



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

ESCUELA DE TERAPIA RESPIRATORIA

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

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

Paciente Femenino de 93 años con Neumonía Adquirida en la Comunidad

AUTOR

DANIEL EFRAIN ARIAS VELOZ

TUTOR

DOCENTE ENCALADA SALCEDO EDMUNDO RAUL

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

Milagro-Guayas

2021

INDICE

I.	TITULO DEL CASO CLINICO	4
II.	RESUMEN.....	5
III.	ABSTRACT	6
IV.	INTRODUCCION.....	7
1	MARCO TEORICO	1
1.1	NEUMONÍA.....	1
1.2	CLASIFICACIÓN.....	1
1.3	NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC).....	1
1.4	CLASIFICACION (NAC).....	2
1.5	FACTORES DE RIESGO.....	2
1.6	SIGNOS Y SINTOMAS	3
1.7	DIAGNOSTICO	3
1.7.1	ESTUDIOS MICROBIOLÓGICOS	3
1.7.2	RADIOGRAFIA DE TORAX.....	4
1.7.3	DETECCION DE ANTI CUERPOS.....	4
1.8	MANEJO DIAGNOSTICO DE NAC SEGÚN EL SITIO DE ATENCION	4
1.9	TRATAMIENTO	5
1.10	TERAPIA RESPIRATORIA	6
1.10.1	FISIOTERAPIA TORACICA CONENCIONAL	6
1.10.2	DIFERENTES TECNICAS DE RESPIRACIÓN ACTIVA	7
1.10.3	LA RESPIRACIÓN CON PRESIÓN ESPIRATORIA POSITIVA.	7
1.11	PREVENCION DE LA NAC.....	8
2	JUSTIFICACION.....	10
3	OBJETIVOS.....	11

3.1	OBJETIVOS GENERAL	11
3.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS	11
3.3	DATOS GENERALES	12
3.4	METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....	12
3.4.1	ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA	12
3.4.2	HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE	13
3.4.3	ANAMNESIS.....	13
3.4.4	EXAMEN FISICO.....	14
3.4.5	SIGNOS VITALES	14
3.4.6	INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS ASREALIZADOS	15
3.4.7	FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....	15
3.4.8	ANALISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR	16
3.4.9	INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.	16
3.4.10	SEGUIMIENTO.....	17
3.4.11	OBSERVACIONES.....	18
4	CONCLUSION.....	19
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA	20
5	ANEXOS.....	22

I. TITULO DEL CASO CLINICO

**“PACIENTE DE 93 AÑOS CON NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA
COMUNIDAD”**

II. RESUMEN

La neumonía adquirida en la comunidad es un proceso inflamatorio agudo del parénquima pulmonar de origen infeccioso, los microorganismos pueden llegar al pulmón por vías diferentes: micro aspiraciones de secreciones oro faríngeas que son las más frecuentes, inhalación de aerosoles contaminados, vía hemática o por contigüidad. Pueden afectar a pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, pacientes inmunodeprimidos, pacientes con Diabetes mellitus y puede ocurrir ya sea dentro o fuera de una institución hospitalaria. La neumonía adquirida en la comunidad puede afectar a cualquiera, pero los dos grupos de edades que presentan el mayor riesgo de padecerla son los siguientes: Niños de 2 años de edad y menores y personas de 65 años de edad o mayores.

El objetivo general del estudio de caso clínico fue presentar los métodos de diagnóstico en la neumonía adquirida en la comunidad, por lo cual a través de la observación y recopilación de datos se procedió a la elección de un paciente con dicha patología, usando la metodología Diagnóstica, la valoración de examen físico verificando sus sintomatologías, complementando con exámenes de laboratorios y una Radiografía de Tórax para su confirmación de la patología. Además, se realizó un seguimiento del caso para analizar la evolución del paciente mediante el plan de tratamiento prescrito ya sea farmacológico y de terapia respiratorio para verificación de su recuperación o de las posibles complicaciones que se puedan presentar durante dicho tratamiento por riesgo a la edad del paciente.

Palabras claves: Neumonía Adquirida en la Comunidad, síntomas, Terapia respiratoria, Tratamiento, Diagnostico.

III. ABSTRACT

Community-acquired pneumonia is an acute inflammatory process of the lung parenchyma of infectious origin; microorganisms can reach the lung by different routes: micro-aspirations of oropharyngeal secretions, which are the most frequent, inhalation of contaminated aerosols, hematic route or by contiguity. They can affect patients with chronic obstructive pulmonary disease, immunosuppressed patients, and patients with Diabetes mellitus and can occur either inside or outside a hospital institution. Community-acquired pneumonia can affect anyone, but the two age groups at greatest risk for it are Children 2 years of age and younger and people 65 years of age and older.

