



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

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

**TEMA:** PROPUESTA DE CASO CLÍNICO

INTERVENCION DEL TERAPISTA RESPIRATORIO EN PACIENTE  
MASCULINO DE 48 AÑOS CON NEUMONIA INTRAHOSPITALARIA

**AUTORA:**

ANGELICA STEPHANIA CARRASCO SUAREZ

**TUTOR:**

Lic. Sanny Robledo

BABAHOYO- LOS RIOS- ECUADOR

2022

## Contenido

Dedicatoria .....	4
Agradecimiento .....	5
Resumen .....	7
Abstract .....	8
Introducción .....	9
Capítulo 1 .....	10
Marco teórico .....	10
Epidemiología y etiología .....	10
Patogénesis .....	10
Presentación clínica .....	11
Epidemiología .....	12
Fisiopatología .....	13
1.1 Justificación .....	16
Objetivos .....	18
Objetivo General .....	18
Objetivos específicos .....	18
Datos generales .....	19
2.1 Análisis del motivo de la consulta y antecedentes .....	20
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis) .....	20
2.4 Información de exámenes complementarios realizados .....	¡Error! Marcador no definido.
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial, y definitivo .....	21
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar. ....	21
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de la salud, considerando valores normales .....	22

<b>2.8 SEGUIMIENTO.....</b>	<b>23</b>
<b>2.9 OBSERVACIONES.....</b>	<b>25</b>
<b>2.10 CONCLUSIONES</b>	
<b>Bibliografía.....</b>	<b>26</b>
<b>Anexo.....</b>	<b>27</b>

## **Dedicatoria**

Dedico con todo mi corazón mi trabajo a mi madre, pues sin ella no lo había logrado. Tu bendición a diario a lo largo de mi vida me protege y me lleva por el camino del bien. Por eso te doy mi trabajo en ofrenda por tu paciencia y amor madre mía. ¡Te juro con todo mi corazón que jamás conoceré a una mujer como tú! ¡Te amo ma!

¡A mi padre, por brindarme su soporte desde el primer día, tanto monetario como moral, sus consejos y educación han sido de los mejores, te amo pa!

A mi hermano, porque es por quien me esfuerzo a diario por ser un ejemplo para él, por salir adelante y dárselo todo.

A mi bisabuela ya fallecida Luz Angélica, Gracias por tu paciencia, por enseñarme el camino de la vida, gracias por tus consejos, por el amor que me diste y por tu apoyo incondicional en mi vida. Gracias por haberme llevado en tus oraciones siempre porque estoy segura que siempre lo hacías, hoy este logro va para ti, gracias por todo aquello que me brindaste y me enseñaste, un beso y un abrazo al cielo, sonrío desde allá porque acá estoy yo honrando tu memoria y recordándote siempre, estoy segura que estás enviándome tu bendición y haciéndome porras desde allá arriba, pues un ángel terrenal como lo fuiste tú aquí no merece menos que estar al lado de Dios.



INTERVENCION DEL TERAPISTA RESPIRATORIO EN PACIENTE  
MASCULINO DE 48 AÑOS CON NEUMONIA INTRAHOSPITALARIA

## **Resumen**

Como próxima profesional de la salud quiero contribuir con mi estudio para dar a conocer todo lo referente a la Neumonía intrahospitalaria (NI) es una de las infecciones más frecuentes que presentan los pacientes hospitalizados. Dentro de las NI, la neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV) es la complicación infecciosa intrahospitalaria más frecuente entre los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda. La NI y la NAV se asocian en algunos casos con un aumento de la mortalidad y con un incremento en los costes hospitalarios. El incremento en la incidencia de NI causada por microorganismos multirresistentes causa también un incremento en la incidencia de tratamiento antibiótico empírico inapropiado que se asocia a un incremento en el riesgo de mortalidad de los pacientes. Es muy importante conocer los microorganismos más frecuentemente responsables de estas infecciones en cada hospital y en cada unidad de cuidados intensivos y los patrones de sensibilidad antimicrobiana local para reducir la incidencia de tratamiento antibiótico inapropiado y mejorar el pronóstico de los pacientes. Además, deben utilizarse de forma rutinaria diferentes estrategias de prevención de la NI y de la NAV con el fin de reducir los factores de riesgo relacionados con la aparición de estas infecciones.

