporcionar un puntaje que brinde beneficio o ventaja al momento de decidir acerca de la clasificación y tratamiento para un paciente con neumonía adquirida en la sociedad, brindando así la estandarización de la valoración y procedimiento sobre este paciente. Pese a esto el beneficio de la escala CURB-65 en adultos mayores con neumonía adquirida en la comunidad es debatida en comparación con otras escalas de gradación de la severidad de este padecimiento, pese a esto se indica que la escala CURB-65 posee la ventaja de prever la mortalidad, misma que se incrementa con los años.

No obstante, pese a la incidencia establecida de la neumonía adquirida en la comunidad sobre todo en los adultos mayores, la información acerca de la severidad, particularidades sociodemográficas y datos asociados a la necesidad de su tratamiento en adulto mayores es bastante condicionada y, habitualmente,

poco específica debido a que la generalidad de datos epidémicos han sido derivados de ilustraciones con base en sucesiones hospitalarias.

I. MARCO TEÓRICO

Neumonía Adquirida en la comunidad

La neumonía adquirida en la comunidad, es un asunto inflamatorio del parénquima pulmonar, originada por microbios conseguidos afuera del ambiente hospitalario, o que no haya sido ingresado 7 días antes de la exteriorización de sintomatologías, conjuntamente se exterioriza desde la perspectiva radiográfica por la presencia de infundidos inflamatorios que se muestran en las primeras 48 horas posteriormente al ser hospitalizado al centro hospitalario (Ochoa Gondar & Franco, 2019).

Factores de riesgo de la neumonía adquirida en la comunidad

Conjuntamente con diversos componentes de exposición en ambientes laborales y medio ambientales, además de diferentes condiciones hospitalarias que favorecen la neumonía por aspiración, los factores de riesgo que han sido establecidos con mayor relación a la presencia de neumonía adquirida en la comunidad son edad, padecimiento pulmonar crónico, padecimiento cardíaco, diabetes, consumo excesivo de alcohol, además de los hábitos relacionados al tabaco y la utilización prolongada de corticosteroides (Palma Reyes & Bastidas Bustamante, 2018).

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es posiblemente el componente de riesgo más significativo para adquirir neumonía adquirida en la comunidad. En enfermedad pulmonar obstructiva crónica con cuadro clínico grave a más de *S. pneumoniae*, *C. pneumoniae* y *H. influenzae*, se debe considerar la potencial causa de *P. aeruginosa*, más que todo si hay presencia de bronquiectasias asociadas (Becilla Olivo & Vecilla Gamarra, 2018).

La insuficiencia cardíaca congestiva ha sido explicada como un componente de riesgo para neumonía adquirida en la comunidad y para ciertas infección de orden viral (Becilla Olivo & Vecilla Gamarra, 2018). Asimismo se ha puntualizado a la diabetes mellitus como componente que de favorecimiento para la neumonía adquirida en la comunidad por *Staphylococcus Aureus* (Palma Reyes & Bastidas Bustamante, 2018).

En lo que se refiere al alcoholismo, se ha manifestado como un componente autónomo de riesgo de la neumonía adquirida en la comunidad, así como de la severidad de su manifestación (Palma Reyes & Bastidas Bustamante, 2018). Es dificultoso relacionar una definitiva causa de la neumonía adquirida en la comunidad a esta conducta, dado que asiduamente coexisten otras enfermedades coligadas. La neumonía por aspiración es un suceso habitual en los pacientes que presentan este tipo de neumonía.

El tabaquismo se lo relaciona a un aumento de neumonía adquirida en la comunidad independientemente de su causa de origen. Las personas con el habito de fumar adquieren un nivel de riesgo cuatro veces mayor de adquirir una padecimiento neumocócico invasivo que las personas que no fuman (Becilla Olivo & Vecilla Gamarra, 2018).

De igual forma es transcendental su relacion con neumonia adquirida en la comunidad por *C. pneumoniae* y *L. pneumophila* (Palma Reyes & Bastidas Bustamante, 2018). Asi también, las más usuales son *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Mycoplasma pneumoniae*. Se estima que un 25% de las personas que padecen neumonía adquirida en la comunidad también exteriorizan cuadros de coinfecciones.

El riesgo de inoculaciones respiratorias asociadas a las corticoterapias crónicas está relacionadas con las dosificaciones y con el padecimiento basal. Cuantías acopiadas de 700 mg de prednisona, o cantidad superiores a 10 mg/día,

aumentan las posibilidades de padecer un proceso infeccioso (Palma Reyes & Bastidas Bustamante, 2018).

