



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

**DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO AL EXAMEN
COMPLEXIVO PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE LICENCIADA EN
TERAPIA RESPIRATORIA**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

**PACIENTE FEMENINO DE 66 AÑOS DE EDAD CON NEUMONIA BACTERINA
ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD**

AUTORA:

JHOSELYN KARINA TAPIA GALLEGOS

TUTORA:

LIC. SANNY ROBLEDO GALEAS. MSC

BABAHOYO - LOS RIOS - ECUADOR

2020

INDICE

TITULO DEL CASO CLINICO	1
DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCION	6
1.- MARCO TEORICO	7
1.1.-JUSTIFICACION.....	20
1.2.- OBJETIVOS	21
1.2.1 OBJETIVO GENERAL:	21
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	21
1.3.- DATOS GENERALES	22
2.- METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	23
2.1.-ANALISIS DEL MOTIVO DE LA CONSULTA.....	23
2.2.-ANAMNESIS	23
2.3.- EXAMEN FISICO (EXPLORACION CLINICA)	23
2.4.- INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS	24
2.5.- FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL	25
2.6.- CONDUCTAS A SEGUIR	25
2.7.- INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	26
2.8.- SEGUIMIENTO.....	26
2.9.- OBSERVACIONES	27
3.- CONCLUSIONES	28
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	29
ANEXOS	31

TITULO DEL CASO CLINICO

PACIENTE FEMENINO DE 66 AÑOS DE EDAD CON NEUMONIA BACTERIANA
ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.

DEDICATORIA

El presente estudio de caso clínico se lo dedico a Dios, quien me dio mucha sabiduría para poder realizarlo, a mis padres por siempre apoyarme en todo y darme muchas fuerzas para no rendirme, a mi familia por el apoyo incondicional, de igual manera a mis docentes por compartir sus conocimientos con mucha paciencia y responsabilidad.

Va dedicado también a mi Abuelito quien me dejo muchas enseñanzas y muchos valores para cada día superarme y ser mejor persona.

JHOSELYN TAPIA GALLEGOS

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por brindarme salud y vida para poder llegar hasta esta etapa, que no hubiese sido posible con el apoyo incondicional diario de mis padres y mi familia, gracias a su esfuerzos y consejos no lo hubiera logrado.

Agradezco a mi abuelito que desde el cielo siempre será mi inspiración para lograr mis metas, ya que el me ha enseñado muchos valores para mejorar como persona y ser un ejemplo para mis primos, de la misma manera que toda mi familia se sienta orgullosa de mí.

De la misma manera a mis docentes por siempre compartir conocimientos para de esta manera poder adquirirlos y en un futuro ponerlos en práctica, gracias por sus consejos lo cual son de mucha inspiración para superarse cada día.

De la misma manera agradezco a mi tutora por su comprensión, por su paciencia y ser una gran guía para poder culminar de la mejor manera con este estudio de caso clínico.

JHOSELYN TAPIA GALLEGOS

RESUMEN

En el presente estudio de caso clínico se hace referencia al estado de salud en paciente de sexo femenino de 66 años de edad, con un cuadro clínico de 3 horas de evolución caracterizado por disnea de medianos esfuerzos, cianosis peribucal, escalofrío, fiebre 37,5° taquipnea, tos seca, por lo que se decidió el ingreso hospitalario del paciente.

La Neumonía es un proceso inflamatorio agudo del parénquima pulmonar que afecta un paciente inmunocompetente expuesto a un microorganismo fuera del hospital es de origen infeccioso que en los adultos mayores suele ser responsable de una alta tasa de mortalidad. Entre las bacterias más comunes que causan la neumonía se encuentran el *Streptococcus pneumoniae* y el *Haemophilus influenzae*.

Dentro de los factores de riesgo que conllevan a una neumonía adquirida a la comunidad se encuentra la edad como personas de 65 años de edad o mayores, fumar, haber estado hospitalizado en la sala de unidad de cuidados intensivos y padecer enfermedades crónicas como: asma, enfermedad obstructiva crónica (EPOC). Los factores ambientales es la causa más común principalmente el cambio brusco de la temperatura (clima) debido al aumento en la diseminación de patógenos respiratorios de persona a persona, el hacinamiento, y disminución de la función mucociliar del huésped por la resequedad del aire ambiental.

Este estudio de caso clínico, tiene como finalidad un planteamiento y mejora en los cuidados respiratorios, brindándole al paciente una oxigenación pulmonar correcta para una normal ventilación alveolar, vigilando y controlando su evolución constantemente, para de esta manera se pueda evitar otras complicaciones en su función respiratoria que nos pueda hacer cambiar el tratamiento terapéutico.

Palabras claves: neumonía, oxigenación, parénquima pulmonar, tos seca, microorganismo, disnea.

ABSTRACT

In this clinical case study, reference is made to the state of health in a 66-year-old female patient, with a clinical picture of 3 hours of evolution characterized by dyspnea on medium efforts, perioral cyanosis, chills, fever 37.5° tachypnea, dry cough, for which the patient was admitted to hospital.

Pneumonia is an acute inflammatory process of the lung parenchyma that affects an immunocompetent patient exposed to a microorganism outside the hospital. It is of infectious origin, which in older adults is usually responsible for a high mortality rate. Among the most common bacteria that cause pneumonia are *Streptococcus pneumoniae* and *Haemophilus influenzae*.

