



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE SALUD Y BIENESTAR
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE TERAPIA RESPIRATORIA**

**Componente Práctico del Examen Compresivo previo a la obtención del
grado académico de Licenciado(a) en Terapia Respiratoria**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

**INTERVENCIÓN DEL TERAPISTA RESPIRATORIO EN PACIENTE DE SEXO
MASCULINO DE 55 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA NOSOCOMIAL**

AUTOR

LINDA NOHELY PLACENCIO RONQUILLO

TUTOR

FATIMA MEDINA PINOARGOTE

Babahoyo - Los Ríos - Ecuador

2023

INDICE

DEDICATORIA	5
AGRADECIMIENTO	6
TITULO DEL CASO CLINICO	7
RESUMEN	8
ABSTRACT.....	9
INTRODUCCIÓN	10
I. MARCO TEÓRICO	11
Neumonía nosocomial.....	11
Epidemiología.....	11
ETIOLOGÍA	11
FISIOPATOLOGÍA	12
FACTORES DE RIESGO	13
DIAGNÓSTICO.....	13
DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO	14
o Hemocultivos:	14
o Aspirado traqueal.....	14
o Lavado bronco alveolar	14
EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	15
o Radiografía de tórax:	15
o Gasometría arterial:	15
TRATAMIENTO	15
TRATAMIENTO EMPÍRICO EN PACIENTES SIN FACTORES DE RIESGO DE MULTIRRESISTENCIA:	15
Prevención	17

1.1. JUSTIFICACIÓN	21
1.2. OBJETIVOS	22
1.2.1. OBJETIVO GENERAL	22
1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
1.3. DATOS GENERALES	23
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICÓ	24
2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.....	24
2.2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES.....	24
ANTECEDENTES FAMILIARES.....	24
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS	24
ALERGIA.....	24
2.3. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).....	24
2.4. RESOLUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....	25
2.4.1. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	25
2.4.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	25
2.4.3. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	25
2.5. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS Y QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....	25
RADIOGRAFÍA DE TÓRAX:.....	26
2.6. SEGUIMIENTO	26
DÍA 2.....	26
DÍA 3.....	26

DÍA 4.....	26
2.7. OBSERVACIONES.....	27
CONCLUSIONES	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29
ANEXOS.....	32

DEDICATORIA

A Dios Por haberme permitido llegar hasta este punto y por darme salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres que gracias a ellos he llegado a ser una persona de bien, con sus consejos y ejemplos de perseverancia me motivaron a seguir luchando, y en especial gracias a su apoyo incondicional en el transcurso de mi vida y preparación académica.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, les agradezco a Dios por darme vida y salud y a mis padres que siempre me han brindado su apoyo incondicional para poder cumplir todos mis objetivos personales y académicos.

Ellos son los que con su cariño me han impulsado siempre a perseguir mis metas y nunca abandonarlas frente a las adversidades. También son los que me han brindado el soporte material y económico para poder concentrarme en los estudios y nunca abandonarlos.

TITULO DEL CASO CLINICO

INTERVENCIÓN DEL TERAPISTA RESPIRATORIO EN PACIENTE DE SEXO MASCULINO DE 55 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA NOSOCOMIAL

RESUMEN

La segunda infección nosocomial más común es la neumonía, según las estadísticas.

Debido a la alta morbilidad y mortalidad de los microorganismos patógenos a diferencia de la neumonía adquirida en la comunidad, la neumonía hospitalaria adquirida en la comunidad, la neumonía asociada a ventilador, etc., la frecuencia es alta, del 5 al 7 por cada 1000 pacientes que reciben el alta. Además, son las bacterias respiratorias las que causan enfermedades infecciosas.

Hay una gran cantidad de investigación sobre este tema y es crucial; por lo tanto, es necesario explicar los factores que influyen en la historia y el riesgo de infección del adulto, ya que la neumonía adquirida en el hospital es una de las 10 causas más comunes de muerte en pacientes hospitalizados. Neumonía provocada por contaminación nosocomial.

El objetivo de este estudio de casos clínicos es identificar factores de riesgo e historial médico de neumonía nosocomial en un paciente masculino de 55 años. Paciencia, la prevención es necesaria y la medida es evitar muchas afecciones.

Un diagnóstico adecuado para un paciente del que se sospecha que tiene una enfermedad ayudará a prevenir problemas de salud.

Ya que esta patología provoca muertes hospitalarias y preocupa a otros profesionales médicos sanos, estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: Neumonía nosocomial, Infección, Diagnostico, Patógeno, Huésped.

ABSTRACT

The second most common nosocomial infection is pneumonia, according to statistics.

Due to the high morbidity and mortality of pathogenic microorganisms unlike community-acquired pneumonia, community-acquired hospital pneumonia, ventilator-associated pneumonia, etc., the frequency is high, 5-7 per 1000 discharged patients. In addition, it is respiratory bacteria that cause infectious diseases.

There is a huge amount of research on this topic and it is crucial; therefore, factors influencing adult infection history and risk need to be explained, since hospital-acquired pneumonia is one of the 10 most common causes of death in hospitalized patients. Pneumonia caused by nosocomial contamination.

The objective of this clinical case study is to identify risk factors and medical history of nosocomial pneumonia in a 55-year-old male patient. Patience, prevention is necessary and the measure is to avoid many conditions.

