



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE TERAPIA RESPIRATORIA

COMPONENTE PRACTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO
PREVIO A LA OBTENCION DEL GRADO ACADEMICO DE
LICENCIADA EN TERAPIA RESPIRATORIA.

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO:

PACIENTE DE SEXO MASCULINO DE 29 AÑOS CON
NEUMONIA INTRAHOSPITALARIA.

AUTORA:

MARTHA MARIBEL MAGALLON CONTRERAS.

TUTOR:

DR: JUAN CARLOS GAIBOR LUNA

BABAHOYO-LOS RÍOS-2021

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
-TITULO DEL CASO CLINICO	III
RESUMEN español	IV
ABSTRACT resumen en ingles	V
INTRODUCCIÓN	VI
I.MARCO TEÓRICO	1
1.1. Justificación	
1.2 Objetivos	
1.2.1Objetivos generales	
1.2.2 Objetivo específicos	
1.3 Datos generales	
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.	
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (Anamnesis).	
2.3 Exámenes físicos (exploración clínica).	
2.4 Información de exámenes complementarios realizados	
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferenciales y definitivos	
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y da los procedimientos a realizar.	
2.7 Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud considerando valores normales.	
2.8 Seguimiento	
2.9 Observaciones	
2.10 CONCLUSIONES	20
REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA ANEXO	

DEDICATORIA

Dedico todos mis logros alcanzados a Dios, porque nunca me ha abandonado y me ha dado fuerzas para seguir adelante cumpliendo mi meta, conforme a su voluntad y su poderosa misericordia a lo largo de todo este tiempo ,ya que sin el no habría podido alcanzar mis sueños .

A mis padres Walter Magallon Ramírez y Sara contreras por ser el apoyo fundamental y económico y estar allí en todo tiempo apoyando de una u otra manera incondicional .

A mis dos hermanos, Johnny y Margarita por también darme fuerzas, ánimos y aliento, cuando en momentos sentía que decaía.

A mis maestros que siempre me han apoyado y me han dado su infinito amor, gracias aquellos que me motivaron a seguir adelante y tuvieron la confianza en mí .

Martha Maribel Magallón Contreras.

AGRADECIMIENTO

Primero agradezco a Dios sin el nada soy .

A mi familia por apoyarme y ayudarme en los momentos en que ya no daba más , por darme ánimos cuando yo ya en ocasiones no podía.

A mis amigos porque creyeron en mi porque, a pesar ante cualquier dificultad estuvieron allí.

A la UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO por verme abierto las puertas para poder empezar a estudiar mi carrera de tercer nivel y formarme como profesional .

A cada uno de mis docentes unos mas especiales que otros , por su paciencia , bondad por su infinito esmero a la enseñanza por su amor fraternal y toda la atención brindada.

A mis compañeros de aula algunos de ellos como hermanos gracias , por estos años que fueron únicos e inolvidables y especiales .

Al DR: JUAN CARLOS GAIBOR LUNA por estar presente ante este proceso de titulación quien a demostrado responsabilidad , para esta enseñarnos y brindarnos su infinito apoyo incondicional .

Martha Maribel Magallón Contreras

TITULO DEL CASO CLINICO:

PACIENTE DE SEXO MASCULINO DE 29 AÑOS CON
NEUMONIA INTRAHOSPITALARIA.

RESUMEN

La neumonía intrahospitalaria es la que comienza luego de las 48 de ingreso hospitalario.

La neumonía intrahospitalaria también es aquella que guarda relación con la resistencia del huésped de las infecciones, y con la virulencia de los microorganismos.

Presentamos un paciente masculino de 29 años de edad con una neumonía intrahospitalaria que su tórpida evolución la conduce a la unidad de cuidados intensivos.

La neumonía intrahospitalaria ha sido un desafío constante debido al cambio de la epidemiología y al desarrollo creciente de resistencia a los antibióticos, estamos lejos de darle una solución con tratamiento casero, parecen nuevos desafíos que nos obligan a, aplicar nuevas estrategias alternativas, para cual procedimos aplicar métodos científicos.

La imposibilidad de contar con una prueba de referencia para el diagnóstico ha impulsado a estandarizar los criterios del diagnóstico.

Palabras clave: NEUMONIA INTRAHOSPITALARIA, HUESPED, METODOS CIENTIFICOS, EPIDEMIOLOGIA Y DIAGNOSTI

ABSTRACT

In-hospital pneumonia is that which begins after 48 hours of hospital admission.

In-hospital pneumonia is also one that is related to the resistance of the host to infections, and to the virulence of the microorganisms.

We present a 29-year-old male patient with in-hospital pneumonia whose torpid evolution leads her to the intensive care unit.

In-hospital pneumonia has been a constant challenge due to the change in epidemiology and the growing development of resistance to antibiotics, we are far from providing a solution with home treatment, new challenges seem to force us to apply new alternative strategies, for which we proceed apply scientific methods.