Among the risk factors that lead to community-acquired pneumonia are age as people 65 years of age or older, smoking, having been hospitalized in the intensive care unit ward, and suffering from chronic diseases such as: asthma, chronic obstructive disease (COPD). Environmental factors is the most common cause, mainly the sudden change in temperature (climate) due to the increase in the spread of respiratory pathogens from person to person, overcrowding, and decrease in the mucociliary function of the host due to the dryness of the ambient air.

The purpose of this clinical case study is an approach and improvement in respiratory care, providing the patient with correct pulmonary oxygenation for normal alveolar ventilation, constantly monitoring and controlling its evolution, in order to avoid other complications in its function. respiratory tract that can make us change the therapeutic treatment.

Key words: pneumonia, oxygenation, lung parenchyma, dry cough, microorganism, dyspnea.

INTRODUCCION

La Neumonía adquirida en la comunidad es una infección aguda del parénquima pulmonar que afecta un paciente inmunocompetente expuesto a un microorganismo fuera del hospital esta patología se caracteriza como una condición que se presenta en pacientes que no hayan sido hospitalizado en los 7-14 días previos al comienzo de los síntomas.

Los factores ambientales es la causa más común principalmente el cambio brusco de la temperatura (clima) debido al aumento en la diseminación de patógenos respiratorios de persona a persona, el hacinamiento, y disminución de la función mucociliar del huésped por la resequedad del aire ambiental.

El 25 % de los enfermos producen infecciones polimicrobianas (co infección); los agentes etiológicos más frecuentes son: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Mycoplasma pneumoniae*.

Los microorganismos entran en las vías respiratorias bajas más frecuentemente por microaspiración del contenido de las vías respiratorias altas, aspiración del contenido de la cavidad oral y vías respiratorias altas, por inhalación.

La presentación clínica de neumonía en los pacientes adultos mayores puede ser inespecífica y caracterizada por sudoración, fatiga, malestar general, escalofríos y estado mental alterado.

1.- MARCO TEORICO

NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC)

La neumonía adquirida en la comunidad es una infección aguda del parénquima pulmonar que afecta un paciente inmunocompetente expuesto a un microorganismo fuera del hospital. Clásicamente se considera como condición que no haya sido hospitalizado en los 7-14 días previos al comienzo de los síntomas o que éstos comiencen en las primeras 48h desde su hospitalización. Difiere de la neumonía nosocomial, que es adquirida en el medio hospitalario y habitualmente implica a otro tipo de pacientes y otros agentes etiológicos. (Úbeda Sansano MI, 2013)

“La neumonía adquirida en la comunidad continúa siendo una de las cinco causas más frecuentes de mortalidad en el mundo, a pesar de los modernos antibióticos. La incidencia de la neumonía se incrementa con la edad.” (Virginia Sanchez Hernandez, 2002)

EPIDEMIOLOGÍA

Esta enfermedad habitualmente tiene una incidencia estacional, siendo más frecuente en los meses con temperaturas más bajas que la media anual, en especial las virales, aunque hay neumonías a lo largo de todo el año.

Su transmisión por lo general es de persona a persona, por vía aerógena y menos frecuentemente por vía hematógena y linfática. Los gérmenes que la causan habitualmente tienen poca contagiosidad y no dan el mismo cuadro en personas que se han contagiado entre sí; a diferencia de los virus que producen neumonías en el curso de epidemias, ya que su contagiosidad es mucho mayor.

El período de incubación de una neumonía varía, dependiendo del virus o bacteria causantes de la infección; el del virus sincitial respiratorio es de 4 a 6 días, mientras que el de la influenza es de 18 a 72 h.

En algunos estudios realizados, el sexo masculino parece ser más afectado que el femenino en todas las edades.

ETIOLOGÍA

En más del 60 % de los casos el germen causal no se logra determinar, su identificación resulta difícil debido a que la clínica no es suficiente, desde el punto de vista radiológico no hay ningún hallazgo que distinga una infección de otra, las investigaciones microbiológicas no son suficientemente sensibles y específicas y por lo general, la gravedad del cuadro clínico no permite retrasar el inicio del tratamiento antibiótico. Habitualmente no se realizan intentos para identificar un germen en una neumonía, pero deben hacerse excepciones en pacientes graves, inmunodeprimidos, con mala evolución y en los que se sospeche un germen resistente. Cuando se consigue identificar el agente etiológico, se establece que aproximadamente el 50 % son de origen bacteriano frente al 25 % cuyo origen es viral; en el 25 % de los casos la neumonía es de origen mixto. (Toledo Rodríguez, 2012)

