

INFECCIOS DEL APARATO RESPIRATORIO

RESFRIADO COMUN

ETIOLOGIA

- Rinovirus en todas las edades
- A lo largo de todo el año
- Picos de incidencia en otoño y primavera

Segunda causa habitual

- Coronavirus

FARINGOAMIGDALITIS AGUDA

ETIOLOGIA (mayor porcentaje causa viral)

- Rinovirus
- Coronavirus
- Adenovirus

ETIOLOGIA (bacteriana)

- Streptocococ B-hemolítico grupo A
- Mycoplasma pneumoniae
- Chlamydia pneumoniae

ETIOLOGIA (menos frecuentes)

- Virus Epstein-barr
- Neisseria gonorrhoeae
- VIH
- Virus coxsackie

CLINICA

Dolor faríngeo

Tos

Faringe enrojecida

Placas exudativas
blanquecinas
(graves)

Conjuntivitis

Rinitis

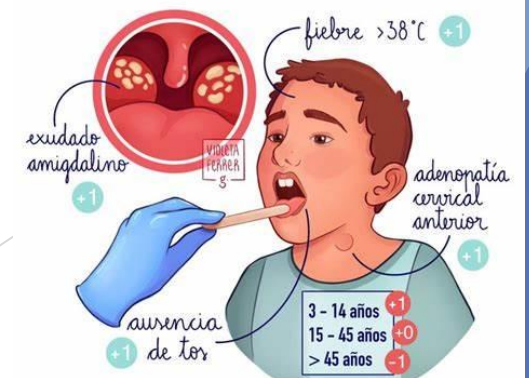
Lesiones ulcerosa
(asociar a etiología
viral)

Fiebre elevada

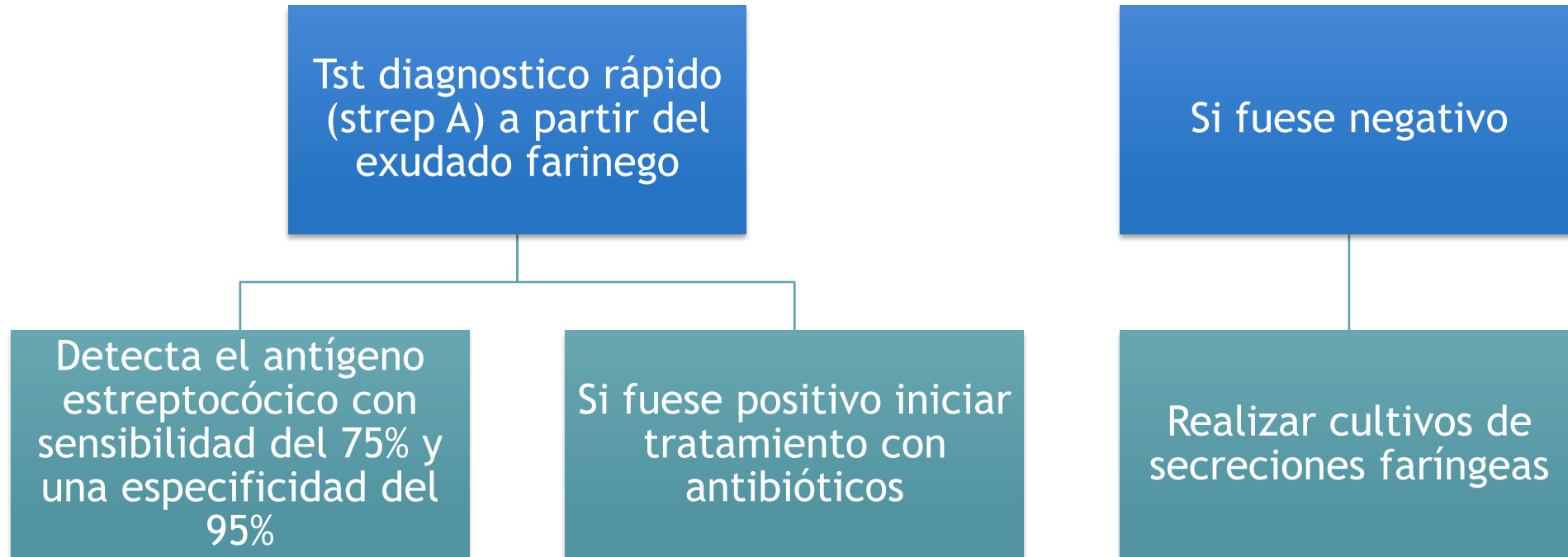
Adenopatías
laterocervicales

Exudado amigdalario y
ausencia de tos
(sospecha en
streptococos B-
hemolítico)

