

Article: Case Report

Hospital management of community-acquired pneumonia with respiratory complications: a case study

Manejo hospitalario de neumonía adquirida en la comunidad con complicaciones respiratorias: estudio de caso

¹Joel David Bastidas Jimbo  .

¹Universidad Regional Autónoma de los Andes - Facultad de Ciencias Médicas Santo Domingo, Ecuador

*Corresponding author: Joel David Bastidas Jimbo 

Submitted: 29-01-2026

Revised: 21-02-2026

Accepted: 10-03-2026

Published: 17-04-2026

Cite as:

Bastidas Jimbo, J. D. (2026). Manejo hospitalario de neumonía adquirida en la comunidad con complicaciones respiratorias: estudio de caso. *Sapiens in Health Sciences*, 4(1), 1-13. <https://doi.org/10.71068/hs000104>

ABSTRACT

Introduction: This case addresses neumonía adquirida en la comunidad grave con insuficiencia respiratoria hipoxémica, a clinically relevant condition in which early recognition, structured assessment, and risk-adapted treatment can substantially modify outcomes. The presentation illustrates how nonspecific or complex findings may delay diagnosis when they are interpreted separately.

Objective: To describe the diagnostic reasoning, individualized intervention, multidisciplinary decisions, and clinical evolution of an adult patient with neumonía adquirida en la comunidad grave con insuficiencia respiratoria hipoxémica. Case presentation: A 67-year-old patient presented with fiebre, tos productiva, dolor pleurítico y disnea progresiva de cuatro días, con deterioro marcado durante las últimas doce horas. Clinical assessment, laboratory testing, targeted imaging, differential diagnosis, treatment, and follow-up were documented sequentially.

Results: The integrated evaluation established neumonía adquirida en la comunidad grave con insuficiencia respiratoria hipoxémica y derrame parapneumónico no complicado. Management included antibioterapia empírica intravenosa, oxigenoterapia de alto flujo, fisioterapia respiratoria, control metabólico y reevaluación seriada; corticoide sistémico tras valoración de gravedad. The patient showed mejoría de oxigenación durante 72 horas, descenso de marcadores inflamatorios, transición a cánula convencional, movilización precoz y alta al noveno día.

Conclusions: The case highlights the value of linking diagnostic probability, objective severity, repeated reassessment, and individualized treatment. A favorable outcome depended on timely decisions, coordinated care, and a structured follow-up plan rather than on a single diagnostic test or isolated intervention.

Keywords: community-acquired pneumonia; respiratory failure; hospitalization; antibiotics; oxygen therapy.

RESUMEN

Introducción: Este caso aborda neumonía adquirida en la comunidad grave con insuficiencia respiratoria hipoxémica, una condición clínicamente relevante en la que el reconocimiento temprano, la evaluación estructurada y el tratamiento adaptado al riesgo pueden modificar de manera sustancial la evolución. La presentación ilustra cómo hallazgos inespecíficos o complejos pueden retrasar el diagnóstico cuando se interpretan de forma aislada.

Objetivo: Describir el razonamiento diagnóstico, la intervención individualizada, las decisiones multidisciplinarias y la evolución clínica de una persona adulta con neumonía adquirida en la comunidad grave con insuficiencia respiratoria hipoxémica.

Presentación del caso: Paciente de 67 años que consultó por fiebre, tos productiva, dolor pleurítico y disnea progresiva de cuatro días, con deterioro marcado durante las últimas doce horas. Se documentaron de forma secuencial la valoración clínica, las pruebas de laboratorio, la imagen dirigida, el diagnóstico diferencial, el tratamiento y el seguimiento.

Resultados: La evaluación integrada estableció neumonía adquirida en la comunidad grave con insuficiencia respiratoria hipoxémica y derrame parapneumónico no complicado. El manejo incluyó antibioterapia empírica intravenosa, oxigenoterapia de alto flujo, fisioterapia respiratoria, control metabólico y reevaluación seriada; corticoide sistémico tras valoración de gravedad. La evolución mostró mejoría de oxigenación durante 72 horas, descenso de marcadores inflamatorios, transición a cánula convencional, movilización precoz y alta al noveno día.

Conclusiones: El caso destaca el valor de vincular probabilidad diagnóstica, gravedad objetiva, reevaluación repetida y tratamiento individualizado. El desenlace favorable dependió de decisiones oportunas, atención coordinada y seguimiento estructurado, y no de una única prueba diagnóstica o intervención aislada.

Palabras clave: neumonía adquirida en la comunidad; insuficiencia respiratoria; hospitalización; antibióticos; oxigenoterapia.

INTRODUCTION

La neumonía adquirida en la comunidad continúa siendo una causa importante de hospitalización y puede evolucionar hacia insuficiencia respiratoria, sepsis y necesidad de cuidados intensivos. Jones et al. (1) aporta evidencia relevante sobre las recomendaciones clínicas para neumonía comunitaria, mientras Cook y Wulf (2) complementa esta perspectiva al abordar los criterios diagnósticos y el manejo. El eje de definición y gravedad es particularmente importante porque modifica la probabilidad diagnóstica, el nivel de riesgo o la selección del tratamiento según la situación del paciente. La literatura reciente insiste en evitar decisiones basadas en un único dato y favorece integrar antecedentes, exploración, pruebas complementarias, respuesta inicial y contexto asistencial.

