



**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 65 AÑOS DE EDAD CON NEUMONIA BACTERIANA

AUTOR

JOSE ENRIQUE SALAS MORAN

TUTOR

Lic. SANNY SOFIA ROBLEDO GALEAS

BABAHOYO-LOS RIOS-ECUADOR

2021

INDICE

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TITULO DEL CASO CLINICO	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCION	VI
MARCO TEORICO	1
1. 1 Justificación	10
1.2 Objetivos	11
1.2.1 Objetivo general	11
1.2.2 Objetivos específicos	11
1.3 Datos generales	12
METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	13
2.1 Análisis del motivo de la consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.	13
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)	13
2.3 Examen físico (exploración física)	14
2.4 informe de exámenes complementarios realizados	15
2.5 Formulación de diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo	16
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema	16
2.7 Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud considerando valores normales	16
2.9 Observaciones	17
CONCLUSIONES	18
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	1
ANEXOS	2

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo en mi primer lugar a Dios por estar presente en todas las etapas de mi vida por estar siempre ahí y darme las fuerzas necesarias para terminar esta etapa.

Dedico este trabajo a mi madre por ser la mejor por ser parte de mi todo por ser incondicional conmigo porque sin ella nada fuera posible.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, dar gracias a Dios por permitirme llegar hasta aquí.

Agradezco a mi madre que gracias a su apoyo he logrado terminar este escalón de mi vida.

Agradezco a mis hermanos Camila y Carlos por su apoyo.

Agradezco a mi familia por sus consejos y paciencia.

TITULO DEL CASO CLINICO

**PACIENTE MASCULINO DE 65 AÑOS DE EDAD CON NEUMONIA
BACTERIANA**

RESUMEN

Como se explica más adelante la neumonía es una enfermedad que si no es tratada y diagnosticada a tiempo tiene una alta mortalidad.

Esta se presenta como una infección del tracto respiratorio superior y sus síntomas se asemejan a un resfriado, por esta razón muchas veces es mal diagnosticada.

La neumonía puede ser viral o bacteriana. Entre los principales síntomas encontramos: tos productiva, fiebre, fatiga, entre otros.

Las complicaciones de las neumonías se producen cuando la infección no se limita al parénquima pulmonar, sino que se extiende a áreas vecinas, o cuando el desarrollo de la infección es más complejo que el habitual por diferentes motivos.

Palabras claves: neumonía bacteriana, tracto respiratorio, tos productiva, fiebre, parénquima pulmonar, fatiga.

ABSTRACT

As explained later, pneumonia is a disease that, if not treated and diagnosed in time, has a high mortality rate.

This presents as an infection of the upper respiratory tract and its symptoms resemble a cold, for this reason it is often misdiagnosed.

Pneumonia can be viral or bacterial. Among the main symptoms we find: productive cough, fever, fatigue, among others.

The complications of pneumonia occur when the infection is not limited to the lung parenchyma, but spreads to neighboring areas, or when the development of the infection is more complex than usual for different reasons.

Key words: bacterial pneumonia, respiratory tract, productive cough, fever, pulmonary parenchyma, fatigue.

INTRODUCCION

La neumonía bacteriana es considerada a nivel mundial como una enfermedad de alto índice de mortalidad, esta enfermedad inflama a los alveolos de uno o de ambos pulmones, es causada comúnmente por la bacteria *Streptococcus pneumoniae*, que ataca en un alto índice a niños y a adultos mayores de 65 años.

Con frecuencia, la neumonía comienza después de una infección del tracto respiratorio superior (una infección en la nariz y la garganta) y los síntomas comienzan después de 2 o 3 días de un resfriado o un dolor de garganta. Luego, pasa a los pulmones. En los espacios de aire de los pulmones, comienza a juntarse líquido, glóbulos blancos y desechos, y esto bloquea el pasaje de aire, lo cual dificulta el funcionamiento de los pulmones. (Ryan J. Brogan, 2017)

Este caso clínico es realizado a través del seguimiento de un paciente que ingreso a emergencias presentando un cuadro súbito de disnea de moderado esfuerzo, taquipnea, dificultad para respirar y tos con expectoración, su saturación al momento de su ingreso es de 90%.

