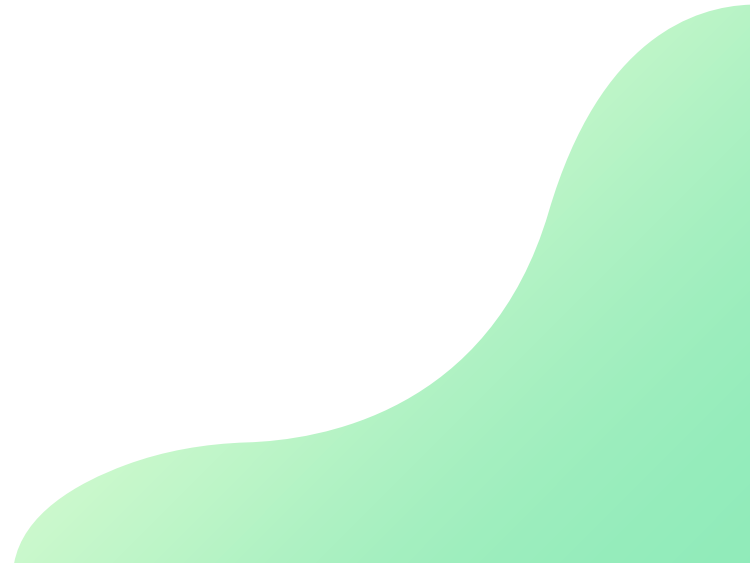
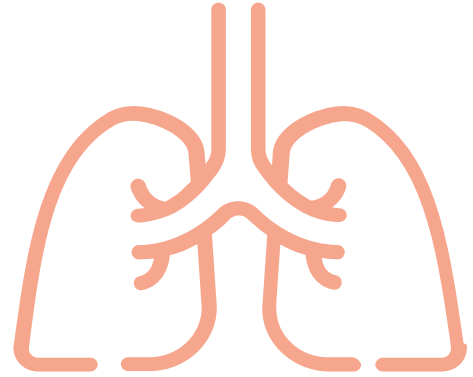




- Nombre Del Estudiante: Adly Candy Vázquez Hernández
- Docente: Dr. Alfredo López López
- Materia: Medicina Interna
- Tema: "Neumonías"
- Carrera: Medicina Humana
- Semestre: 5º
- Tuxtla Gutiérrez, Chiapas 13 / 11 / 2020



NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD



Se define como una enfermedad infecciosa respiratoria aguda que inicia fuera del hospital

Fisiopatología

Depende del agente etiológico

Bacteriana

Viral

S. pneumoniae,
H. Influenzae,
Gramnegativas
y *S. Aureus*

Influenza, VSR,
Adenovirus y
Virus de paragripal

entran en el tracto respiratorio inferior a través de la aspiración orofaríngea y secreciones

entran en el tracto respiratorio inferior a través de la vía inhalacional

Cuadro Clínico

1. Tos
2. Fiebre >38 o Hipotermia >36.1
3. Disnea
4. Dolor torácico pleural
5. Producción de esputo
6. Cambios en el estado mental
7. Síntomas Gastrointestinales
8. Taquipnea
9. Taquicardia
10. Egofonía
11. Sonidos respiratorios bronquiales

Dx. Certeza

Diagnóstico

Ultrasonido

Rx. Tórax

TC. Tórax

Evaluación de la gravedad

1. Consolidación con o sin broncograma aéreo
2. Densidades intersticiales o alveolares lineales e incompleta
3. Efusión plural
4. Cavitación
5. Neumotórax

1. Leucocitos ($>10.0 \times 10^9$) o Leucopenia ($<4.5 \times 10^9$)
2. Aumento de la procalcitonina
3. PCR
4. Hipoxemia con $PaO_2 < 60$ mmHg.
5. Hemocultivo de forma selectiva y previo a la antibiotioterapia
6. Tinción de Gram De esputo.
7. Cultivo de esputo en NAC severa e intubados

Tratamiento

Manejo inicial

Tx. Farmacológico

1. Suplementación de oxígeno con ventilación no invasiva
2. Reposición de líquidos y electrolitos con solución glucosada al 5%
3. Dar Antiinflamatorio no esteroideos en aquellos que presenten dolor torácico de origen pleural.