En este contexto clínico, la toma de decisiones debe construirse de manera secuencial y verificable. Calabretta et al. (3) aporta evidencia relevante sobre la neumonía comunitaria grave, mientras Dequin et al. (4) complementa esta perspectiva al abordar el uso de hidrocortisona en enfermedad grave. El eje de diagnóstico clínico-radiológico es particularmente importante porque modifica la probabilidad diagnóstica, el nivel de riesgo o la selección del tratamiento según la situación del paciente. La literatura reciente insiste en evitar decisiones basadas en un único dato y favorece integrar antecedentes, exploración, pruebas complementarias, respuesta inicial y contexto asistencial. Esta integración reduce errores por anclaje, permite reevaluar hipótesis cuando la evolución no es la esperada y facilita justificar cada cambio terapéutico.

En este contexto clínico, la toma de decisiones debe construirse de manera secuencial y verificable. Saleem et al. (5) aporta evidencia relevante sobre la evidencia sobre corticoides, mientras Bergmann et al. (6) complementa esta perspectiva al abordar la seguridad de la terapia antiinflamatoria. El eje de microbiología y biomarcadores es particularmente importante porque modifica la probabilidad

diagnóstica, el nivel de riesgo o la selección del tratamiento según la situación del paciente. La literatura reciente insiste en evitar decisiones basadas en un único dato y favorece integrar antecedentes, exploración, pruebas complementarias, respuesta inicial y contexto asistencial. Esta integración reduce errores por anclaje, permite reevaluar hipótesis cuando la evolución no es la esperada y facilita justificar cada cambio terapéutico.

En este contexto clínico, la toma de decisiones debe construirse de manera secuencial y verificable. Cheema et al. (7) aporta evidencia relevante sobre la síntesis de ensayos aleatorizados, mientras Chaudhuri et al. (8) complementa esta perspectiva al abordar los efectos adversos de corticoides. El eje de antibioticoterapia inicial es particularmente importante porque modifica la probabilidad diagnóstica, el nivel de riesgo o la selección del tratamiento según la situación del paciente. La literatura reciente insiste en evitar decisiones basadas en un único dato y favorece integrar antecedentes, exploración, pruebas complementarias, respuesta inicial y contexto asistencial. Esta integración reduce errores por anclaje, permite reevaluar hipótesis cuando la evolución no es la esperada y facilita justificar cada cambio terapéutico.

En este contexto clínico, la toma de decisiones debe construirse de manera secuencial y verificable. Vaughn et al. (9) aporta evidencia relevante sobre la evaluación clínica contemporánea, mientras Cavallazzi y Ramirez (10) complementa esta perspectiva al abordar la epidemiología y patogénesis de enfermedad grave. El eje de fracaso terapéutico es particularmente importante porque modifica la probabilidad diagnóstica, el nivel de riesgo o la selección del tratamiento según la situación del paciente. La literatura reciente insiste en evitar decisiones basadas en un único dato y favorece integrar antecedentes, exploración, pruebas complementarias, respuesta inicial y contexto asistencial. Esta integración reduce errores por anclaje, permite reevaluar hipótesis cuando la evolución no es la esperada y facilita justificar cada cambio terapéutico.

En este contexto clínico, la toma de decisiones debe construirse de manera secuencial y verificable. Ferrer et al. (11) aporta evidencia relevante sobre el soporte respiratorio no invasivo e invasivo, mientras Bassetti et al. (12) complementa esta perspectiva al abordar las estrategias antibióticas. El eje de oxigenoterapia y soporte ventilatorio es particularmente importante porque modifica la probabilidad diagnóstica, el nivel de riesgo o la selección del tratamiento según la situación del paciente. La literatura reciente insiste en evitar decisiones basadas en un único dato y favorece integrar antecedentes, exploración, pruebas complementarias, respuesta inicial y contexto asistencial. Esta integración reduce errores por anclaje, permite reevaluar hipótesis cuando la evolución no es la esperada y facilita justificar cada cambio terapéutico.

En este contexto clínico, la toma de decisiones debe construirse de manera secuencial y verificable. Póvoa et al. (13) aporta evidencia relevante sobre el papel de biomarcadores, mientras Méndez et al. (14) complementa esta perspectiva al abordar el fracaso terapéutico y estabilidad clínica. El eje de corticoides en enfermedad grave es particularmente importante porque modifica la probabilidad diagnóstica, el nivel de riesgo o la selección del tratamiento según la situación del paciente. La literatura reciente insiste en evitar decisiones basadas en un único dato y favorece integrar antecedentes, exploración, pruebas complementarias, respuesta inicial y contexto asistencial. Esta

integración reduce errores por anclaje, permite reevaluar hipótesis cuando la evolución no es la esperada y facilita justificar cada cambio terapéutico.