The impossibility of having a reference test for diagnosis has prompted the standardization of diagnostic criteria.

Key words: INTRAHOSPITAL PNEUMONIA, HOST, SCIENTIFIC METHODS, EPIDEMIOLOGY AND DIAGNOSIS.

ÍNDICE

Dedicatoria	I
Agradecimiento	II
Título del caso clínico	III
Resumen	IV
Abstract	V
Capítulo I.....	6
Titulo.	7
Introducción.	8
1. Marco teórico.	9
Definición de neumonía intrahospitalaria.....	9
Incidencia de la neumonía intrahospitalaria.....	9
Factores de riesgo de la neumonía intrahospitalaria	10
Epidemiología	11
Etiología.....	12
1.1Justificación.	13
1.2Objetivos.	13
1.2.1Generales.	13
1.2.2Específico.	14
1.3 Datos generales.....	15

Capítulo II.....	
1 II Metodología del diagnóstico.	16
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).	16
2.3 Examen físico (exploración clínica)	16
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.	17
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.	17
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y los problemas a realizar.	
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando. Valores normales	17
2.8 Seguimiento.	18
2.9 Observaciones.	18
 Capítulo III	
7.	
Conclusiones.....	19
8. Referencias bibliográficas.	19
Anexos.	20

Introducción

La neumonía intrahospitalaria es la infección del parénquima pulmonar que se desarrolla luego de más de 48 horas y no estuvo incubando antes de su ingreso. En su clasificación actual se incluye la neumonía adquirida en el hospital, la neumonía asociada a ventilación mecánica y la neumonía asociada a cuidados de salud. Se puede hacer una división por el tiempo de aparición de la neumonía en neumonía intrahospitalaria de inicio temprano hasta los primeros cuatro días de hospitalización con gérmenes de origen comunitario y en neumonía intrahospitalaria de inicio tardío a partir del quinto día, con patógenos hospitalarios que colonizan la orofaringe. (César León-Chahua¹, Teodoro Oscanoa-Espinoza², Cynthia Chávez-Gutiérrez³, José Chávez-Gutiérrez⁴, 2016).

Es la segunda procedencia importante de infecciones nosocomiales (luego de la infección urinaria) y su incidencia varía de 5 a más de 20 casos por 1000 ingresos hospitalarios, con las tasas más altas en pacientes inmunocomprometidos, quirúrgicos y ancianos. Se estima que aumenta la estancia hospitalaria en alrededor de 8 días y tiene una tasa de mortalidad que oscila entre 50-80%, representando además una carga económica relevante en los servicios y recursos de salud.

En todos los enfermos con sospecha de neumonía intrahospitalaria se deben obtener muestras de secreciones de las vías respiratorias bajas (se prefiere la aspiración traqueal con cultivo semicuantitativo o con métodos broncoscópicos BAL, mini-BAL o cepillado bronquial con cultivo cuantitativo. El predominio de múltiples bacilos gran negativos en una muestra de las vías respiratorias de buena calidad observados mediante la tinción de Gram confirma la etiología de la neumonía causada por estas bacterias incluidos los microorganismos fermentadores de glucosa y no fermentadores. (sn, 2016).

1. MARCO TEÓRICO

La neumonía intrahospitalaria es la segunda infección nosocomial en frecuencia y la más frecuente en las unidades de cuidados intensivos .

La neumonía intrahospitalaria es la que comienza después de 48 h de ingreso hospitalario (para evitar la confusión con la neumonía adquirida en la comunidad). La neumonía asociada a la ventilación mecánica es la neumonía intrahospitalaria que aparece en pacientes tratados con ventilación mecánica (VM); debe aparecer después de comenzar ésta, pero lo más importante es la presencia de una vía respiratoria artificial en un paciente con neumonía intrahospitalaria 1.

Se reconocen 2 subgrupos de neumonía intrahospitalaria :

- Temprana: cuando aparece en los primeros días de ingreso o de la VM. Se considera temprana cuando se manifiesta en tiempos que varían entre menos de 4 y 7 días. Está causada por bacterias de la comunidad que colonizan habitualmente la orofaringe (neumococo, Haemophilus influenzae, Staphylococcus aureus sensible a la meticilina, etc.).
- Tardía: cuando se desarrolla después. Está causada por patógenos hospitalarios que colonizan la orofaringe durante el ingreso. (CM. Lunaa, A. Monteverdea, A. Rodríguezb, C. Apezteguiac, G. Zabertc, S. Ilutovichb, G. Mengaa, W. Vasend, AR. Díezc, J. Merad, 2005)
- También es aquella que se produce dentro de los 7 días del alta hospitalaria. El momento de aparición de esta entidad es importante para definir el tipo de etiología y la probable evolución. Por esta razón se introdujeron los términos neumonía intrahospitalaria temprana y neumonía nosocomial de aparición tardía. La temprana se produce entre las 48 y las 96 horas luego del ingreso y la tardía después de ese período. Por otro lado, puede clasificarse como asociada a ventilación mecánica, que es la que se inicia luego de las 48 a 72 horas de intubación orotraqueal. Puede producirse en la unidad de cuidados intensivos o fuera de ella, y con o sin factores de riesgo asociados del paciente. (Rosanova1, 2016).