Etiología de la neumonía adquirida en la comunidad

El *Streptococcus pneumoniae* es el pernicioso pulmonar transcendental separado en la neumonía adquirida en la comunidad en los adultos mayores, concurriendo con una responsabilidad en un 16% de los casos reportados en medios ambulatorios y un 22% de los pacientes que ingresan a los centros hospitalarios específicamente al área de cuidados intensivos.

Alrededor de la tercer parte de la totalidad de casos son originados por un cúmulo de organismos como: *haemophilus influenzae*, *mycoplasma pneumoniae*, *chlamydia pneumoniae*, virus respiratorios, *staphylococcus aureus*, bacilos gramnegativos y la *legionella* saprófita, atribuyéndole independientemente a cada uno la responsabilidad de generar el 10% de los casos (Moreno Barboto & Riquelme Oramas, 2017).

En plano integral, el repartimiento de organismos posee variaciones escasas dependiendo del entorno de asistencia médica: ambulatorio, cuidados generales y unidad de cuidados intensivos. Con cierta excepción se acentúa una mayor asiduidad de procesos infecciosos debido a bacilos gramnegativos, *Staphylococcus aureus* y *Legionella* saprófita en el área de cuidados intensivos, y de *Chlamydia pneumoniae* en la atención ambulatoria.

Etiología de la neumonía comunitaria en grupos específicos.- Adultos Mayores.

En habitual, las neumonías en los adultos mayores son originadas por iguales organismos infecciosos que en las personas jóvenes. Cierta bibliografía han confirmado mayor periodicidad de infecciones por *haemophilus influenzae*, en los adultos mayores y otras describen que los procesos infecciosos por

mycoplasma pneumoniae y legionella saprófita son de menor periodicidad en este grupo de personas (Gonzalez Varela & Galvez Romero, 2018). En adultos mayores con padecimientos como:

- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las investigaciones demuestran que hay una mayor asiduidad de neumonías por H. influenzae y Moraxella catarrhalis, así también una asiduidad mayor de neumonías neumocócicas bacteriémicas.
- Diabetes mellitus, el paciente con este padecimiento tendrá mayor asiduidad de neumonía neumocócica bacteriémica.
- Pacientes de hospedería, ciertos estudios de análisis demuestran una continuidad de neumonías aspirativas y procesos infecciosos por bacilos gramnegativos y por anaerobios estrictos.
- Alcoholismo, el adulto mayor con alcoholismo o tendencia a consumo excesivo de bebidas alcohólicas logran ser vulnerables a neumonía aspirativa, las representaciones bacteriémicas de neumonía neumocócica, infecciones por gramnegativos, legionella saprófita, patógenos atípicos, anaerobios estrictos e infecciones mixtas.
- Cortico esteroides, los pacientes adultos mayores con cortico esteroides son vulnerables y presentan una reiteración a procesos infecciosos por Legionella saprófita.
- Bronquiectasias, esta se puntualiza con mayor periodicidad de neumonías por Pseudomonas aeruginosa.

Fisiopatología de la neumonía comunitaria

Los pulmones están expuestos constantemente a diferentes microorganismos que colonizan las vías aéreas superiores y por micro aspiración entran en el tracto aéreo inferior; sin embargo, las vías aéreas inferiores se mantienen estériles debido a los mecanismos de defensa pulmonar. La aparición de una neumonía extra hospitalaria indica un defecto en las defensas del huésped o la exposición a un microorganismo muy virulento. El mecanismo que con mayor

frecuencia ocasiona neumonía es la micro aspiración, aunque puede producirse también por vía hematógica desde un foco séptico lejano, por la contaminación desde un foco contiguo o por medio de la macro aspiración (Perez & Saldias, 2018).

Clasificación de la Neumonía Adquirida en la Comunidad

Tiene dos formas de presentación: neumonías típicas y atípicas, las primeras caracterizadas por escalofríos de comienzo brusco, fiebre, disnea, tos productiva y esputo herrumbroso, dolor pleurítico, presencia de un síndrome de condensación inflamatoria del parénquima pulmonar en el examen físico y evidencia de afectación lobar o segmentaria en la radiografía de tórax, lo cual se corroboraba con la aparición de diplococos grampositivos en el esputo; cuadro definido como una neumonía producida por neumococos, que evolucionaba de una forma típica y resultaba en la muerte o la resolución por los mecanismos de crisis o lisis (Perez & Saldias, 2018).

Aunque hay descripciones clásicas sobre las características del esputo en infecciones por algunos patógenos específicos (como el esputo herrumbroso del *Streptococcus pneumoniae*), estos no ayudan a definir la posible causa ni el tratamiento de la neumonía. Los principales agentes etiológicos son *Streptococcus pneumoniae* ya que es el más frecuente, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus* y *Moraxella catarrhalis*.