La neumonía bacteriana ha disminuido paulatinamente su frecuencia en nuestra comunidad, lo que se refleja en una disminución de las internaciones por neumonías de estas etiologías. Hoy en día predominan las neumonías de etiología viral, lo que es manifiesto principalmente en lactantes y pre-escolares. (Revista Chilena de Infectología, 2019)

Al momento de su ingreso se procedió tomando sus signos vitales, la exploración física y realizando todos los exámenes complementarios necesarios para continuar con el seguimiento y el respectivo diagnóstico arrojados por los resultados de los exámenes, al realizar la gasometría arterial esta refleja una acidosis metabólica, en la radiografía de tórax se presenta una neumonía, y finalmente se realiza una prueba de esputo para poder identificar el microorganismo que causa la infección, y se pudo determinar que es neumonía bacteriana.

Aunque muchas personas que han contraído neumonía son tratados con antibióticos de manera ambulatoria, no sucede así con personas con enfermedades crónicas que tienen su sistema inmune comprometido esto los hace vulnerables debiendo ser hospitalizados para estar bajo observación constante evitando así complicaciones que pueden ser mortales.

MARCO TEORICO

NEUMONIA

La neumonía es un tipo de infección respiratoria aguda que afecta a los pulmones. Estos están formados por pequeños sacos, llamados alvéolos, que —en las personas sanas— se llenan de aire al respirar. Los alvéolos de los enfermos de neumonía están llenos de pus y líquido, lo que hace dolorosa la respiración y limita la absorción de oxígeno. Puede ser altamente contagiosa, ya que los microorganismos causantes de dicha enfermedad se diseminan rápidamente en el aire, y pueden propagarse por medio de estornudos, tos y mucosidad; la neumonía puede estar causada por múltiples bacterias como neumococo, estreptococo o clamidia; otras por muy distintos virus, o por hongos como el *Pneumocystis jiroveci*, o la *cándida*. (Carrasco, 2014)

La neumonía es la principal causa individual de mortalidad infantil en todo el mundo. Se calcula que la neumonía mató a unos 920 136 niños menores de 5 años en 2015, lo que supone el 15% de todas las defunciones de niños menores de 5 años en todo el mundo. La neumonía afecta a niños —y a sus familias— de todo el mundo, pero su prevalencia es mayor en el África subsahariana y Asia meridional. Pueden estar protegidos mediante intervenciones sencillas y tratados con medicación y cuidados de costo bajo y tecnología sencilla. (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 2019)

La neumonía es causada por pequeños gérmenes, como bacterias, virus y hongos. La mayoría de personas saludables se recupera de la neumonía, pero puede ser mortal. A menudo, la neumonía se puede prevenir.

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.

Los virus respiratorios son la causa más común de neumonía en niños y adultos jóvenes, mientras que el virus de la gripe es la causa más común de neumonía viral en adultos. Otros virus que causan la neumonía incluyen el virus respiratorio sincitial, el rinovirus, el virus del herpes simple, el virus de síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) y más. (AMERICAN LUNG ASSOCIATION, 2020)

La **causa más frecuente** de neumonía en los adultos > 30 años es

Infección bacteriana

Streptococcus pneumoniae es el patógeno más común en todos los grupos etarios, contextos y regiones geográficas. Sin embargo, patógenos de todo tipo, desde virus hasta parásitos, pueden provocar una neumonía.