En este contexto clínico, la toma de decisiones debe construirse de manera secuencial y verificable. Chaudhuri et al. (15) aporta evidencia relevante sobre las recomendaciones actualizadas de corticoides, mientras See et al. (16) complementa esta perspectiva al abordar el efecto diferencial de corticoides. El eje de sepsis y complicaciones es particularmente importante porque modifica la probabilidad diagnóstica, el nivel de riesgo o la selección del tratamiento según la situación del paciente. La literatura reciente insiste en evitar decisiones basadas en un único dato y favorece integrar antecedentes, exploración, pruebas complementarias, respuesta inicial y contexto asistencial. Esta integración reduce errores por anclaje, permite reevaluar hipótesis cuando la evolución no es la esperada y facilita justificar cada cambio terapéutico.

En este contexto clínico, la toma de decisiones debe construirse de manera secuencial y verificable. Chiang et al. (17) aporta evidencia relevante sobre la interpretación de la evidencia reciente, mientras Raess et al. (18) complementa esta perspectiva al abordar la evolución de biomarcadores inflamatorios. El eje de estabilidad clínica y desescalamiento es particularmente importante porque modifica la probabilidad diagnóstica, el nivel de riesgo o la selección del tratamiento según la situación del paciente. La literatura reciente insiste en evitar decisiones basadas en un único dato y favorece integrar antecedentes, exploración, pruebas complementarias, respuesta inicial y contexto asistencial. Esta integración reduce errores por anclaje, permite reevaluar hipótesis cuando la evolución no es la esperada y facilita justificar cada cambio terapéutico.

En este contexto clínico, la toma de decisiones debe construirse de manera secuencial y verificable. Bonsall (19) aporta evidencia relevante sobre las controversias hospitalarias actuales, mientras Venturas et al. (20) complementa esta perspectiva al abordar los resultados en neumonía comunitaria grave. El eje de seguimiento hospitalario es particularmente importante porque modifica la probabilidad diagnóstica, el nivel de riesgo o la selección del tratamiento según la situación del paciente. La literatura reciente insiste en evitar decisiones basadas en un único dato y favorece integrar antecedentes, exploración, pruebas complementarias, respuesta inicial y contexto asistencial. Esta integración reduce errores por anclaje, permite reevaluar hipótesis cuando la evolución no es la esperada y facilita justificar cada cambio terapéutico.

El presente estudio de caso examina el manejo hospitalario de neumonía adquirida en la comunidad con complicaciones respiratorias. Su interés reside en reconstruir la cronología clínica, explicar los hallazgos que modificaron el diagnóstico diferencial y mostrar cómo se ajustó la conducta a medida que aparecieron nuevos datos. La descripción mantiene separados los hechos observados, la interpretación clínica y el contraste con la literatura, de modo que el lector pueda reconocer qué decisiones fueron determinantes y cuáles dependieron del contexto. El objetivo no es presentar una trayectoria idealizada, sino identificar lecciones transferibles sobre oportunidad diagnóstica, seguridad terapéutica, vigilancia y continuidad asistencial. Esta perspectiva favorece una lectura crítica del caso y de sus implicaciones para pacientes con presentaciones comparables.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Anamnesis

Se presenta el caso de una persona de 67 años, de sexo femenino, con ocupación de comerciante jubilada. Entre sus antecedentes destacaban diabetes tipo 2 controlada, EPOC leve, vacunación antigripal irregular y sin hospitalizaciones durante el año previo. La información se obtuvo mediante entrevista clínica dirigida y revisión de antecedentes disponibles. No se identificaron alergias medicamentosas graves ni procedimientos recientes distintos de los señalados en la historia. La valoración inicial se orientó a reconocer factores predisponentes, exposiciones, tratamientos habituales y cambios recientes capaces de explicar el cuadro. También se exploraron adherencia terapéutica, automedicación, funcionalidad basal y red de apoyo, porque estos elementos podían modificar tanto el diagnóstico diferencial como la factibilidad del plan de tratamiento.

Padecimiento actual

El motivo de consulta fue fiebre, tos productiva, dolor pleurítico y disnea progresiva de cuatro días, con deterioro marcado durante las últimas doce horas. La cronología mostró un inicio progresivo, seguido de un cambio clínico que motivó la búsqueda de atención. Durante la entrevista se precisaron intensidad, duración, factores desencadenantes y síntomas acompañantes, además de tratamientos intentados antes del ingreso. Se descartaron de forma dirigida manifestaciones que habrían sugerido diagnósticos alternativos inmediatos. La secuencia temporal fue considerada esencial, ya que permitió distinguir síntomas basales de cambios agudos y establecer qué hallazgos requerían confirmación prioritaria. El equipo mantuvo una hipótesis abierta durante las primeras horas para evitar atribuir prematuramente todo el cuadro a una sola comorbilidad.