Palabras claves: Incidencia, Mortalidad, Morbilidad, infecciones, cribado

## **Abstract**

. As the next health professional I want to contribute with my study to publicize everything related to Intrahospital Pneumonia (NI) is one of the most frequent infections presented by hospitalized patients. Within NI, ventilator-associated pneumonia (VAP) is the most frequent nosocomial infectious complication among patients with acute respiratory failure. NI and VAP are associated in some cases with increased mortality and increased hospital costs. The increased incidence of NI caused by multiresistant microorganisms also causes an increased incidence of inappropriate empirical antibiotic treatment, which is associated with an increased risk of patient mortality. It is very important to know the microorganisms most frequently responsible for these infections in each hospital and in each intensive care unit and the local antimicrobial susceptibility patterns to reduce the incidence of inappropriate antibiotic treatment and improve the prognosis of patients. In addition, different IP and VAP prevention strategies should be used routinely in order to reduce the risk factors related to the appearance of these infections.

keyWords: incidence, mortality, morbidity ,infections, screening



## **Introducción**

La neumonía intrahospitalaria es una de las principales agravantes que se manifiestan dentro de las unidades de cuidados intensivos, la neumonía intrahospitalaria tiene una mayor tasa de mortalidad y morbilidad en los pacientes, la estadía dentro del UCI va depender del organismo de cada persona. (Diaz, 2013)

La neumonía intrahospitalaria representa un gran desafío para los médicos e instituciones de salud debido a su constante cambio en la epidemiología de la enfermedad y a su resistencia con ciertos antibióticos, representan un mayor problema para establecer un tratamiento adecuado es así como los médicos se ven en la obligación de buscar nuevas estrategias para evitar el progreso de la enfermedad en los pacientes críticos y de esta forma evitar una estadía prolongada dentro de las unidades de cuidados intensivos (Valles, 2016)

Dentro de las estrategias se encuentra que médicos a nivel mundial creen un consenso sobre la neumonía, para de esta forma establecer un cribado universal y el uso de antibióticos eficaces (peña, 2017)

Los miembros de varias asociaciones discutieron 6 temas principales de consenso ("Definición, epidemiología y etiología", "Factores de riesgo de mortalidad y adquisición de NIH", "Diagnóstico", "Terapia con antibióticos", "Duración del tratamiento y evaluación de la respuesta" y "tratamiento" y "prevención"). Durante la sesión plenaria se extrajeron, discutieron y presentaron conclusiones para revisión interna y externa. y colegas otras industrias latinoamericanas (Jareño, 2018)

## **Capítulo 1**

### **Marco teórico**

Bronquitis crónica o Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) suscita la acotación de acceso del aire por los bronquios, principalmente al espirar o expulsar el aire. Genera una discapacidad notable, una restricción de la actividad física y una disminución bien delimitada de la calidad de vida de los pacientes que la sufren.

La neumonía intrahospitalaria es considerado un gran reto para los médicos y los centros de salud, a causa de la epidemiología de la enfermedad en un ininterrumpido cambio y la obstinación a diversos antibióticos, los cuales manifiestan gran dificultad para determinar un tratamiento acorde a la necesidad del paciente, que es tarea de los médicos también encontrar nuevos métodos para parar el avance de la enfermedad en pacientes en estado crítico y así poder impedir la estadía extendida en la unidad de cuidados intensivos (Valles, 2016)

### **Epidemiología y etiología**

La bronquitis crónica, componente del EPOC, es una valoración clínica de una enfermedad imprecisa que daña de manera principal a los adultos. La resolución total de la Enfermedad Pulmonar Obstrucción Crónica no identifica enfisema y bronquitis crónica como 2 resultados en la definición de la EPOC, pero si describe al EPOC como una enfermedad identificada por la obstrucción al flujo aéreo que no es completamente revocable y sucesiva. Las directrices GOLD dan a conocer un sistema de definición de la magnitud de la gravedad del EPOC que puede ser muy hábil en la gradación de los pacientes para concluir la magnitud del tratamiento y el pronóstico (León, 2016).