Las vías aéreas y los pulmones están constantemente expuestos a patógenos presentes en el ambiente externo; las vías aéreas superiores y la bucofaríngea en particular están colonizados por la flora denominada normal. La microaspiración de estos patógenos del tracto respiratorio superior es algo normal, pero estos patógenos son rápidamente manejados por los mecanismos de defensa del pulmón del huésped. La neumonía se produce cuando

Los mecanismos de defensa están comprometidos

La macroaspiración conduce a un gran inóculo de bacterias que supera las defensas del huésped normales

Se introduce un patógeno particularmente virulento

En ocasiones, la infección se desarrolla cuando los patógenos llegan a los pulmones a través del torrente sanguíneo o por expansión contigua desde la pared torácica o el mediastino. (SETHI, 2019)

Las **defensas de las vías aéreas superiores** incluyen la IgA salival, las proteasas y las lisozimas, los inhibidores del crecimiento producidos por la flora normal y la fibronectina, que recubre la mucosa e inhibe la adherencia.

Las **defensas inespecíficas de las vías aéreas inferiores**, que incluyen la tos y la limpieza mucociliar, previenen la infección en los espacios aéreos. Las defensas específicas de las vías aéreas inferiores incluyen diversos mecanismos inmunitarios específicos contra el patógeno, como la opsonización de IgA e IgG, los péptidos antimicrobianos, los efectos antiinflamatorios del surfactante, la fagocitosis por los macrófagos alveolares y las respuestas inmunitarias mediadas por células T. Estos mecanismos protegen a la mayoría de las personas contra la infección. (SETHI, 2019)

Numerosas condiciones alteran la flora normal (p. ej., enfermedad sistémica, desnutrición, exposición al medio hospitalario, exposición a antibióticos) o afectan estas defensas (p. ej., alteración del estado mental, tabaquismo, intubación nasogástrica o endotraqueal). Los patógenos que luego alcanzan los espacios aéreos pueden multiplicarse y causar neumonía. (SETHI, 2019)

Los patógenos específicos que causan la neumonía no pueden encontrarse en < 50% de los pacientes, incluso con una amplia investigación diagnóstica,

principalmente debido a las limitaciones de las pruebas diagnósticas actualmente disponibles. Pero como los agentes patógenos y los resultados tienden a ser similares en pacientes en ámbitos similares y con factores de riesgo similares, las neumonías pueden clasificarse como:

Extrahospitalarias

Intrahospitalaria (excluyendo las asociadas con el ventilador)

Asociada con el respirador

En pacientes inmunocomprometidos, incluidos los pacientes con infección por VIH (human immunodeficiency virus) (véase Neumonía por Pneumocystis jirovecii)

La neumonía aspirativa, que se produce cuando grandes volúmenes de secreciones de las vías aéreas superiores o gástricas entran en los pulmones. (SETHI, 2019)

TIPOS DE NEUMONIA

- Neumonía neumocócica: causada por el streptococcus pneumoniae
- Neumonía estafilocócica: causada por el staphylococcus
- Neumonía causada por bacterias gram negativas
- Neumonía causada por hemophilus influenzae
- Neumonías atípicas
- Psitacosis causada por chlamydia psittaci
- Neumonía vírica
- Neumonía por hongos
- Neumonía por pneumocystis carinii
- Neumonía por aspiración

SINTOMAS DE LA NEUMONIA BACTERIANA

La neumonía bacteriana puede tener un comienzo repentino, y puede presentar los siguientes síntomas:

Tos productiva (con moco)

Dolor de pecho

Vómitos o diarrea

Disminución del apetito

Fatiga

Fiebre (STANFORD CHILDRENS HEALTH, 2021)

FACTORES DE RIESGO Y PATOGENIA

Cualquiera puede sufrir neumonía, y existen muchos factores que determinan que una persona sea más susceptible a infección por unos microorganismos u otros. Por ejemplo, en personas sanas, la neumonía más común es la producida por una bacteria llamada neumococo (*Streptococcus Pneumoniae*). En cambio, en personas ingresadas en centros hospitalarios, otras bacterias poco comunes en la comunidad son más frecuentes. (OCAÑA, 2013)

El desarrollo de neumonía depende fundamentalmente de la interacción entre las enfermedades de base de los pacientes, su estado inmunitario-nutricional y el medio en el que se encuentren. En diversos estudios se ha encontrado que la edad en sí no tiene un peso significativo una vez se corrigen estos factores, especialmente la comorbilidad. El problema es que estos factores de riesgo se van agregando con la progresión de la edad de los individuos, aumentando el riesgo por la comorbilidad

en pacientes en la comunidad, institucionalizados y hospitalizados. (JOSE MANUEL VEGA, 2006)

