



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE BIENESTAR Y SALUD
CARRERA DE TERAPIA RESPIRATORIA**

**Componente practico del examen complejo previo a la obtención del
grado académico de licenciado(a) en terapia respiratoria**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

**NEUMONÍA BACTERIANA ASOCIADA AL REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN
PACIENTE MASCULINO DE 56 AÑOS DE EDAD**

AUTORA:

KATYA MARIA SALAZAR CORREA

TUTOR:

DR. VICTOR ALVARADO PEREZ

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2020

TEMA DE CASO CLÍNICO

**NEUMONÍA BACTERIANA ASOCIADA AL REFLUJO GASTROESOFÁGICO
EN PACIENTE MASCULINO DE 56 AÑOS DE EDAD.**

RESUMEN

En el presente estudio de caso se estudia la situación de un paciente de 56 años de edad que presenta neumonía bacteriana asociada al reflujo gastroesofágico ingresado en la unidad de cuidados intensivos del hospital Luis Vernaza al mismo que se le aplicaron técnicas de terapia respiratoria para contrarrestar el cuadro sintomatológico de este paciente dentro de las técnicas utilizadas se aplica la función arterial y la aspiración de secreciones, el objetivo de este trabajo es valorar y evaluar la importancia clínica del diagnóstico presentado bajo el tratamiento respectivo en la neumonía asociada, además de evitar que la neumonía se complique, como resultados de este estudio se determina que al realizar técnicas como medidas de prevención una aspiración traqueal del ácido gástrico luego para mejorar la Sat.O2 se da oxigenación por cánula nasal o mascarilla simple de oxígeno y administración de medicamentos para prevenir o contrarrestar la contaminación por entes bacterianos.

Palabras claves. Neumonía bacteriana, reflujo gastroesofágico, cuadro sintomatológico.

ABSTRACT

In this case study, the situation of a 56-year-old patient with bacterial pneumonia associated with gastroesophageal reflux admitted to the intensive care unit of the Luis Vernaza hospital is studied, and respiratory therapy techniques were applied to counteract the systematic picture of this patient within the techniques used arterial puncture and aspiration of secretions are applied, the objective of this work is to heat and evaluate the clinical importance of the diagnosis presented under the respective treatment in associated pneumonia, in addition to preventing the pneumonia is complicated, as results of this study it is determined that when performing techniques as preventive measures a tracheal aspiration of gastric acid then to improve Sat.O2 oxygenation is given by nasal cannula or simole oxygen mask and administration of medications to prevent or counteract the conotamination by bacterial entities.

Keywords. Bacterial pneumonia, gastroesophageal reflux, systematic picture.

ÍNDICE GENERAL

Contenido

TEMA DE CASO CLÍNICO.....	II
ÍNDICE GENERAL.....	V
Título del Caso Clínico	¡Error! Marcador no definido.
INTRODUCCIÓN	VII
I. MARCO TEÓRICO.....	VII
1.1 Justificación.....	9
1.2 Objetivos	18
1.2.1 Objetivo general	18
1.2.2 Objetivos específicos.....	18
1.3 Datos generales	18
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	18
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes.	18
Historial clínico del paciente.....	18
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual	
2.3 Examen físico (exploración clínica).....	19
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.....	19
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.	20
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.	20
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	21
2.8 Seguimiento.	21
2.9 Observaciones	21
CONCLUSIONES.....	22

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
ANEXOS	23
CONCLUSIONES.....	¡Error! Marcador no definido.

INTRODUCCIÓN

La neumonía asociada al reflujo gastroesofágico también conocida como el síndrome de Mendelson es un tipo de neumonía química producto de la aspiración por parte de las vías aéreas inferiores “pulmones” de contenido gástrico ácido con un alto nivel de acidez la cual provoca una agresión pulmonar que se toma grave dependiendo de la cantidad de líquido aspirado, los pacientes que están más propensos a sufrir bronco-neuropatía son aquellos que son intervenidos por urgencias de origen digestivo al mismo tiempo es provocada en pacientes que están pasando por fases postoperatorias cuidados intensivos y personas ancianas que se someten a cirugías. El diagnóstico de neumonía bacteriana se basa en criterios clínicos como tos acompañada de polipnea o tiraje en los menores de cinco años y tos acompañada de síndrome de condensación a bronquio permeable en los mayores de edad y radiológicos que es considerado como un proceso de consolidación homogéneo o inhomogéneo, lobar o multilobar con o sin derrame pleural.