- **Incidencia de la Neumonía intrahospitalaria**

En relación a la incidencia, se estima en 5 a 10 casos por 1000 pacientes hospitalizados. La edad es un factor influyente en la frecuencia de la neumonía intrahospitalaria. En menores de 35 años de edad esta es de 5 casos por 1000, y en los mayores de 65 años esta se eleva a más de 15 casos por 1000 pacientes hospitalizados. En los pacientes que ingresan a ventilación mecánica, la procedimientos invasivos o no invasivos.

La microaspiración es el mecanismo de transporte más frecuente por el cual las secreciones contaminadas llegan al tejido pulmonar desde la mucosa orofaríngea, placa dental, senos paranasales y, en menor medida, el tracto gastrointestinal, lo que da como resultado el posterior desarrollo de NIH.

(César León-Chahua¹, Teodoro Oscanoa-Espinoza², Cynthia Chávez-Gutiérrez³, José Chávez-Gutiérrez⁴, 2016).

Enfermedades pulmonares restrictivas son una categoría de enfermedades respiratorias extrapulmonares, pleurales, o del parénquima que restringen la expansión de los pulmones, lo que resulta en una disminución de volumen pulmonar, un aumento del trabajo de respiración, y la ventilación inadecuada y/o la oxigenación. (svneumo.2001).

EPIDEMIOLOGIA

Todos estos aspectos adquieren mayor importancia porque los seres humanos podemos ser portadores de *K. pneumoniae* durante muchos años, con el riesgo de adquirir infecciones por ella y de diseminarla no solo en ambientes hospitalarios sino también en la comunidad, situación que se puede agravar dependiendo de su creciente resistencia a muchos antimicrobianos.^{9,11} Además, recientemente se ha demostrado que los pacientes colonizados por *K.*

pneumoniae tienen dos a cuatro veces más infecciones asociadas al cuidado de la salud que los no colonizados. (Lina María Echeverri Toro, Juan Carlos Cataño Correa, 2010)

Etiología

La causa más común de la neumonía intrahospitalaria es la microaspiración de bacterias que colonizan la bucofaríngea y las vías aéreas superiores en pacientes graves. La siembra del pulmón debido a la bacteriemia o la inhalación de aerosoles contaminados, es decir, partículas en el aire que contienen especies de Legionella, especies de Aspergillus o el virus de la influenza son causas menos frecuentes.

Patógenos

Los agentes patógenos y los patrones de resistencia a los antibióticos varían de manera significativa entre las instituciones y pueden variar dentro de las instituciones en períodos cortos. Los antibiogramas locales a nivel institucional que se actualizan de forma periódica son esenciales para la determinación de una terapia antibiótica empírica adecuada. En general, los patógenos más importantes son:

- Pseudomonas aeruginosa
- Staphylococcus aureus sensible a la meticilina
- S. aureus resistente a la meticilina .

Otros patógenos importantes incluyen las bacterias entéricas gramnegativas (sobre todo Enterobacter, Klebsiella pneumoniae, Escherichia coli, Serratia marcescens, especies de Proteus y de Acinetobacter).

S. aureus sensible a la meticilina, Streptococcus pneumoniae y Haemophilus influenzae son los microorganismos implicados con mayor frecuencia cuando la neumonía se desarrolla dentro de los 4 a 7 días de la hospitalización, mientras que P. aeruginosa, SARM y los microorganismos gramnegativos entéricos se vuelven más comunes con el aumento de la duración de la hospitalización. (sethy, 2019).

FACTORES DE RIESGO DE LA NEUMONIA INTRAHOSPITALARIA.

Actualmente la neumonía intrahospitalaria se ha convertido en un problema de salud pública que se presenta en las diferentes áreas de atención hospitalaria. La neumonía intrahospitalaria se define como una enfermedad inflamatoria del parénquima pulmonar, causada por agentes infecciosos no existentes en el momento de la admisión en el centro hospitalario; sus síntomas y signos aparecen 48 – 72 horas después del ingreso hospitalario; siempre que se haya excluido un proceso infeccioso pulmonar presente en el momento del ingreso, o aquella neumonía que se presenta en los 7 días tras el alta hospitalaria.