El mecanismo fundamental de producción de la neumonía es la microaspiración orofaríngea. Cuando los pacientes presentan colonización orofaríngea por bacterias gram negativas, con un inóculo suficientemente grande de bacterias especialmente virulentas y en el seno de mecanismos defensivos disminuidos, se produce el desarrollo de neumonía. Esas aspiraciones son, en ocasiones, más importantes, cuando en la clínica aparecen disfagia, tos y síntomas respiratorios inmediatamente o unas horas después. A veces estos episodios consisten en el desarrollo de neumonitis por aspiración, que no siempre se acompañan de infección bacteriana. La distinción clínica de la presencia de infección o neumonitis química sola es casi imposible, por lo que la mayoría de estos episodios serían tratados como neumonía aspirativa. Estos procesos se desarrollan en pacientes con factores de riesgo bien definidos, como la presencia de disfagia, enfermedades neurológicas de base, deterioro funcional, incontinencia urinaria y malnutrición que, además, son factores de riesgo para colonización orofaríngea por gram negativos y otros microorganismos como *S. aureus* meticilinresistente. (JOSE MANUEL VEGA, 2006)

COMPLICACIONES

Las complicaciones de las neumonías se producen cuando la infección no se limita al parénquima pulmonar, sino que se extiende a áreas vecinas, o cuando el desarrollo de la infección es más complejo que el habitual por diferentes motivos. Esto modifica el curso clínico de la neumonía inicial constituyendo un reto en su manejo, dado que no existen unos criterios totalmente unificados sobre su tratamiento. Las complicaciones de las neumonías adquiridas en la comunidad (NAC) son: derrame pleural paraneumónico (DPP), empiema pulmonar (EP);

neumotórax, fístula broncopleurál (FBP), absceso pulmonar (AP), neumonía necrosante o necrotizante (NN) y pnoneumotórax.

Estas complicaciones suponen solo el 1% de las mismas, pero este porcentaje aumenta a casi un 40% en caso de precisar ingreso hospitalario, por lo que se considera una patología fundamentalmente hospitalaria. (ANDRES MARTIN, 2017)

Siendo el neumococo es el virus que más habitualmente produce neumonía bacteriana, y a que, en los últimos tiempos, se evidenció una crecida de la resistencia de este a la penicilina, se pensó que ésta podría tratar de una de las posibles causas del incremento de las complicaciones. Sin embargo, la generalidad de los estudios concluye que no existen diferencias significativas con proporción a la susceptibilidad del neumococo a la penicilina, entre los pacientes con neumonía complicada y no complicada. En los últimos tiempos se está observando una disminución de la potencia por un excelente empleo de los antibióticos y la incorporación de la vacunación conjugada.

METODOS DE DIAGNOSTICO

Para la detección de la neumonía bacteriana y su temprano diagnostico se realiza un sinnúmero de pruebas que serán detalladas a continuación

Análisis de sangre. Los análisis de sangre se usan para confirmar una infección e intentar identificar el tipo de organismo que está causando la infección. Sin embargo, la identificación precisa no siempre es posible.

Radiografía torácica. Esta ayuda al médico a diagnosticar la neumonía y a determinar la extensión y la ubicación de la infección. No obstante, tu médico no

puede saber por medio de una radiografía qué tipo de germen está causando la neumonía.

Pulsioximetría. En esta prueba, se mide el nivel de oxígeno de la sangre. La neumonía puede hacer que los pulmones no sean capaces de pasar una suficiente cantidad de oxígeno al torrente sanguíneo.

Prueba de esputo. Se toma una muestra de líquido de los pulmones (esputo) que se obtiene haciendo toser profundamente al paciente; luego, se analiza la muestra para ayudar a identificar la causa de la infección. (MAYO CLINIC, 2020)

Es posible que el médico solicite otros exámenes si tienes más de 65 años, estás en el hospital o tienes síntomas graves u otras enfermedades. Estos pueden incluir los siguientes:

TC. Si la neumonía no mejora en el tiempo esperado, es posible que el médico te recomiende hacerte una TC de tórax para obtener imágenes más detalladas de los pulmones.