A proper diagnosis for a patient suspected of having a disease will help prevent health problems.

Since this pathology causes hospital deaths and worries other healthy medical professionals, these patients.

KEY WORDS: Nosocomial pneumonia, Infection, Diagnosis, Pathogen, Host.

INTRODUCCIÓN

Debido a la morbilidad, la neumonía nosocomial es en la actualidad la segunda infección nosocomial más frecuente, con 5-7 casos por cada 1000 pacientes que son dados de alta.

La patogenicidad de un patógeno varía de la de un patógeno que está presente en un grupo de infecciones traqueales y causa neumonía adquirida en la comunidad, neumonía adquirida en el hospital y neumonía asociada al ventilador, en su mayor parte.

La neumonía nosocomial moderna es el segundo paciente que permanece en el hospital, con los resultados comenzando a mostrar signos y síntomas de esta patología. El ingreso por neumonía se realizó 7 días después del ingreso hospitalario, es decir, después del alta hospitalaria.

El paciente masculino de 55 años de edad que presentó un cuadro clínico típico de una crisis asmática en el servicio de urgencias del “Hospital General IESS Babahoyo” fue objeto de la intervención del caso clínico del presente estudio por un terapeuta respiratorio. Tras permanecer 48 horas en el hospital, comenzó a presentar los siguientes signos y síntomas: aumento de temperatura acompañado de escalofríos, tos con esputo verdoso, náuseas, vómitos, malestar general, disnea y dolor torácico y taquicardia.

Para confirmar el diagnóstico, que fue neumonía nosocomial, se realizaron exámenes adicionales. Luego se le administró al paciente un tratamiento farmacológico junto con técnicas de terapia respiratoria que ayudarían en la recuperación del paciente.

I. MARCO TEÓRICO

Neumonía nosocomial

Las radiografías de tórax, los infiltrados pulmonares, el drenaje purulento del tubo endotraqueal, la fiebre, la leucocitosis, la hipoxia y un cultivo respiratorio positivo 48 a 72 h después del ingreso son signos de neumonía nosocomial, una enfermedad pulmonar infecciosa. Luego, se descalificaron los períodos de inscripción que tuvieron o pudieron haber tenido una infección pulmonar. La tarea requiere un mínimo de tres personas. Condición: los patógenos con suficiente virulencia para eludir las defensas del huésped pueden mostrarse y cultivarse utilizando mecanismos de defensa pulmonar modificados (Barrera-Robledo & Uribe-Caputi, 2022).

Epidemiología

La segunda infección más frecuente después de las infecciones del tracto urinario es la neumonía adquirida en un hospital. Los desafíos incluyen el desarrollo de tecnología médica, el aumento de la resistencia a patógenos en las recetas hospitalarias, el uso excesivo de antibióticos de amplio espectro debido a procedimientos invasivos y las necesidades invasivas como resultado de condiciones médicas. Paciente. Sobre todo, se debe a las características ambientales únicas de la unidad de diagnóstico y tratamiento microbiológico (Barrera-Robledo & Uribe-Caputi, 2022).

Dado que es difícil de diagnosticar, esta infección no existe, pero los datos razonablemente precisos sobre la prevalencia mundial sugieren que oscila entre el 5 % y el 12 % en los países desarrollados y entre el 6 % y el 19 % en los países en desarrollo (Jiménez, 2021).

ETIOLOGÍA

Las bacterias comunes en la neumonía nosocomial incluyen las siguientes:

- Virus: virus respiratorio sincitial.

- Bacterias Gram negativas: *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Enterobacter*.
- Bacterias grampositivas: *Staphylococcus aureus* y *Staphylococcus epidermidis*.
- Hongos: *Aspergillus* y *Candida* (Mulet, 2010).

Los pacientes con neumonía temprana portan la misma bacteria que se cree que causa la neumonía adquirida en la comunidad. La intubación o aspiración forzada es un factor importante, principalmente para *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*. Por otro lado, la neumonía es causada por la inhalación de bacterias Gram-negativas en los fluidos corporales de la boca, la garganta o el estómago. Estos patógenos son difíciles de tratar porque son más resistentes a los patógenos comunes. (Díaz, 2013).

Las estancias hospitalarias más prolongadas se asocian con el uso temprano de antibióticos contra las bacterias multirresistentes. Además, algunos casos de neumonía adquirida en el hospital, en particular la neumonía asociada al ventilador, tienen múltiples causas bacterianas (Díaz, 2013).

FISIOPATOLOGÍA

La etiología de la neumonía nosocomial es multifactorial, pero el mecanismo principal se debe a parásitos en la faringe o el tracto gastrointestinal superior. Este requerimiento ocurre en aproximadamente el 5% de las personas. La microbiota faríngea contiene bacterias sincitiales y se ve afectada por alteraciones de las mucosas, comorbilidades, carencias nutricionales, presencia de microorganismos y patógenos en las vías respiratorias, por lo que mantenerse saludable durante el sueño no es un problema. Factores que afectan a la neumonía nosocomial (Quiroga & Vega, 2004).