Paciente masculino de 56 años de edad acude a emergencias con un cuadro clínico de un día de evolución caracterizado por náuseas, dolor abdominal y emesis postprandiales en abundante cantidad, después del haber ingresado el paciente empieza a presentar tos con disnea de medianos esfuerzos, estertores crepitantes y una Sat.O₂ de 87% obteniendo todos los datos del paciente nos orientamos a un diagnóstico de neumonía bacteriana asociada al reflujo gastroesofágico.

I. MARCO TEÓRICO

Las enfermedades respiratorias constituyen la tercera causa de muerte de la población chilena, siendo sólo superadas por las enfermedades del aparato circulatorio y los tumores malignos. El 50% de los decesos por enfermedades respiratorias en el adulto son atribuibles a la neumonía, siendo en Chile la principal causa de muerte por enfermedades infecciosas y la primera causa específica de muerte en la población senescente mayor de 80 años. (Díaz, 2010)

La incidencia y letalidad de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) se elevan en las edades extremas de la vida (bajo un año de edad y sobre 65 años). En la población sobre 65 años de edad, la mortalidad se eleva en forma alarmante, alcanzando a 6,6 muertes por 1.000 personas. Se ha observado una gran variabilidad en la tasa de hospitalizaciones por neumonía en diferentes áreas geográficas, probablemente determinada por diferencias en los criterios empleados por los médicos para evaluar la gravedad de los enfermos, accesibilidad a los sistemas de salud y las características de la población examinada. (Lopez, 2011)

Se estima que cerca de 20% de los pacientes con NAC requieren ser manejados en el hospital debido a la gravedad de la infección pulmonar, concentrándose en esta población el mayor riesgo de complicaciones, muerte y demanda de recursos de salud. Se han identificado algunas variables clínico-epidemiológicas capaces de modificar la forma de presentación y la gravedad de la enfermedad, tales como la edad avanzada, presencia de co-morbilidades, estado inmune del huésped, consumo de tabaco y alcohol, lugar de adquisición de la infección, el microorganismo causal y la contaminación ambiental. (C, 2006)

La neumonía es una infección respiratoria que ocasiona inflamación y afectación de los pulmones generalmente causada por bacterias o virus, en los adultos son más frecuentes las de causa bacteriana mientras que en los niños y bebés suelen ser más frecuentes las producidas por virus, los síntomas con los que puede manifestarse una neumonía generalmente pueden ser una combinación de alguno de los siguientes malestares:

- Malestar general
- Fiebre
- Escalofríos
- Dificultad para respirar

Es habitual la aparición de tos seca o acompañada de esputo de coloración amarillenta y ocasionalmente el esputo puede estar manchado con restos de sangre. cualquier combinación de síntomas puede ser neumonía y por lo tanto se debe acudir al médico no obstante se puede solicitar atención médica si los síntomas respiratorios sobre todo ahogo van empeorando y necesita respirar más veces de lo habitual o tiene dolor al respirar si la fiebre es persistente y el malestar general no cede con medidas habituales. (Díaz., 2010)

En general una serie de medidas generales entre las que se incluye el reposo y tomar líquidos

La neumonía es una enfermedad común que afecta a millones de personas todos los años pueden causarlas microbios llamados bacterias, virus y hongos en los adultos las bacterias son los más comunes

Las formas como se puede contraer neumonía incluyen:

- Las bacterias y virus que viven en la nariz, los senos paranasales o la boca pueden propagarse a los pulmones
- Se puede inhalar algunos de estos microbios directamente hacia los pulmones

- Se inhala alimento, líquidos, vómitos o secreciones desde la boca hacia los pulmones.

La neumonía bacteriana es una causa importante de mortalidad entre los adultos mayores y personas con enfermedades debilitantes en condiciones normales el pulmón por debajo de los bronquios principales es estéril a pesar de la entrada frecuente de microorganismos a los pasajes aéreos por inhalación durante la ventilación o aspiración de secreciones nasofaríngeas.

