



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 51 AÑOS CON NEUMONIA NOSOCOMIAL

AUTOR:

ANDRES ARTURO PINEDA SALAZAR

TUTOR:

Lic. VERONICA VALLE

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	11
Presentación clínica	11
Epidemiología	14
Fisiopatología	15
1.1 Justificación	16
Objetivos	19
Objetivo General	19
Objetivos específicos	19
Datos generales	20
2.1 Análisis del motivo de la consulta y antecedentes	21
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)	21
Información de exámenes pre hospitalarios	22
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial, y definitivo	22
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.	22
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de la salud, considerando valores normales	23

2.8 SEGUIMIENTO.....	25
2.9 OBSERVACIONES.....	25
Bibliografía.....	27
ANEXO.....	28

Dedicatoria

Dedico mi trabajo de titulación de corazón y con mucho cariño todo mi esfuerzo a mi madre que siempre seguía de cerca mi proceso universitario y pendiente de mi progreso ella que me veía partir todas las madrugadas y se levantaba a darme el desayuno y a desearme un buen viaje gracias a su ejemplo y por sus consejos de vida por darnos lo mejor y sobre todo enseñarnos que el estudio y el conocimiento son armas muy importantes en esta vida.

A mi papito amado que extraño cada día mas se lo dedico con mucho amor recuerdo cuanto orgulloso veía mis calificaciones del pre y me decía que siga así y termine mi carrera ahora después de 5 años duros desde que no estás conmigo físicamente pero sé que estas a mi lado espiritualmente en cada paso que he dado cuidándome transmitiéndome tu energía tu fuerza para lograr este que en su momento fue un sueño y que ahora se ha hecho una realidad sé que desde el cielo te sientes orgulloso de mi papito

A mis hermanos Josué y Gabriel se los dedico con mucho cariño gracias por estar siempre pendiente de mí y principalmente a mi hermanito Jo gracias apoyarme siempre no solo en mis estudios si no en todo y demostraste que siempre voy a encontrar en ti un amigo incondicional en quien confiar

A mi amada y hermosa novia Ariana Pincay se lo dedico con mucho amor ella que siempre en todo momento de mi vida y mi proceso universitario estuvo ahí ayudándome en todo siendo mi principal apoyo recuerdo que hasta largas horas de la noche me ayudabas a terminar mis deberes preocupándote siempre que llevaba para comer en la universidad son tantas anécdotas por contar mil gracias por todo siempre juntos desde el primer día que me inscribí al senecyt hasta ahora que estoy culminando mi carrera te amo

En general se lo dedico a todas las personas que fueron de alguna manera parte de mi proceso universitario

Agradecimiento

Agradezco en principalmente a Dios gracias por ayudarme y cuidarme día a día en mi proceso universitario por brindarme sabiduría y fuerzas para seguir adelante a toda mi familia, novia y amistades gracias, por tanto...

INTERVENCION DEL TERAPISTA RESPIRATORIO EN PACIENTE
MASCULINO DE 51 AÑOS CON NEUMONIA NOSOCOMIAL

Resumen

Como próximo profesional de la salud quiero contribuir con mi estudio para dar a conocer todo lo referente a la Neumonía nosocomial 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: microorganismos, infecciones, factores, prevalencia, mortalidad.

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: microorganisms, infections, factors, prevalence, mortality

Introducción

Hoy en día uno de los principales problemas que se encuentran en las unidades de cuidados intensivos es el aumento de pacientes con neumonía nosocomial, es una de las infecciones más frecuentes asociada a la ventilación mecánica, dicha infección es más concurrentes en pacientes con insuficiencias respiratorias agudas, en la actualidad varios médicos intensivistas buscan estrategias de acción para la alta prevalencia de casos por neumonía nosocomial pues el objetivo principal de los médicos y de las instituciones hospitalarias es que la estadía del paciente no se prolongue más y así mismo que estos no incrementen sus costos.

Sin embargo, buscar una estrategia se vuelve cada vez complejo puesto que los diferentes microorganismos causantes de la enfermedad se vuelven más resistentes a los antibióticos lo que se convierte en un problema aún más complejo de solucionar, es por ello que se han creado organizaciones como ALTAN donde un grupo de profesionales médicos, terapistas buscan crear estrategias en conjunto para así implementar cribados universales cada hospital del país al que pertenezcan.

De esta manera se creará una estrategia de acción frente a la neumonía y así mismo la epidemiología adecuada para indagar sobre cómo se origina y cuál es su tiempo de estancia para que de esta forma se pueda tratar a tiempo evitando así la prolongada estadía en las salas de cuidados intensivos de los hospitales.

