

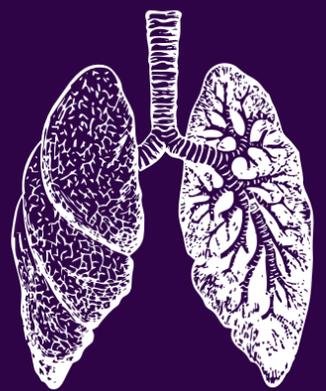
Infecciones pleuropulmonares y bronquiales

FIBROSIS QUISTICA



DEFINICION

Enfermedad genética autosómica recesiva secundaria a mutaciones en el gen regulador de la conductancia transmembrana de la FQ (CFTR, localizado en el brazo largo del cromosoma 7)



EPIDEMIOLOGIA

Staphylococcus aureus y **Pseudomonas aeruginosa** (PA) son los patógenos más frecuentemente asociados a la FQ. Están implicados otros muchos patógenos, como *S. aureus* resistente a meticilina, microorganismos del complejo *Burkholderia cepacia* y *Stenotrophomonas maltophilia*.

DIAGNOSTICO

pruebas de cribado en recién nacidos. La prueba del cloro en el sudor y el análisis de la **mutación del gen CFTR** son los pilares para el diagnóstico de FQ, junto con el tripsinógeno inmunorreactivo asociado al cribado del recién nacido.



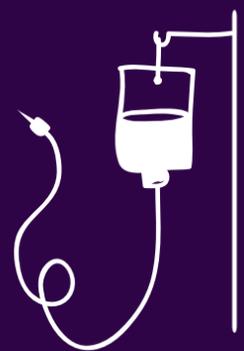
TRATAMIENTO

Mucolíticos, hidratantes de las vías respiratorias, fisioterapia respiratoria, antiinflamatorios y una combinación de antibióticos orales e inhalados. Los pacientes con FQ necesitan dosis mayores de numerosos antibióticos hidrófilo.



TRATAMIENTO

La selección de los antibióticos viene dictada por los cultivos respiratorios del paciente previos y presentes. La gravedad de la exacerbación determina si se usarán antibióticos por vía oral o intravenosa.



PREVENCION

La erradicación precoz servirá para la prevención de la infección crónica de las vías respiratorias con PA y otros patógenos asociados a neumopatías crónicas progresivas.



Infecciones pleuropulmonares y bronquiales

BRONQUITIS

AGUDA

DEFINICION

La bronquitis aguda es un síndrome autolimitado caracterizado por tos aguda, con o sin esputo, pero sin signos de neumonía.

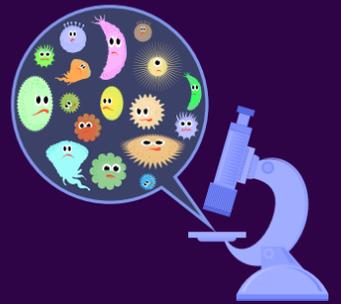


EPIDEMIOLOGIA

La bronquitis aguda ocurre todo el año y se debe a un gran número de patógenos respiratorios en función de la epidemiología de cada patógeno

MICROBIOLOGIA

Rinovirus, virus de la gripe, virus respiratorio sincitial, metaneumovirus, coronavirus y adenovirus. Menos del 10% de los casos se deben a *Mycoplasma pneumoniae*. *Chlamydia pneumoniae* y *Bordetella pertussis*



DIAGNOSTICO

El diagnóstico se establece principalmente por la presentación clínica en ausencia de signos y síntomas de neumonía



TRATAMIENTO

El tratamiento es sintomático, ya que es inusual que se necesiten antibióticos y en la mayoría de los casos son innecesarios



PREVENCION

La prevención está encaminada, sea posible, hacia los patógenos (p. ej., vacuna de la gripe y de la siembre que específicos tos ferina).



Infecciones pleuropulmonares y bronquiales

NEUMONIA

AGUDA

EPIDEMIOLOGIA Y ETIOLOGÍA

La neumonía es la causa más frecuente de mortalidad asociada a infección.

Haemophilus influenzae, Mycoplasma pneumoniae y Chlamydia pneumoniae.



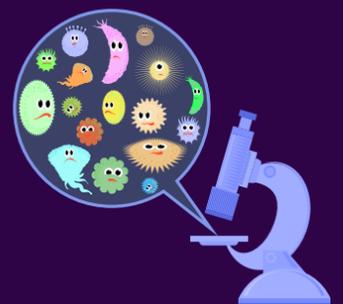
DIAGNOSTICO

Las manifestaciones clínicas típicas son tos (requisito indispensable para el diagnóstico de neumonía), producción de esputo, disnea, dolor torácico, fiebre, fatiga, sudores, cefalea, náuseas, mialgias y, en ocasiones, dolor abdominal y diarrea.

La tinción de Gram y el cultivo de las muestras de esputo siguen siendo pruebas diagnósticas valiosas

TRATAMIENTO

Pueden usarse tres escalas de puntuación de gravedad (PSI, CURB-65 o CRB-65) para valorar la necesidad de ingreso hospitalario en los pacientes inmunocompetentes con neumonía extrahospitalaria, y pueden usarse índices similares para definir la necesidad del ingreso en una unidad de cuidados intensivos.