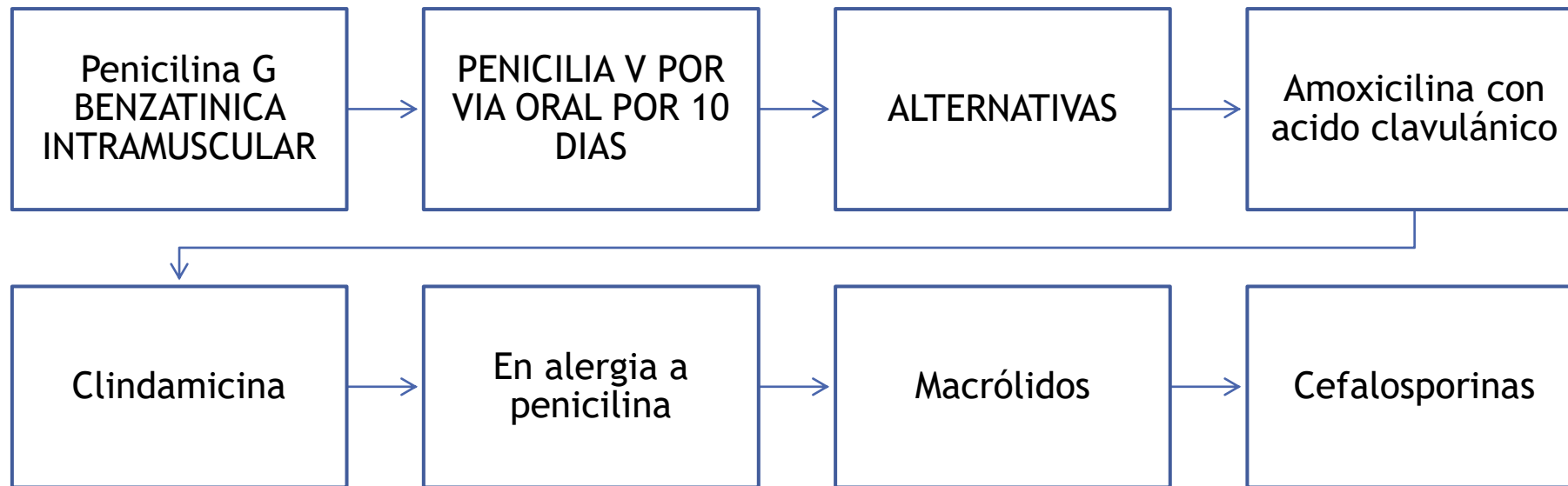
Criterios de centor



DIAGNOSTICO



TRATAMIENTO



DIFTERIA

ETIOLOGIA

- *Corynebacterium diphtheriae* gram (-) aerobio facultativo

TRANSMISION

Via aérea

- Depende del estado inmunológico
 - Test de schick consiste en una inyección intradérmica de 0,1 mil de toxina diftérica si la reacción cutánea es positiva significa susceptibilidad a la infección

CONSECUENCIAS

- Cambios degenerativos a nivel neurológico, cardiaco, renal (por la absorción de la toxina)
- La toxina se libera por via aérea superior originando necrosis tisular y pseudomembranas que pueden causar obstrucción de vías aéreas

CLINICA (DEPENDE LA LOCALIZACION)

FARINGEA

- Lesiones pseudomembranosa grisáceas o blanquecinas adheridas con firmeza a los tejido subyacente (generan sangrado si se intentan desprender) y adenopatías cervicales

LARINGEA

- Tos, disnea, ronquera, obstrucción de vía aérea

NASAL

- Secreción serosanguinolienta con costras

CUTANEA

- Ulceras crónicas no cicatrízales

MUCOSAS

- Conjuntiva, boca, vagina, oído

COMPLICACIONES

MIOCARDITIS DIFTERICA

Alteraciones
electrocardiográficas (25%)

Clinica infrecuente

Aparicion de 2 a 3 semanas

- ICC
- Arritmias

COMPLICACION (SISTEMA NERVIOSO)