Se caracteriza por presentar fiebre elevada de comienzo súbito con escalofríos, afectación del estado general y ocasionalmente aparición de herpes labial. Se puede acompañar de dolor torácico de características pleuríticas y expectoración purulenta. Sin embargo, esta forma clásica de presentación se describe fundamentalmente en adultos y, aunque puede verse en niños mayores, es infrecuente en los lactantes y niños pequeños. En estos suele presentarse como complicación de una infección respiratoria viral previa que cursaba con febrícula o fiebre baja y que súbitamente inicia fiebre elevada y empeoramiento del estado general. (Echeverría, 2013)

Entrada, desarrollo y multiplicación del agente.

Desde sus reservorios naturales la bacteria coloniza los sistemas de abastecimiento de las ciudades una vez entrando en los sistemas hídricos distintos factores favorecen su proliferación, con una temperatura entre 20 y 45° C presencia de material orgánico, fangos, algas, protozoos y estancamientos de agua. (Neumonía Bacteriana, 2016)

Sin saberlo la mayoría de las personas aspiran pequeñas cantidades de microorganismos que colonizan la vía respiratoria superior sobre todo al dormir, por lo general estos microorganismos no causan infección debido a las pequeñas cantidades que se aspiran y a los mecanismos de las defensas de las vías respiratorias que impiden la entrada a los pasajes aéreos distales. (Calmaggi, 2003)

Síndrome de Mendelson.

El síndrome de Mendelson es una presentación poco frecuente, pero de consecuencias devastadoras, consiste en el paso o la aspiración del contenido gástrico ácido hacia los pulmones causando una lesión pulmonar aguda por el paso de sustancias tóxicas a las vías respiratorias inferiores.

Mendelson lo describió por primera vez en 1946 quien reportó 66 casos de pacientes obstétricas en las cuales durante el parto vaginal bajo anestesia general se presentó una aspiración broncopulmonar con aspiración de contenido gástrico, su incidencia se estima entre 2.000 y 3.000 pacientes que reciben anestesia general con una mortalidad del 10% y 30% de los casos. (Nuche, 2006)

La aspiración de líquido gástrico necesario para que el síndrome se presente debe cumplir las condiciones de aspiración de contenido gástrico mayor a 25 ml acompañados de un PH menor de 2.5

Estas condiciones dan lugar a un cuadro clínico caracterizado por hipoxemia, cianosis, taquipnea, taquicardia, atelectasias y dificultad respiratoria debido al edema agudo de pulmón y necrosis, el factor principal predisponente para la aspiración es la disminución del nivel de la conciencia por lo que los episodios de aspiración son frecuentes en pacientes ingresados a unidad de cuidados intensivos agravando el cuadro patológico de base con posibles consecuencias graves.

Causas del síndrome de Mendelson.

Hay diversos factores de riesgo que pueden condicionar el retardo en el vaciado gástrico, el volumen elevado del mismo, problemas a nivel de laringe o mal funcionamiento del esfínter esofágico inferior. (Montero., 2009)

Entre dichos factores se encuentran

- Poco nivel de conciencia
- Ingestión reciente

- Cirugía de urgencia
- Parálisis de íleo
- Oclusión intestinal
- Hemorragia a nivel de tracto digestivo
- Reflujo gastroesofágico
- Poca sensibilidad de la laringe por edad avanzada
- Ansiedad y estrés
- Obesidad.

Reflujo gastroesofágico

Se refiere al ascenso anormal del contenido gástrico o gastroduodenal por encima de la unión gastroesofágica, este fenómeno causa síntomas o complicaciones esofágicos o extra esofágicos que afectan el bienestar y calidad de vida de los pacientes que lo padecen.

Es considerado como una entidad muy frecuente en la población general y más en la población con diferentes grados de obesidad , involucra secuelas importantes como la esofagitis péptica. (Fajardo, 2019)

El flujo gastroesofágico es uno de los síntomas más comunes asociados a la obesidad su incidencia y prevalencia son difíciles de determinar debido a la diversidad de criterios utilizados para diagnosticarlo.

Fisiopatología

Las bacterias que causan neumonía pueden infectar a cualquier persona de cualquier sexo y edad sin embargo es más frecuentes en neonatos y ancianos, generalmente una bacteria entra a los pulmones por inhalación, aunque puede llegar por vía sanguínea habiendo entrado a la circulación por una infección en otra parte del cuerpo.

