



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE TERAPIA RESPIRATORIA

**Componente practico del examen complejo previo a la obtención del
grado académico de LICENCIADA EN TERAPIA RESPIRATORIA**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO:

PACIENTE MASCULINO DE 60 AÑOS CON NEUMONIA

ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

AUTORA:

GLADYS GEOCONDA MOLLETURO MAYORGA

TUTOR:

MANUEL IGNACIO TERAN AGUILERA

BABAHOYO-LOS RÍOS- ECUADOR

2020

INDICE

DEDICATORIA..... 4

AGRADECIMIENTO	5
TITULO DEL CASO CLINICO	6
RESUMEN	7
ABSTRACTA	8
INTRODUCCION	9
I. MARCO TEORICO	10
1.1 JUSTIFICACION	14
1.2 OBJETIVOS	15
1.2.1 OBJETIVOS GENERALES	16
1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	16
1.3 DATOS GENERALES	17
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	18
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE LA CONSULTA Y ANTECEDENTES	18
2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS)	18
2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS	19
2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL	20
2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR	20
2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERADO VALORES NORMALES	21
2.8 SEGUIMIENTO	22
2.9 OBSERVACIONES	22
CONCLUSIONES	22
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
ANEXOS	25

Figura 1	25
Figura 2	25
Figura 3	26
Figura 4	26

DEDICATORIA

Dedico este proyecto principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mi madre, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones. A mi hijo THIAGO MILLER quien ha sido mi mayor motivación para nunca rendirme en los estudios y poder llegar a ser un ejemplo para él.

Gladys Geoconda Molleturo Mayorga

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradezco a Dios, por ser mi guía en cada paso de mi vida y el pilar fundamental, sobre el que sostengo todos mis sueños, aspiraciones y anhelos, a los docentes que han estado durante este proceso ya que ellos me enseñaron a valorar los estudios y a superarme cada día con sabiduría y respeto, y para finalizar a la Universidad Técnica de Babahoyo que me acogió de una manera especial para poder ser una profesional en la Carrera de TERAPIA RESPIRATORIA.

Gladys Geoconda Molleturo Mayorga

TITULO DEL CASO CLINICO

PACIENTE MASCULINO DE 60 AÑOS CON NEUMONIA
ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

RESUMEN

La presente investigación muestra de manera detallada el análisis de mi caso clínico con el tema: **PACIENTE MASCULINO DE 60 AÑOS CON NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD** , paciente quien ingreso por padecimiento de 15 días de evolución con tos seca en acceso y fiebre. Cinco días antes de su ingreso se agregó disnea progresiva, hasta por mínimos esfuerzos, así como alteración del estado de conciencias y cefalea generalizada.

A continuación presento el caso, junto con una revisión; abarcando aspectos más relevantes sobre su incidencia, prevención y tratamiento.

PALABRA CLAVE: Neumonía, disnea, taquipnea, antibiótico, prevención.

ABSTRACTA

This research shows in detail the analysis of my clinical case with the topic: **60-YEAR-OLD PATIENT WITH COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA**, a patient who was admitted due to a 15-day evolution with a dry cough in access and fever. Five days before admission, progressive dyspnea was added, even due to minimal exertion, as well as altered state of consciousness and generalized headache.

I present the case below, along with a review; covering the most relevant aspects of its incidence, prevention and treatment.

KEY WORD: Pneumonia, dyspnea, tachypnea, antibiotic, prevention.

INTRODUCCION

Este proyecto tiene como propósito de verificar un diagnóstico del caso clínico de un paciente de 60 años con una estadía hospitalaria de 15 días y con alcoholismo desde aproximadamente los 30 años. Fue ingresado por presentar tos seca en exceso y fiebre. A los cinco días antes de su entrada se notó disnea, hasta por realizar el mínimo esfuerzo, así también como alteraciones en su estado de conciencia y cefalea. Asistió a un médico quien le recomendó, fosfomicina, ambroxol y salbutamol, sin tener alguna ayuda en su salud. Tres días antes de su ingreso dio a notar dolor precordial irradiado en la pared posterior del tórax, náusea, vómitos y diaforesis. Anteriormente, su tos fue acompañada de una expectoración verdosa. En 24 horas precedentes a su ingreso presentó cianosis.