La bronquitis crónica se presenta por tos crónica y expectoración excesiva de esputo que se originan la gran parte de los días de la semana durante un tiempo estimado de 3 meses consecutivos por año durante 2 años al menos que no está relacionado con alguna otra enfermedad pulmonar o cardíaca (bronquiectasia o tuberculosis). (León, 2016).

## **Patogénesis**

### **Presentación clínica**

El sello distintivo de la bronquitis crónica es una tos que puede ir variando de leve a severa, una tos constante productiva de esputo purulento. La tos puede ser precipitada por múltiples estímulos. La expectoración de mayor cantidad de esputo por lo general se ocasiona al despertar por la mañana, aunque en algunos pacientes puede ocasionar que expectoren durante el transcurso del día. El esputo expectorado por lo general es denso y puede cambiar en colores de blanco a amarillo verdoso. En consecuencia, muchos pacientes se quejan frecuentemente de mal sabor y de halitosis (Vazquez, 2018).

Algún paciente que inicia a toser y expectorar durante la mayor parte del día durante al menos 3 meses consecutivos cada año durante 2 años consecutivos presuntamente tiene bronquitis crónica. El resultado de bronquitis crónica se realiza sólo cuando la posibilidad de bronquiectasias, insuficiencia cardíaca, fibrosis quística y el carcinoma pulmonar han sido excluidas. Además, diversos clínicos intentan subdividir a sus pacientes basados en la gravedad de la enfermedad para indicar sus intervenciones terapéuticas. Un útil sistema de clasificación diagnóstica/clínica se utiliza a menudo para clasificar a pacientes para ayudar a definir una estrategia terapéutica aguda (Vazquez, 2018).

La neumonía o pulmonía es una enfermedad del aparato respiratorio que consiste en la inflamación de los espacios alveolares de los pulmones. Muchas veces es de causa infecciosa, pero no siempre es así. La neumonía puede afectar a un lóbulo pulmonar completo (neumonía lobular), a un segmento de lóbulo, a los alvéolos próximos a los bronquios (bronconeumonía) o al tejido intersticial (neumonía intersticial). La neumonía ocasiona que el tejido que forma los pulmones se vea enrojecido, hinchado y

se vuelva doloroso. Varios pacientes con neumonía son atendidos por médicos de cabecera y no ingresan en los hospitales. La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) o neumonía extra hospitalaria es la que se adquiere fuera de los hospitales, mientras que la neumonía nosocomial (NN) es la que se adquiere durante la estancia hospitalaria, una vez transcurridas las 48 horas o dos semanas después de recibir el alta (Monteverde, 2019).

La neumonía puede ser una enfermedad grave si no se detecta a tiempo, especialmente entre personas de edad avanzada y entre, en particular, los pacientes de sida (Monteverde, 2019).

Es de grado mayor en contagios porque los microorganismos patógenos se reproducen rápidamente en el aire y se pueden transmitir a través de estornudos, tos y mocos; la neumonía puede ser causada por muchos tipos de bacterias, como neumococos, estreptococos o clamidias; por virus u hongos muy diferentes como *Pneumocystis jiroveci* o *Candida* (Monteverde, 2019)

- Neumonías infecciosas
- Neumonía bacteriana
- Neumonía vírica
- Neumonía por hongos
- Neumonía por parásitos
- Neumonía atípica
- Neumonía adquirida en la comunidad
- Neumonía asociada a ventilación mecánica
- Síndrome agudo respiratorio
- Neumonías causadas por agentes infecciosos o no infecciosos
- Neumonía aspirativa
- Neumonía lipoidea
- Neumonía eosinófila
- Bronquiolitis obliterante con neumonía organizativa
- Neumonías no infecciosas
- Neumonía química
- Las personas con neumonía infecciosa tosen con frecuencia y producen esputo (esputo) de color marrón o verde, que puede ir acompañado de

fiebre alta y escalofríos. La disnea es el síntoma inicial más específico y sensible. El dolor torácico pleural también es un dolor común, agudo o punzante que se presenta o empeora cuando se respira hondo. Las personas con neumonía pueden toser sangre, tener dolor de cabeza o tener la piel húmeda y sudorosa. Otros síntomas posibles son falta de apetito, cansancio, color azulado de los labios, la llamada cianosis, náuseas, vómitos y dolores articulares o musculares. Y es más raro que cursen con dolores abdominales o diarrea, pérdida de peso o sudores nocturnos, en las personas mayores, las manifestaciones de la neumonía pueden desarrollar confusión. (ALAT, 2016)