Los factores de riesgo para el desarrollo de neumonía en pacientes ventilados y no ventilados presentan algunas similitudes. Así, puede ser común la presencia de factores de riesgo relacionados con el propio huésped como enfermedades crónicas, o de factores relacionados con el uso de antibióticos que pueden aumentar el riesgo de colonización de la orofaringe, y de riesgo de aspiración de secreciones por el uso de procedimientos invasivos en el tracto respiratorio inferior. Para el diagnóstico se define la presencia de un infiltrado radiológico pulmonar nuevo o existente, más dos de tres criterios clínicos como leucocitosis o leucopenia, fiebre mayor de 38°C y presencia de secreciones bronquiales purulentas. (RODRÍGUEZ AVENDAÑO, JUAN CARLOS, 2018)

Síntomas

El paciente puede experimentar:

Signos y síntomas

Los signos y síntomas de la neumonía intrahospitalaria en los pacientes no intubados suelen ser iguales a los de la neumonía extrahospitalaria e incluyen malestar general, fiebre, escalofríos, rigidez, tos, disnea y dolor torácico.

- Secreciones con pus, amarillas o verdes
- Fiebre
- Taquipnea
- Disnea
- Sonidos respiratorios roncós (crepitantes)

- Pérdida del apetito
- Malestar general, inquietud o indisposición (malestar general)
- Inapetencia.
- Náuseas y vómitos.
- Dolor de pecho agudo o punzante que empeora con la respiración profunda o la tos.
- Escalofrió (SANJAY, 2028)

DIAGNOSTICO DE LA NEUMONIA INTRAHOSPITALARIA

El diagnóstico se basa en la combinación de un infiltrado radiológico pulmonar de nueva aparición junto a secreciones respiratorias purulentas, excepto en pacientes neutropénicos, y alguno de los siguientes criterios: fiebre, hipoxemia o leucocitosis. (Connect, 2018)

TRATAMIENTO

Antibioticoterapia

Elección de antibióticos depende de la presencia de factores de riesgo de infección por patógenos concretos, así como de los datos sobre el perfil de patógenos de cada hospital/unidad y de sensibilidades a antibióticos.

Los antibióticos deben administrarse inicialmente considerando las características farmacocinéticas y farmacodinámicas de los antibióticos. Si es posible, hay que modificarlos lo más rápidamente posible según el resultado de los antibiogramas, y seleccionar antibioticoterapia de espectro más reducido o en monoterapia.

En enfermos con neumonía intrahospitalaria se pueden administrar fluoroquinolonas y, justo después de obtener mejoría. En enfermos con causada por bacterias gramnegativas sensibles solo a aminoglucósidos o polimixinas, considerar la asociación de antibióticos, tanto sistémicos como inhalados (como tratamiento de último recurso en enfermos que no responden al tratamiento. No utilizar aminoglucósidos empíricamente en monoterapia.

Mantener la antibioticoterapia durante 7-8 días (en algunos casos durante más tiempo, en función de la rapidez de la mejoría del estado clínico, de los resultados de las pruebas de imagen y de laboratorio). La duración del tratamiento debe establecerse en función de los criterios clínicos y la reducción de la concentración de procalcitonina en el suero. (empedium, 2016)

Clasificación

Según su duración y etiología, se clasifica en neumonía adquirida en el hospital y la neumonía asociada a ventilación mecánica.

NEUMONIA ADQUIRIDA EN EL HOSPITAL

Es una infección de los pulmones que se presenta durante una hospitalización. Este tipo de neumonía puede ser muy grave. Algunas veces, puede ser mortal.

Causas

La neumonía es una enfermedad común. Es causada por muchos microbios diferentes. La neumonía que comienza en el hospital tiende a ser más grave que otras infecciones pulmonares, porque:

Las personas hospitalizadas con frecuencia están más enfermas y no pueden combatir los microbios.

Los tipos de microbios presentes en un hospital con frecuencia son más peligrosos y más resistentes al tratamiento que los que se encuentran en la comunidad.

La neumonía ocurre con más frecuencia en personas que están usando un respirador (ventilador), que es una máquina que las ayuda a respirar.

La neumonía intrahospitalaria también puede propagarse por medio de los trabajadores de la salud, que pueden pasar los microbios desde sus manos, la ropa o los instrumentos de un paciente a otro. Por eso, lavarse las manos, usar batas y emplear otras medidas de seguridad es tan importante en el hospital.

Las personas pueden ser más propensas a contraer neumonía mientras están en el hospital si:

Abusan del alcohol

Se han sometido a cirugía del tórax u otra cirugía mayor

Tienen un sistema inmunitario débil a raíz de tratamiento contra el cáncer, ciertos medicamentos o heridas graves

Tienen una enfermedad pulmonar prolongada.

Se broncoaspiran con saliva o alimento como resultado de no estar totalmente despiertos o por problemas de deglución (por ejemplo, un accidente cerebrovascular).

No están mentalmente alertas a causa de los medicamentos o la enfermedad.

Son mayores.

Están conectados a un respirador. (S.N., Medline plus. com , s.f.)