A menudo estas bacterias viven en regiones del tracto respiratorio superior y son inhaladas a los alveolos, una vez en los alveolos las bacterias viajan a los

espacios entre una célula y la otra e incluso a otros alveolos por medio de poros. (Village, 2009)

Manifestaciones clínicas

Pirosis: sensación de ardor desde el estómago hacia el cuello

Regurgitación: retorno del contenido gástrico al esófago

Disfagia esofágica: dificultad para la deglución

Onicofagia: deglución dolorosa

Material y métodos

Estudio retrospectivo de 504 pacientes 257 mujeres y 247 hombres con reflujo gastroesofágico patológico operados de junio de 1992 a diciembre de 1999 el rango de edad vario entre 1 y 82 con promedio de 42.

La evaluación preoperatoria se llevó a cabo en todos las pacientes con estudios clínicos, endoscópicos y serie gastroduodenal, la velación con manometría. pacientes que constituyen el 53.17%.

Este estudio es de gran utilidad para evaluar adecuadamente la motilidad esofágica, sin embargo, no fue realizado al iniciarse la casuística por carecer de dicha tecnología durante los primeros años de nuestra experiencia. A través de esta prueba se obtiene información sobre el grado del trastorno fisiológico del esfínter y se obtiene información sobre la motilidad del cuerpo esofágico.

La pHmetría de 24 h se hizo en 173 pacientes (34.32%). Esta prueba es de mayor especificidad para diagnosticar reflujo, así como para evaluar aquellos pacientes con sintomatología atípica, sin embargo, se implementó varios años después de iniciada la casuística. Los hallazgos endoscópicos de esofagitis fueron reportados de acuerdo a la clasificación de Savary Miller: Grado I, 12

pacientes (2.38%); grado II, 107 pacientes (21.23%); grado III, 273 (54.17%) y grado IV, 112 pacientes (22.22%).

A 73 pacientes se les diagnosticó esófago de Barrett (14.48%), la mayoría de ellos de segmento corto y sin displasia. Los pacientes con displasia severa no entraron en el grupo laparoscópico. El promedio de endoscopias realizadas fue de más de 2 por paciente. La duración de los síntomas fue de 10 meses a 33 años con un promedio de 2 años. (Chousleb, 2001)

Las indicaciones quirúrgicas

La indicación más frecuente de cirugía es la falla del tratamiento médico con recidiva de la sintomatología al suspender el mismo, complicaciones como bronco aspiraciones repetidas y estenosis esofágica secundaria al reflujo son indicaciones de la cirugía.

La hernia parathial siempre es indicación quirúrgica si las condiciones generales del paciente permiten realizar el procedimiento, en esta variedad de hernias aun cuando el paciente no curse con reflujo al efectuar el procedimiento quirúrgico lo asicamos con funduplicatura de 270 grados o 360 grados ya que para reducir esta hernia es necesario seccionar la membrana gastroesofágica y el ángulo de His se puede modificar , ambos factores son causa de RGE poost-operatorio. (Graciela., 2011)

Existen pocos reportes acerca de la prevalencia de ERGE en población general, pues la mayor parte de ellos han sido realizados en poblaciones muy particulares como:

- Adultos mayores
- Familiares
- Amigos de pacientes
- Hospitalizados
- Discapacitados mentales

- Embarazadas
- Pacientes en hemodiálisis
- Gemelos
- Deportistas

Utilizando instrumentos sin evidencias de validación previa ni de su real capacidad de reproducibilidad en la medición³⁻¹⁶; y aplicados con metodología controversial, como la utilización del teléfono y del correo.

El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de ERGE en individuos mayores de 18 años de la población general urbana de la ciudad de Temuco y estudiar factores asociados a esta enfermedad. (D, Prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofagico, 2005)

El reflujo gastroesofágico es el paso espontáneo al esófago del contenido gástrico y se diferencia del vómito, que es la expulsión violenta del contenido gástrico. Cierta grado de reflujo es normal desde el punto de vista fisiológico y a menudo es asintomático.¹ Sin embargo, el reflujo gastroesofágico también puede ser patológico y conducir a enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).

