



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

Componente práctico del examen complejo previo a la obtención del grado académico de licenciatura en Terapia Respiratoria.

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO
PACIENTE MASCULINO DE 48 AÑOS CON NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA
COMUNIDAD**

AUTOR:

LILIANA CAROLINA GAIBOR BAJAÑA

TUTOR

Lcda. YNGRID PAOLA ESPIN MANCILLA

BABAHOYO-LOS RIOS-ECUADOR

2021

INDICE

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO	II
TITULO DEL CASO CLÍNICO	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCION.....	VI
MARCO TEORICO	1
1.1 Justificación	11
1.2 Objetivos.....	12
1.2.1 Objetivo general	12
1.2.2 Objetivos específicos.....	12
1.3 Datos generales	13
METODOLOGIA DE DIAGNOSTICO.....	14
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.	14
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).	15
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	18
2.7 Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud considerando valores normales.....	18
2.8 Seguimiento	19
2.9 Observaciones	20
CONCLUSIONES.....	21
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	1
ANEXOS.....	2

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico en primer lugar a Dios quien siempre ha sido el autor de mi vida y mi destino, quien con su sabiduría infinita es una guía importante en mi carrera.

A mis padres que son el pilar más importante en mi vida, a mis hermanos por todo el aliento durante los años universitarios.

A mi novio por su comprensión y apoyo para todos los momentos de estudio, así como a mis grandes amigos y docentes de la universidad, que permitieron que esta caminata fuera posible.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme las fuerzas necesarias para salir adelante a pesar de los obstáculos. A mi familia por sus enseñanzas, consejos y los valores que me inculcaron desde pequeña.

A la Universidad Técnica de Babahoyo, por haberme permitido mi formación en ella y por dejarme recorrer cada aula donde fui educada profesionalmente.

A cada uno de los docentes que me brindaron sus conocimientos, consejos y experiencias en cada etapa de mi vida como estudiante.

TITULO DEL CASO CLÍNICO

**PACIENTE MASCULINO DE 48 AÑOS CON NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA
COMUNIDAD**

RESUMEN

Aunque la neumonía es una enfermedad en que no conlleva a mayor riesgo en personas sanas, puede llegar a ser muy peligrosa hasta mortal en personas con defensas bajas, o el sistema inmunodeprimido, por eso es muy importante reconocer sus síntomas desde un inicio de la enfermedad para buscar ayuda médica y contrarrestarla.

Los factores de riesgo son muy importantes para evitar desarrollar complicaciones ya que muchas personas con neumonía no requieren hospitalización, pero aquellas con enfermedades crónicas o inmunodeprimidas es potencialmente mortal.

La neumonía adquirida en la comunidad es la infección pulmonar que se da por microorganismos adquiridos fuera del ámbito hospitalario. Es decir, en un periodo de quince días antes de entrar con el contorno hospitalario.

Entre los síntomas más comunes de una neumonía están tos con y sin flema, fiebre, aumento de la frecuencia cardiaca, dolor torácico, entre otros. Los signos y síntomas varían de persona a persona.

Palabras claves: neumonía adquirida en la comunidad, tos, fiebre, dolor torácico, síntomas.

ABSTRACT

Although pneumonia is a disease that does not carry a greater risk in healthy people, it can become very dangerous to fatal in people with low defenses, or the immune system, that is why it is very important to recognize its symptoms from the beginning of the disease to seek medical help and counter it.

Risk factors are very important to avoid developing complications since many people with pneumonia do not require hospitalization, but those with chronic or immunosuppressed diseases are life threatening.

Community-acquired pneumonia is lung infection caused by microorganisms acquired outside the hospital setting. That is, in a period of fifteen days before entering with the hospital setting.

Among the most common symptoms of pneumonia are cough with and without phlegm, fever, increased heart rate, chest pain, among others. The signs and symptoms vary from person to person.

Key words: community acquired pneumonia, cough, fever, chest pain, symptoms.

INTRODUCCION

La neumonía es una enfermedad que afecta al sistema respiratorio, se inflaman agudamente los espacios alveolares de los pulmones, puede ser infecciosa, pero también existen otras causas, como una inflamación por inhalar productos nocivos, la neumonía puede ser por virus, bacteria y también por hongos, aunque rara vez.

La neumonía en la mayoría de personas no es grave, y de recuperación rápida, pero en otras personas puede ser mortal, como adultos mayores, niños pequeños, personas con enfermedades crónicas o inmunodeprimidas. También en personas que abusan de los cigarrillos, suele ser peligrosa.

