



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

**Componente Práctico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado
académico de Licenciada en terapia respiratoria**

TEMA DEL CASO CLINICO

Paciente masculino de 65 años de edad con neumonía asociada a la
ventilación mecánica

AUTORA

Janine Paola Macías Yáñez

TUTORA

Dra. Juan Carlos Gaibor
Luna

BABAHOYO – LOS RIOS – ECUADOR

DEDICATORIA

Dedico este trabajo en primera estancia a DIOS por ser el que nos permite seguir día a día cumpliendo nuestras metas en la vida, a mis padres que nunca dejaron de creer en mí y me dieron su apoyo para llegar a ser un gran profesional.

También a mi hermanas, esposo y demás familiares porque siempre me brindaron su apoyo para poder lograr mi meta y a mis amigos que siempre estuvieron conmigo inyectándome energía y entusiasmo.

Y también dedico este trabajo a mi hija **Isabella** que es un pilar fundamental en mi vida.

AGRADECIMIENTO

En primera instancia le doy gracias a DIOS por ser quien me permite cumplir todos mis sueños logrados, quien estuvo siempre conmigo desde un principio, el que me da la fuerza necesaria para seguir.

En segundo lugar, le agradezco a mis padres por ser ese apoyo incondicional y la confianza depositada en mi para permitir alcanzar mis metas y propósitos, también agradezco el esfuerzo que han hecho ellos por mi ayudándome desde un principio tanto económicamente y por el ánimo que me dieron para seguir adelante.

Como olvidar agradecer también a toda mi familia, y en especial a mi hija Isabella quien es que me impulsa a dar lo mejor de mi día a día, por la cual lucho y luchare hasta el final.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
TITULO	V
RESUMEN	VI
ABSTRACT	¡Error! Marcador no definido.
INTRODUCCION	VIII
I. MARCO TEORICO.....	9
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC).....	9
Etiología	9
Factores de riesgo para el desarrollo de la EPOC	10
Signos y Síntomas	11
Diagnostico	11
Tratamiento	12
NEUMONÍA.....	13
Etiología	13
Síntomas	14
Diagnostico	15
Tratamiento	15
Tipos de Neumonía	15
1.1 JUSTIFICACION	17
1.2 OBJETIVOS	18
1.2.1 Objetivo General	18
1.2.2 Objetivos Específicos	18
1.3 Datos Generales.....	19
II. METODOLOGÍA DE DIAGNOSTICO	19
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes	19
Antecedentes patológicos familiares	19
Antecedentes Clínicos	19
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)	20
ANAMNESIS	20
2.3 Examen físico (exploración clínica)	20
2.9 Observaciones	26
CONCLUSIONES	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
ANEXOS.....	29

TITULO

**PACIENTE MASCULINO DE 65 AÑOS DE EDAD CON
NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA**

RESUMEN

La neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVVM) representa la infección hospitalaria más frecuente, asociándose con una elevada tasa de mortalidad, morbilidad y costos. El objetivo del estudio fue Determinar la gravedad de la neumonía asociada a la ventilación mecánica en paciente de 65 años ingresado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General IESS Babahoyo. El método que se utilizó fue descriptivo con enfoque cuantitativo del paciente internado en la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital general IESS de la ciudad de Babahoyo.

Los datos se obtuvieron de la vigilancia activa y selectiva. Los resultados obtenidos del estudio del paciente que ingresó a la UCI y requirió asistencia respiratoria mecánica. La tasa de incidencia de NAVVM en personas mayores de 65 años es muy elevada en el país, teniendo una estancia hospitalaria de 6 a 10 días y con incidencia significativa, se halló diagnóstico de neumonía en este individuo hospitalizado por más de 72 horas posteriores a la ventilación mecánica. Se concluye que se presentó una alta prevalencia de neumonía en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General IESS de la ciudad de Babahoyo.