Agentes etiológicos: La neumonía adquirida en la comunidad es causada por un número reducido de especies de gérmenes, los más frecuentes son: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Mycoplasma pneumoniae*. En ~25 % de los enfermos se producen infecciones polimicrobianas (coinfección), más frecuentemente por *Streptococcus pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae* o *Streptococcus pneumoniae* y virus de influenza o parainfluenza. Los microorganismos entran en las vías respiratorias bajas más frecuentemente por microaspiración del contenido de las vías respiratorias altas, aspiración del contenido de la cavidad oral y vías respiratorias altas, por inhalación (gotas de secreciones de vías respiratorias de enfermos con infección viral con tos) y en la infección por *Legionella* a través de inhalación del aerosol de gotas de agua que

contienen esta bacteria. En inmunodeprimidos la neumonía puede ser causada por hongos, virus y micobacterias. (Empendium, 2011)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La sintomatología de la neumonía adquirida en la comunidad es inespecífica y su diagnóstico se basa en un conjunto de signos y síntomas relacionadas con una infección de vías respiratorias bajas y afectación del estado general, incluyendo fiebre ($>38^{\circ}\text{C}$), tos, expectoración, dolor torácico, disnea o taquipnea, y signos de ocupación del espacio alveolar. En los ancianos, no es infrecuente la ausencia de fiebre y la aparición de confusión y empeoramiento de enfermedades subyacentes.

En general no existe ninguna característica, signo clínico, o combinación de ellos, que permita deducir una determinada etiología o diferenciar la neumonía adquirida en la comunidad de otras infecciones de vías aéreas bajas con suficiente fiabilidad.

Sin embargo, la infección por *S. pneumoniae* es más frecuente en pacientes de edad avanzada, con enfermedades subyacentes o con un comienzo súbito, fiebre alta y dolor torácico de características pleuríticas.

Del mismo modo, las bacteriemias en las neumonía adquirida en la comunidad neumocócicas se produce con mayor frecuencia en pacientes del sexo femenino, consumidores de alcohol, pacientes con diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y en aquellos que presentan tos no productiva.

La neumonía adquirida en la comunidad causada por *L. pneumophila* es más común en pacientes jóvenes, fumadores, sin comorbilidades asociadas y que presenten síntomas de diarrea, signos de infección grave y afectación neurológica multisistémica.

La hiponatremia, hipofosfatemia y hematuria también se han relacionado con este microorganismo.

Por otra parte, la NAC causada por *M. pneumoniae* es más frecuente en pacientes jóvenes, siendo menos habitual la afectación multisistémica y más común que los pacientes hayan sido tratados con antibióticos antes del diagnóstico de NAC.

Las neumonías víricas están descritas con elevada frecuencia en pacientes con fallo cardiaco congestivo. (Toledo Rodríguez, 2012)

CLASIFICACIÓN

La neumonía adquirida en la comunidad se pueden clasificar considerando diversos aspectos: anatomopatológicos, microbiológicos, radiológicos y, fundamentalmente, los clínicos.

Sobre la base de los signos y síntomas clínicos es difícil diferenciar entre neumonía bacteriana y viral, o entre neumonía típica y atípica. Esta diferenciación, que puede ser relativamente fácil en niños mayores y adolescentes, es más difícil en lactantes y niños preescolares.

La neumonía bacteriana típica (p. ej., *S. pneumoniae*) se caracteriza por fiebre elevada con escalofríos, dolor pleurítico y/o abdominal. Habitualmente, existe tos, aunque puede ser leve. La auscultación pulmonar que inicialmente puede ser normal, posteriormente pondrá de manifiesto hipoventilación, crepitantes y/o un soplo tubárico.

La neumonía atípica (*M. pneumoniae*, *Ch. pneumoniae*, *Legionella* spp.) cursa generalmente de forma subaguda y sin afectación importante del estado general. La tos es el síntoma predominante y se suele acompañar de fiebre, mialgias, rinitis, faringitis y/o miringitis. No es frecuente el dolor en punta de costado, aunque puede existir dolor torácico generalizado en relación con los accesos repetidos de tos seca. Suele afectar más a niños mayores, en los que se observa con frecuencia una discrepancia entre la copiosa semiología respiratoria y la escasa afectación del estado general. (A. Andrés Martín, 2012)

Las neumonías virales son más frecuentes en niños pequeños y se suelen acompañar de un cortejo sintomático más amplio, con participación de otros niveles de las vías respiratorias. La fiebre, la tos y la afectación del estado general tienen una significación variable. En la auscultación se objetivan tanto sibilancias como crepitantes de forma difusa. (A. Andrés Martín, 2012)

SIGNOS Y SINTOMAS

Los signos y síntomas de la neumonía varían de moderados a graves y dependen de varios factores, como el tipo de germen que causó la infección, tu edad y tu salud en general. Los signos y síntomas moderados suelen ser similares a los de un resfrío o una gripe, pero duran más tiempo.

Los síntomas de la neumonía pueden incluir lo siguiente:

- Fatiga
- Fiebre, transpiración y escalofríos con temblor
- Temperatura corporal más baja de lo normal (en adultos mayores de 65 años y personas con un sistema inmunitario débil)
- Náuseas, vómitos o diarrea
- Dificultad para respirar

Puede que los recién nacidos y bebés no muestren signos de estar sufriendo la infección.

