



**Universidad del sureste  
Campus Tuxtla Gutiérrez, Chiapas  
Escuela de Medicina Humana**



**Título del trabajo:**

**Resumen sobre Neumonía**

**Unidad III**

**Nombre de la asignatura: Clínicas medicas complementarias**

**Nombre del alumno:  
Karla Zahori Bonilla Aguilar**

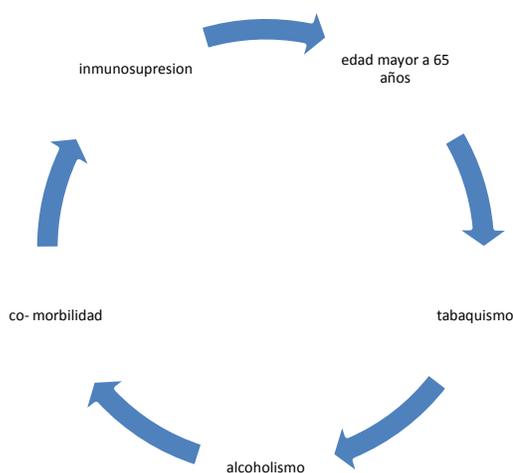
**Semestre y grupo: 7° Semestre Grupo "A"**

**Nombre del profesor: Dr. Ricardo Acuña De Saz**

**Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 25 de Noviembre de 2020.**

La Organización Mundial de la Salud ha definido a la Neumonía como una infección de los pulmones provocada por una gran variedad de microorganismos adquiridos fuera del ámbito hospitalario y que determinan la inflamación del parénquima pulmonar y de los espacios alveolares (CMAJ / JAMC, 2000). La NAC es aquella patología que adquiere la población en general y se desarrolla en una persona no hospitalizada o en los pacientes hospitalizados que presentan esta infección aguda en las 24 a 48 horas siguientes a su internación.

## FACTORES DE RIESGO



## DIAGNÓSTICO

Los únicos patrones clínicos que predicen NAC son: presencia de fiebre de más de 37.8 C, frecuencia respiratoria mayor de 25 por min., producción de esputo continuo durante todo el día, mialgias y sudoración nocturna en ausencia de inflamación e irritación orofaríngea y rinorrea. Los signos y síntomas clásicos de neumonía se presentan con menos probabilidad en los ancianos, asimismo no tienen características específicas, siendo la confusión el dato más frecuente. La exploración física general debe efectuarse de manera rápida y adecuada para posteriormente efectuar una minuciosa revisión física de tórax con el fin de descartar otras entidades nosológicas que coexistan o imiten una NAC.

## ETIOLOGIA

- El *Streptococo pneumoniae* sigue siendo el germen más frecuentemente aislado en casos de NAC en la población general (del 21% al 39%) seguido por *Haemophilus influenza* (entre el 1.5% al 14 %) y *Staphilococo aureus* entre el 0.8 el 8.7%)
- Anciano: La broncoaspiración es un factor predisponente en este grupo de edad, son más frecuentes *Haemophilus influenza*, *Chlamydomphila pneumoniae*, *Streptococcus pneumoniae*, virus diversos, virus de la influenza, *Moraxella catarrhalis*.
- Diabético: Es más frecuente la presentación bacterémica por *Streptococcus pneumoniae*. Alcohólico: El *Streptococcus pneumoniae* es el más frecuente, y también su presentación bacterémica, los bacilos Gram-negativos, *Legionellaspp*, patógenos atípicos, anaerobios e infecciones mixtas.
- En los pacientes con EPOC puede ser más frecuente el *Haemophilus influenza*, *Moraxella catarrhalis*, aunque los microorganismos encontrados son los mismos que en la población en general con neumonía adquirida en la comunidad como *S pneumoniae*.

## DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO

Para pacientes con severidad baja de NAC, la realización de exámenes microbiológicos se basa en factores clínicos (edad, comorbilidad e indicadores de severidad), epidemiológicos y tratamiento antimicrobiano previo.

Los exámenes microbiológicos se deben de realizar en todos los pacientes con moderada y alta severidad de NAC.

Los hemocultivos son recomendados para todos los pacientes con moderada a alta severidad de NAC, de preferencia antes del tratamiento antimicrobiano.

En los pacientes con NAC moderada y severa que expectoran material purulento y no han recibido tratamiento antimicrobiano, deben cultivarse las muestras y realizar antibiograma.

La realización o el reporte de rutina de la tinción de Gram en la expectoración de todos los pacientes es innecesario, pero puede ayudar a la interpretación del resultado del cultivo. Las muestras de expectoración de pacientes que ya reciben antibióticos no son de ayuda para establecer un diagnóstico.

La prueba de detección del antígeno neumocócico en orina debe ser realizada en todos los pacientes con NAC en las modalidades de moderada a severa.

Se debe realizar la PCR para detectar virus respiratorios en NAC severa, particularmente si no hay diagnóstico microbiológico.