The general objective of the clinical case study was to present the diagnostic methods in community-acquired pneumonia, for which, through observation and data collection, a patient with said pathology was chosen, using the Diagnostic methodology, the physical examination assessment verifying their symptoms, complementing with laboratory tests and a Chest X-ray for confirmation of the pathology. In addition, a follow-up of the case was carried out to analyze the evolution of the patient through the prescribed treatment plan, whether pharmacological and respiratory therapy to verify his recovery or the possible complications that may occur during said treatment due to risk at the age of the patient. Patient.

Keywords: Community Acquired Pneumonia, symptoms, Respiratory therapy, Treatment, Diagnosis

IV. INTRODUCCION

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una infección aguda del parénquima pulmonar que afecta a pacientes no hospitalizados y que se caracteriza por la aparición de fiebre y/o síntomas respiratorios, junto con la presencia de infiltrados pulmonares en la radiografía de tórax. (Méndez Echevarria, García Miguel, Baquero Artiago, & del Castillo Martin)

Los signos y síntomas de la neumonía pueden incluir lo siguiente: dolor en el pecho al respirar o toser, desorientación o cambios de percepción mental, tos que puede producir flema, fatiga, fiebre, transpiración y escalofríos con temblor, temperatura corporal más baja de lo normal, náuseas, vómitos o diarrea, dificultad para respirar. (NEUMONIA)

La neumonía puede afectar a cualquiera, pero los dos grupos de edades que presentan el mayor riesgo de padecerla son los siguientes: Niños de 2 años de edad o menores y personas de 65 años de edad o mayores. Otros factores de riesgos incluyen estar hospitalizado, presentar una enfermedad crónica como asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o una enfermedad cardíaca, ser fumador y presentar el sistema inmunológico debilitado o suprimido.

El diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) se debe abordar desde cuatro dimensiones ya que cada una ofrece información distinta pero complementaria: a) cuadro cínico, b) radiografía de tórax (permite confirmar la afección del parénquima pulmonar, así como la extensión del daño, c) estudios microbiológicos y serológicos (con ellos se obtiene

información relacionada al agente etiológico) y d) estudios de laboratorio clínico. (Gómez Zamora, Bàez Saldaña, & Molina Corona, 2013)

El tratamiento antibiótico apropiado reduce la duración de la sintomatología asociada a la neumonía, el riesgo de complicaciones y la mortalidad. En la mayoría de los casos, no es posible identificar el agente microbiológico que ocasiona la infección y por esto el tratamiento antibiótico se prescribe en forma empírica. Esto constituye la práctica habitual en el manejo de los pacientes ambulatorios y hospitalizados por neumonía adquirida en la comunidad (NAC), el tratamiento empírico rara vez se modifica sobre la base de los resultados microbiológicos. (Alejandro Díaz , Jaime Labarca, & Mauricio Ruiz , 2011)

1 MARCO TEORICO

NEUMONÍA

La neumonía es una infección del tejido pulmonar causada por bacterias, virus, parásitos y hongos, con inflamación del parénquima pulmonar y acumulación de exudado inflamatorio en las vías respiratorias. También se la considera como una de las principales causas de morbi-mortalidad. Para disminuir sus consecuencias fatales, el diagnóstico oportuno y adecuado tratamiento son elementos claves. (Zuniga Caballero, 2017).

CLASIFICACIÓN

- Neumonías Bacterianas Extra hospitalarias (Comunitaria) (Adquirida en la Comunidad)
- Neumonía Víricas
- Neumonía Nosocomial (Intrahospitalarias)
- Neumonía por Aspiración
- Neumonía Crónica
-

NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC)

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una infección aguda del parénquima pulmonar que afecta a pacientes no hospitalizados o en las primeras 48 horas de ingreso y que se caracteriza por la aparición de fiebre y/o síntomas respiratorios, junto con la presencia de infiltrados pulmonares en la radiografía de tórax. (Zuniga Caballero, 2017)

CLASIFICACION (NAC)

La NAC se clasifica clásicamente en tres grandes síndromes:

- NAC típica o bacteriana,
- NAC atípicas (producida por virus o bacterias atípicas)
- NAC no clasificables