### **Epidemiología**

La neumonía es un proceso inflamatorio del parénquima pulmonar que puede identificarse radiográficamente y clínicamente determinado por la edad, el estado del paciente y en parte por la etiología primaria. En la infancia, la mayor frecuencia corresponde a las neumonías producidas por microorganismos (bacterias, virus, hongos), siendo de menor incidencia las originadas por causas no infecciosas (aspiración, cuerpos extraños, etc.) (Valdivieso, 2019).

Los virus respiratorios son los agentes causales frecuentes de neumonía, sobre todo en los primeros años. *Streptococcus pneumoniae* es el patógeno bacteriano más frecuente, principalmente en menores de 9 años; *Mycoplasma pneumoniae*, con un aumento de incidencia a partir de los 5 años, es el más habitual a partir de los 9 años (Valdivieso, 2019).

La neumonía viral es más común en niños pequeños. *Streptococcus pneumoniae* es el patógeno más común. La neumonía recurrente se asocia con anomalías estructurales y trastornos inmunológicos. El inicio insidioso, combinado con síntomas extrapulmonares e infiltrados pulmonares intersticiales, sugiere neumonía atípica. Solo los cultivos de sangre y líquido pleural pueden proporcionar un diagnóstico etiológico confiable. Es difícil obtener una muestra de esputo de buena calidad en niños menores de 10 años. Afortunadamente, la neumonía adquirida en la comunidad es fácil de tratar y el problema se limita a los niños pequeños y las personas inmunodeprimidas.

Los síntomas clínicos no son favorables para el diagnóstico de la etiología. Por lo tanto, y siempre que se conozcan los resultados de las pruebas microbiológicas y serológicas adecuadas, se deben considerar los microorganismos más comunes en cada grupo de edad para iniciar la terapia empírica adecuada (Monteverde, 2019).

### **Fisiopatología**

El sistema respiratorio de defensa, en sus componentes anatómico, mecánico e inmunológico, es muy efectivo, logrando mantener estéril el tracto respiratorio inferior. Cuando un agente infeccioso llega allí, ya sea por inhalación de aerosoles portadores de microbios o por aspiración de secreciones del tracto respiratorio superior o, menos comúnmente, por vía sanguínea, generalmente es eliminado por estos mecanismos. La neumonía adquirida en la comunidad se presenta cuando el sistema de defensa es sobrepasado por una combinación de factores tales como un inóculo bacteriano muy grande o muy virulento o una deficiencia de los mecanismos de defensa (León, 2016).

Las partículas infecciosas que superan las defensas de las vías respiratorias y se depositan sobre la superficie alveolar son eliminadas por las células de la fagocitosis y por factores humorales. Los principales fagocitos de la vía respiratoria inferior son los macrófagos alveolares. Algunos microorganismos fagocitados son destruidos por los sistemas dependientes de oxígeno de los fagocitos, las enzimas lisosómicas y las proteínas catiónicas. Otros microorganismos consiguen eludir los mecanismos microbicidas y persisten en el sitio de la lesión o en el interior del macrófago. Los agentes patógenos pueden entonces diseminarse por vía hematológica o transportarse por los vasos linfáticos a los ganglios linfáticos regionales y el conducto torácico y alcanzar la vía hematológica (Monteverde, 2019).

Los síntomas de la neumonía pueden incluir:

- Tos,
- Fiebre,
- Fatiga,

-Náuseas,

-Vómitos,

Gracias al Sistema de Cuidado de Enfermería, que es un ejercicio ágil en la atención del paciente, consistente en atribuir al personal de enfermería un número determinado de pacientes clasificados según el problema de salud, se ha podido mejorar la interrelación enfermera-paciente, brindando una atención integral al paciente con neumonía, logrando un cuidado continuo, sin olvidar la importancia que tiene el trabajo en equipo, el cual nos permite valorar y mejorar la calidad de atención proporcionada (Torres, 2020).