Exploración física

Al ingreso se registraron temperatura 39,0 °C, presión arterial 98/62 mmHg, frecuencia cardíaca 118 lpm, frecuencia respiratoria 32 rpm y saturación 84 % al aire ambiente. La exploración mostró uso de musculatura accesoria, crepitantes bibasales predominantes a derecha, matidez basal derecha y estado mental conservado. Se realizó una evaluación sistemática por aparatos, con énfasis en signos de hipoperfusión, dificultad respiratoria, alteración neurológica, infección sistémica y daño de órgano blanco según la naturaleza del problema. Los hallazgos positivos se documentaron junto con los negativos clínicamente relevantes para facilitar la comparación posterior. La exploración se repitió después de las primeras medidas terapéuticas, porque la tendencia clínica podía aportar información adicional sobre gravedad y respuesta. No se asumió estabilidad únicamente por la ausencia de un signo aislado, y se mantuvo vigilancia proporcional al riesgo estimado.

Pruebas complementarias

Los estudios iniciales mostraron leucocitos 18 900/μL, proteína C reactiva 238 mg/L, procalcitonina 3,1 ng/mL, lactato 2,3 mmol/L y PaO₂/FiO₂ de 180. Estos resultados se interpretaron en conjunto con la situación clínica y no como datos independientes. Se solicitaron pruebas adicionales para confirmar el mecanismo sospechado, valorar repercusión sistémica y establecer una línea basal antes del tratamiento. La prioridad fue seleccionar estudios con capacidad real para modificar la conducta,

evitando repeticiones sin utilidad clínica. Los resultados fueron revisados de forma seriada cuando existía posibilidad de cambio rápido. La integración de laboratorio con signos vitales y exploración permitió reconocer la severidad del proceso y definir qué parámetros debían vigilarse con mayor frecuencia durante las primeras horas de atención.

Pruebas complementarias

En cuanto a imagen y estudios funcionales, se documentó radiografía con consolidación multilobar derecha y pequeño derrame; tomografía con consolidación extensa sin absceso y ecografía pleural sin tabicaciones. La elección de estas pruebas respondió a preguntas clínicas específicas y se coordinó con los servicios correspondientes para reducir demoras. Los hallazgos se discutieron con el equipo tratante antes de establecer una conducta definitiva. Cuando una prueba mostraba una alteración, se valoraba si explicaba por completo la presentación o si coexistían procesos adicionales. Esta lectura evitó sobrediagnosticar hallazgos incidentales y permitió concentrar la intervención en los cambios con mayor relevancia pronóstica. La correlación clínico-radiológica fue particularmente útil para definir el nivel de vigilancia y el momento oportuno de intervenir.

Diagnóstico diferencial y definitivo

El diagnóstico diferencial incluyó entidades capaces de producir síntomas y alteraciones similares, considerando causas frecuentes y condiciones de alto riesgo que no podían omitirse. Cada posibilidad se contrastó con la cronología, los factores predisponentes, la exploración y los resultados disponibles. Se evitó descartar alternativas únicamente por una presentación incompleta, y se utilizaron pruebas confirmatorias cuando el resultado podía modificar el tratamiento. La reevaluación permitió reducir progresivamente la incertidumbre. Finalmente, el diagnóstico integrador fue neumonía adquirida en la comunidad grave con insuficiencia respiratoria hipoxémica y derrame parapneumónico no complicado. La formulación definitiva incluyó gravedad, complicaciones y comorbilidades relevantes, porque estos componentes determinaron la intensidad terapéutica y el plan de seguimiento.

Tratamiento inicial

El tratamiento se inició con antibioterapia empírica intravenosa, oxigenoterapia de alto flujo, fisioterapia respiratoria, control metabólico y reevaluación seriada; corticoide sistémico tras valoración de gravedad. Las primeras medidas se seleccionaron según el riesgo inmediato y la posibilidad de reversibilidad, procurando no retrasar intervenciones necesarias mientras se completaba la confirmación diagnóstica. Se establecieron metas clínicas para las siguientes horas y criterios explícitos de escalamiento. La prescripción fue revisada considerando función renal, interacciones, contraindicaciones y tratamientos previos. Se explicó a la persona atendida el motivo de las decisiones y los posibles cambios según la evolución. Esta comunicación favoreció la adherencia y permitió incorporar preferencias cuando existían opciones clínicamente equivalentes. La estrategia inicial se consideró provisional y sujeta a reevaluación objetiva.

Evolución intrahospitalaria

Durante las primeras veinticuatro horas se realizaron reevaluaciones seriadas de síntomas, signos vitales y parámetros relevantes. La respuesta inicial permitió mantener la estrategia sin necesidad de una intervención de rescate no prevista. Los hallazgos que persistían se analizaron en relación con el tiempo esperado de respuesta y con posibles complicaciones. El equipo evitó interpretar una mejoría parcial como resolución completa y mantuvo vigilancia hasta observar una tendencia consistente. Las decisiones se registraron con su justificación clínica para facilitar continuidad entre turnos. La evolución mostró una relación temporal razonable entre las intervenciones y los cambios observados, aunque se reconoció que un caso individual no permite atribuir causalidad definitiva.