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo para adquirir o padecer una NAC son múltiples y se han identificado en varios estudios pudiéndose agrupar en : edad, hábitos tóxicos, comorbilidad (Diabetes mellitus, EPOC, insuficiencia cardiaca congestiva, cardiopatía isquémica, neoplasias, enfermedades hepáticas crónicas, insuficiencia renal crónica y enfermedades neurológicas) y otros: epidemia por virus influenza A, características medioambientales, malnutrición, inmunodeficiencia y terapias inmunosupresoras, esplenectomía, uso de drogas por vía parenteral, antibioterapia inadecuada y residencia en instituciones cerradas. (Martínez Tomás, Vallés Tarazona, Reyes Calzada, & Menéndez Villanueva, 2015)

- **Edad:** La neumonía es más frecuente en las edades extremas, constituyendo un factor de riesgo independientes; sin embargo, no está totalmente aclarado el motivo exacto de la influencia de la edad sobre la etiología y el pronóstico.
- **Tabaquismo:** El tabaco genera cambios estructurales y funcionales de los bronquios y bronquiolos que facilitan la penetración de los gérmenes en el parénquima pulmonar.
- **Alcoholismo:** el consumo de alcohol deteriora los sistemas inmunitarios tanto locales como sistemáticos, especialmente la función de los neutrófilos y de los linfocitos, además de disminuir el nivel de conciencia del paciente lo que favorece las aspiraciones.
- **Epidemia por virus influenza A:** constituye un factor asociado temporalmente a mayor riesgo de NAC, tanto como productor directo de

neumonía como generador de gérmenes al dañar los epitelios de las vías respiratorias, produciendo infecciones respiratorias, como otitis media en niños, bronquitis o incluso neumonía bacteriana sobre todo por *S. aureus*.

- **Comorbilidad:** La incidencia en la NAC y su gravedad son mayores entre pacientes con enfermedad crónica, sea o no de origen respiratorio, por la disminución de la capacidad de respuesta frente a agresiones externas.

SIGNOS Y SINTOMAS

- **SINTOMAS:** fiebre, escalofríos y sudoración, dolor torácico de características pleuríticas, tos, expectoración purulenta y disnea (en algunos pacientes). En pacientes mayores los síntomas suelen ser inespecíficos y raramente aparece fiebre. Puede aparecer confusión. (Báez Saldaña & Gómez Zamora , 2013)
- **SIGNOS:** taquipnea, taquicardia; sobre el área del infiltrado inflamatorio se puede apreciar matidez a la percusión, crepitaciones, broncofonía, a veces soplo bronquial, en caso de derrame pleural se aprecia matidez a la percusión, abolición de las vibraciones vocales y disminución de los ruidos respiratorios. (Báez Saldaña & Gómez Zamora , 2013)

DIAGNOSTICO

Enfermedad de inicio reciente (menos de 2 semanas) con presencia de: síntomas respiratorios (tos o dolor torácico o disnea), más síntomas sistemáticos (fiebre o taquicardia o taquipnea), más hallazgo focal el examen físico de tórax. (Lopardo, y otros, 2015)

1.7.1 ESTUDIOS MICROBIOLÓGICOS

Los estudios microbiológicos permiten el monitoreo del espectro de los patógenos que causan NAC en el tiempo, esto permite conocer la tendencia acerca de la etiología y sensibilidad al antibiótico. La identificación de la etiología y el patrón de sensibilidad permiten la selección óptima de un régimen de antibióticos. (Zuniga Caballero, 2017)

1.7.2 RADIOGRAFIA DE TORAX

La sensibilidad y especificidad de la radiografía de tórax cuando el paciente presenta cuatro signos clínicos (fiebre, tos, expectoración y estertores bronco alveolares) es de 91.7% y 92% respectivamente. Es necesario tomar una placa de tórax cuando la evolución del paciente durante el seguimiento no sea satisfactoria. (Zuniga Caballero, 2017)

1.7.3 DETECCION DE ANTI CUERPOS

Los anticuerpos contra neumococos son detectados en varios líquidos corporales durante la infección activa, incluyendo la expectoración, el líquido pleural, el suero y la orina. La detección de los antígenos se afecta poco con el tratamiento antimicrobiano previo. (Zuniga Caballero, 2017)

MANEJO DIAGNOSTICO DE NAC SEGÚN EL SITIO DE ATENCION

En pacientes ambulatorios < 65 años y sin comorbilidades:

- Opción mínima: radiografía tórax frente + oximetría
- Opción máxima: Radiografía tórax frente y perfil + oximetría + Gram y cultivo de esputo, hemocultivos, recuento y fórmula leucocitaria.