El tratamiento inicial para la neumonía se da según el cuadro clínico y los presuntos agentes causales, así como también es importante saber reconocer los factores asociados como la valoración de enfermería donde incluye los antecedentes del paciente (Sethi, 2020)

Para prevenir la neumonía es importante tener buenos hábitos alimenticios, una higiene adecuada como lavarse las manos con frecuencia, limpiar las superficies duras que se tocan a menudo, toser o estornudar en un pañuelo desechable o en la parte interior del codo o la manga, limitar la exposición al humo del cigarrillo, prevenir afecciones como la diabetes y el VIH/Sida y recibir las vacunas contra el neumococo y la influenza. (Salgado, 2013).

## 1.1 Justificación

Los síntomas de la neumonía fueron descritos por Hipócrates (c. 460 aC – 370 aC). Sin embargo, Hipócrates se refiere a la neumonía como una enfermedad “, llamada por los antiguos.” También informó de los resultados de un drenaje quirúrgico de los empiemas. Maimones (1138-1204 dC) observó “Los síntomas básicos que se producen en la neumonía y que nunca falta son los siguientes: fiebre aguda, pegue [pleurítico] dolor en el costado, corta respiración rápida, pulso sierra y la tos.” Esta descripción clínica es muy similar a los encontrados en los libros de texto modernos, y que refleja el grado de conocimientos médicos a través de la Edad Media hasta el siglo 19.

Las bacterias fueron vistas por primera vez en las vías respiratorias de las personas que murieron a causa de la neumonía por Edwin Klebs en 1875. Los trabajos iniciales para identificar las dos causas bacterianas comunes” Streptococcus pneumoniae” y”Klebsiella pneumoniae”fue realizado por Carl Friedländer y Albert Fränkel en 1882 y 1884, respectivamente. Trabajo inicial de Friedlander introdujo la tinción de Gram, una prueba de laboratorio fundamentales todavía se utiliza para identificar y clasificar las bacterias. Christian Gram papel que describe el procedimiento en 1884 ayudó a diferenciar las dos bacterias diferentes y demostró que la neumonía puede ser causada por más de un microorganismo.

Sir William Osler, conocido como “el padre de la medicina moderna”, apreció la morbilidad y la mortalidad de la neumonía, que describió como el “capitán de los hombres de la muerte” en 1918, ya que se había apoderado de la tuberculosis como una de las principales causas de muerte en su tiempo. (La frase fue acuñada originalmente por John Bunyan con respecto al consumo, o la tuberculosis.) Sin embargo, varios acontecimientos clave en la década de 1900 mejoró los resultados de aquellos con neumonía. Con el advenimiento de



la penicilina y otros antibióticos, las técnicas quirúrgicas modernas y de cuidados intensivos en el siglo XX, la mortalidad por neumonía se desplomaron en el mundo desarrollado. La vacunación de los lactantes contra *Haemophilus influenzae b*,"el tipo se inició en 1988 y condujo a una dramática disminución en los casos en poco tiempo. La vacunación contra la "*Streptococcus pneumoniae* en adultos", comenzó en 1977 y en los niños comenzó en 2000, lo que resulta en una disminución similar.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

- ❖ Evaluar las causas más comunes que se puede dar en la neumonía intrahospitalaria

### **Objetivos específicos**

- ❖ Conocer la epidemiología de la neumonía identificada intrahospitalaria
- ❖ Identificar factores que influyan en la aparición de neumina intrahospitalaria
- ❖ Conocer la relación entre la bronquitis y neumonía

## **Datos generales**

Edad: 48 años

Sexo: Masculino

Estado Civil: casado

Hijos: 3

Profesión: emprendedor

Nivel de estudios: bachiller

Nivel sociocultural/socioeconómico: bajo

Lugar de trabajo: domicilio

Lugar de domicilio: Babahoyo

## **II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO**

### **2.1 Análisis del motivo de la consulta y antecedentes.**

Paciente masculino de 48 años acude a consulta porque presenta tos seca en accesos de 15 días de evolución, disnea progresiva, alteración del estado de conciencia, cefalea, dolor y fiebre desde hace 4 días.