Palabras claves: Neumonía, Ventilación mecánica, Unidad de cuidados intensivos.

ABSTRACT

Pneumonia associated with mechanical ventilation (NAV) represents the most frequent hospital infection, associated with a high mortality, morbidity and cost rate. The objective of the study was to determine the incidence and prevalence of pneumonia in a 65-year-old patient associated with mechanical ventilation (NAV). The method that was used was descriptive with a quantitative approach of the hospitalized patient in the Intensive Care Unit of the IESS general hospital in the city of Babahoyo.

Data were obtained from active and selective surveillance. The results obtained from the study of the patient who entered the ICU and required mechanical respiratory assistance. The incidence rate of NAV in people over 65 years of age is very high in the country, having a hospital stay of 6 to 10 days and with significant incidence, a diagnosis of pneumonia was found in this individual hospitalized for more than 72 hours after mechanic ventilation. It is concluded that there was a high prevalence of pneumonia in the intensive care unit of the IESS General Hospital in the city of Babahoyo.

Keywords: Pneumonia, Mechanical ventilation, Intensive care unit.

INTRODUCCIÓN

La neumonía vinculada a la ventilación mecánica (NAVVM) se desarrolla después de la intubación, es considerada la principal causa de muerte por adquisición de infecciones, las cuales son adquiridas en pacientes hospitalizados, se desarrollan la NAVVM es en un 20% pacientes intubados y un 70% de pacientes con síndrome de dificultad respiratoria o síndrome de destres respiratorio.

La incidencia de la NAVVM por día en el lapso de un mes es del 1% la tasa de mortalidad de la neumonía asociada a ventilación mecánica es superior al 50%, considerando si participan en la infección bacterias que son muy resistentes como estafilococos resistentes a meticilina, pseudomonas aeruginosa y Acinetobacter baumannii, que son particularmente frecuentes en pacientes que han recibido previamente terapia antibiótica por neumonía asociada a ventilación mecánica (VM).

Las infecciones nosocomiales o intrahospitalaria se han convertido en un grave problema que trasciende social y económicamente, lo que se convierte en un desafío para el personal médico y de enfermería que brindan atención en las unidades médicas y que se desarrolla tras las 48 horas del ingreso, dichas infecciones se pueden clasificar en: tempranas cuando se presenta en las primeras 96 horas y tardía cuando se presenta posteriormente pese a que se han desarrollado muchos esfuerzos para controlar estas infecciones con vigilancia extrema no se avanza a establecer factores asociados o factores de riesgo, motivo por el cual consideramos se abre una oportunidad de estudio sobre esta temática.

Las neumonías bacterianas adquiridas en las instituciones de salud generan deterioro de los mecanismos de defensa, siendo la más frecuente las asociadas a la VM. Su estudio es de gran importancia por la elevada incidencia, morbilidad y mortalidad, así como también por tener características particulares que las distinguen del resto de las NAV.

I. MARCO TEÓRICO

LA NEUMONÍA

La neumonía afecta a los pulmones a causa de una infección respiratoria aguda, los pulmones son pequeños sacos conocidos como alveolos los cuales permite a las personas respirar al inhalar aire, esto ocurre en su estado sano, sin embargo, cuando están enfermos los alveolos se llenan de líquido y pus impidiendo una respiración normal, limitando la absorción de O₂ causando dolor.

