



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**ESCUELA DE MEDICINA**

**“NEUMONIA EN EL ADULTO MAYOR”**

**Brian Martin Morales López**

**GERIATRIA**

**Semestre: 6°**

**Grupo: “B”**

**Dr. Julliscer de Jesús Aguilar Indili**

**Comitán de Domínguez; Chiapas, a 18 de Junio del 2020.**

# NEUMONIA EN EL ADULTO MAYOR

- Afectación de tres o más lóbulos.
- Mala situación funcional basal.
- FR → 30 resp./min.
- Shock.
- Presentación sin fiebre.
- Sospecha de aspiración.
- Hipoxemia grave.
- Alteración del estado mental.
- Leucocitosis > 14.900.
- Inmunodepresión.

La cobertura de bacterias responsables de neumonía atípica y Legionella, inicialmente consideradas también dentro del espectro clínico a cubrir universalmente con el tratamiento antimicrobiano.

Debe cubrir *S. pneumoniae* (incluido el resistente a penicilina), *H. influenzae* y *M. catarralis*.

Tratamiento:

Neumonía hospitalaria

El tratamiento secuencial consiste en la facilitación del cambio de vía parenteral a vía oral.

Complicación durante la atención sanitaria a los pacientes y arrojar peor pronóstico, con mortalidad entre el 20 y el 75% dependiendo del servicio y tipo de hospital.

Aparición de los síntomas después de 48 horas de ingreso o siete días después del alta.

La mortalidad no siempre está directamente relacionada con la infección debido al estado de gravedad basal y comorbilidad del paciente.

El mecanismo de producción fundamental sigue siendo la microaspiración orofaríngea o del contenido del tracto digestivo alto.

Factores de mal pronóstico con neumonía comunitaria:

La incidencia es superior en los pacientes de edad avanzada.

Comunitarias

Hospitalarias

Agente causal más frecuente:

*S. pneumoniae*, seguido de *H. influenzae*.

Manifestación clínica

Los signos de presentación más frecuentes son la taquipnea, tos y fiebre, pero el 30-35% de los pacientes no tienen algunos de estos signos. En particular, el 30-50% se presentan sin

La ausencia de dolor pleurítico o la presencia de síndrome confusional o taquipnea tienen peor pronóstico asociando mayor mortalidad.

Debe mantenerse una alta sospecha clínica ante el deterioro de un anciano frágil.

Diagnostico:

Hemocultivos y detección de antígenos de *S. pneumoniae* y *L. pneumophila* en orina.

Toracocentesis para analítica, pH, tinción de Gram y cultivos.

Biopsia transbronquial.

Broncoscopia

## FUENTE DE INFORMACION

Eduardo Penny Montenegro, 1ª Ed. (2012); Geriatria y Gerontología para el Médico Internista.

Díaz, E., Martín-Loeches, I., & Vallés, J. (2013). Neumonía nosocomial. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 31(10), 692-698.