En un cuadro atípico, el paciente presenta un cuadro clínico de inicio insidioso de días a semanas, de tos, fiebre y disnea. Frecuentemente se acompaña de síntomas extra pulmonares como cefalea, malestar general y diarrea. Tienen aspecto menos tóxico que en la presentación típica. Los agentes etiológicos pueden ser no zoonótico, como *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Legionella pneumophila* y virus, y zoonóticos, como *Chlamydia psittaci* y *Coxiella burnetii*.

Manifestaciones clínicas y diagnóstico de la neumonía adquirida en la comunidad

La determinación sindrómica de neumonía adquirida en la comunidad se fundamenta en la preexistencia de un cuadro infeccioso agudo acompañado de unos infiltrados pulmonares de reciente aparición en la placa torácica, no imputable a otro origen.

La manifestación clínica de la neumonía adquirida en la comunidad consigue ser heterogénea en relación a su causa y por lo cual es ventajoso estar al tanto de la epidemiología del zona geomorfológica en donde se labora (Aleaga Hernandez, Serra Valdes, & Cordero López,, 2017). Igualmente resulta ventajoso, en casos de en los que el paciente sea adultos mayores o adolescentes sin padecimientos mancomunadas, establecer una diferencia entre los estatus clínicos típico y atípico.

El estatus clínico denominado “típico” se determina por un brote violento menor a 48 horas de evolución, estremecimientos, temperaturas elevadas, carraspeo productivo, esputo virológico y dolencia torácica de particularidades pleuríticas. En los pacientes adultos mayores no es extraño la presencia de desconcierto y recrudecimiento de algún padecimiento subyacente, inclusive sin presencia de temperatura. Los antecedentes más reveladores de un estatus clínico “atípico” es la presencia carraspeos no productivos, dolencia torácica inespecífica y manifestación extrapulmonar como dolores musculares y articulares, cefaleas, alteraciones de niveles de cognición y perturbación gastrointestinal como náuseas y disentería.

Como información complementaria, en la neumonía adquirida en la comunidad se logra descubrir leucocitosis ($>12.000/\mu\text{l}$) o leucopenia ($<4.000/\mu\text{l}$). La exploración solitaria posee una sensibilidad menor al 40% (Aleaga Hernandez, Serra Valdes, & Cordero López,, 2017) y por lo tal la aprensión clínica, confirmada por la exploración, tiene que ser garantizada por medio de una radiografía

torácica en la que donde se lograra visualizar infiltrados que no estaban presentes anteriormente.

La manifestación clínica de la neumonía adquirida en la comunidad es inespecífica, por lo cual la técnica radiológica torácica es obligatoria para determinar el diagnóstico, estacionamiento y amplificación, sus potenciales dificultades sea un derrame pleural o cavitación, y la presencia de padecimientos respiratorios mancomunados, otros potenciales determinaciones alternativas, y asimismo para corroborar su progreso hacia una mejoría o restablecimiento de salud (Aleaga Hernandez, Serra Valdes, & Cordero López,, 2017). Sus restricciones son la inhabilidad para segregar entre una neumonía y otros infundidos eruptivos no patógenos y asimismo para revelar mínimos infundidos perceptibles por sistemáticas más sensitivos, como una tomografía automatizada.

Es recomendable efectuar una radiografía torácica rutinaria en ambos predomios convencionales en pacientes donde halla aprensión de neumonía y forzosa cuando los pacientes trabajados en el centro hospitalario, sean o no ingresados, asi también en los que son atendidos de manera externa, sobre todo en los casos donde se evidencia una progreso clínico posterior a 48 horas de un procedimiento rutinario (Aleaga Hernandez, Serra Valdes, & Cordero López,, 2017).

No existe estándar radiológico que admita el reconocimiento etiológico de la neumonía, ni por lo menos desemparejar entre conjuntos patogénicos. Los esquemas tradicionales como neumonías lobares, bronconeumonías y neumonías intersticiales no son característicos de ningún factor etiológico, no obstante el reconocer ciertos esquemas resulta ser ventajoso en ciertas circunstancias (Aleaga Hernandez, Serra Valdes, & Cordero López,, 2017). La aprensión bilateral o que perturbe más de dos lóbulos y la presencia de un derrame pleural son indicaciones de severidad, más aún si el derrame pleural bilateral, se produce por derivación de la misma neumonía o por un fallo cardíaco asociado.