CLASIFICACIÓN:

- Neumonía Asociada a la Comunidad (NAC)
- Neumonía Interhospitalaria o Nosocomial (NAH)
- Neumonía Asociada al Ventilador Mecánico (NAV)

NEUMONIA ASOCIADA A LA COMUNIDAD (NAC)

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. (A. Méndez Echevarría)

NEUMONIA NOSOCOMIAL O INTRAHOSPITALRIA (NAH)

La NN se define como la infección que afecta al parénquima pulmonar, que se manifiesta transcurrido 72h o más del ingreso del paciente en el hospital, y que en el momento de ingreso del paciente en el hospital no estaba presente ni en período de incubación. (DIAZ, 2013)

NEUMONIA ASOCIADA AL VENTILADOR MECANICO (NAV)

La neumonía asociada a ventilador (NAV), definida como aquella que se desarrolla cuando menos 48 horas posterior a la realización de intubación traqueal e iniciación de ventilación mecánica (VM) es una entidad que a pesar de las técnicas de protección en los pacientes hospitalizados tales como posición y cambios en la misma, supresión de antiácidos e inhibidores H₂, cambios y cuidados en la limpieza de circuitos del ventilador, continúa siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad, siendo éstas, mayores en las unidades de cuidados intensivos. (Víctor Huízar Hernández, 2005)

LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL (IN) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI).

Etimológicamente Nosocomial proviene del griego *nosokomein* que significa nosocomio; hospital, y que a su vez deriva de las palabras griegas *nosos*, enfermedad, y *komein*, cuidar; “donde se cuidan enfermos”. Por lo tanto, la infección nosocomial (IN) es una infección asociada con una institución de salud (PALACIOS, 2012)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la infección nosocomial como aquella infección contraída durante la estancia en el hospital, que no se había manifestado ni estaba en periodo de incubación en el momento del ingreso del paciente. (PALACIOS, 2012)

SITUACIÓN ACTUAL DE LA IN EN UCI.

De acuerdo con el informe EPINE 2010 ⁽¹⁶⁾, que recoge y compara los datos a lo largo de 21 años (1990-2010), se puede observar que la prevalencia de las IN ha disminuido, desde 8,45% en 1990 hasta 6,70% en 2010, debido a la prolongada utilización de los programas de vigilancia y control, que ha ayudado a que los hospitales tengan más información sobre la evolución de la prevalencia de IN, proporcionándoles mayor sensibilización sobre su prevención. (PALACIOS, 2012)

Un dato a destacar, es la gran diferencia existente entre el porcentaje de las IN en las UCI (20-25 % de todas las IN acontecen en unidades de Medicina Intensiva) y el porcentaje que ocurre en el resto de servicios sanitarios (medicina, cirugía, pediatría y ginecología), a pesar del reducido número de camas que tienen en comparación con el resto. Este hecho convierte a las IN en uno de los problemas más importantes para las UCI. (PALACIOS, 2012)

Esta elevada prevalencia se debe a que en los pacientes ingresados en UCI se concentran 4 factores determinantes de esta complicación infecciosa ⁽¹⁴⁾: (PALACIOS, 2012)

- **Paciente susceptible;** los pacientes presentan importantes alteraciones de uno o varios órganos, son frecuentes las enfermedades crónicas, y la administración de diferentes fármacos que comprometen el sistema inmunológico. (PALACIOS, 2012)
- **Alteración de barreras defensivas;** utilización de técnicas invasivas como catéteres, sondajes, ventilación mecánica que alteran la primera línea de defensas naturales del organismo como la piel y mucosas.
- **Transmisión cruzada de microorganismos,** a pesar de las medidas protectoras que se aplican. (PALACIOS, 2012)

- **Ecosistema seleccionado;** los microorganismos patógenos han sido progresivamente seleccionados, generando resistencias, por la presión continua de los antibióticos, lo que ha conducido al desarrollo, en cada UCI, de una flora propia e independiente que se caracteriza por su elevada resistencia a los antibióticos más utilizados. (PALACIOS, 2012)

La elevada tasa de IN en las UCI respalda la necesidad de tener sistemas de vigilancia propios, de esta manera se creó el programa ENVIN. El objetivo del programa ENVIN-HELICS es registrar las infecciones relacionadas con todos aquellos procedimientos invasivos aplicados a los pacientes durante su estancia en la UCI. (PALACIOS, 2012)

FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología de la Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica está relacionada en gran medida por la introducción de un cuerpo extraño en la vía aérea superior, la que ofrece un soporte ventilatorio adecuado a un paciente crítico. La utilización del tubo endotraqueal impide los mecanismos naturales de autodefensa en la vía aérea inferior, por lo que está asociada al deterioro de la capa mucociliar, formación de una película alrededor del tubo endotraqueal (biofilm), fuga de secreciones orofaríngea y el peligro de una posible micro aspiración de contenido gástrico o las propias secreciones. (Alejandro, 2018)

DIAGNÓSTICO

Es difícil determinar cuándo se ha desarrollado NAV en un paciente hospitalizado; la fiebre, taquicardia y leucocitosis son hallazgos inespecíficos, y pueden ser causados por la misma respuesta inflamatoria al trauma por tejido devascularizado, heridas abiertas, edema pulmonar e infarto pulmonar, entre otras. El diagnóstico está basado en tres componentes principales: (Víctor Huízar Hernández, 2005)

1. Signos sistémicos de infección
2. Aumento de, o nuevos infiltrados en la radiografía de tórax
3. Evidencia bacteriológica de infección del parénquima pulmonar (Víctor Huízar Hernández, 2005)

El diagnóstico de la NAVM resulta difícil debido a la ausencia de un criterio estándar de oro para su diagnóstico, por lo tanto, se debe emplear la asociación de criterios clínicos y radiológicos apoyados por una prueba diagnóstica de elección para la obtención de muestras respiratorias, el examen microscópico y cultivo cualitativo o cuantitativo de secreciones del tracto respiratorio inferior. .El diagnóstico clínico se basa en la combinación de infiltrado radiológico de nueva aparición junto a secreciones purulentas (la invasión de microorganismos en el parénquima pulmonar desencadena una respuesta inflamatoria que conlleva a la aparición de secreciones purulentas ⁽⁴²⁾), y alguno de los siguientes criterios: fiebre, hipoxemia o leucocitosis ⁽³⁷⁾. (PALACIOS, 2012)

Pero se debe tener en cuenta, que estos datos clínicos no son específicos de la NAVM, ya que existen otras patologías que pueden presentar infiltrados pulmonares (síndrome de distress respiratorio agudo, edema agudo de pulmón, atelectasias, embolismo pulmonar, infiltración neoplásica) en pacientes que puedan ya presentar fiebre y/o leucocitosis por otras razones, complicando el diagnóstico de la neumonía ⁽⁴⁰⁾. (PALACIOS, 2012)

Con el objetivo de mejorar el diagnóstico de neumonía Pugin et al. desarrollaron una escala predictora, llamada *Clinical Pulmonary Infection Score* (CPIS) en la que se valoran una serie de parámetros (temperatura, recuento de leucocitos, aspecto de las secreciones respiratorias, oxigenación, radiografía de tórax, tinción de Gram y cultivo de aspirado traqueal) (Tabla 1). Puntuaciones mayores de 6 se asociaron con el diagnóstico de neumonía ⁽³⁷⁾. Esta escala, además de

permitir el diagnóstico, permite asignar un grado de gravedad y evaluar la resolución clínica y respuesta al tratamiento antibiótico ^(35, 42) (PALACIOS, 2012)

Tabla 1. Escala predictora elaborada por Pugin et al. *Clinical Pulmonary Infection Score*(CPIS) ⁽³⁷⁾.