NEUMONIA ASOCIADA A LA VENTILACION MECANICA

La neumonía es la segunda complicación infecciosa en frecuencia en el medio hospitalario, y ocupa el primer lugar en los servicios de medicina intensiva, cuyo riesgo está aumentado más de 20 veces por la presencia de la vía aérea

artificial

El 80% de los episodios de neumonía nosocomial se produce en pacientes con vía aérea artificial y se denomina neumonía asociada a la ventilación mecánica.

La NAV afecta hasta un 50% de los pacientes, según la patología de ingreso, que ingresan en UCI, y presenta una

densidad de incidencia que varía entre 10–20 episodios por

cada mil días de ventilación mecánica, con un riesgo diario de entre 1–3%

Este riesgo es mayor en los primeros días, y es especialmente alto, en pacientes ingresados en coma, donde se puede llegar a diagnosticar hasta en el 50% de los

pacientes. (E. Diaza, 2010)

Cuadro clínico

Los exámenes de laboratorio señalan un recuento normal o ligeramente elevado de glóbulos blancos, sin neutrofilia. La radiografía de tórax es normal: su característica es tos persistente, seca y dolorosa, esputo mucoso, antecedentes de infecciones de las vías respiratorias superiores su duración es de 1-2 semanas usualmente viral.

SIGNOS Y SÍNTOMAS.-.

- Tos
- Nariz tapada (obstrucción nasal)
- Catarro
- Dolor y enrojecimiento de la garganta
- Ronquera
- Respiración rápida o difícil.
- Piel morada (cianosis)
- Aleteo nasal (movimiento de las ventanas de la nariz).
- Puede existir fiebre.
- Si no hay ninguno de estos signos o síntomas, es poco probable que sea infección respiratoria. aguda. (Davids S, 2014)

Causas, incidencia y factores de riesgo

Causas

La neumonía es una enfermedad común. Es causada por muchos microbios diferentes. La neumonía que comienza en el hospital tiende a ser más grave que otras infecciones pulmonares, porque:

Las personas hospitalizadas con frecuencia están más enfermas y no pueden combatir los microbios.

Los tipos de microbios presentes en un hospital con frecuencia son más peligrosos y más resistentes al tratamiento que los que se encuentran en la comunidad.

La neumonía ocurre con más frecuencia en personas que están usando un respirador (ventilador), que es una máquina que las ayuda a respirar.

La neumonía intrahospitalaria también puede propagarse por medio de los trabajadores de la salud, que pueden pasar los microbios desde sus manos, la

ropa o los instrumentos de un paciente a otro. Por eso, lavarse las manos, usar batas y emplear otras medidas de seguridad es tan importante en el hospital.

Las personas pueden ser más propensas a contraer neumonía mientras están en el hospital si:

Abusan del alcohol

Se han sometido a cirugía del tórax u otra cirugía mayor

Tienen un sistema inmunitario débil a raíz de tratamiento contra el cáncer, ciertos medicamentos o heridas graves.

Tienen una enfermedad pulmonar prolongada (crónica)

Se broncoaspiran con saliva o alimento como resultado de no estar totalmente despiertos o por problemas de deglución (por ejemplo, un accidente cerebrovascular)

No están mentalmente alertas a causa de los medicamentos o la enfermedad

Son mayores

Están conectados a un respirador. (autor, medline plus , 2019)

EVALUACIÓN Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Se procede a evaluar al paciente para de esta manera obtener los datos específicos y requeridos para llevar el respectivo historial clínico el mismo que servirá, para el fin de la evaluación del paciente y así proceder según la anamnesis sugerir todas las pruebas necesarias y los exámenes complementarios.

Las pruebas microbiológicas deben reservarse para casos específicos sobre la base de sospecha clínica atípica, ya que habitualmente sólo muestran crecimiento de microbiota normal. Estudios clásicos demuestran que la práctica de cultivo de secreción nasofaríngea, serología viral y cultivo de esputo no identifican ningún patógeno en más del 70% de los casos.

MANEJO Y TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento es aliviar los síntomas. En la mayoría de casos de pacientes sanos, sin patología de base, ni síntomas generales, es suficiente el tratamiento sintomático con antitérmicos, antitusígenos o mucolíticos y

ocasionalmente broncodilatadores (sólo en presencia de broncoespasmo). En pacientes fumadores es imprescindible la suspensión del cigarrillo.

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO

El uso de beta 2 adrenérgicos, en contraste con los antibióticos, ha demostrado beneficio consistente, particularmente disminuyendo la duración y la intensidad de la tos. No hay evidencia disponible para sustentar el uso de anticolinérgicos o esteroides inhalados. Los mucolíticos están indicados cuando la tos es persistente, los mucolíticos junto con los broncodilatadores, son los únicos tratamientos demostrados efectivos en pacientes con tos de distinto origen. A pesar de esto, la utilidad clínica es cuestionable por no considerar los distintos orígenes de la tos.

Enfermedades relacionadas

La inflamación de las vías aéreas menores, los bronquiolos, se denominan bronquiolitis, y es una infección viral muy común en niños pequeños y adultos. En un 5% de los casos, la bronquiolitis puede estar producida por bacterias.