Valoración pronóstica de la neumonía adquirida en la comunidad

La valoración pronóstica preliminar de la neumonía adquirida en la comunidad es trascendente y debe ejecutarse para disponer el sitio competente de atención al paciente sea ambulatorio, vigilancia hospitalaria o derivado a la unidad de cuidados intensivos, permitiendo determinar el procedimiento antibiótico práctico más conveniente. Los diferentes componentes vinculados con mayor morbimortalidad se manifestaron en un ciertos análisis clásicos, clasificándolos en los anexos al paciente como edad y padecimientos asociados y los anexos a la circunstancia de incidente de neumonía adquirida en la comunidad como manifestaciones clínicas, analíticas y radiográficas (Saucedo Bravo & Suacedo Bravo, 2018).

Ningún elemento predictivo separado se considera competente para pronosticar la mortalidad con bastante sensibilidad o especificación, por lo cual se tiene que recurrir a ilustraciones multivariadas para conseguir elementos de riesgo autónomos y de cuantía de presentimiento. En los últimos tiempos han surgido indagaciones que suministran graduaciones pronósticas competentes en la estimación de probabilidades de fallecimientos en los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad. Su finalidad está enfocada en determinar cuáles son los pacientes con mínimo riesgo de fallecimiento y que pueden ser tratados de manera ambulatoria, así mismo determinar cuáles son los pacientes con un alto riesgo de fallecer y que requieren ser internados de forma inmediata en el centro hospitalario (Saucedo Bravo & Suacedo Bravo, 2018).

Por medio de patrones con base de indagaciones estadísticas multivariadas, se consiguieron una graduación pronóstica que congrega a los pacientes en cinco conjuntos basados en el riesgo de fallecimiento, a este procedimiento se lo denomina como la Escala de Fine. Esta escala procede de un estudio multicéntrico efectuado en Estados Unidos con 14.199 pacientes con neumonía adquirida en la comunidad, mismo que fue aprobada en una unidad autónoma de pacientes (Saucedo Bravo & Suacedo Bravo, 2018).

Así mismo la British Thoracic Society igualmente elaboró una graduación pronóstica que subsiguientemente se compendió, manejando cuatro variables y la

edad del paciente, este procedimiento se denomina la Escala de CURB65, acrónimo de confusión, urea, frecuencia respiratoria y presión arterial sea diastólica o sistólica, y el componente de la edad (Saucedo Bravo & Suacedo Bravo, 2018). Esta escala, derivada de un estudio de unidades con 1.068 pacientes, agrupa adecuadamente a los pacientes de acuerdo a su posibilidad de fallecimiento.

En un plano integral, se razona que la escala de Fine es utilizada para manifestar cuales son los pacientes con bajo riesgo de fallecimiento, y la escala de CURB65 para determinar las probabilidades mas elevadas de riesgo en los pacientes con este padecimiento.

Escala de CURB-65

La escala CURB-65, es una escala de pronóstico de mortalidad que se aplica en pacientes con padecimiento de neumonía adquirida en la comunidad. Esta escala está acreditada por la Sociedad Torácica Británica para la evaluación de la severidad de la neumonía (Pineda, Gonzalez, & Perez, 2018). Esta escala tiene su principio en 1982, como un muestrario planteado por medio de un estudio investigativo guiado por el Comité de Investigación de la misma sociedad que la avala, estudio en el cual se involucraron primariamente tres razonamientos: la taquipnea, urea y presión arterial diastólica.

Consecutivamente años después se estableció una nueva adaptación reformada en donde se incluyó el signo de confusión mental y en la que la representación de dos o más criterios indicaba neumonía con severidad, en el 2003 se agregó la presión sistólica y la edad mayor a 65 años, estas cuantificaciones son las que en se usan en la actualidad, esta indagación ha sido dilatadamente experimentada, escudriñando su ratificación en numerosas poblaciones.

Consiguiéndose entonces, una escala sencilla de emplear a la que designaron CURB-65, cuyos parámetros evaluativos son Confusión, Urea, Respiración, presión arterial sistólica o diastólica y la edad. Se debe indicar que CURB-65 es el acrónimo para:

- **Confusión:** calificación menor a 8 en el AMT (Abbreviated mental test score)
- **Urea:** mayor a 7 mmol/l o BUN mayor a 19 mg/dl3
- **Respiración:** Frecuencia mayor a 30 respiraciones por minuto
- **Presión sanguínea (Blood pressure):** sistólica menor a 90 mmHg o diastólica menor o igual a 60 mmHg
- **Edad** mayor o igual a 65 años.

Esta escala sirve como herramienta de establecimiento de nivel de severidad y tasa de mortalidad de la neumonía, ayudando en la categorizar a los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad en grupos en concordancia al peligro de mortalidad.

