



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**“NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD E  
INTRAHOSPITALARIA”**

**DOCENTE: DR. ALFREDO LÓPEZ LÓPEZ.**

**MATERIA: MEDICINA INTERNA.**

**ALUMNO: MIGUEL VELASQUEZ CELAYA.**

# NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

## Típico:

Consiste en la presentación de un cuadro agudo con:

- Fiebre alta.
- Escalofríos.
- Dolor torácico de tipo pleurítico.
- Tos productiva con esputo purulento.

### Auscultación pulmonar.

Se detectan crepitantes y datos de condensación en los espacios aéreos (soplo tubárico o egofonía).

### Radiografía de tórax.

Existe una condensación homogénea y bien delimitada que suele afectar a un lóbulo/patrón alveolar.

Suele presentar leucocitos con neutrofilia.

### Microorganismos causal.

El más característico y frecuente es **S. pneumoniae**. En la actualidad, **L. pneumophila** se incluye mejor en el síndrome típico.

La neumonía es la inflamación del parénquima pulmonar, causada por muy distintos agentes, la mayoría infecciosos, aunque también por agentes físicos (radioterapia) o químicos (gases tóxicos).

## ¿Cómo se clasifican las neumonías?

### -Según el agente causal.

### -Según el riesgo previo:

- Bajo riesgo: las adquiridas por sujetos sanos en la comunidad.
- Riesgo medio: las que aparecen en edades avanzadas en sujetos sanos.
- Alto riesgo: las que aparecen en bronconeumopatías crónicas avanzadas, en cardiopatías descompensadas, en inmunodeprimidos y en hepatopatías crónicas avanzadas.

**-Según lugar de adquisición:** intrahospitalarias, extrahospitalarias y adquiridas en el medio comunitario.

## ¿Cuál es su incidencia?

5 – 11 por 1.000 personas por año, mayor en niños y en ancianos.

## Mortalidad.

Del 4-14%.

## ¿Cuáles son los grupos sindrómicos?

- Síndrome típico.
- Síndrome atípico.

## Atípico:

Se caracteriza por una clínica más larvada (subaguda) con:

- Fiebre menos alta sin escalofríos.
- Malestar general.
- Cefalea.
- Mialgias.
- Artralgias.
- Tos seca.

### Auscultación pulmonar.

Suele ser normal.

### Radiografía de tórax.

Se aprecia un infiltrado intersticial o infiltrados múltiples.

La leucocitosis es menor y puede no manifestarse.

### Microorganismos más habituales.

- M. pneumoniae.
- C. pneumoniae.
- C. psittaci.
- C. burnetti.
- Virus.

## DIAGNOSTICO.

### Clínico-radiográfico:

- Historia clínica y exploración física completas.
- Radiografía de tórax, frente y perfil.
- Analítica general.
- Dos hemocultivos.
- Muestra de orina para detección de antígeno neumocócico y de Legionella si existe contexto epidemiológico y/o el paciente está grave.
- Gram y cultivo de esputo si la muestra es aceptable.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Infecciones del tracto respiratorio superior.  
Gripe o influenza.  
Bronquitis aguda.  
Bronquiolitis.  
Asma o EPOC exacerbados.  
Tuberculosis.  
Cáncer pulmonar primario o metastásico.  
Insuficiencia cardíaca congestiva.  
Tromboembolismo pulmonar

Si son jóvenes y se presupone una etiología atípica es adecuado un macrólido por vía oral, como la:  
Eritromicina.  
Claritromicina.  
O azitromicina.

La alternativa a la amoxicilina, en casos de hipersensibilidad, es un:  
-Macrólido.  
-O preferiblemente, una fluoroquinolona (moxifloxacino) con buena actividad frente a *S. pneumoniae*.

## TRATAMIENTO.

### Utilización de:

- Antipiréticos.
- Analgésicos para la fiebre y el dolor pleurítico.
- Una correcta hidratación.
- Si la saturación de oxígeno es del 92% o menos, está indicada la administración de oxígeno.
- Cuando el agente etiológico es conocido, debe realizarse un tratamiento dirigido con el antibiótico más eficaz y de menor espectro.

-En los pacientes con **NAC no grave**, un tratamiento adecuado es la amoxicilina por vía oral, en dosis de 1.000 mg/8 horas.

La **NAC muy grave**, debe tratarse de forma combinada con cefalosporinas de tercera o cuarta generación o un carbapenem (meropenem o imipenem), asociado a un macrólido o a una fluoroquinolona.