- Dolor en el pecho al respirar o toser
- Desorientación o cambios de percepción mental (en adultos de 65 años o más)
- Tos que puede producir flema. (Clinic, 2018)

“Los signos de la neumonía pueden incluir lo siguiente:

- Taquipnea
- Taquicardia

- Sobre el área del infiltrado inflamatorio se puede apreciar matidez a la percusión
- Crepitaciones
- Broncofonía
- En ocasiones soplo bronquial
- En caso de derrame pleural se aprecia matidez a la percusión
- Abolición de las vibraciones vocales
- Disminución de los ruidos respiratorios.” (Empendium, 2011)

CAUSAS

La neumonía adquirida en la comunidad es el tipo más frecuente. Ocurre fuera de los hospitales y de otras instalaciones de cuidado de la salud. La causa puede deberse a estos factores:

- Bacterias. La causa más frecuente de neumonía bacteriana en los EE. UU. es el *Streptococcus pneumoniae*. Este tipo de neumonía puede producirse sola o después de que hayas tenido un resfrío o una gripe. Puede afectar una parte (lóbulo) del pulmón; esta afección se llama neumonía lobar.
- Organismos tipo bacteria. El *Mycoplasma pneumoniae* también puede causar neumonía. Generalmente produce síntomas más leves que los producidos por otros tipos de neumonía. La neumonía errante es un nombre informal para un tipo de neumonía que, por lo general, no es lo suficientemente grave como para requerir reposo.
- Hongos. Este tipo de neumonía es más frecuente en personas con problemas crónicos de salud o un sistema inmunitario debilitado, y en personas que han inhalado grandes dosis de estos organismos. Los hongos que la causan se encuentran en la tierra o en las heces de las aves, y pueden variar según la ubicación geográfica.
- Virus. Algunos de los virus que causan los resfríos y la gripe pueden causar neumonía. Los virus son la causa más frecuente de neumonía en los niños menores de 5 años. La neumonía viral suele ser leve. No obstante, en ocasiones, puede tornarse muy grave. (Clinic, 2018)

FACTORES DE RIESGO

La neumonía puede afectar a cualquiera. Pero los dos grupos de edades que presentan el mayor riesgo de padecerla son los siguientes:

- Niños de 2 años de edad o menores
- Personas de 65 años de edad o mayores

Otros factores de riesgo incluyen los siguientes:

- Estar hospitalizado. Tienes un mayor riesgo de contraer neumonía si te encuentras en la unidad de cuidados intensivos de un hospital, especialmente, si estás conectado a una máquina que te ayuda a respirar (ventilador).
- Enfermedad crónica. Eres más propenso a contraer neumonía si tienes asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o una enfermedad cardíaca.
- Fumar. El fumar daña las defensas naturales que tu cuerpo presenta contra las bacterias y los virus que causan neumonía.
- Sistema inmunitario debilitado o suprimido. Las personas que tienen VIH/SIDA, que se han sometido a un trasplante de órganos o que reciben quimioterapia o esteroides a largo plazo están en riesgo. (Clinic, 2018)

FACTORES AMBIENTALES

La neumonía adquirida en la comunidad es más común en los meses fríos debido a que aumentan la diseminación de patógenos respiratorios de persona a persona, el hacinamiento, y disminuye la función mucociliar del huésped por la resequedad del aire ambiental.

El hacinamiento, descrito como la convivencia y el dormir más de 3 personas en una misma habitación, situación frecuente en los grupos carenciados, favorece la colonización nasofaríngea de gérmenes patogénicos.

La combustión de biomasa, presencia de fumadores en el hogar y la contaminación ambiental en general, bloquea la actividad ciliar, mecanismo fundamental para la defensa de la vía respiratoria. (Pediátrica, 2010)

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de la neumonía adquirida en la comunidad es fundamentalmente clínico, aunque para la confirmación se requiera la radiografía de tórax.

En la práctica clínica, antes de realizar pruebas complementarias y tomar cualquier decisión terapéutica, interesa diferenciar la neumonía de infecciones respiratorias de las vías altas.

- 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.

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. (Clinic, Neumonia, 2018)

TRATAMIENTO

Categoría de la nac	Antibiótico de elección, dosis, vía de administración y duración del tratamiento	Régimen alternativo
<p>Grupo 1 A (Puntaje de 0 en la escala CRB-65)</p> <p>En pacientes ambulatorios < 65 años y sin comorbilidades:</p>	<p>Amoxicilina 1 gr c/8 hrs, vía oral por 7 días.</p>	<p>Eritromicina 500 mg c/6 hrs, vía oral por 7 días, o Claritromicina 500 mg c/12 horas, vía oral por 7 días, o Azitromicina 500 mg/día, vía oral por 5 días.</p>
<p>Grupo 1 B: (Puntaje de 2 en la escala CRB-65) >65 años o de cualquier edad con comorbilidad.</p>	<p>Amoxicilina – Ácido clavulánico 500/125 mg c/8 hrs u 875/125 mg c/12 hrs, vía oral por 7 días, o Cefuroxima 500 mg c/12 hrs, vía oral por 7 días.</p>	<p>Eritromicina 500 mg c/6 hrs, vía oral por 7 días, o Claritromicina 500 mg c/12 horas, vía oral por 7 días, o Azitromicina 500 mg/día, vía oral por 5 días.</p>