Evolución intrahospitalaria

En las siguientes jornadas, la evolución fue mejoría de oxigenación durante 72 horas, descenso de marcadores inflamatorios, transición a cánula convencional, movilización precoz y alta al noveno día. La mejoría permitió reducir gradualmente la intensidad del soporte y avanzar hacia medidas de recuperación funcional. Antes de cada transición se verificó estabilidad clínica, tolerancia al tratamiento y ausencia de señales de deterioro. También se revisaron resultados pendientes y se ajustó la terapia a la información definitiva disponible. El alta no se basó únicamente en un valor aislado, sino en un conjunto de criterios clínicos y de seguridad. Se entregaron instrucciones escritas, signos de alarma y un plan de seguimiento, procurando que la continuidad asistencial formara parte del tratamiento y no fuese un componente separado.

Seguimiento

El seguimiento ambulatorio se planificó con controles escalonados para verificar recuperación, tolerancia, adherencia y necesidad de nuevos ajustes. En la primera revisión se compararon síntomas, exploración y parámetros objetivos con la situación al alta. La persona refirió comprensión adecuada de las indicaciones y no presentó eventos adversos mayores. Se reforzaron medidas preventivas relacionadas con los factores modificables identificados durante la hospitalización. Las consultas posteriores confirmaron una evolución favorable y permitieron simplificar progresivamente algunas medidas de vigilancia. El equipo mantuvo coordinación entre atención primaria y especialidades para reducir pérdidas de información y asegurar que los objetivos clínicos siguieran siendo pertinentes después de la fase aguda.

Tabla 1. Hallazgos clínicos y complementarios relevantes

Dominio	Hallazgo principal
Signos vitales	temperatura 39,0 °C, presión arterial 98/62 mmHg, frecuencia cardiaca 118 lpm, frecuencia respiratoria 32 rpm y saturación 84 % al aire ambiente
Exploración	uso de musculatura accesoria, crepitantes bibasales predominantes a derecha, matidez basal derecha y estado mental conservado

Dominio	Hallazgo principal
Laboratorio	leucocitos 18 900/ μ L, proteína C reactiva 238 mg/L, procalcitonina 3,1 ng/mL, lactato 2,3 mmol/L y PaO ₂ /FiO ₂ de 180
Imagen/estudios	radiografía con consolidación multilobar derecha y pequeño derrame; tomografía con consolidación extensa sin absceso y ecografía pleural sin tabicaciones
Diagnóstico	neumonía adquirida en la comunidad grave con insuficiencia respiratoria hipoxémica y derrame parapneumónico no complicado

DISCUSSION

El principal aprendizaje del caso es que el abordaje de neumonía adquirida en la comunidad grave con insuficiencia respiratoria hipoxémica debe sostenerse en una secuencia clínica explícita y no en la acumulación desordenada de pruebas. La evolución favorable estuvo precedida por una valoración que conectó probabilidad, gravedad, diagnóstico diferencial y respuesta inicial. Este punto coincide con la literatura reciente, que recomienda interpretar los hallazgos dentro del contexto clínico y seleccionar intervenciones según su capacidad para cambiar resultados. La primera decisión relevante fue reconocer que la presentación podía ocultar un proceso de mayor riesgo y que la ausencia de manifestaciones clásicas no era suficiente para disminuir la vigilancia. Esa prudencia diagnóstica evitó un retraso potencialmente perjudicial (5).

Un segundo aspecto fue la necesidad de diferenciar confirmación diagnóstica de estratificación pronóstica. Obtener un diagnóstico correcto no completa el proceso si no se define también la probabilidad de deterioro y el nivel de atención requerido. En este caso, los datos clínicos, de laboratorio e imagen se integraron para decidir intensidad de monitorización y tratamiento. La literatura contemporánea subraya que los resultados mejoran cuando el manejo se adapta al riesgo y se revisa de forma dinámica, especialmente durante las primeras horas. Esta estrategia reduce dos errores opuestos: tratar de manera insuficiente a quien puede deteriorarse o aplicar intervenciones agresivas a quien puede manejarse con medidas menos invasivas (6).

La individualización terapéutica fue igualmente importante. Aunque existen recomendaciones generales, la elección concreta depende de comorbilidades, función orgánica, contraindicaciones, preferencias y respuesta temprana. El plan se modificó conforme aparecieron resultados definitivos, evitando mantener decisiones empíricas más tiempo del necesario. Esta conducta es consistente con un modelo de medicina basada en evidencia que combina estudios poblacionales con características individuales. La utilidad del caso no reside en reproducir exactamente el mismo esquema en otros pacientes, sino en mostrar cómo establecer objetivos, evaluar respuesta y ajustar el tratamiento sin perder continuidad. La literatura reciente destaca que la adaptación razonada es un componente central de la seguridad clínica (7).

También debe resaltarse la función del trabajo interdisciplinario. La complejidad de neumonía adquirida en la comunidad grave con insuficiencia respiratoria hipoxémica obliga con frecuencia a

integrar perspectivas de urgencias, medicina interna y otras especialidades según los hallazgos. En este caso, la comunicación entre profesionales permitió revisar resultados, anticipar complicaciones y definir transiciones de cuidado. El valor del equipo no provino de multiplicar interconsultas, sino de asignar responsabilidades y compartir objetivos. Esta forma de organización reduce contradicciones y facilita que una señal de deterioro tenga una respuesta definida. La evidencia contemporánea considera que la coordinación es especialmente relevante cuando el tratamiento combina intervenciones farmacológicas, procedimientos, soporte y educación para el autocuidado (8).