MEDIDAS PREVENTIVAS Y RECOMENDACIONES

- **Manos limpias:** todo el personal se lavará las manos o usará gel para manos antimaterial antes y después de cada interacción con el paciente. Además, el personal utilizará guantes durante todo el contacto directo con el paciente
- **Cuidado bucal frecuente:** los estudios de investigación demostraron que brindar cuidado bucal frecuente en pacientes con vías respiratorias artificiales (por ejemplo, tubos de traqueotomía) reduce la cantidad de bacterias en la boca, disminuyendo la probabilidad de HAP
- **Elevación de la cabeza en la cama:** mantener la cabeza del paciente en la cama a 30 grados, cuando sea seguro y adecuado, reduce la probabilidad de que los gérmenes de la boca del paciente entren en contacto con los pulmones. Tenga en cuenta que subir la cabeza a un ángulo de 30 grados puede exigir verificaciones de la piel y giros más frecuentes.

- Técnica de succión limpia y catéteres de succión cerrados: cuando se usen correctamente durante la succión pueden disminuir las probabilidades de introducir gérmenes externos en los pulmones del paciente.

(CRAING, 2018)

DERIVACIÓN AL ESPECIALISTA

Al paciente con sospecha de neumonía debe ser atendido por el personal de la salud y de inmediato derivarlo al especialista con la finalidad de que el paciente sea atendido y el mismo especialista proceda a realizar lo que el paciente requiera de manera intrahospitalaria.

1.1 Justificación

Con el caso clínico que estudiamos de la neumonía intrahospitalaria, queremos dar a conocer que, por medio de este podemos implementar un tratamiento para mejorar un poco la calidad de vida del paciente ya que padecen esta patología con, esto prevenimos las infecciones respiratorias.

Como parte del personal de salud quiero contribuir a la orientación sobre los factores que influyen al alto índice de infecciones respiratorias microbiana

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

- Determinar la fisiopatología de la neumonía intrahospitalaria paciente masculino de 29 años de edad.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Establecer el diagnóstico diferencial y definitivo en paciente masculino de 29 años de edad con proceso infeccioso.
- Establecer el tratamiento y pronóstico del paciente con neumonía intrahospitalaria.

1.3 Datos generales

Nombre: N. N

Edad: 29 años

Sexo: Masculino

Estado civil: soltero

Hijos: 0

Profesión: chofer

Nivel socio/cultural: clase media

Lugar donde vive: valencia –Los Ríos

Antecedentes patológicos personales: bronquitis aguda

Antecedentes patológicos familiares: Madre con insuficiencia renal

Antecedentes patológicos familiares: Padre hipertenso

Antecedentes quirúrgicos: operación de hernia discal

Alergias: No refiere

Hábitos: Ninguno

Capítulo II

II METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

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

Paciente masculino de 29 años refiere que hace 7 días presenta tos productiva con esputo verdoso, amarillento, acompañado de odinofagia, malestares generales, alza térmica no cuantificada, disnea, astenia e hiporexia y otros síntomas, refiere además automedicarse con paracetamol y amoxicilina la cual toma solo en tres ocasiones y al ver que no hay respuesta suspende.

Al momento paciente refiere que su cuadro ha empeorado.

Historial clínico del paciente.

HISTORIA CLINICA

APELLIDO Y NOMBRE: N. N -----

#HCL: 1258

EDAD: 29 Años

SEXO: masculino

1.- ANTECEDENTES PATOLOGICOS

	Patologías	Tiempo de evolución	Tratamiento actual
APP	Hipertensión arterial Diabetes 1	10 años 7 años	valsertan100 MG metformina 500mg
APQX	Apendicetomía	15 años	

ALERGIA	Ninguna
APF	Padre diabetes_ Madre cáncer ovárico
AGO	Ninguna

MOTIVO DE CONSULTA

TOS

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente masculino de 29 años refiere que hace 7 días presenta tos productiva con esputo verde amarillento, acompañado de odinofagia, malestar general, alza térmica no cuantificada, disnea de medianos esfuerzos, astenia e hiporexia niega otros síntomas, refiere además automedicarse con paracetamol y amoxicilina la cual toma solo en dos ocasiones y al ver que no hay respuesta suspende.

Al momento paciente refiere que su cuadro ha empeorado.

EXAMEN FISICO

PESO	TALLA	FC	FR	TA	T	SAT DE 02	GLASGOW
70KG	170	76x min	18XMIN	100/70	38 °C	80% AA	14/15

Paciente consciente, orientado en tiempo y persona, desorientado en espacio febril, de mediana deshidratación .cabeza: normo cefálica, orejas de implantación normal, ojos: semi hundidos , pupilas isocóricas, fosas nasales permeables, mucosas orales semihúmedas, piezas dentales en regular estado, amígdalas medias atrofiadas , no exudativas, cuello movilidad conservada no se palpan adenopatías, tórax: tiraje subcostal, expansibilidad disminuida, murmullo vesicular disminuido en ambas bases pulmonares, presencia de estertores con predominio derecho, corazón rítmico no soplos, no ruidos. Abdomen: medio suave, depresible, doloroso a la palpación, conservados, extremidades no edemas, movilidad conservada, pulsos presentes, no edemas, llenado capilar menor a 2 segundos.