En pacientes ambulatorios > 65 años o con comorbilidades:

- Opción mínima: Radiografía de tórax frente + oximetría + laboratorio básico (hemograma, uremia, glucemia).

- Opción máxima: Radiografía de tórax frente y perfil + oximetría + laboratorio básico (hemograma, uremia, glucemia) + Gram y cultivo de esputo+ hemocultivos.

En pacientes hospitalizados en sala general:

- Opción mínima: Radiografía de tórax frente y perfil + oximetría + laboratorio según la situación clínica + hemocultivos.
- Opción máxima: Radiografía de tórax frente y perfil + gases en sangre (u oximetría de pulso) + laboratorio según la situación clínica + gran y cultivo de esputo + hemocultivos + serologías para detección de microorganismo atípicos.

En NAC grave (internados en UCI):

- Opción mínima: radiografía de tórax frente y perfil + oximetría o gases en sangre + laboratorio según la situación clínica + Gram y cultivo de esputo + hemocultivos + serologías.
- Opción máxima: ídem al punto anterior + panel virus respiratorios + considerar realizar estudios broncoscopio con toma de muestra para bacteriología en pacientes intubados.

Se sugiere realizar serología para HIV en todos los casos.

■ TRATAMIENTO

- **Tratamiento ambulatorio:**

El tratamiento ambulatorio se trata de que el paciente no debe de fumar, debe de guardar reposo, ingerir abundantes líquidos; prescribir paracetamol para bajar la fiebre y disminuir el eventual dolor pleurítico. (Alejandro Díaz , Jaime Labarca, & Mauricio Ruiz , 2011)

- **Tratamiento hospitalario:** se debe administrar oxigenoterapia bajo control de SpO₂ (en los enfermos con EPOC bajo control de gasometría arterial repetida periódicamente), para obtener SpO₂ ≥60 mm Hg y SaO₂ 94-98 % (en enfermos con EPOC y otros con riesgo de hipercapnia: 88-92 %); si la hipoxemia persiste a pesar de la

administración de oxígeno en concentración alta → considerar ventilación mecánica; Valorar el estado de hidratación y nutrición del enfermo; si está indicado, perfundir líquidos y utilizar suplementos nutricionales; En algunos enfermos (sobre todo en los que requieren ventilación mecánica o sufren shock séptico) considerar la utilización de glucocorticoides sistémicos, p. ej. prednisona VO o hidrocortisona iv. (Alejandro Díaz , Jaime Labarca, & Mauricio Ruiz , 2011)

TERAPIA RESPIRATORIA

La fisioterapia respiratoria incluye una variedad de técnicas como:

- la fisioterapia torácica convencional (es decir, percusión, vibración y drenaje postural).
- diferentes técnicas de respiración activa.
- la respiración con presión espiratoria positiva (el uso de dispositivos para mantener una presión de 10 a 25 cm de agua durante la espiración).

En teoría, estas técnicas podrían ayudar a mantener abiertas las vías aéreas, mejorar la depuración de secreciones bronquiales y el intercambio de gases. (Saldías & Díaz, 2012)

En los pacientes con neumonía, sólo se han estudiado las técnicas tradicionales para facilitar la eliminación de las secreciones de las vías respiratorias (ejercicios de respiración, drenaje postural, percusión y vibración). Cabe señalar que estos estudios se realizaron en pacientes con neumonía no complicada y no se incluyeron pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) u otras afecciones respiratorias crónicas. (Saldías & Díaz, 2012)

1.10.1 FISIOTERAPIA TORACICA CONENCIONAL

Conjunto de técnicas destinadas a despegar de las paredes las secreciones y transportarlas proximalmente hasta su expulsión. La mayoría de ellas precisa del concurso de un fisioterapeuta o adulto entrenado durante el aprendizaje o en su realización (percusión y vibración) (López & Morant, 2010).

- **Percusión torácica:** Golpeteo repetido con la punta de los dedos en lactantes, la mano hueca en niños mayores o una mascarilla hinchable sobre las distintas zonas del tórax. Se combina con el drenaje postural. (López & Morant, 2010)
- **Vibración torácica:** Se aplican las manos, o las puntas de los dedos, sobre la pared torácica y sin despegarlas se genera una vibración durante la espiración. Se combina con la compresión y el drenaje postural. (López & Morant, 2010)
- **Compresión torácica:** Facilita la espiración comprimiendo la caja torácica mediante un abrazo, aplicando presión sobre el esternón y las porciones inferiores y laterales del tórax. En los lactantes se aplica presión con las palmas de las manos apoyadas sobre la región inferior, anterior y lateral de la caja torácica. (López & Morant, 2010)