El microbioma, un sitio de invasión e infección por patógenos (sinusitis). cavidad nasal, tracto gastrointestinal y sangre). la causa del paciente. Las biopelículas bacterianas crecen en el tubo endotraqueal. Los antibióticos se usan para proteger al paciente mientras que el tubo endotraqueal contiene bacterias que

defienden al cuerpo de los patógenos. La eliminación de la invasión y el trasplante traqueal se facilitaron gracias a la facilidad con la que los microorganismos se separaron de las biopelículas antes mencionadas durante el pipeteo (Quiroga & Vega, 2004).

FACTORES DE RIESGO

Existen algunas similitudes entre los factores de riesgo de neumonía en pacientes ventilados y no ventilados. Entonces tienes algo como: riesgos para el huésped, como enfermedades crónicas y comorbilidades. Riesgos y factores que pueden aumentar el riesgo de usar antibióticos y tener dolor de garganta. Existe un mayor riesgo de aspiración de secreciones orales y faríngeas hacia las vías respiratorias inferiores. La cirugía y otras intervenciones en la parte superior del abdomen o el tórax se han identificado como factores de riesgo en pacientes no tratados. Ventilación artificial de los pulmones. El soporte respiratorio es particularmente importante para los pacientes ventilados (Díaz, 2013).

La intubación y reintubación, la ventilación mecánica, los dispositivos de terapia respiratoria, las traqueostomías, las broncoscopias, la aspiración gástrica, el uso de sondas nasogástricas, la terapia con antibióticos de amplio espectro y la terapia con esteroides se encuentran entre los factores de riesgo de neumonía nosocomial que pueden desarrollarse en un entorno hospitalario. cabecera, hospitalización prolongada, anestesia general, cirugía abdominal y torácica, acceso venoso central, mal uso de bloqueadores H2, alteración de la conciencia, nutrición enteral, aplicación de tecnología aséptica y esterilidad insuficiente (Suarez, 2013).

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de neumonía nosocomial es difícil, pero cumple varios criterios. Con base en criterios clínicos para sospechar infección pulmonar, los infiltrados pulmonares nuevos o progresivos se caracterizan por fiebre, esputo purulento, aumento de secreciones y secreciones, y criterios de laboratorio. Estos hallazgos incluyen signos de leucocitosis y cultivos de esputo. Se sospecha

neumonía cuando al menos dos de los criterios están claramente descritos y confirmados por el médico durante la observación del paciente (Montalvo, 2013).

DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO

Investigación microbiológica de la neumonía nosocomial. Incluye el análisis cualitativo y cuantitativo de las secreciones de las vías respiratorias obtenidas tras broncoscopia o bajo control sin broncoscopia o broncoscopia, a ciegas o por aspiración traqueal. Los dos primeros métodos se pueden realizar con lavado broncoalveolar (BAL) y cateterismo de protección (PCT), mientras que el segundo método utiliza un tubo endotraqueal para recoger las secreciones directamente (Quiroga & Vega, 2004).

- **Hemocultivos:** Utilice dos hemocultivos separados en cada sitio. Su puntuación positiva (8-20%) está relacionada con un alto riesgo de complicaciones y tiene valor diagnóstico y pronóstico. Para evitar la sepsis, descartar otras fuentes de infección (Sánchez, 2014).
- **Aspirado traqueal:** La secreción de aliento obtenida por aspiración endotraqueal es un procedimiento simple, pero las muestras a menudo están contaminadas con bacterias que han colonizado la tráquea. Para evitar esta interpretación, cuantificamos el número de bacterias presentes en el cultivo y añadimos una nota cuando el cultivo cuantitativo mostraba un crecimiento superior a 10 UFC/mL. Análisis cuantitativo de muestras de aspirado traqueal con una sensibilidad del 38% al 100% y una especificidad del 14% al 100% (Díaz, 2013).
- **Lavado bronco alveolar:** El lavado broncoalveolar es una prueba fisiológica en la que se dividen 150 ml de suero en tres alícuotas de 50 ml y se toman muestras adicionales para estudios microbiológicos a través de un tubo endotraqueal. La sensibilidad es buena y la especificidad es del 80% (LOPEZ, 2011).

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- **Radiografía de tórax:** En cualquier caso, se debe realizar una radiografía de tórax para identificar la presencia y ubicación del infiltrado. gravedad, hinchazón, complicaciones, etc. infección. Paciente con derrame pleural y neumonía nosocomial. (Montalvo, 2013)
- **Gasometría arterial:** Los gases en sangre arterial ayudan a determinar la gravedad y la necesidad de oxígeno suplementario.

TRATAMIENTO

Una vez que se ha confirmado la neumonía nosocomial, se debe iniciar el tratamiento. La antibioticoterapia empírica es muy importante para su implementación oportuna, y los errores en la antibioticoterapia inicial ponen en peligro la vida del paciente (Sánchez, 2014).

Hay consideraciones importantes al elegir qué antibiótico usar, incluida la gravedad de la infección, los factores específicos del paciente, los organismos multirresistentes y los patrones locales de resistencia. Por lo tanto, cada centro debe tener su propio programa experimental. Los pacientes tienen un mayor riesgo de contraer bacterias resistentes a múltiples fármacos (Sánchez, 2014).