Cultivo de líquido pleural. Con una aguja que se inserta entre las costillas, se toma una muestra de líquido de la zona pleural y se la analiza para determinar el tipo de la infección. (MAYO CLINIC, 2020)

TRATAMIENTO PARA LA NEUMONIA BACTERIANA

El objetivo del tratamiento antibiótico es eliminar la bacteria causante de la infección o impedir su multiplicación. Es importante cumplir el tratamiento antibiótico completo para evitar la aparición de resistencia a los antibióticos. Si se interrumpe el tratamiento antibiótico de forma prematura, se corre el riesgo de que la bacteria causante de la neumonía vuelva a crecer y se multiplique, y que produzca, así, una infección aún más grave. (ROSELLO, 2018)

En general, se identifican tres situaciones para el tratamiento antibiótico:

Tratamiento ambulatorio (Neumonía adquirida en la comunidad (NAC) leve).

Este grupo de pacientes, por lo general, son tratados con antibióticos del tipo: fluroquinolona (moxifloxacino o levofloxacino), betalactámico o macrolido. Las personas con enfermedades crónicas que puedan incrementar el riesgo de tener una neumonía causada por un patógeno no habitual y que son tratadas ambulatoriamente deben recibir como tratamiento: moxifloxacino o levofloxacino o amoxicilinaclavulánico más un macrólido. (Carrasco, 2014) (ROSELLO, 2018)

Tratamiento en el hospital. Si el tratamiento es por vía oral: moxifloxacino o levofloxacino o amoxicilinaclavulánico más un macrólido. Si el tratamiento es endovenoso, el tratamiento sería: cefalosporina de 3ª generación o amoxicilinaclavulánico, asociados a un macrólido o levofloxacino en monoterapia.

Tratamiento en la UCI (NAC severa). El tratamiento pautado es una cefalosporina de 3ª generación asociada a levofloxacino o a un macrólido. (ROSELLO, 2018)

El inicio precoz del tratamiento antibiótico en el paciente con Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) es muy importante y se debe administrar antes de que pasen 4 horas desde el diagnóstico, ya que se ha demostrado una reducción en la morbi-mortalidad, así como también en la estancia hospitalaria.

Los pacientes adultos con Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) son divididos en diferentes grupos, en función del mayor o menor riesgo de tener una evolución complicada, es decir, de los factores pronósticos de gravedad.

Para ello se utilizan escalas de severidad, la más utilizada es el Pneumonia Severity Index (PSI). Este valora 20 variables y divide a los pacientes en 5 grupos. Cada grupo de pacientes con NAC tiene una etiología más o menos diferenciada y, por tanto, un tratamiento diferente. (ROSELLO, 2018)

1. 1 Justificación

Este caso clínico lo realice por la inquietud que tenía de afianzar mis conocimientos respecto a la neumonía bacteriana, ya que me parece de real trascendencia conocer todo sobre ella.

Como profesional de la salud respiratoria es de mucha importancia reconocer los síntomas de la neumonía bacteriana para llegar a un diagnóstico precoz y evitar complicaciones que pueden desembocar en mortalidad del paciente.

En el desarrollo de este caso clínico me permitió expandir mis conocimientos más allá de lo científico ya que al tratar con pacientes pude desarrollar empatía con ellos y esto me ayudara en un futuro ser un gran profesional.

