



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS TUXTLA



DOCENTE: DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ

ALUMNOS: CÉSAR ALEXIS GARCÍA
RODRÍGUEZ

LICENCIATURA: MEDICINA HUMANA

SEMESTRE: 5º

MATERIA: MEDICINA INTERNA

TRABAJO: NEUMONÍAS ADQUIRIDAS EN LA
COMUNIDAD E INTRAHOSPITALARIAS
(MAPA CONCEPTUAL)

NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

Es una enfermedad respiratoria aguda, de origen infeccioso, que compromete el parénquima pulmonar, ocasionada por la invasión de microorganismos patógenos que fueron adquiridos fuera del ambiente hospitalario.

Epidemiología

-Incidencia: 5-11/1.000 personas/año.
- Mayor en niños y en ancianos.
-Mortalidad: es mayor, del 4-14%

Población de riesgo:
-Varones
-Edades extremas de la vida
-Invierno
-Consumo de tabaco
-Enfermedades crónicas
-Malnutrición
-Esplenectomía
-TTO crónico con Corticoides

Etiología

-Gram positivos: *S. pneumoniae*, *S. aureus*.
-Gramnegativos: *H. influenzae*, *E. coli*, *Klebsiella pneumoniae*.
-Neumonías atípicas: *M. pneumoniae*, *Coxiella burnetii*, *Legionella pneumophila*
-Virus: Influenza virus, Parainfluenza virus
-Hongos: *Aspergillus*, *Candida*
-Parásitos: *Pneumocystis carinii*, *Ascaris*
-Por agentes físicos y químicos

Fisiopatología

Los microorganismos entran en las vías respiratorias bajas más frecuentemente por microaspiración del contenido de las vías respiratorias altas, aspiración del contenido de la cavidad oral y vías respiratorias altas, por inhalación (gotas de secreciones de vías respiratorias de enfermos con infección viral con *Legionella* a través de inhalación del aerosol de gotas de agua que contienen esta bacteria.

Clinica

Neumonía típica

Cuadro agudo con fiebre alta, escalofríos, dolor torácico de tipo pleurítico y tos productiva con esputo purulento.

Neumonía atípica

Cuadro subagudo con fiebre menos alta sin escalofríos, malestar general, cefalea, mialgias, artralgias y tos seca.

-Auscultación pulmonar: crepitantes y datos de condensación en los espacios aéreos.
-Rx de tórax: condensación homogénea y bien delimitada.
-Suele presentar leucocitos con neutrofilia.
-MO más frecuentes *S. pneumoniae*.

-50% EF normal.
-Auscultación pulmonar suele ser normal.
Rx de tórax: infiltrado intersticial o infiltrados múltiples.
-Leucocitosis es menor y puede no manifestarse.
-MO más curren: *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*, *C. psittaci*, *C. burnetii* y virus.

Diagnostico

-HC y EF completas.
-Rx de tórax, y perfil.
-Analítica general.
-Hemograma completo, glucemia, urea, creatinina, iones. Gasometría arterial
-Dos hemocultivos.
-Muestra de orina
-Gram y cultivo de esputo
->65 años, puede solicitarse detección de antígeno gripal.
-Si existe derrame pleural, enviar muestra de líquido para estudio microbiológico

Grupo 3: Ceftriaxona 1-2 g/día o Cefotaxima 1-2g/8hrs EV por 10-14 días asociado a macrólidos o fluoroquinolonas.

Grupo 4: Ceftriaxona 2 g/día o Cefotaxima 1-2 gr/8 hrs EV asociado a Eritromicina 500mg/6 hrs, Levofloxacina 750-1.000mg/día o Moxifloxacina 400mg/día EV durante 10-14 días.

Tratamiento

-Ambulatorio: no fumar, reposo, ingesta abundante de líquidos; prescribir antipiréticos y analgésicos para disminuir la fiebre y el dolor pleurítico.
-Hospitalario: Oxigenoterapia bajo control de SpO₂; si la hipoxemia persiste a pesar de la administración de oxígeno en concentración alta (considerar

Grupo 1: Amoxicilina 1 gr/8 hrs, Claritromicina 500 mg/12 hrs o Levofloxacina 750 mg/día VO durante 7-10 días.

Grupo 2: Amoxicilina-Ác clavulánico 500/125 m/8 hrs, Cefuroxima 500 mg/12 horas o Levofloxacina 750 mg/día VO durante 7-10 días.