Las limitaciones diagnósticas del caso incluyen la dependencia de pruebas realizadas en un momento concreto y la posibilidad de que algunos hallazgos estuvieran influidos por tratamientos previos. Además, un resultado favorable puede inducir sesgo retrospectivo y hacer parecer inevitables decisiones que en tiempo real estuvieron acompañadas de incertidumbre. Para reducir ese riesgo, la interpretación debe centrarse en la información disponible en cada punto de decisión. El caso no demuestra superioridad de una estrategia sobre otra y tampoco permite estimar frecuencia, sensibilidad o efecto terapéutico. Su aporte es ilustrativo: muestra un proceso de razonamiento, los criterios utilizados para modificar la conducta y los elementos que facilitaron una evolución segura.

Otra limitación es que la evolución clínica depende de factores que no pueden separarse por completo. La mejoría puede relacionarse con el tratamiento específico, con medidas de soporte, con la historia natural del proceso y con la ausencia de complicaciones. Por ello, no se atribuye causalidad a una intervención aislada. El valor educativo aumenta cuando se explicitan estas restricciones y se evita transformar una experiencia individual en recomendación general. Para casos futuros sería útil documentar de manera prospectiva tiempos de decisión, indicadores funcionales y resultados reportados por el paciente. Esa información permitiría comparar trayectorias clínicas y comprender mejor qué componentes del manejo tienen mayor relevancia práctica.

Desde la perspectiva de seguridad del paciente, el caso muestra la importancia de establecer puntos de reevaluación. Una orden terapéutica correcta puede volverse inadecuada si no se revisa frente a nueva información. Por esta razón, se definieron metas y criterios de escalamiento desde el inicio, lo que facilitó reconocer respuesta suficiente y evitar intervenciones innecesarias. La revisión de función orgánica, interacciones y tolerancia acompañó cada ajuste. Esta práctica es especialmente útil en pacientes con comorbilidades, porque reduce el riesgo de que el tratamiento de un problema descompense otro. La seguridad se entendió como un proceso activo de vigilancia y adaptación, no únicamente como ausencia de eventos adversos.

La experiencia del paciente también formó parte de la evaluación. La comprensión de la enfermedad, el motivo de las pruebas y el propósito de los tratamientos influye en adherencia y continuidad. En este caso se utilizaron explicaciones breves y repetidas durante las transiciones asistenciales, verificando dudas y barreras para el seguimiento. Esta dimensión resulta relevante porque una evolución hospitalaria favorable puede perderse si el plan posterior es complejo o poco realista. La educación al alta se vinculó con signos de alarma, medidas preventivas y responsables de seguimiento. El objetivo fue convertir la información clínica en acciones concretas que la persona pudiera sostener fuera del hospital.

En términos de aplicabilidad, el caso puede ser útil para equipos que atienden pacientes con síntomas inespecíficos y riesgo de deterioro. La principal recomendación práctica es mantener una hipótesis diagnóstica flexible hasta integrar los datos relevantes, evitando tanto el exceso de pruebas como el cierre prematuro. La segunda es documentar por qué un hallazgo cambia o no cambia la conducta. La tercera consiste en planificar el seguimiento desde la fase aguda. Estas medidas no requieren tecnología extraordinaria, pero sí organización, comunicación y disciplina clínica. Su implementación puede mejorar la trazabilidad de decisiones y facilitar que diferentes profesionales mantengan una estrategia coherente a lo largo de la atención.

Finalmente, la evolución favorable no elimina la necesidad de prevención secundaria. El episodio agudo debe utilizarse para identificar factores modificables, revisar tratamientos crónicos y fortalecer la capacidad de reconocer recurrencias. En este caso, el seguimiento permitió comprobar recuperación y reforzar medidas específicas relacionadas con el mecanismo identificado. La continuidad también ofreció la oportunidad de retirar intervenciones temporales y evitar tratamientos indefinidos sin indicación. El mensaje central es que el alta representa una transición de riesgo y no el final del proceso clínico. Un plan bien estructurado debe indicar responsables, plazos, objetivos y señales que justifiquen una reevaluación anticipada.