La toma de esta evaluación radica en la valoración de cada variable donde sí se halle negativa se le asigna un valor de cero (0) y si es positiva se le asigna un valor de uno (1) punto a la valoración de la tabla valorativa (Tabla 1), en la cual la cota más baja simboliza una mínima propensión de riesgo severo, la mortalidad es proporcionada a la notación derivada de esta escala de evaluación y esto establecerá si el paciente deberá ser hospitalizado o podría ser atendido de forma ambulatoria (Mendez, Caicedo, Amaya, & Urrutia, 2018).

Valoración de la escala CURB-65		
Evaluación	Mortalidad	Observación
0	0,6	Peligro bajo: procedimiento ambulatorio
1	2,7	Peligro bajo: procedimiento ambulatorio
2	6,8	Peligro intermedio: hospitalización corta o procedimiento ambulatorio bajo atención y

		vigilancia estricta
3	14,0	Neumonía grave: Hospitalización
4	27,8	Neumonía severa: Hospitalización
5	57,0	Neumonía muy grave: Ingreso a UCI

Tabla 1.- Tabla Valorativa de la escala CURB-65

Se puede deducir que los valores resultantes de la valoración de la escala de CURB-65 que se consideran normales deben ser los que estén como un máximo de valoración de dos puntos, puesto que al derivar en valuaciones superiores a dos (2) se la considera neumonía grave adquirida en la comunidad y el paciente está en un grupo de riesgo que puede culminar con el deceso del mismo, teniendo en cuenta que esta escala da una estimación de mortalidad posterior a treinta días de haber sido diagnosticado este padecimiento.

1.1. Justificación

La neumonía a través del tiempo siempre ha simbolizado un significativo inconveniente de salud pública en el Ecuador, por lo cual se la ubica entre las causas más prominentes de fallecimientos en adultos mayores, así también como es uno de las principales motivaciones de ingresos a la unidad de cuidados intensivos en las distintas casas asistenciales del país.

Por lo indicado sobre la alta continuidad de la neumonía en la población, misma en la cual los adultos mayores son los mayores susceptibles, teniendo de base los beneficios que proporciona la escala de CURB-65, es destacado indagar su incidencia en el diagnóstico de riesgo de los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad permitiendo así brindar una mejor atención, diagnosis y procedimiento pertinente de los pacientes con dicho padecimiento. Por tal motivo en este trabajo se pretende identificar el grado de severidad de la neumonía adquirida en la comunidad y las particularidades sociodemográficas del paciente adulto mayor, y en base a los datos obtenidos determinar su requerimientos de tratamientos para este padecimiento, teniendo en cuenta que al poseer información clara y concisa se lograra cambiar o modificar ciertos patrones habituales que permiten el contagio y de esta manera prevenir la aparición de este padecimiento, contribuyendo de esta manera en la disminución de su tasa de morbimortalidad en adultos mayores.

Además con este trabajo investigativo se pretende proporcionar una descripción de las particularidades sociodemográficas que se presentan en el paciente adulto mayor; y que permitan establecer la incidencia del cuidado sanitario y personal del paciente y lograr generar conclusiones referentes

contextos de contagio y la severidad de este padecimiento. La realización de este trabajo es factible, puesto que nos servirá para recabar información relevante acerca de la incidencia de este padecimiento en los adultos mayores, y generar así un punto de referencia para futuros estudios de este tipo o investigaciones más a fondo sobre esta temática que en la actualidad es algo que se le debe dar una posición relevante en los estudios médicos.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo General

- Identificar el grado de severidad de la neumonía adquirida en la comunidad en paciente adulto mayor.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Describir las particularidades sociodemográficas del paciente adulto mayor con neumonía adquirida en la comunidad.
- Evaluar el grado de severidad de neumonía adquirida en la comunidad en paciente adulto mayor.
- Analizar los datos obtenidos asociados a la necesidad de tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad.

1.3. Datos Generales

Nombre: NN

Apellido: NN

Edad: 75

Etnia: Mestizo

Lugar de Nacimiento: Babahoyo, Los Ríos

Numeró de Historial Clínico:

Grupo Sanguíneo: B Factor: -

Sexo: Masculino

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

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

Adulto masculino de 75 años que presenta sintomatologías de dificultad respiratoria, tos, fiebre, esputo verdoso, además el paciente exterioriza sibilancias en área pulmonar, por medio de análisis sanguíneos se comprueba la presencia de hipoxemia e hipoxia.