Criterio	0	1	2
Secreciones traqueales	Ausentes	No purulentas	Abundantes y purulentas
Infiltrados en radiografía de tórax	No	Difuso	Localizado
Temperatura, C°	>36,5 y <38,4	>38,5 o <38,9	>39 o <36
Leucocitos	4.000-11.000	<4.000 o > 11.000	<4.000 o > 11.000 + bandas >50% o >500
P _a O ₂ /F _i O ₂	>240 o SDRA		<240 o sin SDRA

Una vez realizado el diagnóstico clínico, la recomendación es realizar una prueba de diagnóstico etiológico antes de iniciar el tratamiento antibiótico, sin que esto comporte un retraso en el inicio de su administración ⁽⁴⁰⁾. Uno de los factores más importantes para que el pronóstico sea favorable, es el tratamiento antimicrobiano apropiado y precoz, para ello es imprescindible contar con un diagnóstico etiológico de certeza ⁽³⁸⁾. (PALACIOS, 2012)

1.1 JUSTIFICACIÓN

Se considera NAVM temprana aquella que se desarrolla en las primeras 96 horas y tardía cuando se presenta posteriormente. Esta distinción se realiza para considerar los tipos de microorganismos que afecta a los pacientes de NAVM temprana y las tardía, sin embargo, se debe considerar a pacientes que por factores de riesgo son posibles portadores de microorganismos y pueden ser causales de NAVM temprana. Existen discrepancias en cuanto a las muestras cuantitativas la utilidad de las muestras distales y proximales siendo significativo los recuentos considerados como cepillo protegido, aspirado traqueal, lavado bronquio alveolar, debiendo considerar la que esté presente al sospechar un cuadro de neumonía.

A nivel mundial las NAVM representan altos gastos para las unidades médicas a causa de que las enfermedades infecciosas son de larga estancia hospitalaria, el uso de antibióticos de amplio espectro y alto costo económico. Según Ramírez (10) indico en la Asamblea Mundial de la Salud que el problema de la seguridad de un paciente especialmente en hospitales públicos de los países en desarrollo es un problema serio.

La NAVM asociada a la mortalidad es muy discutida en el ámbito de la salud a causa de que los pacientes son vulnerables cuando se encuentran en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) según el informe del Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina (8) en el 2017 la tasa anual de NAVM alcanzo 115/1000 por día de (AVM) asistencia ventilatoria mecánica en la UCI, se considera que el abordaje de las infecciones asociadas a VM son una prioridad.

Según el INEC, Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos en Ecuador las estadísticas de morbilidad y mortalidad a causa d NAVM es de 43.271 en el año 2016, en pacientes ventilados de más de 48 horas corresponde a un 20 o 25%, la incidencia es de 1% por cada día de VM, (11) INEC estima que la incidencia de adquirir neumonía por ventilación mecánica es 21 veces mayor, en contraparte con aquellos pacientes que no son sometidos a VM.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General

- Determinar la gravedad de la neumonía asociada a la ventilación mecánica en paciente de 65 años ingresado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General IESS Babahoyo.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Desarrollar técnicas y procedimientos de terapia respiratoria en el paciente de 65 años con neumonía asociada a la ventilación mecánica ingresado en el área de cuidados intensivos del Hospital General IESS Babahoyo.
- Identificar los gérmenes y cepas más frecuentes en el paciente de 65 años con neumonía asociada a la ventilación mecánica ingresado en el área de cuidados intensivos del Hospital General IESS Babahoyo.
- Describir los hallazgos clínicos, radiológicos, microbiológicos y de laboratorio, así como la evolución en el paciente de 65 años con neumonía asociada a la ventilación mecánica ingresado en el área de cuidados intensivos del Hospital General IESS Babahoyo.

1.3 Datos generales

Nombre: MAXIMO	Lugar de Nacimiento: Montalvo – Los Ríos
Apellido: RIVERA	Número de historial clínico: 60124
Edad: 65 años	Grupo sanguíneo: O Factor: +
Etnia: Montubio	Sexo: Masculino

II. METODOLOGÍA DEL DIÁGNÓSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial Clínico del paciente.

Paciente de 65 años que ingresa al área de UCI del hospital IESS Babahoyo, mostrando síntomas de dificultad respiratoria, tos, fiebre alta, sibilancias en la auscultación pulmonar, con ventilación mecánica, al paciente se le realiza otras pruebas como hemograma, radiografía, tomografía, en el cual nos arroja después de 7 días en ventilación mecánica una neumonía asociada a la V.M que se la diagnostica por medio de las pruebas realizadas al paciente.