Primero se realiza un análisis entero sobre el paciente para detallar su evolución en su cuadro clínico. Luego, se cogen muestras para realizar todos los estudios clínicos que permitan identificar el diagnóstico decisivo de la patología que perjudica al paciente. Dentro de dicho estudio del caso clínico se crean parámetros y criterios clínicos para un buen uso hacia el paciente.

La implementación de una metodología de análisis es necesaria para arrancar de una manera correcta con el diagnóstico y tratamiento del paciente. Por lo consiguiente, es importante conocer sus antecedentes patológicos y sus consultas médicas para interpretar el contexto en el cual se va a plantear mi investigación.

Los resultados de los análisis y estudios realizados señalan que el paciente presenta un cuadro clínico de tromboembolia pulmonar, pero otro lado, una radiografía de tórax evidenció una opacidad triangular en la base pleural en el hemitórax izquierdo sugerente de un infarto pulmonar.

Debido a esto se pudo determinar que hay que realizar un plan de seguimiento al paciente para percibir y vigilar la evolución de su estado en la salud.

I. MARCO TEORICO

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una enfermedad infecciosa que afecta a los pulmones, específicamente en individuos quienes no hayan sido recientemente hospitalizados. La neumonía adquirida en la comunidad es un tipo de neumonía y afecta a personas de todas las edades. La NAC ocurre en todo el mundo y es una de las principales causas de enfermedad y mortalidad. Por lo general se adquiere este tipo de neumonía al inhalar o aspirar microorganismos patógenos como las bacterias, virus, hongos y parásitos adquiridos fuera del ambiente hospitalario. (Cunha & Byrd, 2007)

Los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad suelen presentar tos, fiebre, escalofríos, fatiga, dificultad para respirar, y dolor en el pecho. La NAC, es diagnosticada con el cuadro clínico y el examen físico. La radiología y exámenes de laboratorio, como el cultivo de esputo, son a menudo usados para complementar el diagnóstico clínico. (Cunha & Byrd, 2007)

Una persona que presenta síntomas de neumonía adquirida en la comunidad, puede requerir hospitalización, en especial si por juicio médico el paciente tiene factores que eleven su riesgo de morir. Algunos de esos factores de riesgo incluyen tener una edad mayor de 65 años, tener otras enfermedades de base incluyendo trastornos del corazón y diabetes mellitus o estar inmune suprimido como en el caso de pacientes con VIH o lupus eritematoso sistémico. (Gil D., 2008)

Las guías de consenso de varias organizaciones recomiendan el tratamiento empírico con antibióticos macrólidos, fluoroquinolonas, o doxiciclina. Los pacientes hospitalizados deben tener sus antibióticos rotados a la vía oral una vez presenten mejora de los síntomas, permanecen sin fiebre, y son capaces de tolerar los medicamentos por vía oral. Algunas formas de NAC pueden ser prevenidas con la vacunación infantil. (Eric Henley, 2010)

La neumonía adquirida en la comunidad afecta a personas de todas las edades, aunque las cifras más elevadas se observan en los niños de muy corta edad y en los ancianos, en especial en los meses de invierno. La tasa global varía entre

8 y 15 casos por cada 1000 personas cada año y tiende a ser más frecuente en hombres, personas de la raza negra y en quienes poseen factores de riesgo, tales como el tabaquismo y el alcoholismo, diabetes, asma, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer, enfermedad de Alzheimer, fibrosis quística y enfisema así como sujetos inmunosuprimidos, como quienes estén infectados con VIH en quienes el riesgo es unas 40 veces mayor que en otros de su misma edad que no están infectados con el virus. (Harrison, Principios de Medicina Interna 16a edición, 2006)

La entidad clínica en la que se combina el alcoholismo, leucopenia y sepsis por neumococos conlleva una tasa bruta de mortalidad de 80%. La Organización Mundial de la Salud reporta que el promedio de defunciones en países en vías de desarrollo es cercano a 700.000 personas cada año, y que uno de cada tres muertes neonatales se debe a neumonía. El riesgo de contraer neumonía comunitaria también se ve fuertemente ligado a la prevalencia de la enfermedad en el ambiente que se presenta, por ejemplo, se ve disminuida su incidencia en pacientes jóvenes con fácil acceso a buena atención médica primaria, mientras que se ve considerablemente aumentada en poblaciones con un pobre acceso a servicios de atención médica. Es más frecuente ver neumonías comunitarias durante los meses de invierno que en otras épocas del año. (Gil D., 2008)

