

NEUMONÍA

infecciones del parénquima pulmonar, diferentes de las infecciones limitadas a la tráquea o bronquios de gran tamaño, pueden ser nosocomial o comunitaria.

NEUMONÍA NOSOCOMIAL

NEUMONÍA COMUNITARIA

aquella que se presenta en las 48-72 horas tras el ingreso hospitalario, siempre que se haya excluido un proceso infeccioso pulmonar presente o en periodo de incubación en el momento del ingreso, o aquella neumonía que se presenta en los 7 días tras el alta hospitalaria.

se produce como consecuencia de la invasión bacteriana del tracto respiratorio inferior a partir de las sig. vías: aspiración de la flora orofaríngea, contaminación por bacterias procedentes del tracto gastrointestinal, inhalación de aerosoles infectados y con menor frecuencia por diseminación hematogena a partir de un foco remoto de infección.

El cuadro clínico es similar a la de las neumonías en general, pero posee algunas características peculiares. El diagnóstico se basa en la combinación de un infiltrado radiológico pulmonar de nueva aparición junto a secreciones respiratorias purulentas, excepto en pacientes neutropénicos, y alguno de los siguientes criterios: fiebre, hipoxemia o leucocitosis.

- Fiebre (P)
- CBCT > 10³ UFC/ml (MP)
- Secreciones Purulentas (P)
- LBA > 10⁴ UFC/ml (MP)
- Leucocitosis (P) GIC > 2-5% (S)
- Cavitación (S)
- Hemocultivo o cultivo de líquido pleural (MP) +
- Infiltrados pulmonares persistentes (MP)
- Histología compatible con neumonía (S)

tratamiento antimicrobiano apropiado son:

- Conocimiento de los microorganismos y patrones de resistencia causantes.
- Programa para la selección de un esquema razonado de antimicrobianos
- Programa razonado para la desescalación o suspensión de antimicrobianos.

En pacientes con bajo riesgo para el desarrollo de infección por microorganismos multidrogaresistentes, iniciar tratamiento empírico con una cefalosporina de 3ª generación (ceftriaxona), en adultos y niños desde la edad de lactantes en adelante. Cuando se sospecha la participación en la Neumonía nosocomial de microorganismos multiresistentes, se requiere incluir en el esquema de acuerdo a la flora y a los patrones de resistencia locales una cefalosporina anti-Pseudomonas (cefepime), o un carbapenémico o un β-lactámico con inhibidor de β-lactamasas (piperacilina/tazobactam), más una flouroquinolona antipseudomonas (ciprofloxacina o levofloxacina) o un aminoglucósido (amikacina, gentamicina o tobramicina).

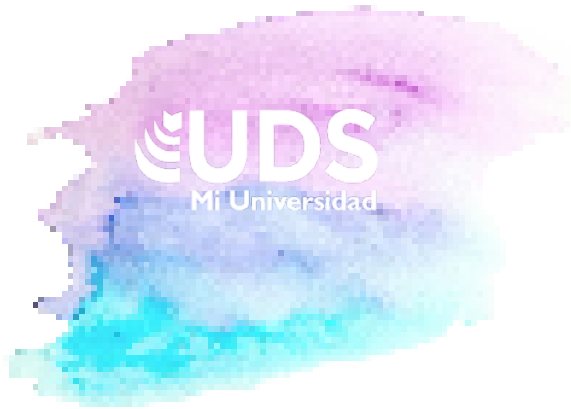
infección de los pulmones provocada por una gran variedad de microorganismos adquiridos fuera del ámbito hospitalario y que determinan la inflamación del parénquima pulmonar y de los espacios alveolares. La NAC es aquella patología que adquiere la población en general y se desarrolla en una persona no hospitalizada o en los pacientes hospitalizados que presentan esta infección aguda en las 24 a 48 horas siguientes a su internación.

La fisiopatología de la NAC depende del agente etiológico, los patógenos como Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae y gramnegativas generalmente entran en el tracto respiratorio inferior a través de la aspiración orofaríngea y secreciones, mientras que bacterias intracelulares (Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae, Legionella spp) y los virus tienden a entrar en el tracto respiratorio inferior a través de la vía inhalacional. La progresión a NAC depende en gran medida del inóculo de las bacterias patógenas, el volumen aspirado, frecuencia de aspiración y la virulencia de las bacterias en relación con el sistema inmunitario del huésped.

NAC BACTERIANA: Se caracteriza por presentar fiebre elevada de comienzo súbito con escalofríos, afectación del estado general y ocasionalmente aparición de herpes labial. Se puede acompañar de dolor torácico de características pleuríticas y expectoración purulenta. La auscultación es focal, con presencia en ocasiones de soplo tubárico. También puede manifestarse como fiebre sin foco, siendo este tipo de neumonía "silente" característica de la NAC neumocócica. Los niños pequeños rara vez refieren dolor costal y es frecuente la aparición de meningismo o dolor abdominal que confunden y retrasan el diagnóstico. La presencia de herpes tampoco es habitual en ellos.

NAC ATÍPICA: Se caracteriza por un comienzo lento de síntomas catarrales con fiebre moderada, tos seca irritativa, y en ocasiones dificultad respiratoria. La auscultación pulmonar es generalizada de características bronquiales, acompañándose en ocasiones de espasticidad. a. NAC viral. Aparece en menores de 3 años habitualmente durante el invierno. Se acompaña de cuadro catarral con febrícula o fiebre moderada, faringitis, coriza, conjuntivitis y en ocasiones síntomas extrapulmonares como exantemas inespecíficos o diarrea. b. NAC por M. pneumoniae y C. pneumoniae. Afecta habitualmente a niños mayores de 3 años, con presentación

- presencia de infiltrado de reciente aparición en la radiografía de tórax.
- tos, expectoración, fiebre y/o dificultad respiratoria de inicio agudo y con algún signo focal en el examen pulmonar; adulto mayor de 65 años o más, con compromiso de conciencia, fiebre y/o descompensación de una enfermedad crónica de causa desconocida; pacientes con insuficiencia cardíaca, EPOC u otra enfermedad pulmonar crónica, que consultan por tos, expectoración y/o fiebre, independiente de los hallazgos en el examen pulmonar.



Alumna: Karla Lizeth Valencia Pérez
Docente: Dr. Alfredo López López
Materia: Medicina Interna
Fecha de entrega: 13/ Noviembre/
2020
Universidad del sureste
Quinto semestre
Medicina humana

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.