

Universidad del Sureste.

Campus Tuxtla Gutiérrez.

Iris Rubí Vázquez Ramírez.

Lic. En medicina humana.

Cuarto semestre.

Actividad 5: neumonía adquirida en la comunidad
según GPC.

Imagenología.

Dr. Samuel Esaú Fonseca Fierro.

Domingo 29 de mayo del 2022.

Neumonía adquirida en la comunidad.

Definición.

La OMS ha definido a la Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) como una infección de los pulmones provocada por una gran variedad de microorganismos adquiridos fuera del ámbito hospitalario y que determina la inflamación del parénquima pulmonar y de los espacios alveolares.

Prevención.

Prevención primaria.

La vacuna conjugada contra neumococo se recomienda en todos los adultos mayores de 65 años y en especial en aquellos con enfermedades crónicas.

Los trabajadores de la salud que se desempeñan en consultorios, hospitales e instituciones de asistencia deben vacunarse cada año contra la influenza.

Prevención secundaria.

Promoción de programas de educación para limitar el consumo de tabaco, alcohol y favorecer una nutrición adecuada.

Realizar interrogatorios y exploración física minuciosa en enfermos con EPOC, DM II e ICC ante la sospecha de NAC.

Etiología.

Streptococo pneumoniae sigue siendo el germen más frecuente aislado en casos de NAC en la población general (del 21% al 39%, seguido por Hemophilus influenzae (entre el 1.5% al 14%) Staphilococo aureus (entre el 0.8 el 8.7%).

Diagnostico.

Se ha determinado que la 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, son los únicos patrones clínicos que predicen NAC.

La duda diagnóstica ante un cuadro clínico poco específico o manifestaciones moderadas de NAC requiere efectuar estudios auxiliares de diagnóstico, iniciando estos con radiografía convencional de tórax.

Se debe considerar la edad avanzada y las enfermedades coexistentes como factores importantes que afectan la presencia clínica de la NAC.

Es importante sospechar NAC en un anciano que no presenta fiebre y tenga confusión, debiendo apoyarse con radiografía de tórax y exámenes de laboratorio de rutina para confirmar o excluir el diagnóstico.

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

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 Tx antimicrobiano previo.

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

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

En los pacientes con NAC moderada y severa que expectoran material purulento y no han recibido tratamiento antimicrobiano, debe 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 son de ayuda para establecer un diagnóstico microbiológico.

Las pruebas 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.

Tratamiento.

Al ingreso al hospital se debe realizar teleradiografía de tórax, iniciar oxígeno nasal tratando de mantener una tensión de oxígeno por encima de 8kPa y una saturación de oxígeno de 94 a 98%, también se debe evaluar la reposición de líquidos IV.

Se debe realizar profilaxis intravenosa con heparina de bajo peso para aquellos pacientes con problemas de movilización.

Se debe considerar:

- Medición de gases arteriales en pacientes con falla respiratoria.
- Aporte nutricional.
- Movilización temprana del paciente si sus condiciones lo permiten.
- Limpieza bronquial oportuna.
- 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.

la elección de la elección del antibiótico se hará con base en la frecuencia del agente patógeno, gravedad de la enfermedad, vía de administración del fármaco y lugar de la atención del paciente.

Px con bajo riesgo.

Amoxicilina a dosis de 500 mg, 3 veces al día VO por 7 a 10 días.

En caso de intolerancia o hipersensibilidad a las penicilinas, se puede dar doxicilina 200 mg iniciales y luego 100 mg c/12 hrs VO o claritromicina 500 mg VO c/12 hrs por 7 a 10 días.

Px con moderado y alto riesgo.

Se debe 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 VO.