CONCLUSIONS

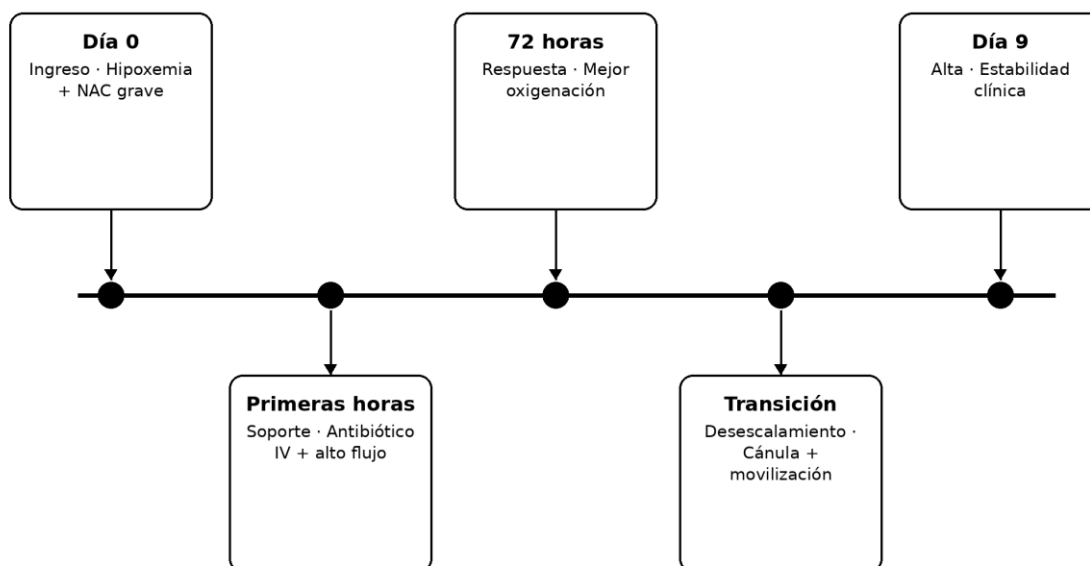
Este caso muestra que el manejo de neumonía adquirida en la comunidad grave con insuficiencia respiratoria hipoxémica puede alcanzar una evolución favorable cuando el razonamiento diagnóstico se organiza de forma secuencial y se vincula con decisiones terapéuticas proporcionales al riesgo. La anamnesis, la exploración, las pruebas complementarias y la reevaluación seriada aportaron información diferente pero complementaria. La utilidad clínica surgió de integrar esos datos y no de depender de una prueba aislada. El reconocimiento temprano de señales de gravedad permitió establecer vigilancia apropiada, mientras que la revisión continua evitó mantener intervenciones que dejaron de ser necesarias. Esta lógica puede orientar casos comparables sin asumir que una experiencia individual sustituye la evidencia poblacional.

La segunda conclusión es que la individualización no significa apartarse de las recomendaciones, sino aplicarlas considerando comorbilidades, riesgos, preferencias y capacidad de seguimiento. El plan terapéutico se ajustó conforme cambió la información clínica y se definieron objetivos verificables para cada etapa. La coordinación interdisciplinaria facilitó esas transiciones y redujo la fragmentación. También fue decisiva la comunicación con la persona atendida, especialmente al preparar el alta y las medidas preventivas. Para la práctica, conviene establecer desde el inicio criterios de respuesta, deterioro y escalamiento, porque esta estructura transforma la vigilancia en una herramienta activa de seguridad y mejora la continuidad entre profesionales y niveles asistenciales.

Como recomendación final, los casos clínicos complejos deben documentar no solo qué se hizo, sino por qué se tomó cada decisión y qué información motivó los cambios. Esta trazabilidad favorece aprendizaje, auditoría y comunicación, y permite identificar puntos donde podría producirse un retraso diagnóstico o terapéutico. El seguimiento posterior debe confirmar recuperación, detectar efectos adversos y abordar factores modificables relacionados con recurrencia. El presente caso

aporta una lección práctica sobre integración clínica y continuidad, pero sus conclusiones deben interpretarse dentro de las limitaciones de un reporte individual. La transferencia a otros pacientes requiere valoración independiente, evidencia actualizada y adaptación al contexto asistencial disponible.

Figura 1. Línea temporal de la evolución hospitalaria de la neumonía comunitaria complicada.



Nota. La trayectoria resume soporte respiratorio, respuesta temprana, desescalamiento y alta hospitalaria.

BIBLIOGRAPHIC REFERENCES

1. Jones BE, Herman DD, Dela Cruz CS, Waterer GW, Metlay JP, Ruminjo JK, et al. Summary for clinicians: clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of community-acquired pneumonia. *Ann Am Thorac Soc.* 2020;17(2):133-138. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201909-704CME>.
2. Cook LK, Wulf JA. Community-acquired pneumonia: a review of current diagnostic criteria and management. *Am J Nurs.* 2020;120(12):34-42. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000723420.30838.97>.
3. Calabretta D, Martín-Loeches I, Torres A. New guidelines for severe community-acquired pneumonia. *Semin Respir Crit Care Med.* 2024;45(2):274-286. <https://doi.org/10.1055/s-0043-1777797>.
4. Dequin PF, Meziani F, Quenot JP, Kamel T, Ricard JD, Badie J, et al. Hydrocortisone in severe community-acquired pneumonia. *N Engl J Med.* 2023;388(21):1931-1941. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2215145>.
5. Saleem N, Kulkarni A, Snow TAC, Ambler G, Singer M, Arulkumaran N. Effect of corticosteroids on mortality and clinical cure in community-acquired pneumonia. *Chest.* 2023;163(3):484-497. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2022.08.2229>.