Antecedentes:

Alergias polvo

Diabetes: si

Hipertensión: si

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

A preguntas dirigidas presenta disnea, tos seca en accesos de 15 días de evolución, febrícula de predominio nocturno de evolución de 4 días, pérdida de apetito de 2 días de evolución, alteración del estado de conciencia, cefalea generalizada, y cianosis.

Dolor precordial leve irradiado a la pared posterior del tórax. Ha presentado diarrea por 3 días seguidos. Se pregunta si se ha auto medicado lo cual contesta que, si ha, indica que tomo paracetamol de 500 gr cada 4 horas.

### **2.3 Examen físico (exploración física)**

En la exploración física la paciente esta consiente, inquieto, voz entrecortada desorientado en las 3 esferas neurológicas; cianosis ungueal y peribucal con utilización de músculos accesorios de la respiración; cuello corto y ancho, ingurgitación yugular grado II; el tórax con disminución de los movimientos de amplexion y amplexacion, evidencia de estertores sibilantes y subcrepitantes generalizados; ruidos cardiacos normales.

Presión arterial: 210/80 mm/Hg; frecuencia cardiaca: 110 x<sup>1</sup>; frecuencia respiratoria: 30 x<sup>1</sup>; temperatura: 38°C.

### **Información de exámenes pre hospitalarios**

Se solicita analítica de sangre con parámetros dentro de lo normal, en el análisis de orina salió turbio con una densidad 1035 g/l y un pH de 8.6, también reflejo una ligera infección en las vías urinarias, se le solicito una radiografía de tórax, y un exudado nasofaríngeo.

#### **2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial, y definitivo**

En el diagnostico presuntivo se trata de una bronquitis crónica.

El diagnóstico diferencial de bronquitis relacionada a neumonía

El diagnóstico definitivo neumonía identificada neumonía intrahospitalaria

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

Los síntomas que presenta son disnea, tos seca en accesos de más de 15 días, febrícula de predominio nocturno por 4 días, pérdida de apetito desde hace 2 días, alteración del estado de conciencia, cefalea generalizada, y cianosis. Dolor precordial leve irradiado a la pared posterior del tórax.. el paciente indica que estuvo en contacto con un familiar que presentaba tos y gripe . El fenotipo de neumonía presentado en el paciente es el tipo H. En el

tratamiento se indica un tratamiento respiratorio para revertir la hipoxemia. En cuanto al tratamiento farmacológico se usa antipiréticos

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

Tomando en consideraciones los valores normales con los arrojados por el paciente se procede al diagnóstico y a la posterior ejecución del tratamiento a realizar.

Gasometría	Valores arrojados	Valores normales
Ph sanguíneo	8,6	7,35- 7,45
B ect	- 3,3mmol/l	
BB	46,4 NMOL/L	
Pco2	33,80 mmhg	27,53- 30,15 mnhg
Po2	66,5 mnhg	54,46- 58,18 mnHg

	Valores normales	Valores arrojados
F.R.	16-22x <sub>1</sub>	30x <sub>1</sub>
F.C	60-100x <sub>1</sub>	110x <sub>1</sub>
TC	36.5°C	37.9°C
P.A.	120/80	110/80

	valores normales	valores del paciente
Hemoglobina:	11,0-16,0 HG	14

Hematíes:	3,5-5,5 X 10 <sup>6</sup> /UL	4 10 <sup>6</sup> /ul
Hematocrito:	37-54%	44%
Leucocitos:	4,0-10,0 mm <sup>3</sup>	8
Neutrófilos:	60-70 mm <sup>3</sup>	65
Linfocitos:	20-40 mm <sup>3</sup>	30
Eosinofilos:	0,5 mm <sup>3</sup>	0,4
Monocitos:	0,8 mm <sup>3</sup>	0.8

### **Rx estándar de tórax del paciente**

Mediastino ensanchado, tanto en su pedículo como a nivel del corazón.

En el pulmón se observan múltiples imágenes de ocupación alveolar, difusas y bilaterales, con predominio en el hemitórax derecho, además de una imagen triangular izquierda, de base pleural.