Actualmente la PCR para neumococo tiene poco que ofrecer para el diagnóstico de NAC, ya que no tiene suficiente sensibilidad y especificidad para su uso rutinario

La detección del antígeno urinario contra legionela debe de realizarse en todos los pacientes con severidad alta de NAC.

#### PRUEBAS DE GABINETE

La sensibilidad y especificidad de la radiografía de tórax cuando el paciente presenta 4 signos clínicos (fiebre, tos, expectoración y estertores bronco alveolares) es de 91.7% y 92% respectivamente. Las imágenes radiográficas de neumonía son principalmente: consolidación lobar, consolidación multilobar o bronconeumonía e infiltrado intersticial.

La Radiografía de Tórax debe realizarse a todo paciente cuyo diagnóstico de NAC este en duda ya que la RX puede ayudar al diagnóstico diferencial y el inicio del manejo de la enfermedad aguda

Es necesario tomar una placa de tórax cuando la evolución del paciente durante el seguimiento no sea satisfactoria y a las 6 semanas del alta hospitalaria en aquellos pacientes con persistencia de síntomas o signos físicos o quienes tengan un alto riesgo de patología maligna especialmente pacientes > 50 años.

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Una saturación de oxígeno por debajo de 94% en un paciente con NAC es un factor pronóstico y una indicación de oxigenoterapia

La elección del antibiótico se hará en base a la frecuencia del agente patógeno, severidad de la enfermedad, vía de administración del fármaco y lugar de la atención del paciente

Cuando haya una evidencia microbiológica clara de un patógeno específico, el tratamiento empírico debe ser cambiado y enfocarse al patógeno específico.

El antibiótico de elección para S. Pneumonie por su sensibilidad es la amoxicilina a dosis de 500 mg, 3 veces al día por vía oral (V.O.) por 7 a 10 días. En caso de intolerancia o hipersensibilidad a las penicilinas, se puede dar doxiciclina 200 mg iniciales y luego 100 mg c/12 hrs V.O o claritromicina 500 mg v.o. c/12 hrs. X 7 a 10 días

En aquellos pacientes con sospecha de NAC de moderado o alto riesgo por considerar que la enfermedad amenaza la vida, el médico general debe iniciar los antibióticos en la comunidad. Penicilina G sódica, 2, 000.000 UI IM o IV, o bien amoxicilina 1 gr V.O

El tratamiento debe iniciarse dentro de las primeras 4 horas de ingreso del paciente con NAC al hospital.

En pacientes con baja severidad de la enfermedad que requieren admisión hospitalaria por otras razones, tales como: comorbilidad o necesidades sociales, se prefiere el tratamiento con amoxicilina. Los agentes alternativos para pacientes intolerantes son doxiciclina y los macrólidos (claritromicina y eritromicina).

Los siguientes regímenes son recomendados para el tratamiento en el hospital de la neumonía de severidad baja a moderada. A. Una quinolona respiratoria (Levofloxacino de 750 mg, moxifloxacino de 400 mg). B.Un  $\beta$  lactámico (Ceftriaxona, cefotaxima) más un macrólido (claritromicina, eritromicina).

En pacientes alérgicos se recomienda una quinolona respiratoria (levofloxacino de 750 mg, moxifloxacino de 400 mg).

Las comorbilidades o los tratamientos antimicrobianos recientes aumentan la probabilidad de infección con *S. pneumoniae* drogoresistentes y bacilos entéricos Gram (-). Para tales pacientes, las opciones terapéuticas empíricas son: a) Monoterapia con quinolona respiratoria (levofloxacino, moxifloxacino o gemifloxacino). b) Combinación de un  $\beta$  lactámico (cefotaxima, ceftriaxona o ampicilina) más un macrólido (azitromicina, claritromicina o eritromicina)

### TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

El reposo, tomar abundantes líquidos y evitar el tabaco son medidas que mejoran la condición del paciente con NAC Se debe considerar:

- Medición de gases arteriales en pacientes con falla pulmonar.
- El aporte nutricional
- Movilización temprana del paciente si sus condiciones lo permiten
- Limpieza bronquial oportuna (Mediante mucolíticos o aspiración de secreciones)
- Medición de la temperatura, pulso, frecuencia respiratoria, oxigenación y estado mental
- La proteína C reactiva debe ser evaluada

Radiografía de tórax al inicio y al 3er día del diagnóstico Esta indicado aplicar la vacuna contra la influenza a:

- Todas las personas de 50 años o más.
- Personas que estén en contacto con familiares con riesgo de complicaciones por influenza.
- Trabajadores de la salud

#### Bibliografía

Grupo CTO. (3ED). Manual CTO de medicina y cirugía. Neumología .México: CTO.  
Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica. (2018). Diagnóstico y Tratamiento de Neumonía. Guía de Referencia Rápida, IMSS-089-0, 1-14.