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

Anamnesis

Historia Clínica

- **Frecuencia cardiaca:** 90 latidos por minuto
- **Frecuencia respiratoria:** 26 respiraciones por minuto, muestra sonidos agudos en campo pulmonar.
- **Temperatura:** 40°C
- **Presión arterial:** 130/82 milímetros de mercurio.
- **Peso:** 75 kg
- **Talla:** 1.80 mts
- **Índice masa corporal:** 23.1

Historial patológico personal:

- Anemia

- Hipertensión arterial

Historial personal quirúrgico:

- No posee

Historial patológico familiar:

- Madre: Diabetes Mellitus tipo 1
- Padre: Diabetes Mellitus tipo 2

Hábito:

- Fumador
- Consumo de Alcohol

Alergia:

- No posee

2.3. Examen físico (Exploración clínica)

Piel: Normal

Cráneo: Normal, simétrica

Vistas: Pupilas uniformes

Tímpanos: independiente de fluxiones

Nariz: Normal no presenta patologías

Boca: Labios secos y finos, curación dental,

Cuello: Proporcionado Fino

Tórax: Segregación Torácica

Vientre: Presenta poca dolencia

Genitales: Normales

Brazos: Proporción normal

Piernas: Proporción normal

2.4. Información de exámenes complementarios realizados.

Hemograma Completo

- Hemoglobina: 14 g/dL
- Hematocrito: 42%
- Plaquetas: 280.000
- Eritrocitos: 4.8 millones/mm³
- Hematocrito: 42%
- Leucocitos: 14.000/mm³
 - Neutrofilos: 78%
 - Linfocitos: 4%
 - Monocitos: 3%
 - Eosinofilos: 0.0%
 - Basofilos: 0.3
- Quimica Sanguinea
 - Glucosa: 138g/dl
 - Urea: 38g/dl
 - Cratinina: 1g/dl

Análisis de gases arteriales

- Ph: 7.35
- PaO₂: 58mmHg
- PaCO₂: 35 mmHg
- HCO₃: 22 mEq/L
- Be: 3.0

Otros análisis

- Pulsioximetría: SatO₂: 89%

Radiografía torácica

- Infiltraciones en área pulmonar

2.5. Formulación de diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

- **Diagnóstico presuntivo:** Asma
- **Diagnóstico diferencial:** Asma bronquial
- **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 realizar.

La neumonía es un asunto inflamatorio agudo del parénquima pulmonar de comienzo patógeno. Los microorganismos consiguen llegar al pulmón por diversas sendas: con mucha frecuencia por medio de aspiraciones de serosidades orofaríngeas, aspiración de aerosoles degenerados, vía hemática o por cercanía; y concuerda con una variación de nuestras unidades de protección. Pueden proceder considerables elementos de riesgo en este lapso que se exterioriza la enfermedad pulmonar obstructiva crónica:

- Alta proporción de muerte por infección pulmonar en el paciente adulto.
- Provenir otros padecimientos de principio patógeno
- Se puede provenir por complicación hereditario.

La neumonía que presenta el paciente posee origen bacteriano, Los factores de riesgo de la neumonía adquirida en la comunidad se encuentran, el lavado de manos, malas condiciones de hábitat, y antecedentes patológicos infecciosos que de ahí se pudo haber derivado el problema.

Tomando en cuenta la examinación física, los resultantes de las radiografías, tomografías y de laboratorio, se diagnostica con seguridad que el paciente padece neumonía adquirida en la comunidad. Una medida de prevención a este tipo de neumonía en adultos mayores, es el vacunarse anualmente para evitar la influenza y cada cinco años para el neumococo.

Técnicas Empleadas

Aplicación de la Escala de CURB-65

La escala de CURB-65 es utilizada para predecir el grado de riesgo de morbilidad que tiene el paciente con neumonía adquirida en la comunidad, en la cual el rango de 0 a 1 puntos se les suministra atención de forma ambulatoria, los pacientes que adquieran hasta 3 puntos deben ser hospitalizados y estar en control constante y no obstante los que alcance entre 4 a 5 puntos deben ser derivados a la unidad de cuidados intensivos inmediatamente. En este caso el paciente adulto mayor obtiene una puntuación total de 2; por lo cual se recomienda hospitalización en sala y atención medica constante.

Nebulización con Antibióticos

Por medio de la nebulización administraremos medicamentos indicados por el médico tratante, estas medicinas son las convenientes para dar tratamiento para contrarrestar a las bacterias causantes de este padecimiento neumónico.