Capítulo 1

Marco teórico

Se puede definir a la neumonía nosocomial como aquella infección que afecta directamente al parénquima pulmonar, esta se manifiesta en un periodo de 72 horas o más durante el ingreso del paciente en el hospital, dicha infección no se encontraba presente en el periodo de incubación ni al ingreso del paciente al hospital, sin embargo, la neumonía se podría relacionar con maniobras ya sea en el diagnóstico o terapéutica esta también es considerada nosocomial (Díaz, 2019).

Cuando esta infección se desarrolla en pacientes con ventilación mecánica se denomina neumonía asociada a la ventilación mecánica, desde 2005 se ha incorporado a esta clasificación otra entidad, la neumonía asociada a la asistencia sanitaria que ocurre en un entorno comunitario con pacientes que tienen contacto con personal sanitario (Díaz, 2019).

Epidemiología y etiología

Las principales afluencias de casos de neumonía nosocomial se producen dentro de las salas de hospitalización convencional con una incidencia de 3 a 7 episodios por cada 1000 admisiones hospitalarias, con una variación entre 1,3 a 5,9 casos por 1000 ingresos hospitalarios

El riesgo de presentar una neumonía incrementa significativamente de forma global siendo 20 veces más frecuente en pacientes que reciben una ventilación mecánica, se ha demostrado que la primera semana con ventilación mecánica el riesgo es de 3% disminuyendo 2% en su segunda semana manteniéndose entre el 1% durante su tercera semana de ventilación mecánica.

En aquellos pacientes que portan algún dispositivo artificial como catéteres intravenosos o tubo endotraqueal ya sea por implicación de la patogenia propia de la enfermedad el parámetro comúnmente más usado es la

densidad de la incidencia, ajustando el riesgo al número de días de riesgo que corresponde al número de días de permanencia del dispositivo

Patogénesis

La patogénesis de la neumonía nosocomial es multifactorial siendo el mecanismo más frecuente la aspiración de microorganismos que colonizan la faringe o el tracto gastrointestinal superior, esta aspiración se presenta en un 45% de individuos sanos durante el sueño donde no presenta consecuencias debido a que su micro biota orofaríngea contiene los microorganismos comensales (Blanquer, 2011).

Sin embargo en pacientes hospitalizados es diferente ya que la combinación de un estado inmune deprimido la supresión de la deglución y del reflejo tusígeno junto al aceleramiento debilitado del sistema mucociliar del tracto respiratorio hacen que la aspiración sea un factor con importancia en la aparición de la neumonía nosocomial (Blanquer, 2011).

Bronquitis crónica

La bronquitis crónica es una enfermedad caracterizada por una creciente inflamación y mucosidad (flema o esputo) en las vías respiratorias (vías aéreas). Hay obstrucción de las vías aéreas en la bronquitis crónica porque la inflamación y la mucosidad adicional hacen que el interior de las vías respiratorias sea más pequeño de lo normal. El diagnóstico de bronquitis crónica se realiza en función de los síntomas de una tos que produce mucosidad o flema la mayoría de los días, durante tres meses, dos años o más (después de haber descartado otras causas para la tos) (ATS, 2020)

Presentación clínica

El sello distintivo de la bronquitis crónica es una tos que puede variar de leve a severa, una tos incesante productiva de esputo purulento. La tos puede ser precipitada por múltiples estímulos. La expectoración de mayor cantidad de esputo por lo general se produce al levantarse por la mañana, aunque muchos pacientes expectoren durante todo el día. El esputo expectorado por lo general es denso y puede variar en colores de blanco a amarillo verdoso. En consecuencia, muchos pacientes se quejan frecuentemente de mal sabor y de halitosis (Cubides, 2019).

El diagnóstico de la bronquitis crónica está basado principalmente en la evaluación clínica y la historia. Cualquier paciente que cuenta 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 diagnóstico de bronquitis crónica se hace sólo cuando la posibilidad de bronquiectasias, insuficiencia cardíaca, fibrosis quística y el carcinoma pulmonar han sido excluidas. Además, muchos clínicos intentan subdividir a sus pacientes basados en la gravedad de la enfermedad para dirigir 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 (Alvarez, 2018).