Entre sus síntomas están fiebre, escalofríos, tos productiva, carraspeo, entre otras. La neumonía adquirida en la comunidad es causada por varios gérmenes, el más frecuente es el *Streptococcus pneumoniae*. La neumonía se puede diagnosticar mediante: análisis de sangre, radiografía de tórax, pulsioximetría, y prueba de esputo.

El tratamiento para la neumonía implica la cura de la infección y la prevención de complicaciones. Las personas que presentan neumonía adquirida en la comunidad normalmente pueden recibir tratamiento con medicamentos, a pesar que la mayoría de los síntomas se alivian en pocos días o semanas .

Los tratamientos específicos dependen del tipo y la gravedad de la neumonía , la edad y su estado de salud general, se recomienda ciertos medicamentos para ayudar al funcionamiento pulmonar y disminuir los síntomas.

MARCO TEORICO

NEUMONIA

La neumonía es una enfermedad del sistema respiratorio que consiste en la inflamación aguda de los espacios alveolares de los pulmones y/o participación intersticial. La gran mayoría de las veces es de causa infecciosa, aunque también puede deberse a otras causas, como inhalación de productos químicos. Puede estar causada por: virus, bacterias y, más raramente, hongos. (Sanz Borrel, 2016)

Siendo una enfermedad infecciosa que se puede tratar con medicación, la mayoría de las personas diagnosticadas con neumonía que son relativamente sanas, pueden llegar a recuperarse rápidamente de la neumonía, pero por otro lado está también puede llegar a ser mortal, esto debido a que la neumonía puede ser muy grave para los bebés y niños pequeños, de igual manera para los adultos mayores y personas que poseen problemas de salud crónicos o poseen sistema inmunológico débil debido a otras enfermedades y factores. Dentro de los principales factores de riesgo está el consumo excesivo de cigarrillos, tener parálisis cerebral, infección viral respiratoria y dificultad para tragar o alguna enfermedad pulmonar causada por otros factores.

La gravedad de la neumonía puede llegar a afectar tanto a menores de edad que la principal causa infecciosa de muertes en el mundo es esta enfermedad, siendo responsable con un 15% dentro de las estadísticas de defunciones. Existen diferentes factores, variantes y situaciones que pueden llegar a ser causantes de un caso de neumonía, “la neumonía puede tener más de 30 causas diferentes. Entender la causa de la neumonía es importante porque el tratamiento de la neumonía depende de su causa” (American Lung Association, 2020), por lo que existen diferentes variables de esta enfermedad, dentro de este grupo se encuentra la Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC).

NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

La neumonía adquirida en la comunidad se puede definir de varias formas, una de ellas es la infección aguda del parénquima pulmonar producida por microorganismos adquiridos fuera del hospital. (Báez-Saldaña, 2013)

La definición de Neumonía por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona a esta enfermedad como una infección dentro de los pulmones causada por una gran variedad de microorganismos que se presentaron fuera del ámbito hospitalario y que son índice de la inflamación del parénquima pulmonar y de los espacios alveolares. La neumonía es considerada como NAC cuando el afectado no fue un paciente hospitalario en los últimos 14 días antes de que se haya dado un diagnóstico.

Las NAC son un punto de salud importante a escala mundial que impulsa que las principales sociedades relacionadas al problema publiquen de forma periódica recomendaciones o guías clínicas para agilizar su control y tratamiento. La implementación de estas guías ha mostrado una disminución de muertes, de los ingresos hospitalarios y de la permanencia de la hospitalización en estos pacientes.

El tratamiento inicial de la NAC es empírico, pues no existe una herramienta diagnóstica con una sensibilidad y especificidad del 100%. Se debe realizar teniendo en cuenta la epidemiología, los perfiles locales de resistencia microbiana, la disponibilidad local y los costos. (Martínez-Vernaza, 2015)

FACTORES DE RIESGO

Los estudios poblacionales prospectivos sitúan una incidencia anual de NAC entre el 5 y el 11% de la población adulta. Es bien conocido que la enfermedad es

más frecuente en varones, en los extremos de la vida, en invierno y en presencia de diversos factores de riesgo. (SV, 2010)

Los factores de riesgo para sobrellevar una NAC son múltiples y se han reconocido en varios estudios, pudiéndose agrupar en: longevidad, hábitos tóxicos, comorbilidad (Trastorno mellitus, EPOC, incapacidad cardíaca congestiva, cardiopatía isquémica, neoplasias, enfermedades hepáticas crónicas, insuficiencia suprarrenal severa y enfermedades neurológicas), y otros: contagio por virus influenza A, características medioambientales, malnutrición, inmunodeficiencia y terapias inmunosupresoras, esplenectomía, hábito de drogas por vía parenteral, antibioterapia inadecuada y residencia en establecimientos cerradas.