Fármacos empleados en la nebulización

- Aztreonam 75 mg, cada 8 horas
- Ciprofloxacina 400 mg, cada 12 horas
- Ceftazidima / Cefotaxima 15 mg/kg, cada 3 o 4 horas
- Vancomicina 250-500 mg, cada 12 horas
- Anfotericina B desoxicolato 50 mg/día, por 2 días consecutivos cada semana
- Anfotericina B liposomal 12,5 mg/día, por 2 días consecutivos cada semana

Oxigenoterapia

La mayoría de ventiladores concretos de ventilación mecánica no invasiva trabajan con suspiros ambientales. Para engrandecer la congregación de oxígeno de la composición provista se debe acoplar una conducción de oxígeno a la máscara por medio de un conector destinado específicamente para esta situación. El flujo de oxígeno deberá graduarse hasta alcanzar una impregnación entre 90 a 92%, evadiendo un exceso.

Con la utilización de modernos equipos existentes podemos tener un control adecuado de las fracciones inspiradas de oxígeno suministradas, reguladas por medio del mismo mecanismo facilitándonos un control eficaz.

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

Resultados de laboratorio	Valores normales de referencia
Hemoglobina: 14 g/dl	14 g/dl
Eritrocitos: 4.8 millones/mm ³	4.5-3.9 millones/mm ³
Hematocrito: 42%	42-60%
Leucocitos: Leucocitos: 31.000/mm ³	10.000-30.000/mm ³
Trombocitos: 145.000/mm ³	150.000-350.000/mm ³
PaO ₂ : 55mmHg	60-80 mmHg
PaCO ₂ : 35mmHg	35-45mmHg
Ph: 7.35	7.35-7.45
HCO ₃ : 22 mEq/L	22-28 mEq/L

Be: 3.0	3.0
SatO ₂ : 90%	95-100%

Tabla 2.- Tabla de resultados de laboratorio

2.8. Seguimiento

06/07/2019.- Paciente adulto de 75 años que es ingresado al centro hospitalario con síntomas de disnea, tos, fiebre, esputo de verdoso al momento de examinarlo se descubren sibilancias en área pulmonar, se ordenan la realización de análisis sanguíneos demostrando la presencia de hipoxemia e hipoxia, por lo cual el médico tratante indica sea puesto en observación y se le realice una radiografía torácica, en donde se encuentra presencia de infiltraciones pulmonares y se diagnostica neumonía adquirida en la comunidad.

07/07/2019.- El paciente adulto mayor en el segundo día de hospitalización se le aplica de la escala de CURB-65, por prescripción médica y en base al resultado obtenido es lo deriva a hospitalización. El medico de turno prescribe aplicación de tratamiento farmacológico para contrarrestar las bacterias causantes de este padecimiento y de igual forma indica la aplicación de terapias respiratorias nebulizaciones y oxigenoterapias.

08/07/2019.- En el transcurso del tercer día el paciente muestra una estabilidad sin variaciones y el medico de turno lo evalúa constantemente constatando que el paciente se encuentra lucido y consciente.

09/07/2019.- En el cuarto día de hospitalización se dispone se efectúe una nueva radiografía torácica y nuevos análisis sanguíneos, esto en base a una leve mejoría que muestra el paciente; los análisis solicitados no hay variación en comparación a los del primer día de hospitalización y solo se comprueba un cuadro estable del paciente.

10/07/2019.- Al llegar el quinto día de encontrarse hospitalizado, el paciente exterioriza mejoría progresiva, en base al tratamiento farmacológico y técnicas de fisioterapia respiratoria que se le han aplicado.

11/07/2019.- En el sexto día de hospitalización el medico de turno procede a evaluar por nueva ocasión al paciente y establece que se realice una nueva radiografía torácica y exámenes de laboratorio para comprobar si todo está en valores y situación normal, estos análisis muestran una mejoría gradual en el paciente resultando un cuadro favorable para la salud del adulto mayor.

12/07/2019.- En el séptimo día de hospitalización y base a los resultados de los exámenes y radiografía solicitados, se determina que los valores de los mismos están en rangos normales por lo que el médico ordena se le dé el alta hospitalaria al paciente con una prescripción de medicamentos para continuar el tratamiento en su domicilio y visitas al médico de manera mensual para efectuar un control rutinario y desvirtuar una posible reaparición de este padecimiento.

2.9. Observaciones

Se pudo observar que el paciente adulto mayor con neumonía adquirida en la comunidad, se alcanzó a recuperar de forma gradual en base a al procedimiento terapéutico que se aplicó en este paciente, en conjunto con la suministración de fármacos que se emplearon para auxiliar a contrapesar a la inoculación pulmonar que causo la neumonía adquirida en la comunidad, mismo tratamiento que repercutió de manera eficiente en la neumonía adquirida en la comunidad. No obstante, los medicamentos sirvieron como agente beneficioso para que el paciente no sufra un cuadro severo y sea derivado a la unidad de cuidados intensivos dónde se pudo haber aplicado un proceso de intubación y provenir diferentes dificultades provenientes de la ventilación mecánica.