El estudio de estos casos clínicos debe socializarme y expandirse más ya que son muy autodidactas logrando que los futuros profesionales desarrollen su parte investigativa.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

- Determinar las complicaciones de la neumonía, para el manejo oportuno de la neumonía bacteriana

1.2.2 Objetivos específicos

- Reconocer los síntomas de la neumonía bacteriana para una detección a tiempo.
- Identificar los factores riesgo y asociarlos a la neumonía bacteriana
- Conocer los tratamientos adecuados para aplicar a pacientes con esta enfermedad

1.3 Datos generales

Nombre: NN

Edad: 65

Sexo: masculino

Raza: mestizo

Nacionalidad: ecuatoriano

Estado Civil: divorciado

Peso: 80 kg

Lugar de trabajo: agricultor

METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

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

Paciente masculino de 65 años que ingresa a urgencias presentando tos productiva, disnea a moderados esfuerzo y fiebre.

Antecedentes patológicos personales

- Hipertension arterial

Antecedentes personales quirúrgicos

- Apendicetomía a los 15 años de edad

Antecedentes familiares

- Madre hipertensa
- Padre no refiere

Alergias

- No refiere

Hábitos

- No refiere

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

El paciente refiere que presento tos desde hace 3 semanas, pero una semana antes de acudir a urgencias esta se hizo más continuo presentando disnea de leves esfuerzo y alza térmica. Por lo tanto, busco ayuda médica para contrarrestar los síntomas.

2.3 Examen físico (exploración física)

Signos vitales

- Frecuencia cardíaca: 74 X"
- Frecuencia respiratoria: 28 X "
- Presión arterial: 120/70 mmHg
- Temperatura corporal: 37.5 ° C
- Saturación de oxígeno: 90.7%
- Escala de Glasgow: 16/17

ESTADO NUTRICIONAL

- Regular

Cabeza

- Orientado
- Presenta estímulos dolorosos
- Normocefalo
- ORF: húmedas normales

Cuello

- No adenopatías palpables

Tórax

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

Pulmones

- Auscultación: disminución del murmullo vesicular y crepitantes tipos velcros en ambas bases pulmonares.

2.4 informe 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	12.1 g/Dl	12.00 – 17.0
Hematocrito	40.7%	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	295 k/ul	130 – 400
Vol.Plaquet.Medio	12,2 Fl	7,4 – 10,4
Ancho.Diste.Plaq	54,2 fl	35 – 55
PLAQUETORIO		
Neut.	00,00 UI	43 – 65
Lymph	11.90 UI	73.3
Mono	12,6 UI	5,5 – 11,7
EO	0,34 UI	0,9 – 2,9
Baso	0,1 UI	0,2 – 1,0

GASOMETRIA

Gasometria arterial	
PO ₂	55,9 mm Hg
PH	7,44
PCO ₂	31,5 mmHg

HCO ₃	19/5 mEq/L
Sat O ₂	90,7%
FiO ₂	21%

Radiografía de tórax: patrón intersticial bilateral difuso en bases pulmonares

2.5 Formulación de diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

Diagnostico presuntivo: bronquitis aguda

Diagnóstico diferencial: neumonía

Diagnóstico definitivo: neumonía bacteriana

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

Como ya se explicó anteriormente la neumonía es una patología que es causada por microorganismos ya sean estos virus o bacterias, todos estamos expuestos a ella, pero existen factores que influyen en la complicación entre cada individuo.

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

Considerando que tiene valores normales en la Frecuencia Cardiaca: 74X1, Frecuencia Respiratoria: 28X1, subida térmica de 37.5° C y reducción de TA: 120/70, GLASGOW: 16/17. Los valores normales son: Frecuencia Cardiaca: 60-100

X1, Frecuencia Respiratoria: 16-22X1, TC: 36,5° C, TA: 120/60, GLASGOW: 15. También con signos como fiebre, tos productiva, asociados con disnea de esfuerzos leves, saturando. O2: 90.7%, etc., se procedió a la tabla terapéutica antes mencionada con el fin de contrarrestar la infección y evitar las complicaciones respiratorias que se manifiestan.

2.8 Seguimiento

El paciente inicia el tratamiento con oxígeno, furosemida y terapia de antibióticos: ceftriazona y claritromicina por 3 días consecutivos, pero sigue presentando cuadros febriles por lo que se procede a cambiar los antibióticos por ceftazidima y amikacina teniendo un mejor resultado, durante todo el tiempo que duro el tratamiento el paciente permaneció hospitalizado para tenerlo monitorizado, así como se le suministraba oxígeno complementario mediante una cánula simple de 2 litros.