La neumonía es crecidamente habitual en las edades extremas, constituyendo un agente de peligro emancipado; sin embargo, no está completamente aclarado el principio exacto de la influencia de la longevidad sobre la causa y el pronóstico. Es viable que la influencia de la edad se deba a la interacción de otros factores no perfectamente definidos, como enfermedades crónicas concomitantes, malnutrición, cabida inmunitaria, un reflejo de deglución menos vigoroso o una función mucociliar menos eficiente. El aumento de los pobladores adultos hace prever, por consiguiente, un aumento tanto de la incidencia como de la mortandad por neumonía.

El consumo de alcohol genera afectación en los sistemas inmunitarios tanto locales como sistémicos, especialmente el desempeño de los neutrófilos y de los linfocitos, asimismo de reducir el nivel de conocimiento del afectado lo que favorece las aspiraciones. Por lo que una persona que sigue estos hábitos es potencialmente susceptible a contraer neumonía. La influenza es una infección vírica grave, generalmente auto limitada. Constituye un agente agrupado temporalmente a superior riesgo de NAC, tanto como potencial inmediato de neumonía como

productores de disposición que facilitan el ingreso de otros gérmenes al dañar los epitelios de las vías respiratorias, produciendo infecciones respiratorias, como otitis media en niños, inflamación o inclusive neumonía bacteriana. La neumonía por contagio de la gripe es rara pero cuando ocurre conlleva una alta mortalidad.

La epidemiología de la NAC está influenciada por la estacionalidad y potencial epidémico de sus principales agentes etiológicos. (Asociación Española de Pediatría, 2012)

SINTOMATOLOGIA

Clásicamente se ha habituado una diferencia entre neumonía típica, haciendo referencia a la neumocócica y la atípica a la causada por virus o por bacterias intracelulares, que puede resultar de ventaja en los niños mayores y en los adolescentes, pero no en los niños pequeños en los cuales esa diferenciación se hace más arduo. Una correcta anamnesis, una esmerada investigación mecánica y una investigación radiológica adecuada constituyen la norma de oro para el dictamen de la neumonía.

Normalmente la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) de la persona adulta se define como un cuadro de crecimiento agudo, distinguido por compromiso del estado general, fiebre, escalofríos, carraspeo, flema purulenta y trance respiratorio de dimensión cambiante; incorporado en el análisis físico a frecuencia (> 100 latidos/min), taquipnea (> 20 respiraciones/min), fiebre (> 37,8°C), y signos focales en el análisis respiratorio: matidez, desgaste del murmullo pulmonar, crepitaciones, broncofonía y egofonía.

La neumonía típica suele poseer un inicio tosco, con una escasa sintomatología extra pulmonar asociada, mientras que la neumonía atípica suele poseer un inicio pérfido y en ella la sintomatología extra pulmonar es frecuente. Clínicamente las

neumonías bacterianas presentan una amplia escala de signos y síntomas, algunos sistémicos y otros estrechamente conectados con el aparato respiratorio, con características particulares en las diferentes edades.

La influenza es una infección vírica grave, generalmente auto limitada. Constituye un agente agrupado temporalmente a superior riesgo de NAC, tanto como potencial inmediato de neumonía como productor de disposición que facilitan el ingreso de otros gérmenes al dañar los epitelios de las vías respiratorias, produciendo infecciones respiratorias, como otitis media en niños, inflamación o inclusive neumonía bacteriana. La neumonía por contagio de la gripe es rara pero cuando ocurre conlleva una alta mortandad.

En la diabetes mellitus se produce una baja de la acción inflamatoria e inmunológica que favorece las infecciones. La influencia de la NAC y su riesgo son mayores entre pacientes con padecimiento crónico, sea o no de principio respiratorio, por la baja de la cabida de respuesta ante agresiones externas.

ETIOLOGIA

Estudios microbiológicos permiten establecer el diagnóstico etiológico de la NAC. Sin embargo, esto es habitualmente difícil y complejo, especialmente en el caso de los patógenos bacterianos causantes de NAC típica. (Echevarría, 2012)

Las infecciones del tracto respiratorio son una de las causas crecidamente importantes de morbilidad y mortandad alrededor del mundo y, entre ellas, la neumonía es una infección habitual cuya hecho es dificultoso computar por varias razones: no es un padecimiento de declaración obligatoria, en la generalidad de estudios no se incluyen pacientes diagnosticados y tratados de manera ambulatoria que son cerca del 80% de las neumonías adquiridas en la comunidad y, en muchos casos, los criterios diagnósticos no son uniformes.