Historial Clínico del Paciente

- Antecedentes patológicos personales: Sin antecedentes personales
- Antecedentes personales quirúrgicos: No refiere
- Antecedentes patológicos familiares: hipertensión

Signos Clínicos

- **Frecuencia cardiaca:** 95 latidos por minuto
- **Frecuencia respiratoria:** 22 resp/min, Presenta ruidos sibilantes en ambos campos pulmonares.
- **Temperatura:** 39.7°C
- **Presión arterial:** 140/70 milímetros de mercurio

Exámenes complementarios

Análisis de sangre

- Hemoglobina: 13 g/dL
- Eritrocitos: 5.3 millones/mm³
- Hematocrito: 43%
- Leucocitos: 32.081/mm³
- Trombocitos: 145.000/mm³

Análisis de gases arteriales

- PaO₂: 65mmHg
- PaCO₂: 40 mmHg

- Ph: 6.64

- HCO₃: 22 mEq/L

Otros análisis

- Pulsioximetría: SatO₂: 84%

Radiografía torácica

Infiltraciones en ambos campos pulmonares

2.2 Principios datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual.

Paciente de sexo masculino, de 65 años de edad, con antecedentes patológicos familiares como hipertensión. Ingresa al área de UCI del hospital general IESS Babahoyo mostrando síntomas de dificultad respiratoria, tos, fiebre alta, sibilancias en la auscultación pulmonar, con ventilación mecánica, Al paciente se le realiza otras pruebas como hemogramas, radiografía, en el cual nos arroja después de 7 días en ventilación mecánica una neumonía asociada a la V.M. que se diagnostica por medio de las pruebas que se le realiza al paciente. Se encuentra en buen estado general, hemodinámica mente estable; palidez de piel y mucosas. Al examen preferencial el abdomen se encuentra blando, depresible, un poco doloroso, no se palpan masas, ruidos hidroaéreos presentes. Se realiza endoscopía digestiva alta observándose la presencia de lesiones angiодisplasias tanto en estómago, como en duodeno.

Al momento del estudio endoscópico no se encontró actividad del sangrado.

2.3 Examen físico (Exploración clínica)

Piel: palidez

Labios: deshidratados.

Cráneo: Normal

Cuello: normal

Cara: Normal

Tórax: disociación torácica

Boca: Normal

Abdomen: blando, depresible, poco doloroso,

Extremidades superiores e inferiores: Normales

Peso: 83 kg **Talla:** 1.82 mts **Índice masa corporal:** 23

EXPLORACIÓN CLÍNICA

Signos clínicos

Frecuencia cardiaca: 95 latidos por minuto

Frecuencia respiratoria: 22 resp/min, (Presenta sonidos en campo pulmonar, roncus, sibilancia).

Temperatura: 39.7°C

Presión arterial: 100/70 milímetros de mercurio.

- **Diagnóstico presuntivo:** Sepsis Pulmonar
- **Diagnóstico diferencial:** Absceso Pulmonar
- **Diagnóstico definitivo:** Neumonía asociada a la ventilación mecánica

2.4 Información de exámenes complementarios realizados.

TAC de Abdomen

RX Estándar de Tórax

Biometría Hemática

Química Sanguínea

Gasometría Arterial

Electrolitos

2.5 Formulación de diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

Con los datos analizados que se obtuvieron del examen físico como de los exámenes complementarios como de laboratorios, los RX y TAC DE TORAX se establece que el paciente ingresa a hospitalización por una neumonía asociada a la ventilación mecánica

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

El paciente ingreso directamente al área de UCI por lo que se generó una complicación más que se desarrolló dentro del hospital, el paciente presento una Neumonía asociada a la ventilación esta suele desarrollarse después de 48 horas de someter a paciente a ventilación mecánica y que no la padecía el paciente cuando ingreso, también suele desarrollarse en las 72 horas siguientes a la intubación del paciente del ventilador en pocas palabras la clave de desarrollar esta infección es la presencia de un tubo traqueal o una traqueotomía.