El cuadro clínico de una neumonía adquirida en la comunidad (NAC) resulta tanto de la invasión y daño directo de los microorganismos, así como de la respuesta del sistema inmune del hospedador ante la infección. Los mecanismos de la infección varían entre los diferentes microorganismos, y la respuesta inmune es también diferente entre un individuo y el otro. Incluso cepas de microorganismos dentro de una especie dada, originan tasas de morbilidad y mortalidad variables, siendo máxima en infecciones por *P. aeruginosa*, *Klebsiella*, *E. coli*, *S. aureus* y *Acinetobacter*. Un serotipo de neumococo o estafilococo puede producir una cifra mayor de mortalidad que las otras, etcétera. (Harrison, Principios de Medicina Interna 16a edición, 2006)

SINTOMAS

Los síntomas de una neumonía dependen de la extensión de la enfermedad, decir, puede ser leve o grave y empezar de manera repentina o puede durar tiempo en instalarse y del microorganismo causal, por lo general, incluyen: (Hogar, 2008)

- Dificultad respiratoria y dolorosa.
- Tos productiva de esputo verdoso o amarillento.
- Fiebre, por lo general elevada, acompañada de sudoración y escalofríos.
- Dolor punzante de pecho.

Los síntomas menos comunes que acompañan a una neumonía son:

- Tos sanguinolenta.
- Dolor de cabeza (incluyendo migrañas).
- Pérdida de apetito.
- Fatiga, ocasionalmente excesiva.
- Cianosis.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Diarrea.
- Dolor en las articulaciones.
- Dolor en los músculos.

DIAGNOSTICO

Los individuos con signos o síntomas de neumonía deben ser evaluados por un profesional de la salud especializado. El examen físico mostrará cambios patológicos, tales como hiperventilación, hipotensión arterial, taquicardia y cambios en el porcentaje o presión de oxígeno en la sangre. Por medio de la palpación y la percusión se pueden identificar regiones en el pulmón que carecen de la resonancia clásica del tórax, como sería el caso de áreas con fluidos denominados consolidación. (Gil D., 2008)

La radiografía del tórax, exámenes de sangre y de esputo en busca de microorganismos infecciosos y otras pruebas de sangre se usan con mucha frecuencia para el diagnóstico de individuos en quienes se sospecha una neumonía. Todos los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad deberían tener el oxígeno sanguíneo monitorizado por alguna forma no invasiva de oximetría. Ello ayuda a determinar la función pulmonar en relación a la perfusión sanguínea. En algunos casos se requerirá tomar gases arteriales con ese fin. El conteo de una hematología completa revela la cantidad de glóbulos rojos y si el paciente tiene o no anemia. Es posible que muchos de estos valores, incluyendo la radiografía, salgan normales. Por ello ciertos grupos y organizaciones de salud, como la Sociedad Británica de Tórax no recomiendan el uso rutinario de radiografía de tórax en el manejo ambulatorio de pacientes con neumonía. Igualmente, existe un número de enfermedades que se parecen

mucho a los resultados de una neumonía, tales como una insuficiencia cardíaca congestiva u otros tipos de daños pulmonares. La radiografía y otros estudios de imagenología permiten confirmar el diagnóstico clínico de una neumonía y diferenciarla de otras patologías respiratorias y cardíacas. (Gil D., 2008)

TRATAMIENTO

La neumonía adquirida en la comunidad es la única infección respiratoria aguda en la que el retraso en el tratamiento se ve asociado a un incremento en los riesgos de complicaciones y muerte. La neumonía adquirida en la comunidad es tratada con la administración de antibióticos que sean efectivos en eliminar a los microorganismos causales, así como con el manejo de complicaciones de la infección. A menudo no se es posible identificar a un microorganismo y por razón de que la identificación de algunos patógenos puede demorar varios días, puede que haya un retraso en la identidad exacta de la etiología. En esos casos, se considera los factores de riesgo del enfermo y se escoge un tratamiento antibiótico empírico. Otras consideraciones incluyen el cuadro clínico y el estado de salud del paciente. (Gil D., 2008)