La tasa global de NAC varía de 8 a 15 por 1,000 personas por año. En general hay una variación estacional, con mayor ocurrencia de casos durante los meses de invierno, y es más frecuente en hombres que en mujeres, así mismo, los niños y los adultos mayores padecen esta enfermedad de forma desproporcionada. (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, 2013)

En más del 60 % de los casos el germen causal no se logra establecer, su caracterización resulta dificultoso debido a que el hospital no es eficaz, a partir del punto de perspectiva radiológico no hay ningún descubrimiento que distinga un contagio de otro, las investigaciones microbiológicas no son suficientemente sensibles y específicas y por lo frecuente, el riesgo del cuadro hospitalario no permite retardar el inicio del procedimiento antibiótico. Normalmente no se realizan intentos para comprobar un germen en una neumonía, pero deben hacerse excepciones en pacientes graves, inmunodeprimidos, con mal avance y en los que se sospeche un brote resistente. Cuando se consigue comprobar el agente etiológico, se establece que alrededor del 50 % son de formación bacteriana frente al 25 % cuyo principio es viral; en el 25 % de los casos la neumonía es de origen mixto.

DIAGNOSTICO

La NAC es causada por un número reducido de especies de gérmenes, los más frecuentes son: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Mycoplasma pneumoniae*. En ~25 % de los enfermos se producen infecciones poli microbianas (coinfección), más frecuentemente por *Streptococcus pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae* o *Streptococcus pneumoniae* y virus de influenza o parainfluenza. (Empendium, 2016)

Debe sospecharse neumonía en un enfermo con tos (con o sin flema), fiebre, crecida de la frecuencia respiratoria, dolencia torácica y signos de condensación en el análisis corporal del pecho. La exposición, los síntomas y signos clínicos pueden ser estrechamente variables. La iniciación puede ser sutil o capcioso. El primero es particular de las neumonías llamadas «típicas» de motivo bacteriano y característicamente neumocócica. En otros pacientes la neumonía tiene un comienzo más progresivo sin mucha fiebre y carraspeo irritativo corto productiva. Esta es la exposición más habitual de la neumonía conocida «atípica» causada frecuentemente por agentes como el Mycoplasma, Chlamydothila, Legionella y la de razón viral. Además, pueden predominar los síntomas extra pulmonares como cefalea, mialgias, onicofagia, decadencia, náuseas, vómitos y diarrea; el análisis corporal en muchas de las ocasiones puede ser relativamente florido.

Los hallazgos del análisis corporal en la neumonía dependen de las circunstancias previas del huésped, de la cuantía del compromiso respiratorio y de su mayor o menor cercanía a la tapia costal. Se ha demostrado que no existe alguna señal o síntoma que en grafía aislada permita anunciar o eliminar la presencia de neumonía.

El diagnóstico de neumonía es clínico-radiográfico: la historia y examen físico sugieren la presencia de una infección pulmonar, pero el diagnóstico de certeza se establece cuando se confirma la presencia de infiltrados pulmonares en la radiografía de tórax. El cuadro clínico y los hallazgos de la radiografía de tórax no permiten predecir con certeza el agente etiológico de la infección pulmonar. La radiografía de tórax permite confirmar el diagnóstico clínico, establecer su localización, extensión y gravedad; además permite diferenciar la neumonía de otras patologías, detectar posibles complicaciones, y puede ser útil en el seguimiento de los pacientes de alto riesgo. (D, 2015)

Debido a la gran variabilidad en la grafía de introducción de la neumonía, el doctor debe sospecharla frente a cuadros agudos o graves y que puede aparecer,

especialmente en pacientes de longevidad avanzada, con síntomas crecidamente sistémicos que respiratorios, además la poca sensiblería y especificidad de los síntomas y signos obligan a evaluar con una radiografía de tórax para ratificar o desechar la presentación de neumonía. No es viable implantar ni clínica ni radiológicamente la causa en un paciente determinado, debido a que existe sobre posición de síntomas y signos, por lo que los cuadros clínicos mencionados no son específicos de un microbio en especial.