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

La conducta clave seria la Neumonía asociada a la ventilación mecánica, esta complicación es de gran importancia porque es la principal causa de mortalidad en la unidad de cuidados intensivos, la posible solución para esta acción es que se siga estrictamente las normas de bioseguridad y que haiga una adecuada limpieza del área donde se encuentra el paciente. Así mismo con el proceso de perforación intestinal se busca el tratar de completar y consolidar la cauterización de dicha lesión sangrante, con la reiteración del argón plasma, se produce un orificio en la pared de aproximadamente 5 mm. de diámetro

2.8 Seguimiento

PLAN MEDICO REALIZADO

1. Medidas generales
2. Solución salina 0.9% 1000 cc Iva 125 cc/h
3. Solución salina 0.9+ Midazolam 100 mg + fentanil 1 ampolla a 5cc/h
4. Ceftriaxone 1 gr Iv c/12 horas
5. Fenitoin 150 mg Iv c/ 8 horas
6. Enema Fleet rectal 2
7. Metoclopramida 10mg Iv c/8 horas
8. Tramadol 50 mg Iv c/12 horas

20/09/2020

Paciente de 65 años ingresar por emergencia con una saturación de oxígeno al 84% además presenta fiebre, disociación taraco abdominal, hipotensión arterial, el médico le prescribe un análisis de sangre para valorar los gases arteriales donde arrojan los siguientes resultados:

- pao₂ 65 mmHg,
- pco₂ 40 mmHg,
- pH 6.64,
- bicarbonato 22mEq/L,
- ácido base 1.0;
-

Por lo que el médico decide intubar al paciente debido a la saturación ya que la oxigenoterapia no demuestra resultado y trasladarlo al área de UCI donde tendrá un cuidado más minucioso.

21/09/2020

El primer día de ingreso del área de UCI el paciente no presenta ninguna mejoría con el soporte ventilatorio el médico decidió corregir parámetros en el soporte ventilatorio para ver si observa una mejoría.

22/09/2020

Al segundo día de haber aplicado estas modificaciones en el soporte ventilatorio el paciente presenta una leve mejoría, pero sigue con la ventilación mecánica.

23/09/2020 al 27/09/2020

Luego de 4 días de estar en el área de unidad de cuidado intensivo el paciente se le efectúa una prueba de rutina como radiografía de tórax análisis de sangre arterial donde evaluar si existe una infiltración en los campos pulmonares y para valorar los gases arteriales.

El paciente de 65 años ingresado en el área de uci del hospital general de Babahoyo en la prueba que se le realizó se nota el análisis de sangre que los leucocitos se encuentran elevados sobre su valor normal y de la misma manera se encuentran infiltraciones en las bases de ambos campos pulmonares por lo que el médico decide efectuar la prueba de esputo para evaluar y determinar qué tipo de infección tiene el paciente.

28/09/2020

Al sexto día el paciente es diagnosticado con una neumonía que se adquirió por medio de la ventilación mecánica ya que este paciente no podía expulsar sus secreciones y por el tiempo que lleva en el soporte le ha provocado una neumonía nosocomial porque la adquirió dentro del hospital.

El médico prescribe antibióticos para tratar la neumonía y así mismo nebulizaciones para aliviar sus síntomas que aqueja al paciente con soporte ventilatorio donde presentó una mejoría al octavo día.