La ERGE se caracteriza por síntomas y/o lesiones orgánicas que afectan al esófago y que pueden afectar la laringe, la faringe y las vías respiratorias inferiores. La definición de Montreal establece que la ERGE es una afección que se desarrolla cuando el reflujo del contenido estomacal provoca síntomas molestos y/o complicaciones.

Los síntomas típicos de la ERGE son la pirosis y la regurgitación.² El muy citado estudio de Klauser y col estimó para estos síntomas una sensibilidad del 78% y una especificidad del 60% para la presencia de ERGE, pero este estudio se efectuó con una población de pacientes muy seleccionada.

Los síntomas relacionados con la ERGE se consideran molestos cuando afectan adversamente la calidad de vida del paciente en relación con su salud. Los síntomas que no son considerados molestos por el paciente no deben diagnosticarse como ERGE. (Salis, 2011)

1.1 Justificación

El presente trabajo de investigación es aplicable para un equipo de salud en especial los de terapia respiratoria debido a que es uno de los principales miembros de salud, este trabajo se lo realiza para determinar y evaluar la forma correcta de desarrollar un diagnóstico y generar la movilización de la atención preventiva mediante un tratamiento correcto, obteniendo como resultado la mejoría en los pacientes con la enfermedad planteada en esta investigación, teniendo la única finalidad que estos tratamiento no traigan repercusiones a futuro.

La neumonía bacteriana es una infección de los pulmones causada por bacterias, un organismo grampositivo que a menudo coloniza la garganta es la bacteria que con más frecuencia causa neumonía en todos los grupos de edad excepto recién nacidos, las bacterias que causan neumonía pueden infectar a cualquier persona de cualquier sexo y edad sin embargo es más frecuente en neonatos y ancianos, los más propensos son personas de edad avanzada, individuos alcohólicos, personas u otras infecciones y especialmente pacientes inmunosuprimidos. La enfermedad por reflujo gastroesofágico es una afección en la cual los contenidos estomacales se devuelven desde el estómago hacia el esófago los alimentos van desde la boca hasta el estómago a través del esófago, esta enfermedad debe ser combatida desde sus inicios.

Esta investigación se realiza para obtener conocimientos nuevos y aplicables sobre la neumonía bacteriana, además de poder brindar un tratamiento adecuado a los pacientes con esta enfermedad

Frecuencia de síntomas en sus sujetos con reflujo gastroesofágico.

Representa un problema de la salud pública ya que es una enfermedad frecuente y existe un riesgo significativo de generar morbilidad asociada que implica costos sustanciales en hospitalizaciones y terapéuticas especializadas (se estima que la prevalencia de esofagitis por reflujo es probablemente de un 5 a 10% de los individuos que acuden a consultorios y policlínicas que la estenosis secundaria puede pesquisar en un 10% de los pacientes con síntomas; que la metaplasia de Barrett puede encontrarse entre un 4,5% y 20% de los pacientes sintomáticos, y que la incidencia de adenocarcinoma en pacientes con esófago de Barrett es de.

Afortunadamente la mortalidad atribuible es baja, habiéndose consignado tasas de hasta 1 muerte por cada 100.000 pacientes, incluyéndose entre éstas, aquellas relacionadas con procedimientos quirúrgicos.

Entonces, derivado de esta idea, queda de manifiesto la relevancia de conocer la prevalencia de ERGE en la población general, cuestión poco estudiada y difundida entre los profesionales de la salud. (D, Prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, 2005)

Síntomas

El síntoma principal fue sensación de quemadura o ardor que inicia en estómago y sube hasta el cuello (definición clásica de pirosis), en 53% de los pacientes, seguido de dolor torácico no cardíaco en 14%, náusea en 5% y otras molestias diferentes en 26%. En 44 pacientes (35%), la molestia principal ocurrió en las siguientes dos horas de ingeridos los alimentos, y en 64% la molestia principal empeoró con la comida abundante, así como en 71% con la

comida muy grasosa. La relación con comida picante o condimentada se observó también en 77% de los casos. (Gomez., 2012)

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Crear alternativas de solución frente a pacientes en estado crítico, para priorizar la salud de los mismos.

1.2.2 Objetivos específicos

- Desarrollar estrategias que salvaguarden la salud del paciente ingresado
- Determinar la importancia de un diagnóstico bien realizado por el personal médico.
- Evaluar el personal médico para generar actualizaciones de conocimientos.