La neumonía se puede comprobar siguiendo estos exámenes:

- **Análisis de sangre.** Los exámenes de sangre se usan para ratificar un contagio y pretender coincidir el ejemplar de organismo que está causando el contagio. Sin embargo, la caracterización precisa no constantemente es posible.
- **Radiografía torácica.** Esta apoya al hospitalario a determinar la neumonía y a establecer la dilatación y la colocación de la contaminación. No obstante, tu doctor no puede estar al tanto mediante de una radiografía qué clase de brote está causando la neumonía.
- **Pulsioximetría.** En este estudio, se determina el ras de oxígeno de la sangre. La neumonía puede forjar que los pulmones no sean capaces de franquear una eficiente cuantía de oxígeno al afluente sanguíneo.
- **Prueba de esputo.** Se toma una modelo de fluido del pulmón (esputo) que se obtiene haciendo carraspear intensamente al enfermo; rápidamente, se analiza la muestra para influir a reconocer el origen del contagio.

TRATAMIENTO

La forma apropiada de reducir los síntomas y por ende el riesgo de complicaciones de la neumonía adquirida de la comunidad es un tratamiento

antimicrobiano. En la mayoría de los casos no se puede identificar el agente microbiano causante de la infección por tal razón se prescribe un tratamiento antibacteriano empírico.

Además de los medicamentos, cuando un caso de neumonía adquirida en la comunidad es grave, se debe aplicar un tratamiento hospitalario, este puede basarse en el uso de oxigenoterapia o ventilación mecánica, esto acompañado de suplementos nutricionales.

El tratamiento con oxígeno suplementario está compuesto por cánulas nasales y asistencia respiratoria mecánica. La asistencia respiratoria mecánica es el soporte vital que incluye el uso de una máquina llamada ventilador o respirador. Existen dos tipos principales de asistencia respiratoria mecánica: la asistencia respiratoria no invasiva (ARNI) y la asistencia respiratoria invasiva. La primera proporciona asistencia ventilatoria al paciente a través de una máscara facial o nasal colocada firmemente y la última por un tubo que se introduce en la tráquea a través de la boca o la nariz o de un orificio realizado en la tráquea a través de la parte frontal de la garganta. Actualmente, la oxigenoterapia se prescribe habitualmente a los individuos con neumonía. (YANLING ZHANG, 2012)

Para una mayor eficacia del tratamiento se recomienda clasificar a los pacientes con neumonía comunitaria en cuatro categorías de riesgo:

Grupo 1: pacientes bajo 65 años de edad, sin comorbilidad de manejo ambulatorio. Tratamiento: amoxicilina 1 gramo cada 8 horas vía oral durante 7 días.

Grupo 2: pacientes sobre 65 años de edad y/o con comorbilidad de manejo ambulatorio. Tratamiento: amoxicilina/ácido clavulánico 500/125 mg cada 8 horas ó 875/125 mg cada 12 horas, o cefuroxima 500 mg cada 12 horas vía oral durante 7 días.

Grupo 3: pacientes hospitalizados en sala de cuidados generales que tienen criterios de gravedad moderada. Tratamiento: ceftriaxona 1-2 g/día o cefotaxima 1 g cada 8 horas EV durante 7-10 días.

Grupo 4: pacientes con neumonía comunitaria grave que deben ser manejados en la UCI. Tratamiento: ceftriaxona 2 g/día o cefotaxima 1 g cada 8 horas EV asociado a eritromicina 500 mg cada 6 h, levofloxacin 500-1.000 mg/día, o moxifloxacin 400 mg/día EV durante 10-14 días. En presencia de alergia o fracaso de tratamiento con agentes b-lactámicos y/o serología positiva para Mycoplasma, Chlamydia o Legionella sp se recomienda agregar: eritromicina 500 mg cada 6 h EV o VO, claritromicina 500 mg cada 12 h VO, o azitromicina 500 mg/día VO. (alejandro diaz, 2005)

COMPLICACIONES

El derrame pleural es la complicación más habitual de la neumonía aguda y una de las causas mayormente frecuentes de fracaso de los tratamientos. Por ello, en caso de cualquier persistencia de los síntomas o signos infecciosos (fiebre o ausencia de descenso de los reactante de etapa aguda), debe comprobarse la presencia de un derrame pleural. Otra de las complicaciones de la neumonía que suelen presentarse es la abscesificación (neumonía necrotizante), que en la actualidad comienza a presentarse con mayor frecuencia, principalmente en la neumonía de principio neumococo. Es anormal que se presente aislada, siendo más habitual que acompañe al derrame pleural.

Las complicaciones evolutivas crecidamente frecuentes son los trastornos hidroelectrolíticos y acidobásicos, la dificultad respiratoria aguda y la descompensación cardiaca.