Algunos tienden a mejorar con rapidez administrando medicamentos por vía oral, mientras que otros requerirán ser hospitalizados y recibir tratamiento por vía intravenosa y, posiblemente, bajo el monitoreo de una Unidad de Cuidados Intensivos. Por lo general, el tratamiento varía dependiendo de la edad y la condición del paciente, por ejemplo, en niños mayores y adultos se incluyen a las bacterias atípicas—antibióticos como los macrólidos tal como la azitromicina o claritromicina, o bien las fluoroquinolonas como levofloxacino pueden ser usados como sustitutos. Otro tratamiento muy efectivo es suministrar dos antibióticos al mismo tiempo (amoxicilina con ácido clavulánico 1 mg y claritromicina 500) 1 de cada uno cada doce horas y 8 nebulizaciones diarias 4 con salbutamol y 4 normales, las nebulizaciones deben ser por los primeros 7 días y los antibióticos durante 10 días, este tratamiento se realiza luego de 7 días en tratamiento sin ver resultados positivos. (Gil D., 2008)

PREVENCION

Adicional al tratamiento de cualquier enfermedad de base que pueda aumentar el riesgo de un individuo a contraer una neumonía comunitaria, existen varias maneras de prevenir una NAC. El abandonar el hábito de fumar es importante no solo para el tratamiento sino para el tratamiento de cualquier enfermedad pulmonar porque, entre otras razones, el humo del cigarrillo interfiere con muchos aspectos de la defensa natural inmunitaria del individuo.

La inmunización es un elemento preventivo importante, tanto para niños como adultos. La vacunación en contra del *Haemophilus influenzae* y el *Streptococcus pneumoniae* en el primer año de vida han reducido grandemente la incidencia de neumonía adquirida en la comunidad entre los niños. También está disponible en el mercado una vacuna para adultos en contra de *Streptococcus pneumoniae* y se recomienda para todo individuo sano mayor de 65 años de edad y adultos de cualquier edad con enfisema, insuficiencia cardíaca, diabetes mellitus, cirrosis hepática, alcoholismo, o quienes hayan perdido el bazo. Se requiere una dosis de repetición al cabo de 5 a 10 años después de la dosis inicial. (Butler JC, 1993)

Las vacunas en contra de la influenza deben ser dadas cada año al mismo grupo de individuos que la vacuna para el *Streptococcus pneumoniae*. Los trabajadores y profesionales de la salud, los residentes de ancianatos y mujeres en estado deberían también recibir la vacuna. Cuando ocurra un brote de influenza, ciertos medicamentos como la amantadina, rimantadina, zanamivir, y oseltamivir tienen buenos resultados previniendo la aparición de la enfermedad viral, así como una complicación neumónica. (Hayden FG, Atmar RL, 1999)

FACTORES DE RIESGO

Los factores más comunes de riesgo son la edad >65 años, el tabaquismo, el consumo de alcohol, las enfermedades pulmonares crónicas, la obstrucción mecánica de las vías respiratorias, la aspiración de la orofaringe o del contenido gástrico, la uremia, el edema pulmonar y la desnutrición.

1.1 JUSTIFICACION

La NAC es una enfermedad frecuente que genera un importante consumo de recursos y provoca una apreciable morbimortalidad, especialmente entre las personas mayores.

Mientras que en la población general la incidencia de hospitalización por neumonía es aproximadamente de 1 caso por 1.000 habitantes/año, en los ancianos esta tasa llega a ser más de 10 veces superior. Sin embargo, a pesar de la reconocida importancia de la Neumonía Adquirida en la Comunidad en la población anciana, la información sobre su epidemiología en este grupo de edad es bastante limitada y, generalmente, poco representativa puesto que la mayoría de los datos epidemiológicos han sido obtenidos de estudios basados en series hospitalarias.

El mayor énfasis efectuado en los últimos años para la implementación de algunas medidas preventivas (tales como las campañas de vacunación antigripal y de lucha contra el tabaquismo) que pudieran incidir en una reducción de la frecuencia de la neumonía adquirida en la comunidad.

Lo cual este proyecto tiene como determinación principal mejorar la salud del paciente que presenta un cuadro clínico de neumonía adquirida en la comunidad.