1.10.2 DIFERENTES TECNICAS DE RESPIRACIÓN ACTIVA

- **Drenaje postural:** Facilita el drenaje gravitacional con la adopción de diversas posturas que verticalicen las vías aéreas de cada segmento o lóbulo pulmonar (López & Morant, 2010).
- **Control de la respiración, respiración diafragmática:** Son períodos de respiración lenta a volumen corriente con relajación de los músculos accesorios respiratorios y ventilación con el diafragma, intercalados entre técnicas más activas con el fin de permitir la recuperación y evitar el agotamiento. (López & Morant, 2010)

1.10.3 LA RESPIRACIÓN CON PRESIÓN ESPIRATORIA POSITIVA.

- **Ejercicios de expansión torácica:** Se llevan a cabo con la realización de inspiraciones máximas sostenidas mediante una apnea breve al final

de aquéllas, seguidas de una espiración lenta pasiva. En los niños más pequeños se recurre a la risa y el llanto. En los pacientes ventilados se emplea la hiperinsuflación manual. Se pueden emplear incentivos. (López & Morant, 2010)

- **Tos provocada y dirigida:** El despegamiento de la mucosidad de la pared desencadena habitualmente la tos. En su defecto, puede provocarse la tos aplicando una suave presión sobre la tráquea en el hueco supra esternal al final de la inspiración. La tos produce la expectoración de la mucosidad por la boca o su deglución. No conviene reanudar los ejercicios de despegamiento mientras no se haya conseguido el aclaramiento de las vías respiratorias. En pacientes intubados o con cánulas de traqueotomía la succión sule a la tos. La sonda de aspiración se introduce hasta 1 cm más allá del extremo del tubo endotraqueal o la cánula; se inicia entonces la aspiración rotándola y retirándola lentamente. Conviene hiperoxigenar previamente, instilar un pequeño volumen de suero fisiológico, ajustar la presión negativa de aspiración y su duración, así como hiperinsuflar manualmente al finalizar el procedimiento para garantizar la oxigenación, reducir los efectos traumáticos en la mucosa y la producción de atelectasias. (López & Morant, 2010)

PREVENCION DE LA NAC

Según las Guías para la inmunización del adolescente y adulto, de la Asociación Colombiana de Infectología, para la prevención de la infección por S. neumonía se tienen en cuenta dos vacunas: la antineumocócica de polisacáridos (PPSV23), con los 23 serotipos más frecuentes, y la conjugada multivalente (PCV13), que contiene 7, 10 o 13 polisacáridos unidos a una proteína transportadora que induce inmunidad celular dependiente de células T. (Gualtero & Martínez Vernaza, 2015)

Se recomienda que los adultos de 19 a 59 años en condiciones de inmunocompromiso o comorbilidades, o mayores de 60 años sanos, deben ser

inmunizados con PCV13 y PPSV23 para prevenir la enfermedad invasiva y neumonía por *S. pneumoniae*. (Gualtero & Martínez Vernaza, 2015)

Igualmente, todo adulto que ha recibido PCV13 por inmunocompromiso debería recibir una dosis de PPSV23 a las 8 semanas después de su aplicación, con repetición en única dosis de PPSV23 en 5 años. Por otro lado, se encuentra la vacuna contra el virus de la influenza, indicada para aplicación anual en población cautiva (hogares geriátricos, comedores comunitarios, etc.) al igual que en mayores de 60 años. (Gualtero & Martínez Vernaza, 2015)

Adicionalmente, la inmunización contra influenza del personal de salud y cuidador de la persona mayor podría disminuir la infección en el anciano, y viceversa (Gualtero & Martínez Vernaza, 2015)

2 JUSTIFICACION

La neumonía adquirida en la comunidad es una patología común, potencialmente peligrosa para la vida, especialmente en adultos mayores y que cuenta con comorbilidades asociadas. Desde 1998 cuando la neumonía adquirida de la comunidad se describió en un seminario de la revista lancet, nueva información, sobre la causa, el curso clínico, exámenes diagnósticos y manejo.

Actualmente la neumonía adquirida de la comunidad se presenta con mayor frecuencia en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Diabetes Mellitus, Falla Renal, Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Enfermedad Arterial Coronaria, Enfermedad Neurológica Crónica. Sin embargo, debido a su alta incidencia en adultos mayores y debido a sus complicaciones, que podrían comprometer la vida como el síndrome de insuficiencia respiratoria aguda.