Cuando la neumonía se complica es porque la infección fue más allá del parénquima pulmonar, es decir se extendió a otras áreas entre las complicaciones tenemos:

- Derrame pleural paraneumonico (zona afectada la pleura)

- Empiema pulmonar (pleura)
- Neumotórax (pleura y parénquima)
- Fístula broncopleurales (pleura y parénquima)
- Absceso pulmonar (parénquima pulmonar)
- Neumonía necrosante (parénquima pulmonar)
- Pionemotorax (pleura y parénquima) (anselmo martin, 2017)

1.1 Justificación

El presente caso clínico se elaboró con el fin de aumentar los conocimientos que se tienen sobre una patología respiratoria tan común en nuestro medio como es la neumonía adquirida en la comunidad y también para mejorar la atención a los pacientes que la aquejan.

Es muy importante estar al tanto de este tipo de patología ya que serán estas las que como terapeutas respiratorios trataremos, por lo que es vital conocer de ellas para así dar una mejor atención al paciente y ayudarlo de la manera más eficaz a superar la enfermedad. Conocer las alternativas de tratamiento con oxígeno que se le puede administrar al paciente para usar el adecuado supliendo la falta de este, entre los dispositivos que se puede escoger esta la invasiva y la no invasiva que es la que se utilizó en este caso, como terapeutas respiratorios es vital el conocimiento de las ventajas del uso de la oxigenoterapia, y su uso adecuado.

El desarrollo de estos casos es muy importante ya que son una buena forma de educación más práctica al estar en contacto con las personas se desarrollan valores que nos ayudarán en nuestro ejercicio de la profesión.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

- Categorizar las manifestaciones clínicas en paciente masculino de 48 años con neumonía adquirida en la comunidad

1.2.2 Objetivos específicos

- Establecer condición de ingreso de paciente masculino de 48 años con neumonía adquirida en la comunidad.
- Describir las manifestaciones clínicas en paciente masculino de 48 años con neumonía adquirida en la comunidad.
- Seleccionar el tratamiento en oxigenoterapia que mejor se acople al paciente de 48 años con neumonía adquirida.

1.3 Datos generales

Nombre: NN

Edad: 48 años

Sexo: masculino

Raza: mestizo

Nacionalidad: ecuatoriano

Estado civil: casado

Peso: 58 kg

Profesión: ingeniero civil

Domicilio: Babahoyo área urbana

METODOLOGIA DE DIAGNOSTICO

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

Paciente masculino de 48 años que acude a consulta médica por presentar una tos poco productiva de hace más de quince días, malestar general, fatiga, sensación febril no termometrada acompañada de escalofríos y diaforesis. Aduce haber seguido un tratamiento con paracetamol por tres días consecutivos 2 tabletas 500mg, cada 6 horas sin presentar mejoría. No refiere dolores torácicos ni disnea. El paciente indica que fuma alrededor de 5 cigarrillos al día, además de un bebedor de fin de semana.

Antecedentes patológicos personales

- No refiere

Antecedentes personales quirúrgicos

- No se relaciona

Antecedentes familiares

- No refiere

Alergias

- No se relaciona

Hábitos

- Tabaquismo
- Alcohol

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

El problema se originó hace aproximadamente una semana con la aparición de tos poca productiva, malestar general, fatiga, sensación febril acompañada de escalofríos, no refiere disnea, ni otros síntomas, es muy importante destacar que el paciente es un asiduo fumador.

El paciente nos indica que estuvo auto medicando con paracetamol de 500 mg por un tiempo de tres días, pero no presento mejoría alguna. Además, aduce que se realizó unas nebulizaciones caseras que apalio un poco sus síntomas momentáneamente.

2.3 Examen físico (exploración clínica)

Signos vitales

- Frecuencia cardíaca: 125X"
- Frecuencia respiratoria: 20X "
- Presión arterial: 105/66 mmHg
- Temperatura corporal: 39.05 ° C
- Saturación de oxígeno: 92%

- Escala de Glasgow: 16/17

ESTADO NUTRICIONAL

- Normolineo

Cabeza

- Orientado
- Normocefalo
- ORF: húmedas normales

Cuello

- No presenta rigidez de nuca

Tórax

- Forma: normal
- Patrón respiratorio: toracoabdominal
- Percusión: mate
- Palpación: normal

Pulmones

- Auscultación: murmullo vesicular conservado con estertores crepitantes

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

BIOMETRIA HEMATICA

Parámetros	Resultados	Valores de referencia
Glóbulos Blancos	18,89 ul	6.00 – 12.00