La neumonía es un proceso inflamatorio del parénquima pulmonar que presenta una prevalencia importante en la infancia, sobre todo en los primeros años de vida. Los factores etiológicos más frecuentes suelen ser virales (virus respiratorio sincitial [VRS]) en edades jóvenes y bacterias (neumococo y *Mycoplasma*) en mayores. Las neumonías recurrentes suelen estar asociadas a problemas estructurales y trastornos inmunitarios. La clínica y la radiología proporcionan el diagnóstico de la enfermedad; el estudio microbiológico, la aproximación etiológica. Sólo el hemocultivo y el cultivo del líquido pleural proporcionan un diagnóstico etiológico de certeza. Las muestras respiratorias ofrecen un diagnóstico de probabilidad por la posibilidad de colonización o contaminación en su obtención (Monteverde, 2019).

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 hace que el tejido que forma los pulmones se vea enrojecido, hinchado y se vuelva doloroso. Muchos pacientes con neumonía son tratados 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 (Whitworth, 2019).

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 *Candida* (Abascal, 2001).

- 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

Los enfermos de neumonía infecciosa a menudo presentan una tos que produce un esputo (flema) de color marrón o verde y una fiebre alta que puede ir acompañada de escalofríos febriles. La disnea es el signo temprano más específico y sensible. El dolor torácico pleurítico también es común, éste es un

dolor agudo o punzante que aparece o empeora cuando se respira hondo. Los enfermos de neumonía pueden toser sangre, sufrir dolores de cabeza o presentar una piel sudorosa y húmeda. 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 (Martin, 2017).

Epidemiología

La neumonía es un proceso inflamatorio del parénquima pulmonar, reconocible radiológicamente y evidenciado por una clínica dependiente de la edad, la constitución del paciente y, en parte, por la etiología que la origina. 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.) (Guitierrez, 2016)

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 (BMN, 2018).

La neumonía de etiología viral es más frecuente en los niños de menor edad. *Streptococcus pneumoniae* es el patógeno bacteriano más frecuente. La neumonía recurrente se asocia con anomalías estructurales y trastornos inmunitarios. Un inicio insidioso, la presencia de clínica extrapulmonar acompañante y los infiltrados pulmonares intersticiales orientan al diagnóstico de neumonía atípica. Sólo el hemocultivo y el cultivo del líquido pleural pueden proporcionar un diagnóstico etiológico de seguridad. Es muy difícil obtener muestras de esputo de calidad en menores de 10 años (BMN, 2018).

Neumonías Actualización Puntos clave de procesos en los que se debe investigar la presencia de anomalías estructurales o de alteraciones en el sistema inmunitario del huésped que predispongan a su aparición La neumonía

es, en la actualidad, una causa importante de morbilidad en la infancia, la mortalidad es muy rara. En la edad preescolar se estima que tiene una prevalencia del 4%, tasa que se reduce a la mitad en la edad escolar y la adolescencia. Por fortuna, la neumonía adquirida en la comunidad es fácilmente tratable, limitándose los problemas a los niños más pequeños y a los que presentan algún tipo de compromiso inmunológico. La sintomatología clínica no facilita un diagnóstico etiológico. Por ello, mientras se conocen los resultados de los estudios microbiológicos y serológicos correspondientes, deberán tenerse en cuenta los microorganismos más frecuentes en cada grupo de edad para iniciar el tratamiento empírico adecuado (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.

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.

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 fundament

ales 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

- ❖ Identificar las causas más comunes de la neumonía nosocomial que se presentan en pacientes en unidades de cuidados intensivos

Objetivos específicos

- ❖ Identificar los principales factores desencadenante de la neumonía nosocomial
- ❖ Identificar el tratamiento farmacológico y las técnicas de rehabilitación respiratoria a realizar en pacientes con neumonía nosocomial.
- ❖ Evaluar el tratamiento respiratorio de los pacientes con neumonía nosocomial

Datos generales

Edad: 51 años

Sexo: Masculino

Estado Civil: casado

Hijos: 1

Profesión: Abogado

Nivel de estudios: Tercer nivel

Nivel sociocultural/socioeconómico: medio

Lugar de trabajo: estudio juridico

Lugar de domicilio: Babahoyo

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 Análisis del motivo de la consulta y antecedentes.

Paciente masculino de 51 años acude a consulta por presentar tos seca en accesos de 12 días de evolución, disnea progresiva, aleteo nasal, alteración del estado de conciencia, cefalea, dolor y fiebre desde hace 3 días.

Antecedentes:

Alergias polvo

Diabetes: no

Hipertensión: no

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

A preguntas dirigidas presenta dificultad para respirar, tos seca en accesos de 12 días de evolución, febrícula de predominio nocturno de evolución de 3 días, pérdida de apetito de 2 días de evolución, alteración del estado de conciencia, cefalea generalizada, y cianosis.

Dolor agudo irradiado a la pared posterior del tórax. Se pregunta si se ha auto medicado lo cual remite que, si , indica que tomo acetaminofén de 1000 gr cada 4 horas.