Por el cual se decide realizar el siguiente trabajo de investigación que, a nivel de salud, para proporcionar información sobre la neumonía adquirida en la comunidad, el método de diagnóstico, y tratamientos para evitar posibles complicaciones.

3 OBJETIVOS

■ OBJETIVOS GENERAL

Presentar los métodos de diagnóstico en la neumonía adquirida en la comunidad.

■ OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los factores de riesgos de la Neumonía adquirida en la comunidad.
- Describir las técnicas de terapia respiratoria como un método no invasivo que promueve la eliminación de secreciones.
- Determinar los tratamientos de antibioterapia en la patología.

■ DATOS GENERALES

DATOS GENERALES	
Nombre: xxxx	Género: Femenino
Edad: 93 años	Lugar de residencia: Guayaquil
Escolaridad: Secundaria Completa	Estado civil: Viuda
Ocupación: los de la casa	Religión: Católica
Raza: Mestiza	Historia Clínica: 0902075555
Cama: 11	
Unidad hospitalaria: Hospital Luis Vernaza	
Servicio: Unidad de Cuidados Intensivos	

Fuente: Historia Clínica del paciente
Tabla elaborada por: Daniel Efraín Arias Veloz

■ METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

3.4.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 93 años de sexo femenino acude al centro hospitalario, ingresa al área de emergencia el 31 de diciembre 2020 a las 19:00PM con un cuadro clínico de tres días de evolución de disnea, taquipnea, tos con expectoración verdosa y ha manifestado varios picos febriles de 38 grados, palidez generalizada, escalofríos presenta antecedente de enfermedad de Alzheimer. A

las 20:25 PM, ingresa al área de UCI para tratamiento especializado en terapia intensiva. Paciente durante su estadía presenta un diagnóstico de Neumonía de la comunidad, paciente se encuentra con mascarilla nasal a 5 litros de Oxígeno con frecuencia Respiratoria 23 x' y con saturación de 99%. los pulmones durante la auscultación se encuentra estertores y roncus diseminados en ambos campos pulmonares, presenta en la región lumbar úlceras por presión. Paciente se encuentra somnolienta, Con pronóstico reservado.

3.4.2 HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE

Antecedentes patológicos personales	no refiere
Antecedentes patológicos familiares	no refiere
Antecedentes quirúrgicos	no refiere
Alergias	no refiere
Hábitos	Ninguno

Fuente: Historia Clínica del paciente

Tabla elaborada por: Daniel Efraín Arias Veloz

3.4.3 ANAMNESIS

Paciente de 93 años de sexo femenino acude al centro hospitalario, ingresa al área de emergencia el 31 de diciembre 2020 a las 19:00PM con un cuadro clínico de tres días de evolución de disnea, taquipnea, tos con expectoración verdosa y ha manifestado varios picos febriles de 38 grados, palidez generalizada, escalofríos presenta antecedente de enfermedad de Alzheimer. A las 20:25 PM, ingresa al área de UCI para tratamiento especializado en terapia intensiva. Paciente durante su estadía presenta un diagnóstico de Neumonía de la comunidad, paciente se encuentra con mascarilla nasal a 5 litros de Oxígeno con frecuencia Respiratoria 23 x' y con saturación de 99%. los

pulmones durante la auscultación se encuentra estertores y roncus diseminados en ambos campos pulmonares, presenta en la región lumbar úlceras por presión. Paciente se encuentra somnolienta, Con pronóstico reservado.

3.4.4 EXAMEN FISICO

ORGANOS DE LOS SENTIDOS:	Anormal (palidez generalizada)
RESPIRATORIO:	Anormal (taquipnea)
CARDIO VASCULAR:	Anormal (taquicardia)
DIGESTIVO:	Normal
GENITAL:	Normal
URINARIO:	Normal
MUSCULO ESQUELETICO:	Normal
ENDOCRINO:	Normal
HEMO LINFATICO:	Normal
NEUROLOGICO:	Normal
PIEL:	Normal

Fuente: Historia Clínica del paciente
 Tabla elaborada por: Daniel Efraín Arias Veloz

3.4.5 SIGNOS VITALES

SIGNOS VITALES	VALORES AL INGRESAR	VALORES DURANTE SU ESTADIA
Presión Arterial	130/ 90 mmHg	70/80 mmHg
Frecuencia Cardiaca	100 x'	78 x'
Frecuencia Respiratoria	13 x'	23 X'

Saturación De Oxígeno	92% (Sin Oxígeno)	99% (Con Oxígeno)
Temperatura	38 °c	38°c

Fuente: Historia Clínica del paciente

Tabla elaborada por: Daniel Efraín Arias Veloz

3.4.6 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS ASREALIZADOS

EXAMEXCNES	RESULTADOS
Sodio	4,9
Cloro	103
Glicemia	129
Potasio	140
Gases Arteriales (PaO2)	60 mmhg

Fuente: Historia Clínica del paciente

Tabla elaborada por: Daniel Efraín Arias Veloz

- RX DE TORAX

3.4.7 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

Su metodología Diagnostica, se realiza examen físico verificando sus sintomatologías, más Radiografía de Tórax para su confirmación de la patología.