<p>Grupo 2: (CRB-65: 1-3)</p> <p>pacientes hospitalizados en sala de cuidados generales que tienen criterios de gravedad moderados.</p>	<p>Ceftriaxona 1 – 2 gr/día (1 gr para <65 años; 2 gr para >65 años) por 7 – 10 días, o</p> <p>Cefotaxima 1 gr c/8 hrs por 7 – 10 días.</p>	<p>Amoxicilina – Ácido clavulánico 1000/200 Mg c/8 hrs EV, por 7-10 días, o</p> <p>Sulbactam 1000/500 mg c/8 hrs EV, por 7-10 días, o</p> <p>Ampicilina-Sulbactam 1000/500 mg c/8 hrs EV, por 7-10 días.</p>
<p>Presencia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ü Fracaso de tratamiento con agentes β – lactámicos. ü Serología positiva para <i>Mycoplasma</i>, <i>Chlamydia</i> o <i>Legionellasp.</i> 	<p>Agregar:</p> <p>Eritromicina 500 mg c/6 hrs EV o vía oral, o</p> <p>Claritromicina 500 mg c/12 hrs vía oral, o</p> <p>Azitromicina 500 mg/día vía oral.</p>	<p>Agregar:</p> <p>Eritromicina 500 mg c/6 hrs EV o vía oral, o</p> <p>Claritromicina 500 mg c/12 hrs vía oral, o</p> <p>Azitromicina 500 mg/día vía oral.</p>
<p>Grupo 3: (CRB-65: 2-4, pacientes hospitalizados en UCI)</p> <p>En NAC grave (internados en UCI):</p>	<p>Ceftriaxona 2 gr/día EV por 10 – 14 días, o</p> <p>Cefotaxima 1 – 2 gr c/8 hrs EV por 10 – 14 días.</p> <p>Asociado a:</p> <p>Eritromicina 500 mg c/6 hrs EV, o</p> <p>Levofloxacino 500 – 1000 mg/día EV, o</p> <p>Moxifloxacino 400</p>	<p>Amoxicilina – Ácido clavulánico 1000/2pp mg c/8 hrs EV, por 10 – 14 días, o</p> <p>Amoxicilina – Sulbactam 1000/500 mg c/8hrs EV, por 10 – 14 días, o</p>

	mg/día	Ampicilina – Sulbactam 1000/500
	EV.	mg c/8 hrs EV, por 10 – 14 días. Asociado a: Eritromicina 500 mg c/6 hrs EV, o Levofloxacino 500 – 1000 mg/día EV, o Moxifloxacino 400 mg/día EV.

(Cervantes Coka, 2010)

OXIGENOTERAPIA

“La oxigenoterapia se define como el aporte artificial de oxígeno (O₂) en el aire inspirado; su objetivo principal es la oxigenación tisular, que se consigue cuando la presión parcial de O₂ (pO₂) en la sangre arterial supera los 60mmHg, lo que se corresponde, aproximadamente, con una saturación de hemoglobina del 90%.” (Luna Paredes, 2009)

BRONCODILATADORES

Los broncodilatadores son fármacos que actúan en la dilatación de los bronquios y los bronquiolos de los pulmones permitiendo el paso del aire y la disminución en la resistencia aérea. Los más usados son de dos tipos: los agonistas beta2 adrenérgicos y los anticolinérgicos.

GLUCOCORTICOIDES

Los corticoides intervienen en la modulación de la respuesta inflamatoria en el pulmón, pero su rol en la neumonía bacteriana no está establecido. En pacientes portadores de EPOC que sufren exacerbación por neumonía con obstrucción al flujo aéreo significativa, se puede administrar corticoides si la respuesta a broncodilatadores es inadecuada y han previamente respondido a esteroides. (Vicedo, 2004)

COMPLICACIONES

Incluso habiendo recibido tratamiento, algunas personas que tienen neumonía, especialmente aquellos que se encuentran en los grupos de alto riesgo, pueden experimentar complicaciones, incluidas las siguientes:

- Bacterias en el torrente sanguíneo (bacteriemia). Las bacterias que ingresan en el torrente sanguíneo desde los pulmones pueden propagar la infección a otros órganos y, potencialmente, provocar una insuficiencia orgánica.
- Dificultad para respirar. Si la neumonía es grave o si tienes enfermedades pulmonares crónicas ocultas, posiblemente tengas problemas para obtener suficiente oxígeno al respirar. Es posible que debas hospitalizarte y utilizar un respirador artificial (ventilador) hasta que tus pulmones sanen.
- Acumulación de líquido alrededor de los pulmones (derrame pleural). La neumonía puede causar la acumulación de líquido en el fino espacio que hay entre las capas de tejido que recubren los pulmones y la cavidad torácica (pleura). Si el fluido se infecta, es posible que deban drenarlo a través de una sonda pleural o extraerlo mediante una cirugía.
- Absceso pulmonar. Un absceso tiene lugar si se forma pus en una cavidad en el pulmón. Normalmente, los abscesos se tratan con antibióticos. A veces, se necesita una cirugía o un drenaje con una aguja larga o una sonda que se coloca en el absceso para extraer el pus.