Por lo tanto, mediante la siguiente investigación se examinará información sobresaliente del paciente, utilizando datos y observaciones obtenidas a partir de casos similares y tratados anteriormente. Además, se implementarán pruebas de laboratorio para fijar un diagnóstico final del paciente.

Y finalmente, esto podría ayudar a contribuir para un buen desarrollo de estudios, con la intención de acortar la tasa de muertes de muchos pacientes.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVOS GENERALES

- ❖ Determinar si la realización del diagnóstico microbiológico posee impacto en el pronóstico.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❖ Identificar las consecuencias asociadas a la neumonía adquirida en la comunidad
- ❖ Valorar signos y síntomas del paciente

1.3 DATOS GENERALES

Paciente de 60 años de edad, que acudió a una consulta la cual presento tos seca y fiebre; fue valorado y tras su valoración se determinó un ingreso, posterior a esto se detectó disnea progresiva, ya sea por realizar un pequeño esfuerzo, así también como alteración del estado de conciencia y cefalea.

Tras su evolución en su cuadro clínico se pudo evidenciar estabilidad cardiovascular y pulmonar con apoyo de:

- ❖ Un Aquapack de 60%
- ❖ Y Saturación de 92%

Solo presento una disnea ligera.

También se manejó esto con broncodilatadores y antibióticos.

Durante los días que estuvo hospitalizado el paciente, se incrementaron las opacidades en el hemitórax derecho y persistieron leucocitosis y neutrofilia, con muy deterioro respiratorio clínico e gasométrico; en lo cual conocemos como Hipoxemia e Hipercapnia. Luego se decidió ayudar con ventiladores mecánicos. El paciente tuvo un deterioro general, y un descontrol metabólico e hipoxémica, a pesar de que se le suministrara oxígeno al 100%

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE LA CONSULTA Y ANTECEDENTES.

Con una estadía hospitalaria de 15 días e alcoholismo desde los 30 años. Ingresó con tos seca y fiebre. A los cinco días antes de su ingreso se presentó disnea progresiva, ya sea por realizar un mínimo esfuerzo, así también como alteración del estado de conciencia y cefalea. Lo cual acudió al médico quien le receto trimetoprim/sulfametoxazol, fosfomicina, ambroxol y salbutamol, sin mejoramiento en su salud. Tres días posteriores de su ingreso presentó dolor precordial irradiado a la pared posterior del tórax, náuseas, vómitos y diaforesis. La tos se acompañó de expectoración verdosa en cantidad no precisada. Y por finalizar antes de las 24 horas previas a su hospitalización presentó cianosis.

ANTECEDENTES:

- ❖ Alergias N/A
- ❖ Diabetes SI
- ❖ Hipertensión N/A

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

- ❖ Presento neumonía de focos múltiple
- ❖ Insuficiencia respiratoria tipo I
- ❖ Alcoholismo crónico
- ❖ Probable tromboembolia pulmonar (TEP) y;
- ❖ Probable síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS)

2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN FÍSICA)

DETALLE	RESULTADOS
❖ PRESIÓN ARTERIAL (PA):	140/90 mm/ Hg
❖ FRECUENCIA CARDIACA (FC):	110 x'
❖ FRECUENCIA RESPIRATORIA (FR):	30 x'

❖ TEMPERATURA (T):	38.9°C	El
--------------------	--------	----

paciente estuvo consciente, un poco inquieto, con una voz entrecortada, y algo desorientado en las 3 esferas neurológicas; cianosis ungueal y peribucal con utilización de músculos accesorios de la respiración; tenía un cuello corto y ancho, ingurgitación yugular grado II; el tórax con disminución de los movimientos de amplexión y amplexación, evidencia de estertores sibilantes y subcrepitantes generalizados; sus ruidos cardiacos se encontraron normales. Su abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, blando y depresible. Y extremidades inferiores hiperémicas, edema bilateral hasta los muslos y datos de insuficiencia venosa periférica.