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

Insuficiencia Respiratoria No Especificada

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

Neumonía de la comunidad

3.4.8 ANALISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR

Paciente crítico, con múltiples comorbilidades, obedece ordenes sencillas, moviliza extremidades esporádicamente, hemodinámica estable con TAM 70 sin soporte vasopresor, FC 82, EKG de control normal, respiratorio con cánula nasal 5l/min con FR 25x` SPO2 95%, se auscultan estertores y roncus en ambos campos pulmonares, full terapia respiratoria, abdomen suave depresible RHA+, medio interno conservado , región lumbosacra, se observa lesión ulcerativa eritematosa sangrante, cambios de posición cada 2 horas, se pan cultiva se pauta esquema antibiótico, para germen de la comunidad.

3.4.9 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

La NAC es la sexta causa de mortalidad general y la primera causa por enfermedades infecciosas. Al año, su incidencia se encuentra alrededor de 1 y 11 por cada 1000 habitantes; de ellos, el 20-42% requiere hospitalización, y el 10-30%, manejo en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

La mortalidad por NAC ambulatoria es del 1-5%, y por NAC hospitalaria es del 5,7-25%, ascendiendo hasta un 50% para pacientes en UCI. En mayores de 65 años, la mortalidad es del 19% y en la población general, la mortalidad por neumonía severa es del 33%.

Tomando como ejemplo este caso, esta paciente presentaba signos y síntomas, por el cual se procedió a realizar la valoración, y valorar los resultados de exámenes de laboratorio y Radiografía de Tórax, el cual proyecta un diagnóstico diferencial de Neumonía Adquirida en la Comunidad.

Se procedió a realizar un tratamiento con antibióticos Ampicilina + Sulbactam 1.5g Intravenoso cada 6 horas, este medicamento está indicado en el

tratamiento de infecciones producidas por bacterias sensibles a este antibiótico en diferentes partes del organismo, tales como: infecciones del tracto respiratorio superior e inferior, tracto urinario, de la piel, tejidos blandos, de los huesos y articulares e infecciones gonocócicas. Acetilcisteína 300mg Intravenoso cada 8 horas. Está indicada como tratamiento coadyuvante en los procesos respiratorios que cursan con hipersecreción mucosa excesiva o espesa tales como bronquitis aguda y crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfisema, atelectasia debida a obstrucción mucosa, complicaciones pulmonares de la fibrosis y otras patologías relacionadas. Y medicación para dolor y protector gástrico prescrita por médico de guardia.

Se realiza La fisioterapia respiratoria que ayuda a mantener abiertas las vías aéreas, mejorar la depuración de secreciones bronquiales y el intercambio de gases. Cabe señalar que estas técnicas de fisioterapia se realizan en pacientes con neumonía no complicada y no se incluyeron pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) u otras afecciones respiratorias crónicas.

3.4.10 SEGUIMIENTO

Día 1

Paciente femenino de 93 años con antecedentes de enfermedad de Alzheimer, presenta cuadro clínico de 3 días de evolución caracterizado por dificultad respiratoria, disnea de mínimos esfuerzos, taquipnea por lo que realizan terapia respiratoria con acetil cisteína, bromuro de ipatropio sin embargo paciente no mejora, al momento con tos persistente con expectoración verdosa y ha manifestado varios picos febriles de 38 grados.

Día 2

Paciente, con múltiples comorbilidades, ingresada con cuadro respiratorio que mejora con tratamiento instaurado, se mantendrá con terapia respiratoria intensiva, NBZ y antibioticoterapia, expectante de su evolución clínica por posible apoyo ventilatorio, TAC de tórax se observa infiltrado basal derecho,

imagen vidrio deslustrado, pico subfebril de 38 grados, función renal conservada, medio interno sin alteración.

Día 3

Paciente crítica, con múltiples comorbilidades, ingresada con cuadro respiratorio se mantendrá con terapia respiratoria intensiva, NBZ y antibioterapia, expectante de su evolución TAC de tórax, imagen vidrio deslustrado, pico subfebril de 38 grados, función renal conservada, medio interno sin alteración, pronóstico reservado.