<https://doi.org/10.71068/hs000104>

6. Bergmann F, Pracher L, Sawodny R, Blaschke A, Gelbenegger G, Radtke C, et al. Efficacy and safety of corticosteroid therapy for community-acquired pneumonia. *Clin Infect Dis*. 2023;77(12):1704-1713. <https://doi.org/10.1093/cid/ciad496>.
7. Cheema HA, Musheer A, Ejaz A, Paracha AA, Shahid A, Rehman MEU, et al. Efficacy and safety of corticosteroids for the treatment of community-acquired pneumonia. *J Crit Care*. 2024;80:154507. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2023.154507>.
8. Chaudhuri D, Israelian L, Putowski Z, Prakash J, Pitre T, Nei AM, et al. Adverse effects related to corticosteroid use in sepsis, ARDS, and community-acquired pneumonia. *Crit Care Explor*. 2024;6(4):e1071. <https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000001071>.
9. Vaughn VM, Dickson RP, Horowitz JK, Flanders SA. Community-acquired pneumonia: a review. *JAMA*. 2024;332(15):1282-1295. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.14796><https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000001071>.
10. Cavallazzi R, Ramirez JA. Definition, epidemiology, and pathogenesis of severe community-acquired pneumonia. *Semin Respir Crit Care Med*. 2024;45(2):143-157. <https://doi.org/10.1055/s-0044-1779016><https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000001071>.
11. Ferrer M, De Pascale G, Tanzarella ES, Antonelli M. Severe community-acquired pneumonia: noninvasive mechanical ventilation, intubation, and HFNT. *Semin Respir Crit Care Med*. 2024;45(2):169-186. <https://doi.org/10.1055/s-0043-1778140><https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000001071>.
12. Bassetti M, Giacobbe DR, Magnasco L, Fantin A, Vena A, Castaldo N. Antibiotic strategies for severe community-acquired pneumonia. *Semin Respir Crit Care Med*. 2024;45(2):187-199. <https://doi.org/10.1055/s-0043-1778641><https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000001071>.
13. Póvoa P, Pitrowsky M, Guerreiro G, Pacheco MB, Salluh JIF. Biomarkers: are they useful in severe community-acquired pneumonia? *Semin Respir Crit Care Med*. 2024;45(2):200-206. <https://doi.org/10.1055/s-0043-1777771><https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000001071>.
14. Méndez R, González-Jiménez P, Mengot N, Menéndez R. Treatment failure and clinical stability in severe community-acquired pneumonia. *Semin Respir Crit Care Med*. 2024;45(2):225-236. <https://doi.org/10.1055/s-0043-1778139><https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000001071>.
15. Chaudhuri D, Nei AM, Rochweg B, Balk RA, Asehnoune K, Cadena R, et al. 2024 focused update: guidelines on use of corticosteroids in sepsis, acute respiratory distress syndrome, and community-acquired pneumonia. *Crit Care Med*. 2024;52(5):e219-e233. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000006172><https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000001071>.
16. See XY, Wang TH, Chang YC, Lo J, Liu W, Choo CYW, et al. Impact of different corticosteroids on severe community-acquired pneumonia: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open Respir Res*. 2024;11(1):e002141. <https://doi.org/10.1136/bmjresp-2023-002141><https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000001071>.
17. Chiang CH, See XY, Wang TH, Chang YC, Lo JE, Liu WT, et al. Effects of corticosteroids on severe community-acquired pneumonia: a closer look at the evidence. *Crit Care*. 2023;27(1):336. <https://doi.org/10.1186/s13054-023-04614-3><https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000001071>.
18. Raess N, Schuetz P, Cesana-Nigro N, Winzeler B, Urwyler SA, Schaedel S, et al. Influence of prednisone on inflammatory biomarkers in community-acquired pneumonia: secondary analysis

of a randomized trial. *J Clin Pharmacol*. 2021;61(11):1406-1414.

<https://doi.org/10.1002/jcph.1914><https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000001071>.

19. Bonsall JM. Community-acquired pneumonia for the hospitalist: updates and controversies. *J Brown Hosp Med*. 2024;3(1):91180.

<https://doi.org/10.56305/001c.91180><https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000001071>.

20. Venturas JP, Richards GA, Feldman C. Severe community-acquired pneumonia at a tertiary academic hospital in Johannesburg, South Africa. *Respir Med*. 2024;234:107823.

<https://doi.org/10.1016/j.rmed.2024.107823><https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000001071>.

FUNDING:

Este manuscrito no recibió financiación específica de agencias públicas, comerciales o sin fines de lucro.

CONFLICT OF INTEREST:

Los autores declaran no tener conflictos de interés relacionados con el contenido del manuscrito.

AUTHOR CONTRIBUTION

Nombres de autores e iniciales: Joel David Bastidas Jimbo (JDBJ)

1. Conceptualización: (JDBJ)
2. Curación de datos: (JDBJ)
3. Análisis formal: (JDBJ)
4. Adquisición de fondos: ()
5. Investigación: (JDBJ)
6. Metodología: (JDBJ)
7. Administración del proyecto: (JDBJ)
8. Recursos: ()
9. Software: ()
10. Supervisión: (JDBJ)
11. Validación: (JDBJ)
12. Visualización: (JDBJ)
13. Redacción – borrador original: (JDBJ)
14. Redacción – revisión y edición: (JDBJ)