2.9 Observaciones

Se observó en el paciente adulto con NAV, que consiguió un recobro de modo paulatina favorecida por el método beneficioso que se le recurrió a este paciente, más el uso de medicamentos antibióticos que se usó para auxiliar a compensar la contaminación respiratoria que ocasionó una enfermedad infecciosa mancomunada al soporte ventilatorio, el cual implicó ser un método vigoroso para la NAV, no obstante, estos medicamentos auxiliaron y favorecieron al adulto de 65 años, para que éste no sea sumiso a una V.M alargada, y presentar otras infecciones o complicaciones.

Las observaciones que se mostraron al paciente de 65 años estuvieron muy efectivas gracias a la administración de antibióticos prescritos por el médico y la terapia respiratoria que se le empleó al adulto con NAVM, el paciente corrigió su problema respiratorio, corrigió sus signos vitales, además, de reducir de modo paulatina los glóbulos blancos y optimizar el paso del aire hacia los alveolos, sin generar ruidos al ingresar el aire.

CONCLUSIONES

Al finalizar la presente investigación sobre la neumonía asociada a la ventilación mecánica en el paciente de 65 años hospitalizado en el área de cuidados intensivos del Hospital General IESS Babahoyo puedo concluir que:

- La neumonía asociada a la ventilación mecánica en el paciente mayor es un problema muy frecuente durante la atención médica, tanto para la toma de decisiones acerca de cuál es el mejor esquema terapéutico, motivo por el cual se realizó este estudio de caso clínico.
- Se analizó que el grado de adquirir neumonía asociada a la ventilación mecánica depende de los días que el paciente estuvo sometido en un soporte ventilatorio y por ende tiene mayor riesgo de adquirir este tipo de neumonía.
- El factor edad también es un importante riesgo de que las personas que ingresan al área de UCI y están en un soporte ventilatorio se origine una neumonía nosocomial.

RECOMENDACIONES

Se busca recomendar a través de este estudio que:

Fomentar la continua investigación a través de más información, para futuros estudios con respecto a la Neumonía Asociada Ventilación Mecánica y mantener un análisis constante del comportamiento de la bacteria en un mayor periodo de tiempo.

Analizar este tipo de estudio con los otros para entender con más precisión la relación de una neumonía asociada a una ventilación mecánica con el proceso de enfermedad que pueden poseer diferentes pacientes.

Recopilar cada información necesaria para que las autoridades y directivos de cada uno de los centros médicos pueda tomar de decisiones, establezcan un análisis sobre el impacto económico por el aumento de estancia hospitalaria de los pacientes y que al final terminan con este tipo de enfermedad en su sistema respiratorio.

Mejorar la capacidad del médico para que tomen en cuenta lo importante de la información con respecto a la neumonía asociada con la ventilación mecánica, ya que esto nos permite direccionar desde el principio el tratamiento adecuado a los pacientes y poder evitar el alto porcentaje de resistencia, además de las largas estancias hospitalarias y de ser posible disminuir la mortalidad.

REFERENCIAS

- A. Méndez Echevarría, M. G. (s.f.). *Neumonía adquirida en la comunidad*. Obtenido de <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/neumonia.pdf>
- Alejandro, C. B. (2018). *Neumonía asociada a Ventilación Mecánica*. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/16035/1/T-UCE-0020-CDI-0105-TF.pdf>
- CLINICO UNIVERSIDAD DE NAVARRA. (s.f.). Obtenido de <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/neumonia#:~:text=El%20diagnóstico%20de%20la%20neumonía,y%20el%20tipo%20de%20severidad>.
- DIAZ, E. (DICIEMBRE de 2013). *Neumonía nosocomial*. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-neumonia-nosocomial-S0213005X13001316?referer=colección>
- PALACIOS, L. C. (FEBRERO de 2012). *NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA* . Obtenido de NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA : https://gruposdetrabajo.sefh.es/gps/images/stories/publicaciones/neumonia_ventilacion_OKOK_2012.pdf
- Víctor Huízar Hernández. (2005). *Neumonía asociada a ventilación mecánica*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2005/nt051d.pdf>