Día 4

Paciente crítica, con múltiples comorbilidades, ingresada con cuadro respiratorio se mantendrá con terapia respiratoria intensiva, NBZ y antibioterapia, expectante de su evolución TAC de tórax, imagen vidrio deslustrado, pico subfebril de 38 grados, función renal conservada, medio interno sin alteración, pronóstico reservado. Neurológico, despierta, moviliza extremidades, hemodinámica no, soporte vasopresores TAM 102, EKG normal, Respiratorio adecuado patrón respiratorio con O2 suplementario por mascarilla nasal 5 L con FR de 23 y SPO2 99%, CSPA crepitantes (en terapia respiratoria, vibración y percusión).

3.4.11 OBSERVACIONES

Durante su seguimiento se observó que la paciente no presenta una mejoría absoluta a pesar de su tratamiento con antibióticos y las fisioterapias para mantener las vías aéreas abiertas, por el cual la paciente permanece con antibioterapia estricta y oxigenoterapia.

4 CONCLUSION

La neumonía es uno de los problemas de salud más frecuentes que afecta a todos los grupos etarios en todo el mundo. Su diagnóstico debe basarse en una adecuada anamnesis y examen físico junto con el uso de imágenes diagnósticas y paraclínicos.

El principal agente etiológico de NAC continúa siendo el S. neumonía; sin embargo, es necesario evaluar diferentes factores de riesgo que permitan sospechar la infección por virus respiratorios, bacterias atípicas, hongos, parásitos y microorganismos emergentes como P. aeruginosa, SAMR-AC y M. tuberculosis.

Los antibióticos representan la base del tratamiento de la neumonía, mientras otros tratamientos son principalmente de apoyo. La fisioterapia torácica se ha usado ampliamente como tratamiento adyuvante para la neumonía en los adultos y niños sin pruebas fiables.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

- Alejandro Díaz , F., Jaime Labarca, L., & Mauricio Ruiz , C. (2011). Tratamiento de la Neumonía del adulto adquirida en la comunidad. *Revista Chilena Enfermedades Respiratoria* .
- Báez Saldaña, R., & Gómez Zamora , C. (2013). Neumonía adquirida en la comunidad. Revisión y actualización con una perspectiva orientada a la calidad de la atención médica. *Medigraphic*.
- Gómez Zamora, C., Báez Saldaña, R., & Molina Corona, H. (2013). NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD. *NEMOL CIR TORAX*.
- Gualtero, S., & Martínez Vernaza, S. (2015). Neumnia Adquirida en la Comunidad.
- Lopardo, G., Basombrio, A., Desse, J., Clara, L., De Vedia, L., Di Libero, E., . . . López, M. (2015). Neumía Adquirida en la Comunidad en adultos. *Revista de Medicina Buenos Aires*.
- López, J., & Morant, P. (2010). Fisioterapia Respiratoria: Indicaciones y técnicas.
- Martínez Tomás, R., Vallés Tarazona, J., Reyes Calzada, S., & Menéndez Villanueva, R. (2015). Neumonía Adquirida en la Comunidad: Epidemiología, Factores de Riesgo y Pronostico.

Méndez Echevarría, A., García Miguel, M., Baquero Artiago, F., & del Castillo Martín, F. (s.f.). NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD. *Unidad de Infectología Pediátrica*.

Méndez Echevarría, A., García Miguel, M., Baquero Artigao, F., & Del Castillo Martín, F. (2015). Neumonía adquirida en la comunidad. *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica*.

NEUMONIA. (s.f.). *MAYO CLINIC*.

Saldías, F., & Díaz, O. (2012). Eficacia y seguridad de la fisioterapia respiratoria en pacientes adultos con neumonía adquirida en la comunidad. *Revista Chilena Enfermedades Respiratorias*.

Zuniga Caballero, M. (2017). *Caso Clínico: Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC)*.

5 ANEXOS



**Figura 1: Incentivador para ejercicios de expansión torácica.
Fuente: (López & Morant, 2010)**



**Figura 2: Percusión torácica.
Fuente: (Báez Saldaña, y otros, 2016)**



Figura 3: Vibración torácica.
Fuente: (Frias, 2014)



Figura 4: Drenaje postural.
Fuente: (Frias, 2014)



Figura 5: Radiografía de tórax de Neumonía Adquirida en la Comunidad
Fuente: (Dr.Yrigoyen, 2019)