Examen neurológico: desorientado en espacio, pares craneales aparentemente normales

DIAGNOSTICO

NEUMONIA INTRAHOSPITALARIA

TRATAMIENTO

Signos de alarmas

AZITROMICINA DE 500MG

Acido clavulánico de 500mg

Amikacina de 1gramo

Complementarios solución salina y suero fisiológico

EXAMENES

LABORATORIO	IMAGENOLOGIA
Biometría hemática	Rayos x de tórax
	Electrocardiograma

8.- OBSERVACIONES:

Resultados de exámenes de laboratorio

Biometría

Glóbulos blancos 14 000

Neutrófilos 82%

Linfocitos 12%

Hematocritos 40%

HB: 12 MG/DL

Plaquetas: 200 000

Creatinina 1.3 MG/DL

Glucosa : 190 MG/DL

Urea: 20

Informe del rx de tórax

Infiltrados bilaterales , de predominio costado derecho.

No derrame pleural.

Diagnóstico: neumonía intrahospitalaria

TRATAMIENTO

El tratamiento suele iniciarse de forma empírica basándose en datos clínicos, gravedad, uso previo de antibióticos, tiempo transcurrido entre el ingreso hospitalario y el diagnóstico y duración previa de la ventilación mecánica, los patógenos específicos y la prevalencia de patógenos y patrones de resistencia natural y propios de la UCI o del hospital.

2.2 principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (Anamnesis)

Nombre del paciente: N.N

Edad del paciente : 29 Años

SEXO : Masculino

	Patologías	Tiempo de evolución	Tratamiento actual
APP	Hipertensión arterial	10 años	Valsertan de 100mg
	Diabetes tipo 1	7 años	Metformina de 50mg
APQX	Apendicetomía	20 años	
ALERGIA	Ninguna		

APF	Padre diabético_Madre con Cáncer de ovario
AGO	Ninguna

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

ETIOLOGÍA. La causa más común de la neumonía intrahospitalaria es la microaspiración de bacterias que colonizan la bucofaríngea y las vías aéreas superiores en pacientes graves.

2.3 Exploración físico (exploración clínica)

Encontramos al paciente con coloración de piel de aspecto azulada, la auscultación campo pulmonar con ronos diseminados, leve movilización de secreciones a nivel hiliar. Constantes vitales: peso de 70 kg , talla de 1,70 frecuencia cardiaca (FC): 76X` frecuencia respiratoria (FR): 18X' tensión arterial (TA): 100/70 temperatura (TC): 38°C saturación de oxígeno (SAT.O2):88% GLASGOW: 14/15.

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

- Se realizó una radiografía de tórax.
- Se realizó una recolección de examen de esputo.
- Se procedió a realizar una prueba de función pulmonar.
- Se procedió a realizar un electrocardiograma.

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial

En cuanto para verificar el diagnostico presuntivo y diferencial se recolecto las el Examen físico P: 70KG Talla: 1,70 : FC: 76X` FR: 18X' TA: 100/70 TC: 38°C SAT.O2:88% GLASGOW: 14/15

Estado nutricional: Norma línea.

Cabeza: normocefalo

Orientado, activo, responde a estímulos dolorosos, normocefalo, ORF: humedades normales

Cuello: corto

No adenopatías

Tórax:

- Forma: normal
- Tipo de respiración: toraco-abdominal
- Percusión: normal
- Palpación: normal
- Auscultación: campo pulmonares con roncocalculados, leve movilización de secreciones a nivel hilar.
- **Diagnóstico:** Neumonía intrahospitalaria

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

Esta patología se le origino al paciente por motivo de haber tenido un resfriado Una enfermedad seudogripal, por motivo de que sus defensas se encontraban bajas. Por este motivo se debe seguir con el tratamiento que el medico prescriba para que el paciente no vuelva a recaer.

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

Una vez observado y analizado cada uno de los valores encontrados en los respectivos previos análisis y las pruebas realizadas para determinar el diagnóstico definitivo , se pudo observar mediante el estándar de tórax que los pulmones en dichos paciente se encontraban de la siguiente manera :

- Pulmones medios claros

- Trama vascular acentuada
- Estructuras ósea inminentes , no neumonía .
- No infiltración

Así como también al realizar el electrocardiograma se pudo diagnosticar:

Situs auricular, concordancia atrio ventricular y ventrículo arterial.

Válvulas auriculo ventriculares con aspecto, inserción, apertura y flujos normales.