MEDIDAS PREVENTIVAS

- Vacúnate. Existen vacunas para prevenir algunos tipos de neumonía y la gripe. Habla con el médico sobre estas y otras vacunas. Las pautas de vacunación han cambiado con el tiempo; por lo tanto, asegúrate de revisar el estado de tus vacunas con tu médico incluso si recuerdas haberte vacunado anteriormente contra la neumonía. Las vacunaciones contra el neumococo y la influenza, previenen la NAC y reducen el número de hospitalizaciones y mortalidad por complicaciones hasta en un 80%.
- Asegúrate de que los niños se vacunen. Los médicos recomiendan una vacuna para la neumonía diferente para niños menores de 2 años y para niños de 2 a 5 años que son particularmente propensos a contraer la enfermedad neumocócica. Los niños que concurren a una guardería grupal también deben recibir la vacuna. Los médicos además recomiendan la vacuna contra la influenza para niños menores de 6 meses.
- Practicar una buena higiene. Para protegerte de las infecciones respiratorias que a menudo derivan en neumonía, lávate las manos regularmente o usa un desinfectante para las manos a base de alcohol.
- No fumar. El tabaquismo daña las defensas naturales que protegen a tus pulmones de las infecciones respiratorias.
- Mantén fuerte tu sistema inmunitario. Duerme lo suficiente, ejercítate regularmente y lleva una dieta saludable. (Clinic, Neumonia, 2018)

1.1.-JUSTIFICACION

La neumonía adquirida en la comunidad es una patología del sistema respiratorio que afecta al parénquima pulmonar que afecta un paciente inmunocompetente expuesto a un microorganismo fuera del hospital.

La NAC afecta a personas de todas las edades, pero con más prevalencia se observan y en los adultos mayores de 60 años, varias de las causas son los factores ambientales como los cambios bruscos de temperatura y por factores de riesgo como el tabaquismo, enfermedades crónicas entre otros.

El siguiente trabajo de investigación tiene como objetivo principal establecer un tratamiento farmacológico y terapéutico ideal de acuerdo a la gravedad del paciente luego de un diagnóstico definitivo que fue realizado a través de exámenes de laboratorios y exámenes complementarios como radiografías de tórax y gasometría arterial mediante ayuda de los exámenes complementarios.

Por este motivo es necesario dar a conocer medidas preventivas y de tratamiento ante la presencia de este tipo de enfermedades para evitar complicaciones en su patología.

La patología de la paciente gracias al exitoso tratamiento que se planteó de una manera muy exitosa sin complicaciones durante el transcurso.

1.2.- OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar el tratamiento terapéutico adecuado para la neumonía adquirida en la comunidad basado a su valoración clínica.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Realizar la valoración clínica del paciente con neumonía bacteriana.
- Analizar los exámenes complementarios.
- Establecer tratamiento terapéutico en relación a su valoración clínica.

1.3.- DATOS GENERALES

NOMBRE: XXXXX

EDAD: 66 años.

SEXO: Mujer.

RAZA: Mestizo.

GRUPO SANGUINEO: O positivo.

ESTADO CIVIL: Casada.

NUMERO DE HIJOS: 2

ALERGIAS: NR

NIVEL DE ESTUDIOS: Secundaria completa.

DOMINANCIA: Diestro.

TRABAJO: N/A

2.- METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1.-ANALISIS DEL MOTIVO DE LA CONSULTA

Paciente femenino de 66 años de edad que acude al área de emergencia acompañada de su esposo presentando disnea de medianos esfuerzos, cianosis peribucal, fiebre, escalofrió, taquipnea, tos seca.

HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE

Antecedente patológico personales: Hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2

Antecedentes patológicos familiares: Padre y Madre padecieron Diabetes.

Antecedentes Obstétricos: Cesárea

Antecedentes quirúrgicos: NR

2.2.-ANAMNESIS

Paciente de 66 años de edad con antecedentes patológicos de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 con un cuadro clínico de 3 horas de evolución caracterizado por disnea de medianos esfuerzos, cianosis peribucal, , escalofrió, fiebre 37,5° taquipnea, tos seca.

Se administraba medicamentos losartán y atenolol de 50 mg.

Se decidió el ingreso hospitalario del paciente.

2.3.- EXAMEN FISICO (EXPLORACION CLINICA)

Entre los hallazgos clínicos se encuentra:

FC: 87 lpm

FR: 30 rpm

Presión arterial: 140/80

Temperatura: 37,5°

Saturación de Oxígeno: 80%, Sin oxígeno.

Órganos de los sentidos: Anormal; Palidez generalizada

Cabeza:

- **Ojos:** Pupilas normo reactivas; responde a estímulos;
- **Boca:** Anormal; cianosis peribucal.

Cuello: Sin adenopatías palpables.

Tórax: Anormal; Tiraje intercostal;

- **Auscultación:** Sonidos crepitantes y roncus al lado derecho de predominio de vértices y bases pulmonar

Abdomen: Normal

Columna vertebral : Normal

Extremidad: Normal

Escala de Glasgow: 15/15

2.4.- INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Exámenes de laboratorio

Hemoglobina: 16 g/dL

Hematocrito: 35 %

Plaquetas: 350

Leucocitos: 13.000

Química sanguínea:

Glucosa: 140 mg/Dl

Urea: 35,6 mg/Dl

Creatinina: 0,85 mg/Dl

Gasometría arterial:

Ph: 7.40

PaCO2: 35

PAO2: 85

HCO3: 22

Pa/Fi: 404.76

Resultado: Sin desequilibrio acido base.