2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

- ✓ Radiografías De Tórax
- ✓ Exámenes De Laboratorio

EXAMENES DE LABORATORIO DEL PACIENTE

ESTUDIO	MAR.17	MAR.19	MAR.20	MAR.22	MAR.24	MAR.27	MAR.30
Leucocitos	25,200	17,000	14,500	22,000	25,200	27,700	23,500
N/L	93/7	93/7	95/1	96/1	99/0	99/1	92/5
Hb/Hto	17/50	16.1/47.6	15.5/45.5	15.2/45	14.6/42	14/42	13.3/39
Plaquetas	80,000	174,000	164,000	217,000	193,000	123,000	116,000
Glucosa	244	220	309	483	395	126	146
Urea	94	51	54	83	49	26	39
Creatinina	1.8	1.0	1.1	1,3	0.9	0.8	1.4
Na/K	131/4.2	138/4.53	140/5.1	147/4.0		147/3.2	145/4.8
PO/Mg/Ca		1.7/1.92/7					4.3/6.8

TP/TTP	12.3/41. 2	12.2/34.8	12.2/34.1	12.5/32.4	11.2/36. 8	11.2/36.8	11.1/72.6
PT	6.6						
Alb/Glob	2.95/4.0 8						
Col/Trig	144/106						
TGP/TGO	51/144						
LDH/FA	674/364						
BT/CK	1.9/196						

2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL

Para dar a conocer el diagnóstico presuntivo y diferencial del paciente se tuvieron que analizar sus síntomas, su valoración física y los resultados obtenidos en los análisis de laboratorio.

Diagnóstico Presuntivo:

- ❖ Neumonía adquirida en la comunidad

Diagnóstico Diferencial O Final:

- ❖ 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

El origen del problema se da por una evolución de 15 días con tos seca en acceso y fiebre, un paciente diabético con hábitos de alcoholismo.

El primero paso fue el ingreso inmediato del paciente para realizar una valoración general, cuyos procedimientos fueron: exámenes físicos y exámenes complementarios.

2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERADO VALORES NORMALES

EXAMENES DE LABORATORIO DEL PACIENTE								
ESTUDIO	MAR.1 7	MAR.1 9	MAR.2 0	MAR.2 2	MAR.2 4	MAR.2 7	MAR.30	Valores normales
Leucocitos	25,200	17,000	14,500	22,000	25,200	27,700	23,500	4.500 y 11,000
N/L	93/7	93/7	95/1	96/1	99/0	99/1	92/5	60/100
Hb/Hto	17/50	16.1/47 .6	15.5/45 .5	15.2/45	14.6/42	14/42	13.3/39	12/40
Plaquetas	80,000	174,000	164,000	217,000	193,000	123,000	116,000	150,000
Glucosa	244	220	309	483	395	126	146	140
Urea	94	51	54	83	49	26	39	40
Creatinina	1.8	1.0	1.1	1,3	0.9	0.8	1.4	0.7 a 1.3
Na/K	131/4.2	138/4.5 3	140/5.1	147/4.0		147/3.2	145/4.8	135 a 145
PO/Mg/Ca		1.7/1.9 2/7					4.3/6.8	
TP/TTP	12.3/41 .2	12.2/34 .8	12.2/34 .1	12.5/32 .4	11.2/36 .8	11.2/36 .8	11.1/72.6	
PT	6.6							
Alb/Glob	2.95/4.08							

Col/Trig	144/10 6							
TGP/TGO	51/144							
LDH/FA	674/36 4							
BT/CK	1.9/196							

2.8 SEGUIMIENTO

Durante su ingreso el paciente recibió esteroides con las siguientes indicaciones:

- ❖ Día 1 de su ingreso: recibió Metilprednisolona cada 8 horas 125mg
- ❖ Día 4 de su ingreso: recibió 500mg de Metilprednisolona y posteriormente continuó con una dosis de 80mg cada 8 horas

Estas dosis las recibió hasta el día que falleció.