Glóbulos rojos	8.22 ul	4.00 – 6.00
Hemoglobina	14.4 g/Dl	12.00 – 17.0
Hematocrito	39.8%	45.0 – 51.0
Vol.Corp.Medio	106,6 fl	81 – 47
Hemog.Corp.Medio	35,8 K/ul	36.0 – 65
Conc.HGB.Corp.Medio	33,6 K/ul	32 – 36
Plaquetas	204 k/ul	130 – 400
Vol.Plaquet.Medio	12,2 Fl	7,4 – 10,4
Ancho.Diste.Plaq	54,2 fl	35 – 55

Realizados antes de dar inicio al tratamiento

GASOMETRIA

Gasometria arterial	
PH	7.41
PCO ₂	37.5mHg
HCO ₃	25.9
PO ₂	75,5
Saturacion O ₂	92%

Realizada antes de iniciar el tratamiento

Radiografía de tórax: Opacidad pulmonar que compromete el lóbulo superior derecho.

2.5 Formulación de diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

Diagnostico presuntivo: bronquitis aguda

Diagnóstico diferencial: neumonía

Diagnóstico definitivo: neumonía adquirida en la comunidad

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema

Como anteriormente se explicó la neumonía adquirida en la comunidad se da fuera del ámbito hospitalario, es decir fue afectado 14 días antes del diagnóstico, es causada por algunas especies de gérmenes, pero el más frecuente es el *strptococcus pneumoniae*, inflamando el parénquima pulmonar y los espacios alveolares. Uno de riesgo es el alcoholismo ya que este reduce el sistema inmunitario haciendo a la persona susceptible a la neumonía.

Las infecciones del tracto respiratorio tienen un alto índice de mortalidad y morbilidad, una de ellas es la neumonía, aunque de esta es difícil computar sus estadísticas, ya que es tratada de diversas maneras y muchas veces de forma ambulatoria. Y muchas veces no se identifica el germen causal de la infección, y cuando se logra la identificación del germen, se establece que aproximadamente el 50 % de la neumonía es bacteriana, 25% viral, y 25% de otro origen mixto.

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

Teniendo en cuenta los valores presentados por el paciente frecuencia cardiaca alta $125x^1$, frecuencia respiratoria normal, presión arterial baja 105/66, temperatura alta $39.05^{\circ}C$ y una saturación de 92% y comparándolos con los valores referenciales, frecuencia cardiaca $60-100x^1$, frecuencia respiratoria $16-22x^1$, presión arterial 120/89, temperatura $36.5^{\circ}C$, y saturación de 99%, se debe proceder de la mejor manera para evitar complicaciones derivadas a la patología.

Se procede con el tratamiento oportuno tanto farmacológico como en oxigenoterapia para suplir el déficit de saturación que no es alta pero no es la ideal.

2.8 Seguimiento

15/11/2020

Una vez que el paciente ingreso a la sala de emergencias del hospital se procede a la toma de los signos vitales y los exámenes complementarios correspondientes, el paciente se encuentra orientado en tiempo y espacio, con disnea de moderado esfuerzo, ya habiendo diagnosticado la neumonía adquirida comunitaria se da inicio con el tratamiento con oxigenoterapia suministrada mediante cánula nasal simple a 2 litros para contrarrestar la saturación de 92% que presenta.

Al ser un paciente hospitalizado con antecedentes de tabaquismo y alcoholismo, requiriendo mayor monitorización se procede a llevarlo a una sala para su monitorización frecuente y para la administración del tratamiento requerido.

15/11/2020

El paciente presenta una mejor condiciones a la que presento el día de su ingreso después de revisar los exámenes complementarios, se administra amoxicilina de 1 gramo cada 8 horas vía oral. Y se continua con la oxigenoterapia con cánula nasal simple 2 litros por minuto.

17/11/2020

Al tercer día al observar que no existe mejoría se procede a realizar rotación de antibióticos, aunque el paciente tiene una neumonía grado 1 el abuso de alcohol y cigarrillos complico el cuadro y debe ser tratado como grado 3, se inicia ceftriaxona 2 g/día, cefotaxima 1g cada 8 horas EV. Se continua con el tratamiento de oxigenoterapia. Se realiza exámenes complementarios donde los resultados son favorables.

20/11/2020

Al sexto día se retira el oxígeno su saturación es normal de 99% y el tratamiento está dando resultados positivos. Se le realiza una gasometría arterial dando resultados satisfactorios.

24/11/2020

Al décimo día y con óptimos resultados se procede con el alta médica para que realice el tratamiento faltante en su domicilio.