2.8 Seguimiento.

El seguimiento que se le realizo al paciente con la enfermedad infecciosa de neumonía intrahospitalaria fue la siguiente administrándole los distintos fármacos para su pronta y favorable recuperación recuperación.

Primer día:

Se le administra al paciente el fármaco Azitromicina de 500mg en tabletas la cual deberá tomar 1 comprimido diario durante 7 días. Con la finalidad que este fármaco que es un potencial antibiótico pueda realizar su efecto farmacológico en dicho paciente.

Segundo día:

En el segundo día al no ver mucha mejoría administramos un nuevo medicamento como es acido clavulánico de 500mg . el mismo que debe ser ingerido 1 tableta cada 12 horas.

Tercer día:

Al ver que paciente está evolucionando a los dos medicamentos anteriores de medicación , combinados dicha medicación y procedimos a nebulizarlo con solución salina y amikacina de 1gramos.

Cuarto día:

En cuanto al cuarto día de tratamiento como profesional de mi carrera aplicando mis conocimientos procedo a realizar terapias respiratorias con el fármaco amikacina de 1gramo y solución salina la cual al nebulizarlo administró 3 centímetro de solución salina al 0.9% más 15 gotas de amikacina, y procedo a nebulizarlo de 10 a 15 minutos, de tal manera que será favorable para la recuperación del paciente, durante 4 días consecutivos cada 8 horas.

La cual se le puede nebulizar cada 8 horas.

Quinto día:

Así como también le recomiendo al paciente que debe mantener una buena higiene, y sobre todo beber abundante líquido para mantenerse hidratado.

Sexto día:

Y como en caso extra especial se le recomienda al paciente realizarse inhalaciones nocturnas a vapor de manzanilla y eucalipto, con el fin de despejar las vías aéreas.

2.9 Observaciones.

Durante los 15 días del tratamiento se pudo observar una evolución satisfactoria y eficaz, en el paciente la cual pudo recuperarse de una manera exitosa.

Los síntomas que presentaba el pacientes fueron: dificultad respiratoria, tos por más de 7 días de evolución, fiebre moderada.

Los exámenes más certeros para detectar la neumonía intrahospitalaria en estos pacientes fue Cultivo de esputo una RX de tórax en la cual dio como resultado el diagnóstico de la neumonía intrahospitalaria.

Capítulo III

CONCLUSIONES

Esta enfermedad se lo contrae dentro del hospital por lo cual el paciente contrajo la neumonía intrahospitalaria dentro del establecimiento médico de salud ya que después de los análisis respectivos , se verifico dicha patología adquirida en el paciente como es la neumonía intrahospitalaria siguiendo el tratamiento adecuado el paciente saldrá adelante con el cuidado adecuado que le ordene el médicos y que los familiares también ayuden en su tratamiento y mantenimiento con el fin de que el paciente tenga la mejoría respectiva en su salud .

Por este motivo es muy importante que el paciente debe de tomar todas las medicinas a la hora indicada y prescrita por el galeno , para que así de esta manera pueda tener una evolución en su salud satisfactoriamente siguiendo las indicaciones correctas.

Capítulo IV

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. <https://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.II.3.11.2.>
2. <https://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.II.3.11.2.>
3. https://www.medicinainfantil.org.ar/images/stories/volumen/2016/xxiii_3_246.pdf
4. <https://www.redalyc.org/pdf/1805/180518994006.pdf>
5. [https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-pulmonares/neumon%C3%ADa/neumon%C3%ADas-intrahospitalarias#:~:text=mec%C3%A1nica%20\(NAV\).-Etiolog%C3%ADa,a%C3%A9reas%20superiores%20en%20pacientes%20graves.](https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-pulmonares/neumon%C3%ADa/neumon%C3%ADas-intrahospitalarias#:~:text=mec%C3%A1nica%20(NAV).-Etiolog%C3%ADa,a%C3%A9reas%20superiores%20en%20pacientes%20graves.)
6. <http://ddigital.umss.edu.bo:8080/jspui/handle/123456789/9829>
7. https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-pulmonares/neumon%C3%ADa/neumon%C3%ADas-intrahospitalarias#v917581_es
8. <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/neumonia-intrahospitalaria-factores-de-riesgo-y-tratamiento#:~:text=El%20diagno%C3%B3stico%20se%20basa%20en,%3A%20fiebre%2C%20hipoxemia%20o%20leucocitosis.>
9. <https://empendium.com/manualmibe/>
10. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000146.htm>
11. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000146.htm>
12. <https://craighospital.org/es/resources/prevenci%C3%B3n-de-la-neumon%C3%ADa-intrahospitalaria-hap-por-sus-siglas-en-ingl%C3%A9s.>

Anexos

ANEXOS

Imagen radiografía de tórax



Imagen verificando el diagnostico



2 Imagen enseñándoles a los familiares e indicándole el motivo del diagnostico



Imágenes de medicamentos