2.9 OBSERVACIONES

- ❖ El paciente no tenía ninguno de los factores de riesgos mencionados
- ❖ Sin embargo, era alcohólico, diabético y estuvo tratándose con esteroides

CONCLUSIONES

- ❖ Se pudo obtener un diagnóstico definitivo del paciente con la patología de una neumonía adquirida en la comunidad


- ❖ Las principales enfermedades de la base en aspergilosis invasiva son :
 - ✓ El trasplante de corazón y pulmón
 - ✓ Las enfermedades crónicas
 - ✓ Y el neoplasias hematológicas

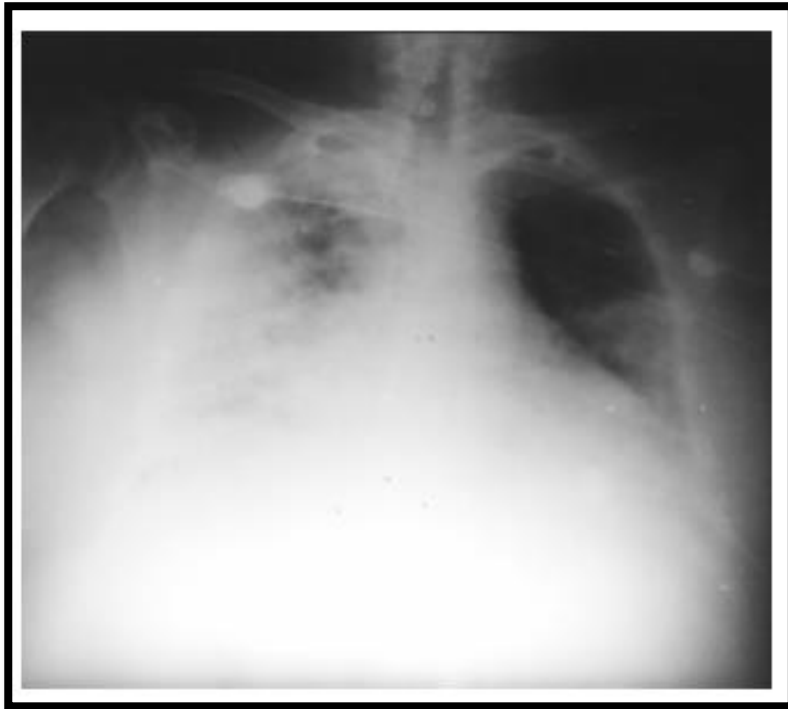
- ❖ Mi paciente tenía hábitos de alcoholico y una patología de diabético

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


- Butler JC, B. R. (1993). Pneumococcal polysaccharide vaccine efficacy: an evaluation of current recommendations.
- Cunha, B. A., & Byrd, R. P. (2007). Pneumonia, Community-Acquired. *eMedicine.com*.
- E. Cruz Mena, R. M. (2015). Insuficiencia respiratoria: aspectos generales.
- Eric Henley, S. W. (2010). Diagnosis and Treatment of Community-Acquired Pneumonia.
- Fernando R, G. M. (2010). Insuficiencia respiratoria aguda . *Acute respiratory failure*.
- Gil D., R. F. (2008). Diagnostico clinico radiologico de la neumonia del adulto adquirida en la comunidad.
- Gil D., R. F. (2008). Diagnostico clinico radiologico de la neumonia del adulto adquirida en la comunidad.
- Gild D., R. F. (2008). Diagnostico clinico de la neumonia del adulto adquirida en la comunidad.
- Harrison. (2006). Principios de Medicina Interna 16a edicion. *Neumonia*.
- Harrison. (2006). Principios de Medicina Interna 16a edicion. *Neumonia*.
- Hayden FG, Atmar RL, S. M. (1999). Use of the selective oral neuraminidase inhibitor oseltamivir to prevent influenza.
- Hogar, M. M. (2008).
- J. de Miguel Dieza, F. V.-S. (2015). Actitud terapeutica en la insuficiencia respiratoria aguda y cronica. *Programa de Formacion Medica Continuada Acreditado*.
- Muñoz, F. R. (2010). Insuficiencia respiratoria .

ANEXOS


Figura 1



Se pudieron notar múltiples imágenes de ocupación alveolar, algo difusas y bilaterales, con un predominio en el hemitórax derecho, además también se observó una imagen triangular izquierda de base pleural, que puede corresponder a un área de un infarto


Figura 2



En esta figura se puede observar una ocupación alveolar más acentuada que en la radiografía anterior



Figura 3

En esta imagen del pulmón derecho con un corte seriado, se puede observar una consolidación extensa, cavidades y algunas multiloculadas y zonas del infarto

La siguiente imagen da un acercamiento más cerca al lóbulo superior derecho, se puede apreciar el infarto extenso y la cavidad multiloculada.

Figura 4