TRATAMIENTO EMPÍRICO EN PACIENTES SIN FACTORES DE RIESGO DE MULTIRRESISTENCIA:

Esto debe hacerse con separadores y sombreros. Muchas opciones dependen de la prevalencia y susceptibilidad de diferentes patógenos. Las opciones incluyen: ceftriaxona, sulbactam, ampicilina, levofloxacina o ertapenem. (Sánchez, 2014).

Tratamiento empírico en pacientes con riesgo de multirresistencia:

Al menos dos antibióticos, incluidos betalactámicos con actividad antiapoptótica: cefepima, ceftazidima, imipenem, meropenem, doripenem o piperacilina-tazobactam. En pacientes alérgicos a la penicilina, se debe realizar una prueba de parche o una inyección de aztreonam con menos del 5% de reactividad cruzada para determinar la gravedad de la reacción. A este

antibiótico se le añade otro antibiótico conocido por el hospital como localmente resistente, como una fluoroquinolona (ciprofloxacina o levofloxacina), un aminoglucósido (gentamicina, tobramicina o marantina) o una polimixina. Si la prevalencia de S es alta. *Staphylococcus aureus*: se debe agregar linezolid o vancomicina en pacientes resistentes a meticilina o terapia con vehículos. (Sánchez, 2014).

Tratamiento ejecutado por el terapeuta respiratorio

Ventilación no invasiva

La intubación endotraqueal es un factor de riesgo importante de los NIH para VM y, por lo tanto, debe evitarse siempre que sea posible. La ventilación no invasiva (VNI) es una alternativa viable para algunos pacientes con insuficiencia respiratoria hipóxica, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), pacientes con empeoramiento del edema pulmonar cardiogénico y pacientes inmunocomprometidos con infiltrados pulmonares e insuficiencia respiratoria. Además, la VNI se puede utilizar de forma segura para facilitar la extubación temprana y evitar el destete prolongado. Por tanto, si está indicada, la VNI debe intentar evitar o reducir la duración de la intubación endotraqueal (FERRER, BASSI, & TORRES, 2013).

Balón del tubo traqueal

En los últimos años, se han hecho varios intentos para mejorar el diseño del TET para reducir el riesgo de aspiración con balón de secreciones contaminadas con patógenos. Recientemente, se han desarrollado y evaluado en ensayos clínicos y de laboratorio varios balones nuevos hechos de poliuretano, silicona o látex. En particular, los globos de poliuretano tienen un grosor de 5 a 10 μm y los globos de PVC tienen un grosor de 50 μm ; esto permite un mejor plegado durante el inflado y puede prevenir o reducir la aspiración de exudado del globo (FERRER, BASSI, & TORRES, 2013).

Prevención

Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América (IDSA) 2008. Recomendaciones para reducir el riesgo de neumonía nosocomial. Estos eventos deben usarse en todos los ámbitos para que sean más efectivos.

Estos incluyen: lavarse las manos antes de examinar a los pacientes, desinfectar la garganta, prevenir la broncoaspiración y aislar a los pacientes con bacterias multirresistentes (Sánchez, 2014).

Rol del terapeuta respiratorio en neumonía nosocomial

La principal labor del terapeuta respiratorio consiste en actuar basado a las necesidades y exigencias del medio, los cuales dan a notar el alto índice de enfermedades cardiopulmonares presentadas en personas de mediana edad y que están ligadas a los crecientes niveles de contaminación, a las condiciones y estilo de vida socioeconómicas adversas a la comunidad (Vanegas, 2021).

El terapeuta respiratorio realiza evaluaciones clínicas, funcionales e intervenciones terapéuticas y preventivas en personas de todas las edades con afecciones respiratorias. Organiza y dirige las actividades de educación, diagnóstico, tratamiento, vigilancia, seguimiento, rehabilitación y administración de servicios médicos en un hospital, en su propia empresa de servicios, en el hogar de un paciente lesionado o en la comunidad (Vanegas, 2021).

Medidas No farmacológicas de prevención de Neumonía Nosocomial

- **Vía de Intubación.** - La intubación orotraqueal es la primera opción porque se ha demostrado que tiene una menor incidencia de sinusitis nosocomial y un menor riesgo de VAP en comparación con la intubación nasotraqueal, particularmente en pacientes que probablemente requieran ventilación prolongada debido a su gravedad (Monteverde & Luna, 2005).
- **Tipos de tubo endotraqueal.** - La intubación orotraqueal es la primera opción porque se ha demostrado que tiene una menor incidencia de sinusitis nosocomial y un menor riesgo de VAP en comparación con la intubación

nasotraqueal, particularmente en pacientes que probablemente requieran ventilación prolongada debido a su gravedad (Monteverde & Luna, 2005).