2.9 Observaciones

Si bien el paciente es un hombre joven sin enfermedades crónicas, la neumonía adquirida en la comunidad se tenía que tratar como grado 1 y de forma ambulatoria, su hábito con el Tabaco y el alcohol de alguna forma complicó el cuadro llegando a estar hospitalizado y con oxigenoterapia a causa de su baja saturación, y debió ser tratado como paciente grado 3 dando resultado positivo este tratamiento.

El uso oportuno del soporte ventilatorio no invasivo, junto con el tratamiento farmacológico fue imprescindible para evitar complicaciones y lograr la recuperación exitosa del paciente.

Una vez dada la respectiva alta se exhorta al paciente el abandonar el hábito de fumar para mejorar su calidad de vida y evitar futuras complicaciones de salud.

CONCLUSIONES

En el presente caso clínico se refleja como los malos hábitos como el tabaquismo y alcoholismo afecta significativamente en la salud de las personas, que a pesar de ser una persona joven sin antecedentes en enfermedades tuvo tantas complicaciones en su salud por este hábito, complicaciones que normalmente se ven en pacientes mayores, así como en pacientes con enfermedades subyacentes.

La neumonía adquirida en la comunidad no presenta mayores consecuencias una vez realizado el diagnóstico y empezar el tratamiento de manera precoz. El uso oportuno del soporte ventilatorio no invasivo fue clave en el proceso de recuperación del paciente ya que aportaba el oxígeno que el paciente necesitaba evitando complicaciones relacionadas a la falta de este.

Este proyecto fue muy didáctico no solo en la parte científica sino también en la parte humana ya que al tener contacto más cercano con el paciente se desarrolla empatía, profesionalismo y ética muy importante en el ejercicio de la carrera.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- alejandro diaz, j. l. (abril de 2005). *Scielo*. Obtenido de https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwioxqnBpp_vAhVXRDABHQ6OC4wQFjAFegQIAxAD&url=https%3A%2F%2Fscielo.conicyt.cl%2Fscielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS0717-73482005000200008%23%3A~%3Atext%3DTrat
- American Lung Association. (11 de Marzo de 2020). *American Lung Association*. Obtenido de <https://www.lung.org/espanol/salud-pulmonar-y-enfermedades/neumona>
- anselmo martin, a. d. (2017). *neumoped*. Obtenido de https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjdp1qJ_vAhU9RDABHdxxAYgQFjABegQIAxAD&url=https%3A%2F%2Fwww.aeped.es%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fdocumentos%2F09_complicaciones_neumonia_adquirida_0.pdf&usg=AOvVa
- Asociacion Española de Pediatría. (5 de Marzo de 2012). *Anales de Pediatría*. Obtenido de <https://www.analesdepediatría.org/es-etilogia-diagnostico-neumonia-adquirida-comunidad-articulo-S1695403311004875>
- Báez-Saldaña, R. (2013). Neumonía adquirida en la comunidad. En R. Báez-Saldaña, *Neumonología* (págs. 7-43). Calzada de Tlalpan: Medigraphic.
- D, R. G. (2015). *Diagnóstico clínico-radiológico de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad*. Santiago de Chile: Revista Chilena de Infectología.
- Echevarría, A. M. (2012). Neumonía adquirida en la comunidad. En S. d. *Pediátrica., Infectología Pediátrica* (págs. 59-66). Madrid: Madrid Publicity.
- Empendium. (4 de Junio de 2016). *Empendium*. Obtenido de <https://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.II.3.11.1>.
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas. (2013). *MediGraphic*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2013/nts131b.pdf>
- Martínez-Vernaza, S. (2015). *Neumonía adquirida en la comunidad: una vision narrativa*. Bogota: Universitas Medicas.
- Sanz Borrel, C. S. (2016). *Programa de Formación Continuada en Pediatría Hospitalaria*. Madrid: Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria () SEPEAP.
- SV, B. (2010). En S. E. Toracica, *Archivos de Bronconeomologia* (págs. 499-568). Madrid: MediPubli.
- YANLING ZHANG, C. F. (14 de marzo de 2012). *COCHRANE*. Obtenido de https://www.cochrane.org/es/CD006607/ARI_oxigenoterapia-para-la-neumonia-en-adultos#:~:text=El%20tratamiento%20para%20la%20neumon%C3%ADa,respirar%20adecuadamente%20por%20su%20cuenta.

ANEXOS



Fig. 1 RX. De tórax muestra opacidad en el lóbulo superior derecho