Cuando se **sospecha de anaerobios** hay que contemplarlo en el tratamiento.  
-Clindamicina.  
-O la amoxicilinaclavulánico son adecuadas para este objetivo.

Una duración total de la terapia de 5 días será apropiada para la mayoría de los pacientes.  
Si se comprueba la infección por SARM o Pseudomonas, la duración del tratamiento debe ser de 7 días.

### -Vacunación antigripal en:

- Mayores de 65 años.
- Personas institucionalizadas.
- Enfermedades crónicas cardiorrespiratorias.
- Insuficiencia renal.
- Hepatopatía crónica.
- Diabetes.
- Inmunodepresión.
- Otras enfermedades crónicas.

-Vacuna antineumocócica.

-Tratamiento del tabaquismo.

-Manejo óptimo de las enfermedades crónicas.

-Identificación y aislamiento del caso índice en el hogar, reduciendo el riesgo de contagio intrafamiliar.

## PREVENCIÓN.

# NEUMONIA INTRAHOSPITALARIA

## Temprana.

Cuando aparece en los primeros días de ingreso o de la VM.  
Se considera temprana cuando se manifiesta en tiempos que varían entre menos de 4 y 7 días.

## CUADRO CLINICO.

- Temperatura central > 38.5°C.
- Taquicardia.
- Taquipnea.
- Leucocitosis.
- Estertores.
- Expectoración purulenta.
- Dificultad respiratoria.
- Sibilancias.

## DIAGNOSTICO.

El diagnóstico clínico de NIH se considera en pacientes ingresados durante más de 48 h que presentan un infiltrado radiográfico nuevo o progresión de infiltrados previos más algún hallazgo como los siguientes:

- Fiebre o hipotermia.
- Leucocitosis o leucopenia.
- Incremento de la cantidad y/o purulencia de las secreciones.

- Hemocultivo.
- Aspirado traqueal.
- El LBA o mini-LBA a ciegas.
- El CP a ciegas.

### Radiografía de tórax.

Es fundamental en la evaluación inicial de los pacientes con sospecha de NIH, aunque los signos radiológicos de NIH y NAV son de sensibilidad y especificidad limitadas.

### TAC de tórax.

Puede aumentar la certeza diagnóstica.

Es una neumonía que se ha presentado 48 h desde la admisión al hospital en un enfermo no intubado en el momento de admisión (para evitar la confusión con la neumonía adquirida en la comunidad).  
Es la segunda infección nosocomial en frecuencia y la más frecuente en las unidades de cuidados intensivos (UCI).

## ¿Cuáles son los subgrupos de NIH?

- Temprana.
- Tardía.

## ¿Microorganismos causales?

Está causada por bacterias de la comunidad que colonizan habitualmente la orofaringe:

- Neumococo.
- Haemophilus influenzae.
- Staphylococcus aureus.

## ¿Cuál es la incidencia?

De 5 a 10 casos por 1.000 ingresos hospitalarios y es de 6 a 20 veces más frecuente en los paciente que reciben VM.

Los gérmenes presentes en la orofaringe y estructuras contiguas colonizan las secreciones bronquiales después de la intubación endotraqueal.

La aspiración de secreciones contaminadas es el principal mecanismo por el que los gérmenes alcanzan el parénquima pulmonar.

## Tardía.

Cuando se desarrolla después del tiempo de la temprana.  
Está causada por patógenos hospitalarios que colonizan la orofaringe durante el ingreso.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

- Tromboembolismo pulmonar.
- Infarto pulmonar.
- Sepsis (puede ser complicada con síndrome de distrés respiratorio agudo).
- Enfermedades sistémicas (puede aparecer hemorragia alveolar).

## TRATAMIENTO

Suele iniciarse de forma empírica basándose en:

- Datos clínicos.
- Gravedad.
- Uso previo de antibióticos.
- Tiempo transcurrido entre el ingreso hospitalario y el diagnóstico.
- Duración previa de la VM.

El tratamiento recomendado en este grupo es:

- Ampicilina-sulbactam.
- Ceftriaxona.
- O cefotaxima.
- Fluoroquinolonas (levofloxacina, gatifloxacina o moxifloxacina).

El tratamiento adecuado es el que incluye un esquema antibiótico con actividad in vitro demostrada contra los patógenos de la infección.

## PREVENCIÓN:



- Vacunación antigripal y antineumocócica
- Educación.
- Vigilancia epidemiológica.
- Destete.
- Prevención del contagio de persona a persona.
- Uso de guantes y camisolín.
- Posición del paciente.
- Evitar grandes volúmenes gástricos.