Diagnósticos diferenciales: infecciones del tracto respiratorio superior, gripe o influenza, bronquitis aguda, bronquiolitis, asma o EPOC exacerbados, tuberculosis, cáncer pulmonar primario o metastásico, ICC y tromboembolismo pulmonar

NEUMONIA ADQUIRIDA EN EL HOSPITAL

NIH temprana:
Antes de los 5 días.
NIH tardía:
Después de los 5 días.

Es un proceso inflamatorio pulmonar de origen infeccioso, ausente en el momento del ingreso hospitalario, y que se desarrolla tras más de 48 horas de haber ingresado en el hospital.

Epidemiología

2º infección más frecuente de origen hospitalario. Afecta el 0,5 a 2% de los pacientes hospitalizados
Incidencia de 4 a 7 casos por cada 1.000 altas hospitalarias.
Elevada mortalidad oscila entre el 25% y el 50%

Etiología

- Bacilos gramnegativos entéricos
-P. aeruginosa
-S. aureus resistente a meticilina
-S. aureus sensible a meticilina
-Hongos (Aspergillus y Candida spp.)
-Stenotrophomonas maltophilia
-H. influenzae
-S.pneumoniae
-Etiología polimicrobiana

Fisiopatología

Multifactorial y puede explicarse por tres mecanismos:

-Microaspiración a las vías aéreas de contenido orofaríngeo y/o gástrico colonizado por bacterias
-Inoculación directa de MO a las vías aéreas a través de aerosoles generalmente originados por la contaminación bacteriana de los equipos de terapia respiratoria.
-Infecciones pulmonares causadas por la diseminación hematógena de focos sépticos localizados en otras partes del organismo.

Clinica

Malestar general, fiebre, escalofríos, rigidez, tos con esputo, inapetencia, náuseas y vómitos, dolor de torácico agudo o punzante que empeora con la respiración profunda o la tos, disnea. En Px críticos con ventilación mecánica causa fiebre y aumento de la FR y la FC o cambios en los parámetros respiratorios, como un incremento de las secreciones purulentas o empeoramiento de la hipoxemia.

Combinación de un infiltrado radiológico pulmonar de nueva aparición junto a secreciones respiratorias purulentas, excepto en pacientes neutropénicos, y alguno de los siguientes criterios: fiebre, hipoxemia o leucocitosis.

Diagnostico

-HC y EF completas.
-Bioquímica
-Hemograma
-Gasometría arterial
-Radiología Simple de tórax (PA, lateral, decúbito si derrame):
-TAC torácico
-Hemocultivos
-Gram y cultivos de esputo
-Antigenuria en orina de S. pneumoniae y/o Legionella.
-Estudios serológicos (Legionella, Chlamydia y virus respiratorios)
-Toracocentesis si existe derrame pleural significativo.
-Punción transtorácica aspirativa (PAAF)
-Broncoscopia

Tratamiento

-Antipiréticos si tem.>38º por vía i.v
-Oxigenoterapia: en caso de insuficiencia respiratoria o aumento del trabajo respiratorio
-Fisioterapia respiratoria, en caso de retención de secreciones y si lo permite el paciente.
-Antitusígeno: si tos seca
-Alimentación: asegurarse de no generar broncoaspiraciones y evitar

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO
Combinación de antibióticos según el germen sospechado
Amoxiclavulánico
2g/200mg/8 h., ceftriaxona 2 g/24 h o cefepima 2g/12 h o levofloxacin 500 mg/24 h +clindamicina 600 mg/ 6h (anaerobios); vancomicina 1 g/ 12 h en 60 min /teicoplanina (s. aureus); claritromicina 500 mg/ 12 h (legionella); anfotericina b (aspergillus); durante 10 días.

Diagnósticos diferenciales

Atelectasia por retención de secreciones, infarto pulmonar en relación a tep., bronquiolitis obliterante con neumonía organizada, reacciones a fármacos, distres respiratorio, edema agudo de pulmón, hemorragia, bronquiectasias.

Factores de riesgo:
- Enfermedades predisponentes serias
-Malnutrición
-Tto inmunodepresor
-Grupos de edad extremos
-Técnicas invasivas.
-Estancia en UCI
-Intubación endotraqueal
-Soporte ventilatorio
-Sexo femenino.