Radiografía de tórax:

En la radiografía se observa opacidades en ambos campos pulmonares; “indicativo de Neumonía”

2.5.- FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL

Diagnóstico presuntivo: Insuficiencia respiratoria J96

Diagnóstico definitivo: Neumonía adquirida en la comunidad.

Para prevenir la neumonía adquirida en la comunidad en adultos mayores >60 es recomendable vacunarse cada año contra la influenza y cada 5 años para el neumococo.

2.6.- CONDUCTAS A SEGUIR

Por presentar insuficiencia respiratoria aguda se inicia con Oxigenoterapia por cánulas nasales con el objetivo de obtener una saturación de oxígeno al 98 %.

Se inició con terapia antibiótica con comprimidos de Amoxicilina +Acido clavulanico c/8 por 3 días.

Por la dificultad para movilización de secreciones que tienen los adultos ≥ 60 años se requiere la realización de nebulizaciones con mezcla de 20 gotas de bromuro

de ipatropio con 3ml de solución salina con la adecuada realización de vibraciones y aspiración de secreciones.

2.7.- INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

Una vez analizado el cuadro clínico y los exámenes de laboratorio y las radiografías de tórax y determinación del diagnóstico definitivo se muestra que el tratamiento farmacológico y manejo terapéutico seleccionado es el mejor pronóstico adaptado a su patología y recursos económicos de la paciente.

2.8.- SEGUIMIENTO

Día 1

Consulta a centro de salud e ingreso hospitalario.

De acuerdo a al cuadro clínico que presento la paciente se consideró adecuado el ingreso hospitalario además de la realización de exámenes de laboratorio y exámenes complementarios como RX Tórax para un pronóstico definitivo.

Se inicia Oxigenoterapia por cánulas nasales.

Se consideró adecuado la monitorización de signos vitales por lo menos 3 veces al día; además por sus antecedentes personales de hipertensión arterial fue necesario la administración de medicamento diurético Losartán de 50mg por vía oral.

Día 2

Oxigenoterapia por cánulas nasales SatO₂ 90%

Se inició con terapia antibiótica con comprimidos de Amoxicilina +Acido clavulánico c/8 hrs.

Dexametasona 8mg endovenosa c/8 hrs.

Losartán de 50mg por vía oral por día.

Tolbutamida de 500mg por vía oral c/12 hrs.

Día 3

Se cancela la oxigenoterapia por obtener resultados favorables en SatO2

Se mantiene la terapia antibiótica con comprimidos de Amoxicilina + Acido clavulánico c/8 hrs.

Dexametasona 8mg endovenosa c/8 hrs.

Losartán de 50mg por vía oral por día.

Tolbutamida de 500mg por vía oral c/12 hrs.

Se inicia nebulizaciones con mezcla de 20 gotas de bromuro de ipratropio con 3ml de solución salina acompañado con vibraciones y aspiración de secreciones.

Día 4

Se mantiene la terapia antibiótica con comprimidos de Amoxicilina + Acido clavulánico c/12 hrs.

Losartán de 50mg por vía oral por día.

Tolbutamida de 500mg por vía oral c/12 hrs.

Se mantiene nebulizaciones con mezcla de 20 gotas de bromuro de ipratropio con 3ml de solución salina acompañado con vibraciones y aspiración de secreciones.

Día 5

La paciente fue evaluada las últimas 24 horas obteniendo resultados favorables por lo que se suspendió el manejo terapéutico y se dio de alta a su domicilio manteniendo el tratamiento farmacológico de sus antecedentes principales y la administración de comprimidos acetilcisteína de 600mg c/12 hrs.

2.9.- OBSERVACIONES

Durante la estadía hospitalaria de la paciente tuvo una mejoría aceptable por el tratamiento terapéutico que se le administro se pudo lograr tratar la patología finalmente no presentando complicaciones durante el transcurso del tratamiento.

Antes de iniciar el tratamiento terapéutico se le explico la modalidad del tratamiento y ventajas y desventajas que se podían presentar durante el

transcurso, luego de que la paciente aceptara se le procedió a realizar el tratamiento terapéutico.

3.- CONCLUSIONES

La neumonía adquirida en la comunidad es una enfermedad del parénquima pulmonar.

La NAC afecta a un paciente inmunocompetente expuesto a un microorganismo fuera del hospital.

Streptococcus pneumoniae es el microorganismo más frecuente y el que provoca más muertes por NAC.

La NAC es la principal causa de muerte de origen infeccioso en el anciano.

El tratamiento con antibiótico se debe prescribir, considerando las comorbilidades del paciente y la tolerancia a la vía oral.

El diagnóstico de la NAC es fundamentalmente clínico, aunque para la confirmación se requiera la radiografía de tórax.

Las vacunaciones contra el neumococo y la influenza, previenen la NAC y reducen el número de hospitalizaciones y mortalidad por complicaciones hasta en un 80%.