2.3 Examen físico (exploración física)

En la exploración física la paciente esta consiente, inquieto, voz entrecortada; cianosis ungueal y peribucal con utilización de músculos accesorios de la respiración; cuello largo y poco 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: 110/80 mm/Hg; frecuencia cardiaca: 100 x¹; frecuencia respiratoria: 29 x¹; temperatura: 38.5°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 1030 g/l y un pH de 7.8, también reflejo una ligera infección en las vías urinarias, se le solicito una radiografía de tórax,.

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial, y definitivo

En el diagnostico presuntivo se trata de una bronquitis crónica.

El diagnóstico diferencial de bronquitis asociada a neumonía

El diagnóstico definitivo neumonía identificada neumonía nosocomial

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 12 días, febrícula de predominio nocturno por 3 días, pérdida de apetito desde hace 2 días, cefalea generalizada, y cianosis. Dolor precordial leve irradiado a la pared posterior del tórax... 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	3.3 mmol/l	
BB	46.4 nmol/l	
Pco2	33.80 mmhg	27.53 – 30.15mmhg
Po2	66.5 mmhg	54,46- 58,18 mnHg

Signos vitales	valores normales	valores arrojados
F.R	16-22x ₁	29x ₁
F.C	60-100x ₁	100x ₁
TC	36.5°C	38.5°C
P.A.	120/80	110/80

Analisis de sangre	valores normales	valores arrojados
Hemoglobina	11.0 – 16.0	14
Hematíes	3.5 – 5.5	4
Hematocrito	37 – 54	44
Leucocitos	4.0 – 10.0	8
Neutrófilos	60-70	65
Linfocitos	20 – 40	30
Eosinofilos	0.5	0.4
Monocitos	0.8	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 51 años acude a consulta porque presenta tos seca en accesos de 12 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 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 5: Presenta empeoramiento clínico con la aparición de disnea moderada. Presenta una saturación basal medida con pulsímetro del 95% y presión arterial de 110/80, con una frecuencia respiratoria de 18X₁ se le realizaron las respectivas pruebas arrojando neumonía bilateral y positiva para bronquitis crónica

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 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

Conclusiones

Resulta de suma importancia conocer los factores desencadenantes de la neumonía nosocomial, pues es una de las enfermedades con más alta prevalencia de mortalidad y morbilidad que existe dentro de las unidades de cuidados intensivos, esto por su incomprensible epidemiología que sufre un constante cambio conforme esta enfermedad se vuelve resistente a los antibióticos, es por eso que médicos y personal de la salud se ven en la obligación de buscar estrategias de intervención para dar solución a esta problemática, mediante una epidemiología adecuada y así crear un cribado universal que pueda ser usado en cualquier entidad de salud esto mediante un juicio de expertos, la neumonía nosocomial se caracteriza por la presencia de tos con flema, fiebre y dolores articulares en todo el cuerpo sin embargo esta puede complicarse creando problemas severos en la salud de las personas y en los peores de los casos la entrada a respiradores y prolongación de la estadía dentro de UCI.

Bibliografía

Abascal, M. (2001). Repercusion de la bronconeumonia. *revista cubana*, 3-6.

Alvarez, C. (2018). *Neumonias, concepto*. ciudad de Nueva Leon: Univerisdad de campestre.

ATS. (2020). Enfermedad pulmonar obstructiva cronica . *American theorici society* , 3-9.

Blanquer, J. (2011). Neumonia nosocomial. *Archivos de bronconeumonia* , 3-7.

BMN. (2018). *Neumonia atencion primaria de salud* . California: Salud del barrio.

Cubides, J. (2019). *Neumonia en adultos*. Lima: hospital de yopal.

Diaz, E. (2019). Enfermedades infecciosas. *Microbiologia clinica*, 2-9.

Guitierrez, R. (2016). *Manejo y tratamiento de la neumonia adquirida*. Sevilla: SEVI.

León, C. (2016). Neumonia Prehospitalaria . *Horizonte Medico* , 2-6.

Martin, A. (2017). *Numonia persistente* . Sevilla: Neumoped.

Monteverde, L. (2019). Neumonía Intrahospitalaria . *Archivos de Bronconeumología* , 7-9.

Valdivieso, J. (2019). Bronquitis Aguda . *Guías Clínicas* , 1-3.

Vazquez, P. (2018). Bronquitis Aguda . *Guías de Fisterra*, 5-7.

Whitworth, G. (19 de abril de 2019). *healthline*. Obtenido de bronconeumonía : <https://www.healthline.com/health/es/bronconeumonía>

ANEXO