### **Diagnostico neumonía intrahospitalaria**

#### **2.8 SEGUIMIENTO**

**Día 1:** Paciente masculino de 48 años acude a consulta porque presenta tos seca en accesos de 15 días de evolución, disnea progresiva, alteración del estado de conciencia, cefalea, dolor y fiebre desde hace 7 días. Se procede a dejarlo por unos días en observación por su presión alta.

**Día 5:** Presenta empeoramiento clínico con la aparición de disnea moderada. Presenta una saturación basal medida con pulsímetro del 95% y presión arterial de 210/80, con una frecuencia respiratoria de 20X<sub>1</sub> se realizaron las respectivas pruebas arrojando neumonía bilateral y positiva para bronquitis crónica

**Día 3:** Se procede al mantenimiento en el equilibrio de electrolitos y líquidos, ingesta de medicamento antipiréticos, oxigenoterapia por cánula nasal a 4 litros por minuto, monitorización frecuente de los parámetros

**Día 4:** tras exámenes y radiografías se diagnostica neumonía intrahospitalaria

**Día 8:** la fiebre ha cedido, así como la diarrea y su presión se han normalizado. Se realiza una radiografía de tórax donde no se aprecia fibrosis.

**Día 12:** se realiza un examen nasofaríngeo donde arroja resultados negativos, el paciente se va a casa con una saturación de 99. envía nebulización 3 veces al día con 1 ampolla de combivent, 1 ampolla de flumicil y 10 gotas de afrin. Se le explica al familiar como hacer percusiones al paciente



## **2.9 OBSERVACIONES**

Algunos pacientes con síntomas inicialmente leves pueden progresar en el transcurso de una semana. La mediana del tiempo hasta la disnea se ha visto que está entre 5 u 8 días.

Las infecciones asintomáticas también se han descrito, pero su frecuencia es desconocida. Incluso los pacientes con infección pueden tener anomalías clínicas objetivas, como opacidades típicas de vidrio esmerilado o sombras irregulares en tomografía computarizada de tórax TAC de tórax

Se recomienda a la paciente reposo total, así como un aislamiento voluntario por ser vulnerable y con la inmunidad comprometida debido a su estado de gravidez.

Se debe estar en un constante monitoreo

Se debe realizar los chequeos pertinentes y cumplir con las citas médicas establecidas.

Ir a tiempo a su control para poder observar cómo va disminuyendo con la neumonía

## **2.10 CONCLUSIONES.**

Se llegó a la conclusión de que el paciente tuvo un cuadro clínico grave, debido a los antecedentes que presentaba, siendo un paciente hipertenso y diabético,

lo cual complicó más su cuadro clínico. Se procedió a realizar un tratamiento lo cual lo sacó de la crisis en la que se encontraba y pudo salir de la unidad de cuidados intensivos, no sin antes mencionar que se procedió a enviar recomendaciones y tratamientos que familiares del paciente pudieran realizar.

### **Bibliografía**

- ALAT. (2016). Neumonía intrahospitalaria, guía clínica . *Recomendaciones ALAT*, 7-9.
- Díaz, I. (2013). Neumonía intra hospitalaria . *Enfermedades infecciosas* , 692-698.
- Jareño, J. (2018). Neumonía Intrahospitalaria. *Revista epidemiológica de enfermedades infecciosas*, 3-4.
- León, C. (2016). Neumonía Prehospitalaria . *Horizonte Medico* , 2-6.
- Monteverde, L. (2019). Neumonía Intrahospitalaria . *Archivos de Bronconeumología* , 7-9.
- peña, J. (2017). Neumonía nosocomial. *Hospital universitario*, 3-8.
- Salgado, L. A. (2013). Neumonía: Síntomas y Prevención. *JUNTA BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL*.
- Sethi, S. (2020). Neumonías Intrahospitalarias. *Manual MSD*, 7-8.
- Torres, A. (2020). Neumonía intrahospitalaria, normativa legal. *Archivos de bronconeumología*, 11-19.
- Valdivieso, J. (2019). Bronquitis Aguda . *Guías Clínicas* , 1-3.
- Valles, J. (2016). Neumonía Nosocomial. *Microbiología clínica* , 800-810.
- Vázquez, P. (2018). Bronquitis Aguda . *Guías de Fisterra*, 5-7.

ANEXO