PSI

CURB-65*

Px De bajo riesgo

Amoxicilina

Alergia a penicilina (macrólido y tetraciclina)

Px De riesgo moderado-severo

Levofloxacino OV o IV, Cefotaxamina o ceftriaxona y amoxicilina/Clavulanato con un macrólido

Px De riesgo alto

Admitir Px en UCI y Adm: Betalactámico Iv asociado a un macrólido

CRB-65*

*Un punto por cada
características*

presente:

- Confusión*
- FR > 30 lpm*
- TA sistólica < 90 ó
Diastólica ≤ 60 mmHg*
- Edad ≥ 65 años*



NEUMONÍA NOSOCOMIAL

Se define como una enfermedad infecciosa respiratoria aguda que inicia dentro del hospital

Fisiopatología

1. Por inhalación a través de las vías respiratorias o del tubo endotraqueal si el Px está intubado.
2. Por aspiración de secreciones colonizadas procedentes de la orofaringe.
3. Por vía hematógena a partir de focos de infecciones distante del pulmón.
4. Por contigüidad desde infecciones adyacentes a los pulmones.

Cuadro Clínico

1. Tos
2. Fiebre >38 o Hipotermia >36.7
3. Disnea
4. Dolor torácico pleural
5. Producción de esputo
6. Leucocitos ($>10 \cdot 0 \times 10^9$) o Leucopenia ($<4 \cdot 5 \times 10^9$)

Diagnóstico

Catéter telescópado

Lavado Broncoalveolar

Aspirado traqueal cuantitativo

Rx: Tórax

Tratamiento

Antibioticoterapia Durante 7-8 días

Tabla 13-3. Dosificación de antibióticos en el tratamiento de la neumonía intrahospitalaria (incluida la VAP)^a

Antibiótico	Dosificación
Vancomicina	15 mg/kg iv, cada 8-12 h (en enfermos con NIH/VAP grave considerar una dosis de carga 25-30 mg/kg)
Linezolid	600 mg iv, cada 12 h
Piperacilina con tazobactam	4,5 g iv, cada 6 h ^b
Cefepima	2 g iv, cada 8 h ^b
Ceftazidima	2 g iv, cada 8 h ^b
Imipenem	500 mg iv, cada 6 h ^{b,c}
Meropenem	1 g iv, cada 8 h ^{b,c}
Aztreonam	2 g iv, cada 8 h
Ciprofloxacino	400 mg iv, cada 8 h
Levofloxacino	750 mg iv, cada 24 h
Amikacina	15-20 mg/kg iv, cada 24 h
Gentamicina	5-7 mg/kg iv, cada 24 h
Tobramicina	5-7 mg/kg iv, cada 24 h
Colistina	9 mill. UI/d iv, en 2-3 dosis divididas, en enfermos muy graves precedidas por una dosis de carga de 9 mill. UI ^d por vía inhalatoria 1-2 mill. UI cada 8-12 h
Polimixina B	1,25-1,5 mg/kg iv, 2 × d

^a Según las guías de IDSA y ATS 2016, modificadas.

^b Puede resultar adecuada una infusión prolongada.

^c Dosis de carbapanemas en infecciones muy graves —tabla 13-2, nota h.

^d En enfermos con buena función renal se permite aumentar la dosis diaria y de carga hasta 12 mill. UI. En caso del aclaramiento de creatinina (CrCl) <50 ml/min, la dosis debe reducirse: hasta 5,5-7,5 mill. UI/d con el CrCl 30-50 ml/min, hasta 4,5-5,5 mill. UI/d con el CrCl 10-29 ml/min y hasta 3,5 mill. UI/d con el CrCl <10 ml/min. La dosis no se modifica en caso de tratamiento de sustitución renal continuo.

VAP — neumonía asociada a ventilación mecánica