

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS TUXTLA GUTIÉRREZ**

**EPIDEMIOLOGIA II
SEGUNDA UNIDAD**

**TEMA:
NEUMONIA**

**DOCENTE:
DR. Samuel Esaú Fonseca Fierro**

**ALUMNO:
Ángel Gerardo Valdez Cuxim**

**MEDICINA HUMANA
TERCER SEMESTRE**

NEUMONIA

DEFINICION:

La neumonía adquirida en la comunidad es una infección aguda del tracto respiratorio inferior que se adquiere fuera del hospital, con o sin presencia de infiltrados pulmonares en la radiografía de tórax y que se confirma con exámenes de laboratorio. Es una enfermedad que afecta a todas las edades, pero principalmente a niños de muy corta edad y adultos mayores. Los ingresos hospitalarios en la última década ocupan el 34%, sobre todo en la población mayor de 65 años. El género masculino es el más afectado; existen varios factores de riesgo, tales como: tabaquismo, alcoholismo, diabetes, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardiaca, inmunosuprimidos y cáncer.

ETIOLOGIA

Los microorganismos que se detectan con mayor frecuencia son: Streptococcus pneumoniae en 20 a 60%, Haemophilus influenzae en 7 a 11%, Pseudomonas aeruginosa en 1 a 3%, Staphylococcus aureus de 0 a 7%.6,. La etiología viral se detecta en los dos extremos de la vida: niños de corta edad y adultos mayores, identificándose de 0.3 a 30% por medio de serología viral. Influenza A es el patógeno que se detecta en el mayor número de casos con 4 al 19%.14-23 Los microorganismos del síndrome atípico son: Legionella pneumophila, Mycoplasma pneumoniae, Staphylococcus aureus y virus.

EPIDEMIOLOGIA:

La NAC continúa siendo una causa frecuente de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. La incidencia anual de la misma en adultos en estudios prospectivos es de 5 a 11 casos cada 1000 personas. La mortalidad de los pacientes asistidos en forma ambulatoria varía entre 0.1 y 5% y en los pacientes que requieren hospitalización puede superar 50%, especialmente en los ingresados en la unidad de terapia intensiva (UTI).

El riesgo de NAC es mayor entre los pacientes con alteraciones en la eficacia de los mecanismos de defensa. Muchas de estas alteraciones también se asocian con

mayor mortalidad. Entre las condiciones asociadas a mayor riesgo de NAC y a infección neumocócica se encuentran la edad, las enfermedades cardíacas crónicas, enfermedades respiratorias crónicas, enfermedad renal, etc.

El listado de patógenos se ha incrementado durante los últimos años. Estos cambios epidemiológicos se deben a la aparición de nuevos patógenos, al avance en el diagnóstico microbiológico que ha permitido detectar nuevos agentes y a la emergencia de patógenos como *Legionella* sp. *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* y los virus son los principales agentes productores de NAC en adultos.

FISIOPATOLOGIA:

El mayor número de casos de neumonía ocurre cuando las defensas pulmonares del huésped se encuentran disminuidas; éstas incluyen: barreras anatómicas-mecánicas, inmunidad humoral-celular y el sistema fagocítico. En pacientes adultos mayores, los sistemas de defensa se encuentran disminuidos, existiendo un mayor número de microorganismos colonizando la orofaringe y disminuyendo el mecanismo de eliminación mucociliar, el cual se encarga de atrapar los microorganismos de las vías respiratorias superiores y conductos aéreos. La aspiración de microorganismos del tracto respiratorio superior se predispone por un reflejo de tos insuficiente, disfunción del peristaltismo esofágico, alteración del nivel de conciencia, colocación de sonda de succión y tubo traqueal, que perturban las barreras mecánicas normales del organismo. La alta incidencia de neumonía en adultos mayores se genera por la aspiración silenciosa del contenido gástrico. Los cambios en el flujo de saliva y pH son frecuentes en los ancianos y se han asociado con una mayor adhesión de algunas cepas de *Klebsiella* a las células epiteliales orales.

SIGNOS Y SINTOMAS:

Las manifestaciones clínicas de los pacientes con neumonía son variables, pero la neumonía bacteriana se caracteriza por fiebre, disnea, tos productiva con expectoración purulenta, dolor pleurítico y limitación en los movimientos

respiratorios. El examen clínico de tórax puede revelar disminución en los ruidos respiratorios, estertores y matidez a la percusión. Los signos vitales normales y la falta de anomalías en la auscultación de tórax reducen sustancialmente la probabilidad de neumonía. La presentación clínica de neumonía en los pacientes adultos mayores puede ser inespecífica y caracterizada por escalofríos, sudoración, fatiga, dolor abdominal, anorexia, estado mental alterado y mialgias. Se ha postulado que la demencia es la causa principal de que no manifiesten síntomas respiratorios. La demora en el diagnóstico y tratamiento médico contribuye al aumento en la mortalidad.

DIAGNOSTICO:

La radiografía de tórax sigue siendo el estándar de oro. Los patrones radiográficos pueden clasificarse como neumonía lobar, bronconeumonía y neumonía intersticial. El microorganismo prototipo de neumonía lobar es *Streptococcus pneumoniae*, pero muchas bacterias pueden ocasionar esta neumonía. En la bronconeumonía el microorganismo prototipo es *Staphylococcus aureus*. La neumonía de patrón intersticial es frecuente en neumonía viral y atípica.

TRATAMIENTO:

El manejo inicial de la neumonía adquirida en la comunidad es empírico y la selección del antibiótico se basa en edad del paciente, factores de riesgo y hallazgos clínicos. La introducción de antibióticos redujo los índices de mortalidad en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad. La duración apropiada del tratamiento antibiótico sigue siendo controversial. Sin embargo, en pacientes con neumonía leve y moderada se ha sugerido un tratamiento mínimo de 5 a 7 días (nivel de evidencia 1). En pacientes con neumonía severa que requieren hospitalización se debe considerar el manejo inicial con fluoroquinolonas (levofloxacino (750 mg/ día), moxifloxacino, gemifloxacino). La combinación de antibióticos en pacientes con neumonía severa adquirida en la comunidad en la Unidad de Cuidados Intensivos no parece aumentar la supervivencia.⁴⁶ El uso de macrólidos (azitromicina, claritromicina y eritromicina) es una recomendación (nivel de evidencia 1) en pacientes previamente sanos sin uso de antibióticos en 3 meses

previos. En pacientes con enfermedades comórbidas y que han recibido antibióticos en los últimos 3 meses, la recomendación (nivel de evidencia 1) es una fluoroquinolona o betalactámicos más macrólido. En pacientes ingresados a terapia intensiva la recomendación clase 1 es con fluoroquinolonas y recomendación clase 2 con betalactámico (cefotaxima, ceftriaxona, o ampicilina-sulbactam) más azitromicina.

BIBLIOGRAFIA:

Ballesteros, C., Montelongo, F., Espinoza, T., Lopez, I., & Sánchez, H... (2010, Marzo 19). Neumonía adquirida en la comunidad. *Archivos de medicina de urgencia de México*, Vol. 2, pp. 35-39

Lopardo, G., Basombrio, A., Clara, L., Dese, J., De Vedia, L., Di Libero, E., Gañete, M., Lopez, M., Mykietuk, A., Nemirovsky, C., Osuna, C., Penssoti, C., & Scapellato, P.. (2015, Julio 27). Neumonía adquirida de la comunidad en adultos. Recomendaciones sobre su atención. *Artículo especial*, Vol. 75, pp. 245-257.