Al presentar notable mejoría y buena respuesta al tratamiento se procede a dar de alta al quinto día de hospitalización. Recomendando que guarde reposo y continúe con la medicación hasta terminar la dosis.

2.9 Observaciones

El paciente mientras duro la hospitalización presento una notable mejoría por lo que al momento de dar el alta se le formulo algunas recomendaciones que debe continuar en casa para seguir con la evaluación positiva que presentaba.

Entre las recomendaciones están las de continuar con la medicación otorgada por el médico, llevar una buena alimentación, y llevar un estilo de vida más saludable.

CONCLUSIONES

En el desarrollo de este caso clínico pude conocer más sobre la neumonía sus tipos, su sintomatología, factores de riesgo, y tratamiento, todo esto muy importante para un terapeuta respiratorio, ya que estos tipos de patologías serán su modus vivendi en el ejercicio de la Carrera.

La neumonía en la región en que vivimos es muy frecuente ya que nuestro clima es un factor para la proliferación de ella.

La neumonía, aunque puede llegar ser mortal cuando se diagnostica a tiempo y se sigue el tratamiento como está establecido no conlleva a mayores complicaciones.

Otra cosa que obtuve al desarrollar este caso es el de adquirir experiencia en el trato con pacientes y así formar empatía, que se pondrá en práctica al momento de ejercer como terapeuta respiratorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (2021). Obtenido de STANFORD CHILDRENS HEALTH:
<https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=pneumoniainchildren-90-P06051>
- AMERICAN LUNG ASSOCIATION. (11 de MARZO de 2020). Obtenido de
<https://www.lung.org/espanol/salud-pulmonar-y-enfermedades/neumona>
- ANDRES MARTIN, A. D. (2017). *NEUMOPED*. Obtenido de
http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/09_complicaciones_neumonia_adquirida_0.pdf
- Carrasco, J. (23 de Junio de 2014). *Sociedad Española de Medicina Interna*. Obtenido de
<https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/neumonia>
- JOSE MANUEL VEGA, C. R. (2006). *SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERENTOLOGIA*. Obtenido de https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2041_III.pdf
- MAYO CLINIC. (JUNIO de 2020). Obtenido de
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwijtG9mZ3vAhXCwVkkHe55CJMQFjABegQIBhAD&url=https%3A%2F%2Fwww.mayoclinic.org%2Fes-es%2Fdiseases-conditions%2Fpneumonia%2Fdiagnosis-treatment%2Fdrc-20354210&usg=AOvVaw3>
- OCAÑA, D. A. (23 de Agosto de 2013). *Clinica Universidad de Navarra*. Obtenido de
<https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/neumonia>
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. (2 de AGOSTO de 2019). *ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>
- Revista Chilena de Infectología. (2019). Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento antimicrobiano de la neumonía bacteriana adquirida en la comunidad en pediatría. *Revista Chilena de Infectología*.
- ROSELLO, A. T. (FEBRERO de 2018). *CLINIC BARCELONA HOSPITAL UNIVERSITARI*. Obtenido de
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjCqcfkmp3vAhUiw1kKHSiIC6MQFjANegQIKhAD&url=https%3A%2F%2Fwww.clinicbarcelona.org%2Fasistencia%2Fenfermedades%2Fneumonia%2Ftratamiento&usg=AOvVaw2Wz09lmnezxqrBbgOwePKF>
- Ryan J. Brogan, D. (3 de Diciembre de 2017). *KidsHealth*. Obtenido de
<https://kidshealth.org/es/parents/pneumonia-esp.html>
- SETHI, S. (MARZO de 2019). *MANUAL MSD PARA PROFESIONALES*. Obtenido de
<https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-pulmonares/neumon%C3%ADa/neumon%C3%ADas-extrahospitalarias>

ANEXOS



Fig. 1: rx donde se ve patrón intersticial bilateral difuso con mayor afectación en ambos campos inferiores.