1.3 Datos generales

Nombres y apellidos: xxxx

Edad: 56

Sexo: Masculino

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes.

Historial clínico del paciente.

Paciente masculino de 56 años de edad acude a emergencias con un cuadro clínico de un día de evolución caracterizado por náuseas, dolor abdominal y emesis postprandiales en abundante cantidad, después del haber ingresado el

paciente empieza a presentar tos con disnea de medianos esfuerzos, estertores crepitantes y una Sat.O2 de 87% obteniendo todos los datos del paciente nos orientamos a un diagnóstico de neumonía bacteriana asociada al reflujo gastroesofágico.

Una semana antes a su actual hospitalización fue dado de alta de un cuadro de gastroenteritis amebiana y actualmente presenta vómitos persistentes su y malestar general por lo que sumado a su edad se decide su internación nuevamente.

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

- **Nombres y apellidos:**
- **Edad:**
- **Sexo:**
- **Antecedentes familiares:** cáncer de colon – intervenido hace 3 meses.
- **Antecedentes quirúrgicos:** no refiere

2.3 Examen físico (exploración clínica).

- **Vía aérea:** libre
- **Cabeza:** normal
- **Cuello:** normal
- **Tórax:** simétrico, campos pulmonares crepitantes en ambas bases.
- **Abdomen:** funda de colostomía funcionante, con residuos fecales.
- **Pelvis:** normal
- **Extremidades:** normal

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

- Radiografía de tórax
- Biometría hemática
- Gases arteriales

- Broncoscopia

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Formulación de diagnóstico	
Diagnostico presuntivo	Examen respiratorio
Diagnóstico diferencial	Retardo en el desarrollo
Diagnóstico definitivo	Neumonía por bronco aspiración.

Tabla 1 Formulación de diagnóstico

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

Paciente masculino de 56 años de edad ingresa a emergencias por cuadro clínico, presenta saturación de O₂ de 82%, murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares, respiración superficial, taquipnea y roncus en ambos campos pulmonares, el hemograma reporta.

- Hemoglobina 13,33%
- Hematocrito: 40%

Los resultados de la química sanguínea reportan:

- Urea de 100 mg7dl
- Creatinina de 3 mg/dl
- Sodio de 139 mmol/L
- Cloro de 110 mmol/L

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

Considerando que presenta valores elevados FR: 35X1 TA: 150/100 ALZA TERMICA DE 38% valor normal de la FC: 64X1 y disminución de GLASWOW 11/15.

Siendo los valores normales FC:60/100 FR: 12/18 TC: 37° C TA: 120/80

GLASGOW: 15, además junto a los síntomas tos, vomito, distres respiratorio SAT.02.85% etc, se ha procedido con el esquema terapéutico que se ha mencionado con anterioridad con el fin de contrarrestar la infección y evitar las complicaciones respiratorias que se presenten.

2.8 Seguimiento.

Se recomienda al paciente reposar y tomar líquidos, los antibióticos deben ser administrados precozmente

2.9 Observaciones

El mecanismo fisiopatológico de este síndrome hace referencia a una lesión pulmonar aguda en consecuencia de aspiración de material ácido gástrico dando lugar a una neumonía por aspiración que debe ser atendida de una forma rápida debido a que puede pasar a ser un estado crítico incluso el paciente podría morir.

Es de vital importancia que el profesional de la salud en este caso el terapeuta respiratorio sepa reconocer la diferencia de la sintomatología y cada una de sus complicaciones para de esta manera efectuar un tratamiento adecuado, la evolución que se dé luego del tratamiento deberá ser positiva debido a que se debe plantear como mantener las vías aéreas permeables y una buena saturación de oxígeno.

Después de dar el respectivo tratamiento el paciente evoluciono favorablemente esto nos lleva a la satisfacción del equipo de salud que estuvo inmerso en el proceso de recuperación o mantenimiento de seguridad del paciente.

CONCLUSIONES

Esta enfermedad que también es conocida como el síndrome de Mendelson consiste en la aspiración de líquido gástrico con un muy alto nivel de acidez la que provoca una agresión pulmonar la misma que se torna grave debido a cantidad de líquido aspirado por encima de esta situación puede suceder que el paciente este en un estado de cuadro clínico sin ningún tipo de síntoma de igual forma puede ocurrir que la aspiración de líquido se convierta en un cuadro clínico agudo y esto dará como resultado que el paciente presente fibrosis pulmonar.