- El uso de tubos endotraqueales para la aspiración subglótica ha mostrado pruebas convincentes de reducción de la incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica en varios centros hospitalarios de todo el mundo, además de reducción de los requisitos de ventilación mecánica y estancias en la UCI. Aunque el uso de TET con balón en niños y adolescentes es controvertido, las recomendaciones para la prevención de NAVM en pacientes adultos coinciden en que la TET debe realizarse con balón. La presión del balón debe mantenerse entre 20 y 30 cm H₂O. En los niños, este problema no está claramente definido dada la posibilidad de que el globo dañe las vías respiratorias (Monteverde & Luna, 2005).
- **Circuitos del ventilador.** - La manipulación excesiva de los tubos de respiración puede ser dañina e introducir bacterias que crecen en los tubos en los pulmones. Por lo tanto, el estándar actual de cuidado es no cambiar los circuitos de los ventiladores a menos que estén sucios. Sin embargo, las directrices chinas para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la VAP estipulan que el circuito de respiración y los accesorios deben adaptarse al paciente individual y desinfectarse y esterilizarse después de cada uso. Se recomienda a los pacientes con ventilación mecánica a largo plazo que cambien el circuito de ventilación completo semanalmente, pero inmediatamente en caso de contaminación visible o mal funcionamiento (Monteverde & Luna, 2005).
- **Humificador.** - Humidificadores e Intercambiadores de Calor y Humedad: Todos los estudios coinciden en que no están asociados con una reducción de VAP, pero que los intercambiadores de calor y humedad reducen la colonización bacteriana y la condensación y son menos costosos (Valencia, 2001).
- **Sistema de aspiración de secreciones.** - Se describió un aumento significativo de la colonización en pacientes con un sistema de succión traqueal abierto (riesgo 49% mayor en comparación con pacientes con un

sistema de succión traqueal cerrado). Por esta razón, se recomienda el uso de un sistema de succión de secreciones de circuito cerrado, ya que el circuito abierto se asocia con saturación arterial e inestabilidad hemodinámica, y el circuito cerrado es más colonial y costoso (Valencia, 2001).

- **Aspiración subglótica.** - La acumulación de secreciones en las vías respiratorias es un proceso esperado en pacientes con vías respiratorias instrumentales porque carecen de reflejos de eliminación. Son estas secreciones las que regularmente drenan por encima del nivel del manguito y se hunden en el tracto respiratorio inferior y lo colonizan durante la movilización y los cambios de posición. Se ha descrito la existencia de tubos endotraqueales modificados con aspiración a nivel de la glotis que, mediante aspiración intermitente o continua, pueden acceder y eliminar directamente estas secreciones (Valencia, 2001).
- **Posición del paciente.** - Se recomienda medir cada ocho horas de la cabecera después de indicar la posición inicial del paciente que debe ser de 30 o 45 grados, esto se realiza para reducir la posibilidad de la entrada secreciones al tracto digestivo por reflujos estomacales que pueden ingresar a la vía respiratoria es la medida más simple en la prevención de la neumonía nosocomial en la población adulta (Valencia, 2001).

Indicaciones de técnicas de Terapia Respiratoria

Cada técnica de TR debe tener unas indicaciones específicas, elegir un método de tratamiento para cada tipo de paciente y evitar complicaciones por tratamientos innecesarios. El movimiento lateral intermitente está indicado para pacientes que toman sedantes, enfermedad neuromuscular, hipoxemia en ciertas posiciones, riesgo de atelectasia o retención de esputo, intubación o traqueotomía. El drenaje postural está indicado para la eliminación de secreciones en pacientes con exceso de mucosidad, tos ineficaz, fibrosis quística, bronquiectasias, intubación y como tratamiento de atelectasias. El golpeteo y la vibración pueden estar indicados cuando existe una obstrucción de las vías respiratorias proximales y se cumplen las

mismas indicaciones que en la técnica anterior. (FERRER, BASSI, & TORRES, 2013).

La IE está indicada para todo tipo de patología con riesgo de atelectasias y también puede utilizarse para tratar atelectasias leves. Cuando la producción de secreciones es baja, el KT postoperatorio no aporta ningún beneficio, por lo que está indicado únicamente en pacientes con enfermedad pulmonar crónica que presenten tos refractaria o que hayan sido diagnosticados de atelectasias o retención de mucosidad (se puede combinar con broncodilatadores inhalados y terapia respiratoria). En todos los casos, los pacientes deben ser monitorizados (pulsioximetría, ECG, etc.) y valorada su tolerancia para detectar complicaciones. Si se confirma una mejoría en la producción de esputo, el estado clínico, los gases en sangre arterial o la radiografía de tórax, no se debe continuar con la técnica KT. (FERRER, BASSI, & TORRES, 2013).

Normas de bioseguridad en Terapia Respiratoria

En sanidad se consideran procedimientos de rutina. Estos son los estándares comúnmente presentados en las precauciones generales de bioseguridad. Aquí hay algunos ejercicios de terapia de respiración (Barrera-Robledo & Uribe-Caputi, 2022).

- ♦ Los pacientes son identificados por su historial médico antes de cualquier procedimiento.
- ♦ Utilizar elementos de barandilla como: guantes, cubre bocas, calzado adecuado y botas resistentes a fluidos.
- ♦ Realice los procedimientos adecuados de lavado de manos antes y después de realizar los procedimientos.
- ♦ Los elementos utilizados para la terapia respiratoria en las áreas de hospitalización y unidad funcional deben colocarse en bolsas rojas, debidamente selladas y rotuladas, trasladadas a sus respectivos lugares, donde el transportista lavará con agua y jabón, luego higienizará con

hipoclorito y secará. proceder al paso final, que es la esterilización (Barrera-Robledo & Uribe-Caputi, 2022).