Las expectativas que se manifestaron en el paciente adulto coexistieron positivamente, esto gracias a la suministración de medicaciones prescritas por el médico de turno y la terapia respiratoria aplicada en este paciente con

padecimiento de neumonía adquirida en la comunidad, el adulto presento mejoría en su dificultad respiratoria, sus signos vitales, al mismo tiempo, que presento una disminución gradual de leucocitos y un mejoramiento del ingreso de aire hacia el área pulmonar, sin generar sonidos pulmonares.

CONCLUSIONES

La neumonía adquirida en la comunidad detectada en el paciente adulto mayor es una problemática muy habitual durante el cuidado médico, tanto en la toma de disposiciones sobre determinar cuál es el conveniente bosquejo terapéutico como el requerimiento de una atención ambulatorio, ingreso hospitalización o posible derivación a la unidad de cuidados intensivos en base a la severidad de este padecimiento.

Este estudio investigativo de un caso clínico se efectuó sobre un paciente con neumonía adquirida en la comunidad, y con la utilización de la escala de CURB-65 para establecer su nivel de mortalidad y poder actuar de mejor manera utilizando el tratamiento terapéutico y de fisioterapia que genere mayor beneficio para la restauración de salud del enfermo; se pudo establecer que esta escala en ocasiones es utilizada de manera errónea estableciendo diagnósticos de morbilidad equívocos o derivando al paciente a atención muy leves para casos intermedios permitiendo que el padecimiento avance y empeore el cuadro clínico del paciente.

El paciente adulto con neumonía adquirida en la comunidad logró regenerar su estado de salud de forma gradual y vertiginosa. De igual forma, se determinó que hubo mejorías en el cuadro sintomatológico que lo inquietaba consiguiendo restituir sus cuantificaciones ventilatorias, la inoculación pulmonar, los signos vitales y gases circulatorios que se hallaban perturbados en consecuencia de la causa bacteriana que la genero.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aleaga Hernandez, Y., Serra Valdes, M., & Cordero López,, G. (2017). Neumonía Adquirida en la Comunidad: Aspectos Clínicos y Diagnosticos. *Revista Cubana de Salud Pública*, 45(8), 413-426.
- Becilla Olivo, E., & Vecilla Gamarra, M. (2018). Factores de Riesgo de la Neumonía Adquirida en la Comunidad. *Revista Americana de Medicina Respiratoria*, 23-24.
- Bosco, W. (2014). Oxigenoterapia . 89-122.
- Gonzalez Varela, A., & Galvez Romero, C. (2018). Etiología de la neumonía adquirida en la comunidad en el adulto mayor. *Revista Chilena de Infectología*, 21-26.
- Mendez, Y., Caicedo, Y., Amaya, N., & Urrutia, J. (2018). Evaluación de índices CURB-65. *Revista Colombiana de Neumología*, 30(1), 1-17. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/328950849_Evaluacion_de_indices_CURB-65_Quick-SOFA_e_indice_de_Charlson_en_la_prediccion_de_mortalidad_y_estancia_hospitalaria_en_pacientes_con_neumonia_adquirida_en_la_comunidad
- Moreno Barboto, R., & Riquelme Oramas, R. (2017). Etiología de la neumonía adquirida en la comunidad. *Revista chilena de infectología*, 32(15), 18-25.
- Ochoa Gondar, O., & Franco, M. (2019). *Neumonía Adquirida en la Comunidad*. Bogota: Pontificia Universidad Javeriana.
- Palma Reyes, J., & Bastidas Bustamante, J. (2018). Factores de Riego de la neumonía adquirida en la comunidad. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología*, 18(22), 45-47.
- Perez, J., & Saldias, C. (2018). Neumonía Adquirida en la Comunidad, Generalidades. *Revista de Calidad Asistencial*, 12-15.
- Pineda, J., Gonzalez, W., & Perez, M. (2018). Escala Curb 65. *MedInterna*, 8-11.

Saucedo Bravo, C., & Suacedo Bravo, R. (Diciembre de 2018). Valoración Pronóstica de la Neumonía Adquirida en la Comunidad. (P. U. Javeriana, Ed.) *Universitas Médica*, 32(8), 35-36.

Vargas Romero, J. (2018). Escala de CURB-65. *Revista de Patología Respiratoria*, 36-37.

ANEXOS

RADIOGRAFÍAS TORÁCICA DONDE SE DEMUESTRA LA PRESENCIA DE INFILTRACIONES