Mediante esta investigación se quiere concientizar a importancia de atender con anticipación a los pacientes que presentan síntomas de neumonía bacteriana, debido a que si no se realiza tratamiento con tiempo la salud del paciente empeora y se pone en riesgo, por esto es importante también que personal médico este altamente preparado para ejercer acciones ante este tipo de situaciones, ya que debeos tomar en cuenta que los pacientes que están más propensos a sufrir bronco-neumopatía son aquellos que son intervenidos por urgencias de origen digestivo sobre todo en la fase más rigurosa que es la de inducción . esto nos lleva la conclusión que la acción inmediata al momento de diagnosticar y al momento de elegir tratamiento es la más importante para la pronta recuperación del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- C, F. (2006). *Neumonía en Adultos Mayores* . Buenos Aires.
- Calmaggi, A. (2003). *Neumonía Bacteriana*. Buenos Aires.
- Chousleb, D. (2001). *Reflujo Gastroesofágico* . México.
- D, M. (2005). *Prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico*. Santiago de Chile.
- D, M. (2005). Prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Revista Chilena de Cirugía*.
- Díaz, E. (2010). *Medicina Intensiva ¿* . España.
- Díaz., E. (2010). Neumonía Asociada. *Medicina Intensiva* , 319-324.
- Echeverría, A. M. (2013). *Neumonía* . Madrid.
- Fajardo, A. (2019). *Incidencia del flujo gastroesofágico en pacientes diagnosticados*. Cuenca .
- Gomez., O. (2012). *Diagnostico en la enfermedad por reflujo gastroesofágico*. Salvador .
- Graciela., S. (2011). *Epidemiología de la enfermedad por Reflujo gastroesofágico*. Buenos Aires .
- Lopez, G. (2011). *Neumonía Bacteriana*. Colombia.
- Montero., D. (2009). *Síndrome de Mendelson en Pacientes*. Buenos Aires. .
- Neumonía Bacteriana, r. a. (2016). *Gonzaga Lopez*. Mexico .
- Nuche, D. E. (2006). Síndrome de Mendelson. *Revista mexicana de Anestesiología* , 241-243.

Salis, G. (2011). *Reflujo Gastroesofágico* . Buenos Aires.

Village, R. (2009). *Aspiracion Pulmonar*. Barcelona.

ANEXOS



Ilustración 2 Adquiriendo conocimientos sobre realizar succiones.



Ilustración 3 Estudiante realizando succión de circuito cerrado.

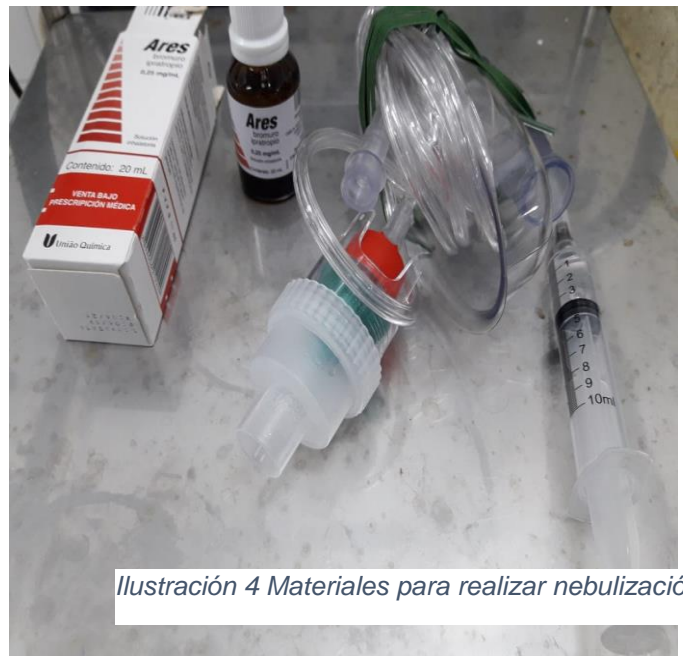


Ilustración 4 Materiales para realizar nebulización.