La NAC en el adulto mayor constituye un problema de salud actual y a futuro a afrontar.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- A. Andrés Martín, E. (2012). Etiología y diagnóstico de la neumonía adquirida en la comunidad y sus formas complicadas. *Anales de pediatría*, 162. Obtenido de <https://www.analesdepediatria.org/es-etilogia-diagnostico-neumonia-adquirida-comunidad-articulo-S1695403311004875>
- Cervantes Coka, E. (Agosto de 2010). *Repositorio Digital UNEMI*. Obtenido de <http://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/2969>
- Clinic, M. (2018). Neumonía. *Mayo Clinic*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/pneumonia/symptoms-causes/syc-20354204>
- Clinic, M. (2018). Neumonía. *Mayo Clinic*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/pneumonia/diagnosis-treatment/drc-20354210>
- Empendium. (2011). Neumonía adquirida en la comunidad (NAC). *Empendium*. Obtenido de <https://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.II.3.11.1>.
- Luna Paredes, E. (2009). Fundamentos de la oxigenoterapia en situaciones agudas y crónicas: indicaciones, métodos, controles y seguimiento. *Anales de Pediatría*, 161-174. Obtenido de <https://www.analesdepediatria.org/es-fundamentos-oxigenoterapia-situaciones-agudas-cronicas-articulo-S1695403309003294#:~:text=La%20oxigenoterapia%20se%20define%20como,saturaci%C3%B3n%20de%20hemoglobina%20del%2090%25>.
- Pediátrica, C. d. (2010). Consenso de la Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica (SLIPE) sobre Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC). *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*, 155-209. Obtenido de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752010000300004
- Toledo Rodríguez, E. (2012). Neumonía adquirida en la comunidad en niños y adolescentes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 712-724. Obtenido de

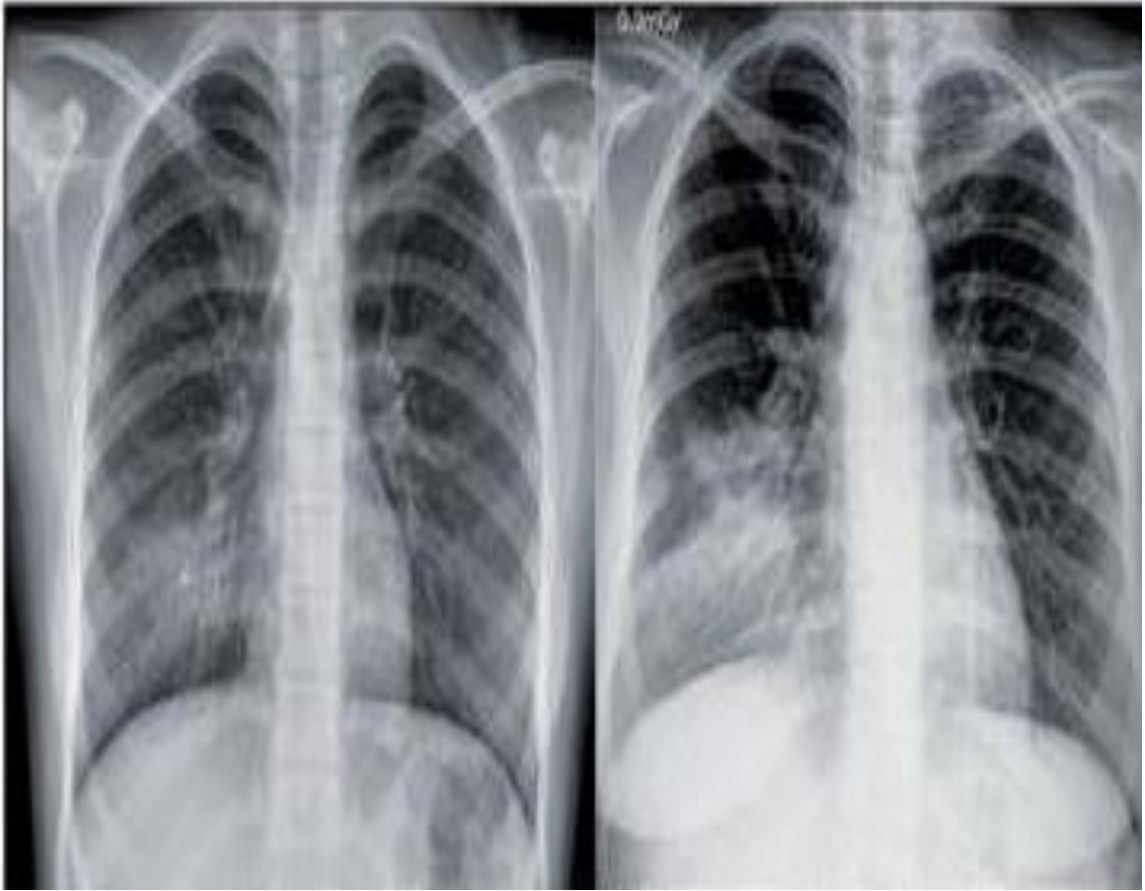
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252012000400014&script=sci_arttext&tlng=pt

Úbeda Sansano MI, E. (2013). Neumonía adquirida en la comunidad. *Protocolos del GVR*, 4. Obtenido de <https://www.aepap.org/sites/default/files/gvr/protocolo-neumonia-2011.pdf>

Vicedo, E. (2004). *Estudio farmacoeconómico del tratamiento hospitalario de neumonía adquirida en la comunidad*. Madrid: ARÀN EDICIONES, S.L.

Virginia Sanchez Hernandez, E. (2002). Neumonía en adulto mayor. *Medigraphic*, 388. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2002/im025d.pdf>

ANEXOS



RX ESTANDAR DE TORAX