La terapia respiratoria incluye una variedad de técnicas para ayudarlo a respirar de manera más natural, libre y saludable. La terapia de respiración no solo mejora la salud física y el bienestar, sino que también ayuda a combatir o aliviar muchos problemas emocionales o psicológicos. Entre otras cosas, incluye una gama de técnicas físicas utilizadas en muchas condiciones que afectan significativamente la función respiratoria en los pacientes afectados, y es útil para aquellos que buscan mantener y/o mejorar la función pulmonar deteriorada y se destaca como una fuente terapéutica. Durante décadas, la profesión se ha integrado en la atención del paciente dentro y fuera de la unidad de cuidados intensivos y en el hogar, lo que ha tenido un impacto positivo en la atención y la calidad de vida de muchos (Barrera-Robledo & Uribe-Caputi, 2022).

1.1. JUSTIFICACIÓN

La neumonía adquirida en el hospital es actualmente una de las causas de muerte más frecuentes en diversos hospitales y centros médicos, y la hospitalización está justificada dada la situación clínica y la mortalidad asociada a esta enfermedad. Creemos que esta enfermedad es relevante para diferentes profesionales médicos. Este informe de caso clínico resume toda la información relevante para esta enfermedad, incluida la etiología, la fisiopatología, el pronóstico y el tratamiento para pacientes con neumonía nosocomial.

Los factores de riesgo importantes para la neumonía en pacientes hospitalizados no se han estudiado en muchos centros médicos. En este caso clínico, un terapeuta respiratorio operó a un paciente de 55 años. Después de 48 horas en el hospital, comenzaron los síntomas y signos de neumonía. Se realizaron pruebas adicionales, la enfermedad se diagnosticó rápidamente y se inició el tratamiento adecuado. La terapia respiratoria, incluida la oxigenoterapia, la hemólisis y la percusión, está diseñada para complementar la terapia con medicamentos y mejorar el bienestar del paciente.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la intervención del terapeuta respiratorio en paciente masculino de 55 años con diagnóstico de neumonía nosocomial.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar el perfil clínico del paciente masculino de 55 años con diagnóstico de neumonía nosocomial.
- Identificar los principales factores de riesgo en la neumonía nosocomial.
- Aplicar técnicas de terapia respiratoria en paciente masculino de 55 años con diagnóstico de neumonía nosocomial.

1.3. DATOS GENERALES

Nombres: J.Q

Edad: 55 años

Sexo: Masculino.

Nacionalidad: ecuatoriana.

Fecha de nacimiento: 21/08/1969

Lugar de nacimiento: Quevedo.

Estado civil: Casado.

Número de Hijos: 7

Nivel de estudio: Tercer nivel.

Profesión: Docente.

Raza: Blanco.

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICÓ

2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.

Varón de 55 años que acudió al servicio de urgencias del Hospital General IESS Babahoyo por cuadro clínico de crisis asmática que se desarrolló 48 horas después de su ingreso por asma descompensada. Hipertermia con miedo a los resfriados, tos con esputo verde, náuseas, vómitos, dificultad para respirar, dolor en el pecho.

2.2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

- Hipertensión arterial.
- Asma bronquial.

ANTECEDENTES FAMILIARES

- Madre no refiere.
- Padre con cáncer de pulmón.

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

- No refiere.

ALERGIA

- No refiere

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

Varón de 55 años errante en el espacio y el tiempo que acude al servicio de urgencias del Hospital General IESS Babahoyo a las 48 horas de su ingreso con cuadro clínico típico de crisis asmática intrahospitalaria con descompensación

asmática. En el hospital, los signos y síntomas comienzan de la siguiente manera: Fiebre alta con escalofríos, tos con flema verde, náuseas, vómitos, debilidad, dificultad para respirar, dolor en el pecho, aumento del ritmo cardíaco.

2.4. RESOLUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

2.4.1. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

El paciente tenía asma al ingreso. Descompensación, síntomas característicos a las 48 horas restantes, neumonía nosocomial.

2.4.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Asma crónica

2.4.3. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Después de más pruebas y signos y síntomas, el paciente fue diagnosticado con neumonía nosocomial.

2.5. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS Y QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

Además de la presentación clínica del paciente, un hombre de 55 años desarrolló neumonía asmática descompensada 48 horas después del ingreso y fue investigado más a fondo. Una vez que se confirmó el diagnóstico, el trabajo comenzó de inmediato. La neumonía fue tratada adecuadamente en el hospital. Las recomendaciones para el manejo de la neumonía nosocomial deben ser empíricas e incluir los patógenos más comunes y los factores asociados. Incidencia inicial de neumonía en pacientes hospitalizados, gravedad de la enfermedad y otros factores de riesgo específicos, en particular uso de ventilador, antecedentes médicos, uso reciente de antibióticos y flora hospitalaria local.

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX:

Difusión pulmonar y volumen inspiratorio estimado. Los hallazgos de laboratorio adicionales en un paciente masculino de 55 años con leucocitosis y acidosis respiratoria aguda y sus manifestaciones clínicas fueron diagnosticadas como neumonía adquirida en el hospital. Por lo tanto, se inicia el tratamiento adecuado para mejorar el estado de salud actual del paciente.