TRATAMIENTO

Macrólidos avanzados, fluoroguanolonas respiratorias y (3-lactámicos



PREVENCIÓN

Proporcionar inmunización según corresponda con vacuna antigripal y neumocócica. Fomentar la deshabitación del tabaquismo.



TRATAMIENTO

El tratamiento antibiótico de la neumonía asociada a la asistencia sanitaria debería constar de cobertura para S. aureus con resistencia farmacológica potencial y para bacilos aerobios gramnegativos, y en la mayoría de los casos incluye cobertura frente a Pseudomonas aeruginosa



EPOC

EXACERBACION AGUDA

Definicion

Enfermedad pulmonar crónica con limitación irreversible del flujo de aire con disminución del volumen espiratorio forzado en un segundo (FEV₁) y del cociente FEV₁/capacidad vital forzada (CVF).

y del cociente FEV₁/capacidad vital forzada (CVF).

La exacerbación aguda viene indicada por un cambio agudo desde el estado basal del paciente con aumento de la disnea, del volumen de esputo o purulencia del esputo; el número de cambios clínicos define la gravedad.



Epidemiologia

10% de toda la población y al 50% de los fumadores; es la cuarta causa más frecuente de mortalidad en todo el mundo.

- En invierno está aumentado el riesgo de exacerbación aguda.
- Factores de riesgo: tabaquismo, contaminación ambiental, predisposición genética.

patogenia

inflamación progresiva e intermitente de las vías respiratorias; remodelación y pérdida de la función pulmonar

Disfunción ciliar; exceso de producción de moco; deterioro de la fagocitosis que conduce a colonización bacteriana.



microbiologia

Haemophilus influenzae y *Moraxella catarrhalis*; el virus colonizador más frecuente es el virus respiratorio sincitial.

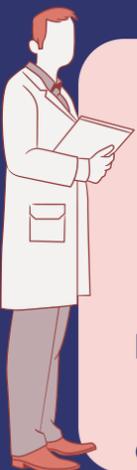
Diagnostico

La exacerbación aguda se define por un aumento de la purulencia, del esputo, de su volumen o de la disnea



tratamiento

Broncodilatadores
Corticoides inhalados o VO



infectología

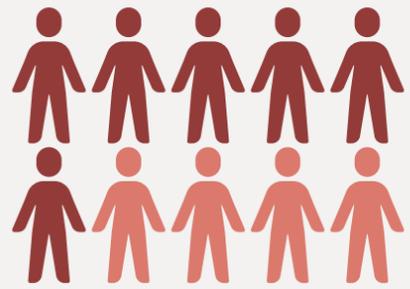
BRONQUIOLITIS

inflamación/obstrucción de las vías respiratorias de pequeño calibre ocasionada en la mayoría de los casos por infección por el virus respiratorio sincitial (VRS) durante los primeros años de vida.

Epidemiología

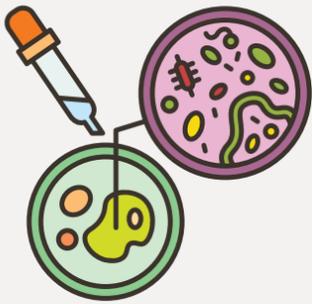
La bronquiolitis por el VRS ocurre en epidemias durante el invierno en climas templados y esporádicamente en los trópicos

La bronquiolitis es una de las causas principales de hospitalización durante el primer año de vida



microbiología

metaneumovirus, el virus de la gripe, el virus parainfluenza, adenovirus, coronavirus y bocavirus.

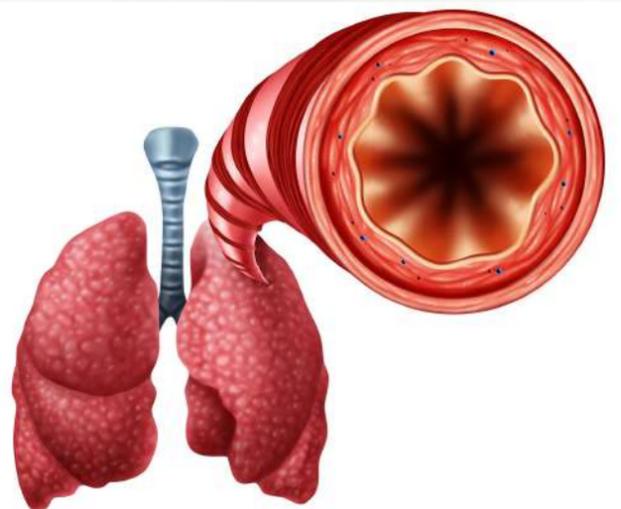


Diagnostico

Episodio inicial de sibilancias y signos de infección de las vías respiratorias superiores.

Deben descartarse otras causas de sibilancias en los primeros años de la infancia, como cardiopatías congénitas con insuficiencia

La apnea puede aparecer pronto en el transcurso de la bronquiolitis viral y normalmente lo hace en lactantes de menos de 44 semanas



TRATAMIENTO

El tratamiento es sintomático y consiste en hidratación, oxígeno y medidas de soporte respiratorio en función de las necesidades.

El soporte respiratorio mediante una cánula nasal de flujos altos puede prevenir o retrasar la intubación en los pacientes con apnea o insuficiencia respiratoria.