



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

SEGUNDA UNIDAD

ASIGNATURA: CLINICAS MEDICAS

COMPLEMENTARIAS

GRADO: 7

GRUPO: A

DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ.

ALUMNO: RAUL GIBRAN GALLEGOS MERLIN.

La neumonía es una infección del parénquima pulmonar. A pesar de ser una causa de morbilidad y mortalidad importante, a menudo se diagnostica con imprecisión, se trata de modo equivocado y se subestima. Antes se clasificaba dentro de tres variantes: neumonía extrahospitalaria o vinculada con el uso de un respirador mecánico. No obstante, en los últimos 20 años se ha observado que las personas que acuden a un hospital con inicio de neumonía están infectadas por patógenos resistentes a múltiples fármacos, que en épocas pasadas se asociaban a HAP. La neumonía es una infección en uno de sus pulmones, o ambos, que causa inflamación y acumulación de líquido. Cualquier persona puede contraer neumonía, pero algunas personas tienen un riesgo más alto que los demás. La neumonía puede tener más de 30 causas diferentes, como pueden ser hongos, virus o bacterias. Entender la causa de la neumonía es importante porque el tratamiento de la neumonía depende de su causa.

Los virus respiratorios son la causa más común de neumonía en niños y adultos jóvenes, mientras que el virus de la gripe es la causa más común de neumonía viral en adultos. Otros virus que causan la neumonía incluyen el virus respiratorio sincitial, el rinovirus, el virus del herpes simple, el virus de síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) y más. Entre los factores que explican este fenómeno están la obtención y el empleo indiscriminado de antibióticos orales potentes; la transferencia más temprana de los pacientes, de los hospitales de cuidados intensivos a su hogar o a diversas instalaciones con atención menos intensiva; la administración ambulatoria cada vez más generalizada de antibioticoterapia IV; el envejecimiento general de la población y los tratamientos inmunomoduladores más extensos.

La neumonía puede variar en gravedad desde suave a potencialmente mortal. Es más grave en bebés y niños pequeños, personas mayores a 65 años, y personas con problemas de salud o sistemas inmunitarios debilitados. Se pueden clasificar según el ámbito de adquisición, en extrahospitalarias adquiridas en la comunidad, intrahospitalarias nosocomiales y asociadas con el cuidado sanitario. Las que se adquieren en la comunidad se desarrollan en el seno de la población general. No

se consideran extrahospitalarias las que se manifiestan en los primeros 10 días después del alta de un paciente en el hospital ni tampoco las que lo hacen a partir de las 48-72h de su ingreso. Sin embargo, este concepto no es aplicable a los pacientes con inmunodepresión grave que adquieren una neumonía sin estar ingresados debido a sus características especiales se les denomina neumonías en inmunodeprimidos ni tampoco a la tuberculosis pulmonar.

Definición de caso de Neumonía de un caso sospechoso es una enfermedad respiratoria aguda febril con tos productiva, dificultad respiratoria y taquipnea y dos o más de los siguientes signos con limitación de la entrada de aire, matidez y crepitantes estertores finos al final de la espiración. Caso confirmado por radiología con un caso sospechoso con radiología que muestra un infiltrado lobar o segmentario y/o derrame pleural. Un caso con confirmación etiológica: Caso sospechoso con detección de virus respiratorios del hisopado nasofaríngeo y/o aislamiento de bacteria en de secreciones bronquiales, derrame pleural y en hemocultivo.

Tradicionalmente se definen dos síndromes clínico-radiológicos, los cuales por lo general son aplicables a gente joven y la neumonía neumocócica de inicio brusco, fiebre elevada, escalofríos, tos productiva, dolor pleurítico, soplo tubárico, estertores crepitantes, leucocitosis y radiográficamente consolidación lobar o segmentarla con broncograma aéreo. Es la forma de presentación habitual del *S. pneumoniae* aunque también se manifiestan así otras bacterias piógenas. En la Historia clínica debemos valorar: co-morbilidad, alcoholismo, contacto con animales, viajes, historia reciente de consumo antibióticos, tratamiento crónico con corticoides e ingresos hospitalarios recientes. La sintomatología, exploración física y pruebas complementarias: la clínica de una neumonía puede ser muy inespecífica, principalmente en pacientes mayores o con comorbilidad previa. Los hallazgos clínicos más frecuentes son.

Fiebre presente en el 80% de los pacientes, con frecuencia en los ancianos está ausente, suele desaparecer en las primeras 72 horas si el tratamiento es eficaz. Tos seca o productiva que suele desaparecer dentro de los ocho primeros días si el

tratamiento es eficaz, escalofríos presentes hasta en un 40-50% de los pacientes, dolor torácico de tipo pleurítico en el 30% de los pacientes, taquipnea definida como frecuencia respiratoria mayor 30/ minuto, presente en un 45-70% de los pacientes y es el signo más sensible en ancianos, confusión mental presente en el 44% de pacientes ancianos y auscultación torácica con estertores crepitantes que suelen normalizarse dentro de las tres primeras semanas de tratamiento y la presencia de soplo tubárico en algunas ocasiones. Una auscultación pulmonar normal no la descarta.

Para fines de este manual nos referimos únicamente al tratamiento ambulatorio de los pacientes, ya que hasta un 70% de estas neumonías se tratan a ese nivel y la elección del tratamiento empírico más adecuado depende de la sospecha etiológica, factores de riesgo del paciente, situación clínica hallazgos clínicos de gravedad y distribución geográfica de resistencias a antibióticos de los principales gérmenes. En pacientes sin factores de riesgo con sospecha de neumonía por neumococo, para utilizar la amoxicilina 1 gramo VO cada 8 horas durante 8-10 días, en niños > 5 años a razón de 60 mgr/Kg./día. Eritromicina pacientes alérgicos 500 mgr VO cada 6 horas por 10 días, en niños > 5 años a razón de 50 mgr/Kg./día. Con sospecha de neumonía por gérmenes atípicos, utilizar macrólidos con claritromicina 500 mg. cada 12 h. por 14 a 21 días. Levofloxacino 500mg./24 horas por 7 a 10 días.

Tratamiento ambulatorio son los grupos I y II por su baja mortalidad <0.6% permiten realizar el tratamiento de forma ambulatoria, mientras que en los grupos IV y V con mortalidad alta 8-30% se deben tratar a nivel hospitalario. En el grupo III 2.8% de mortalidad el tratamiento puede realizarse de forma ambulatoria u hospitalaria, tras una decisión individualizada. Los agentes virales que producen infecciones respiratorias agudas pueden producir neumonías, así como diversas bacterias que comúnmente se localizan en cavidad bucal, en la faringe o en la nariz. Se ha demostrado en diversos estudios clínicos que el *Streptococo pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Clamidia pneumoniae* son las bacterias mas frecuentemente aisladas grupos etarios mayores de 5 años. Además existen bacterias que con menor frecuencia pueden asociarse a neumonía atípica como son

clamydia pneumoniae, Legionella pneumophila. No hay que dejar de pensar la causa posible de afección tuberculosa o micótica en las neumonías. Cuando se habla de la etiología de la NAC, deben tenerse en cuenta las limitaciones de las pruebas diagnósticas, lo que queda reflejado en la mayoría de los estudios, que encuentra que entre 30 y 50% de los pacientes son de etiología desconocida. Existen evidencias de que en la mayor parte de los casos en los que no se consigue un diagnóstico etiológico la NAC se debe a S. pneumoniae.

Bibliografía

Marengo, Dr. Silva Marengo. (2015). *Guía de atención a las neumonías en el primer nivel de atención*. Mexico: CNN.