2.6. SEGUIMIENTO

DÍA 1

El paciente fue diagnosticado como un varón de 55 años y debe ser tratado empíricamente. Patología, lactato 0,9% 1000 mL IV, 30 gotas por minuto, amoxicilina 1 g IV cada 12 horas, paracetamol 1 g IV cada 12 horas, piperacilina-tazobactam 4 g/0,5 g IV cada 8 horas Oxigenoterapia inspiratoria mascarilla % vial 90 5 mg/ Agregar solución salina cada 12 ml.

DÍA 2

Al segundo día de ingreso del paciente, el médico tratante evaluó el estado del paciente, comprobó que los síntomas y signos del paciente habían mejorado levemente, y continuó el tratamiento previo con doxorubicina 500 mg por vía oral cada 12 horas. El rendimiento se complementa con los métodos de terapia respiratoria descritos anteriormente.

DÍA 3

El médico de guardia ordenó más pruebas, y los análisis adicionales de gases en sangre arterial mostraron resultados alentadores, por lo que el tratamiento continúa mejorando la condición del paciente.

DÍA 4

En el día 4 de hospitalización, se reanudó una nueva radiografía de tórax cuando ya no se evaluó la dilatación, y se realizó una nueva evaluación estimada de pulmón y volumen. Gases en sangre arterial normales. Me han dado de alta del

hospital y estoy medicado. Su condición médica potencial y las citas están programadas para un seguimiento mensual y él está monitoreando su condición.

2.7. OBSERVACIONES

Por lo tanto, el tratamiento del paciente fue beneficioso y el paciente se recuperó 4 días después del ingreso.

Una evaluación completa de los síntomas clínicos y exámenes de seguimiento. Es útil para diagnosticar la seguridad del paciente. Obtenga el tratamiento adecuado de inmediato.

Sin duda, la combinación de métodos de diagnóstico estándar, medicina de precisión y terapia respiratoria puede mejorar la salud de los pacientes. Paciente hospitalizado con neumonía.

CONCLUSIONES

Se aplicaron técnicas adecuadas al tratamiento de neumonía nosocomial en un paciente masculino de 55 años para determinar el diagnóstico general, comentar la intervención del neumólogo en la identificación del paciente y el especialista para aclarar más, se ordenó una prueba. utilizarse en tratamiento farmacológico para completarlo en una sesión de terapia respiratoria.

Se han cumplido cada uno de los objetivos propuestos dando un diagnóstico positivo al término del tratamiento del paciente, se cumplieron las normas específicas de aseo al realizar cada uno de los tratamientos.

Los factores de riesgo más importantes para la neumonía nosocomial son la intubación, Ventilación mecánica y cateterismo venoso central.

A las 48 horas del ingreso, paciente masculino de 55 años al año de edad tuvo un cuadro clínico caracterizado por temperatura corporal elevada con frío.

tos con mucosidad verdosa, náuseas, vómitos, malestar general, dificultad para respirar y dolor torácico y taquicardia.

Manejo adecuado del paciente y técnicas de terapia respiratoria. Aplicado a él ayuda a restaurar pacientes con neumonía nosocomial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barrera-Robledo, M. E., & Uribe-Caputi, J. C. (Noviembre de 2022). *Prevalencia y factores asociados a neumonía nosocomial en la unidad de cuidado intensivo*. Obtenido de Prevalence and Associated Factors of Nosocomial Pneumonia in the Intensive Care Unit: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/09/1395961/4099-ao-prevalencia-factores-asociados.pdf#:~:text=•->
,La%20prevalencia%20estimada%20para%20neumonía%20nosocomial%20fue%20de%2026%25%2C%20con,adquirió%20neumonía%20nosocomial%20en%20UCI.
- Díaz, E. (24 de Abril de 2013). *Neumonía nosocomial*. Obtenido de Formación médica continuada: Infección nosocomial. Fundamentos y actuación clínica: https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/eimc/seimc_eimc_v31n10p692a698.pdf
- FERRER, M., BASSI, G. L., & TORRES, A. (2013). *Medidas prácticas para la prevención de la neumonía nosocomial*. Obtenido de Servei de Pneumologia, Institut del Torax, Hospital Clínic, IDIBAPS, Universitat de Barcelona, Barcelona: <http://www.neumologiaysalud.es/descargas/R6/R6-5.pdf>
- Jiménez, A. C. (2021). *Técnicas de terapia respiratoria aplicadas en neumonía nosocomial asociada a ventilación mecánica*. Obtenido de Técnicas de terapia respiratoria aplicadas en neumonía nosocomial asociada a ventilación mecánica: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/365>
- LOPEZ, F. A. (2011). *NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA: PAPEL DE LA ASPIRACION DE LAS SECRECIONES SUBGLOTICAS EN SU PREVENCION E IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO*. Obtenido de NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA: PAPEL DE LA ASPIRACION DE LAS SECRECIONES SUBGLOTICAS EN SU PREVENCION E IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO:

https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/7321/41599_garcia_lopez_fernando.pdf

Montalvo, R. (2 de Agosto de 2013). *Factores asociados a mortalidad por neumonía nosocomial en un hospital público de Perú*. Obtenido de Revista Peruana de Epidemiología - Factors associated with nosocomial pneumonia mortality in a public hospital in Peru: <https://www.redalyc.org/pdf/2031/203129458003.pdf>

Monteverde, A., & Luna, C. (Agosto de 2005). *Guías clínicas para el tratamiento de la neumonía nosocomial en América Latina: un documento de consenso interdisciplinario*. Obtenido de Neumonía intrahospitalaria: guía clínica aplicable a Latinoamérica preparada en común por diferentes especialistas: <https://www.archbronconeumol.org/en-neumonia-intrahospitalaria-guia-clinica-aplicable-articulo-13077956>

Mulet, J. F. (2010). *Neumonía nosocomial*. Obtenido de Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca. Unidad de Neumología Pediátrica.: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/5_5.pdf

Quiroga, W. A., & Vega, B. I. (2004). *Neumonía nosocomial: diagnóstico y tratamiento*. Obtenido de REVISTA MÉDICA DE RISARALDA: [file:///C:/Users/Gaby/Downloads/Dialnet-NeumoniaNosocomial-5030497%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Gaby/Downloads/Dialnet-NeumoniaNosocomial-5030497%20(1).pdf)

Sánchez, R. d. (Abril de 2014). *Protocolo diagnóstico y terapéutico de las neumonías nosocomiales*. Obtenido de Diagnostic and therapeutic protocol for nosocomial pneumonia-Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. España. Departamento de Medicina y Especialidades Médicas. Facultad de Medicina y de Cienci: <https://www.medicineonline.es/es-protocolo-diagnostico-terapeutico-neumonias-nosocomiales-articulo-S0304541214707437>

Suarez, L. C. (1 de Marzo de 2013). *Factores de riesgo y mortalidad por neumonía intrahospitalaria en la Unidad de Terapia Intensiva de Ictus*. Obtenido de Risk

factors and mortality from hospital acquired pneumonia in the Stroke Intensive
Care Unit:

https://www.medwave.cl/investigacion/estudios/5637.html?_view=en

Valencia, E. (2001). *Terapia respiratoria en pacientes críticamente enfermos, a quién, cómo y cuánto*. Obtenido de Revista Colombiana de Anestesiología:
<https://www.redalyc.org/pdf/1951/195118196006.pdf>

Vanegas, C. P. (7 de Febrero de 2021). *ROL DEL TERAPEUTA RESPIRATORIO EN LA PREVENCIÓN DE NEUMONÍA ASOCIADA AL VENTILADOR*. Obtenido de The respiratory therapist's role in the prevention of ventilator-associated pneumonia:
<https://acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/167/770>

ANEXOS



Anexo 1. Radiografía del paciente con diagnóstico de neumonía nosocomial



Copia de LINDA PLACENCIO

8%
Similitudes



0% Texto entre comillas
0% similitudes entre comillas
< 1% Idioma no reconocido

Nombre del documento: Copia de LINDA PLACENCIO.docx
ID del documento: a7b8df43b2a0fe0b80881a1134efc5852dfa0d4c
Tamaño del documento original: 41,98 ko

Depositante: FATIMA MEDINA PINOARGOTE
Fecha de depósito: 20/3/2023
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 20/3/2023

Número de palabras: 4059
Número de caracteres: 27.683

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	docs.bvsalud.org https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/06/1253308/167-texto-del-articulo-589-1-10-20210319.pdf 1 fuente similar	3%		Palabras idénticas: 3% (120 palabras)
2	PROYECTO SHIRLEY ARGUELLO GAIBOR compilatio.docx PROYECTO SHIR... #a82268 El documento proviene de mi biblioteca de referencias 1 fuente similar	2%		Palabras idénticas: 2% (61 palabras)
3	www.neumologiaysalud.es http://www.neumologiaysalud.es/descargas/R6/R6-5.pdf	1%		Palabras idénticas: 1% (47 palabras)
4	dspace.utb.edu.ec Intervención del terapeuta respiratorio en paciente masculino d... http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/11978/3/E-UTB-FCS-TERRE-000251.pdf.txt	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (33 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	dspace.utb.edu.ec http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/8691/E-UTB-FCS-TERRE-000061.pdf?sequence=1&is...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (16 palabras)
2	repositorio.utn.edu.ec Manejo de la vía aérea artificial en pacientes con neumonía... http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2720/3/06-TEF-037-TESES.pdf.txt	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (16 palabras)
3	dspace.utb.edu.ec Paciente femenino de 71 años de edad con insuficiencia respira... http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/9825/3/E-UTB-FCS-TERRE-000138.pdf.txt	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (23 palabras)
4	xdoc.mx Neumonía Nosocomial - Asociación Española De Pediatría - ID:5eee70bdc... https://xdoc.mx/documents/neumonia-nosocomial-asociacion-espaola-de-pediatria-5eee70bdc50b7	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (12 palabras)
5	dspace.utb.edu.ec Intervención del terapeuta respiratorio en paciente masculino d... http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/11973/3/E-UTB-FCS-TERRE-000246.pdf.txt	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (12 palabras)

Fuente ignorada Estas fuentes han sido retiradas del cálculo del porcentaje de similitud por el propietario del documento.

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	dspace.utb.edu.ec Intervención del terapeuta respiratorio en paciente masculino d... http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/11990/3/E-UTB-FCS-TERRE-000259.pdf.txt	5%		Palabras idénticas: 5% (188 palabras)

Q.F. FATIMA MEDINA PINOARGOTE