Afecta los pares craneales o nervios periféricos entre dos y 6 meses

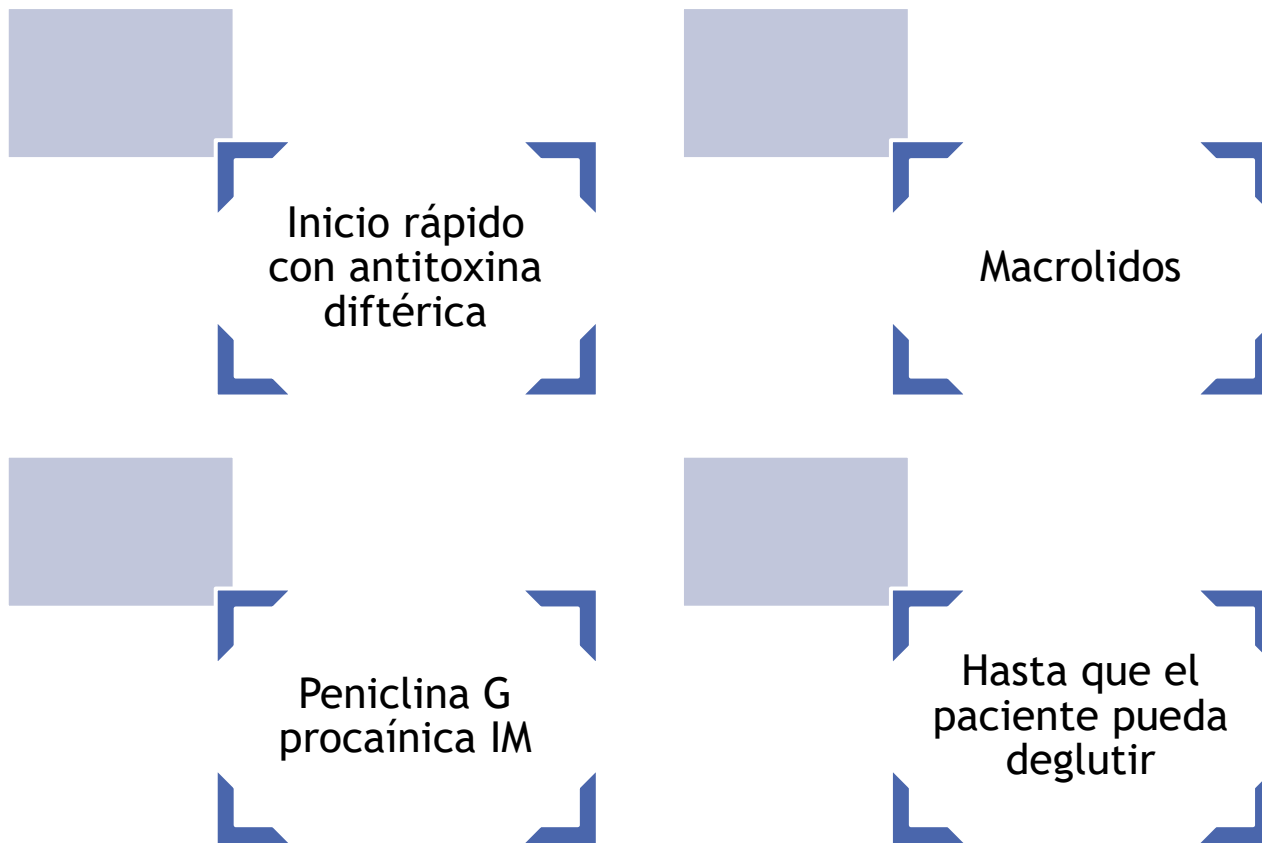
Parálisis del paladar blando

Oculociliar y oculomotor

DIAGNOSTICO

- ▶ Cultivo faríngeo (medio selectivo Tinsdale

TRATAMIENTO



NEUMONIAS

QUE ES?

- Inflamación del parénquima pulmonar

Etiologia

- Bacterias
- Virus
- Hongos
- Parásitos

CLASIFICACION

- Extrahospitalarias
- Intrahospitalarias

NEUMONIA

ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (EXTRAHOSPITALARIAS)

- Infección aguda del tejido pulmonar
- Adquirida en la comunidad dentro de las 48 horas

NEUMONIA ADQUIRIDA EN EL HOSPITAL

- Infección del tejido pulmonar en un paciente no intubado
- Se desarrolla después de las 48 hrs de la hospitalización

NEUMONIA ASOCIADA A VENTILADOR

- Infección nosocomial
- Se desarrolla después de 48 después de la intubación para la ventilación mecánica

PATOGENIA (MICROASPIRACION)

MAS FRECUENTE	Los individuos sanos son portadores en la orofaringe	Streptococcus pneumonie, streptococcus pyogenes
Staphylococos, neisseria, corybacterium, H, influenzae, moraxella catarrhalis	Las aspiración masiva es mas frecuente y grave en pacientes alcohólicos, drogadictos, convulsiones, trastornos de deglución	Alteraciones en el estomago (acido clorhídrico)
Edad avanzada, enfermedad del tracto gastrointestinal superior, íleo, nutrición enteral, omeprazol	Uso de sondas nasogástrica	Intubación orotraqueal

INHALACION

Pueden permanecer suspendidas en el aire por mucho tiempo y si son inhaladas suelen depositarse en los bronquios y alveolos

Mycoplasma
pneumonie

Chlamydophila
pneumonie

Chlamydophila
psittaci

Tuberculosis

Legionella
pneumophila

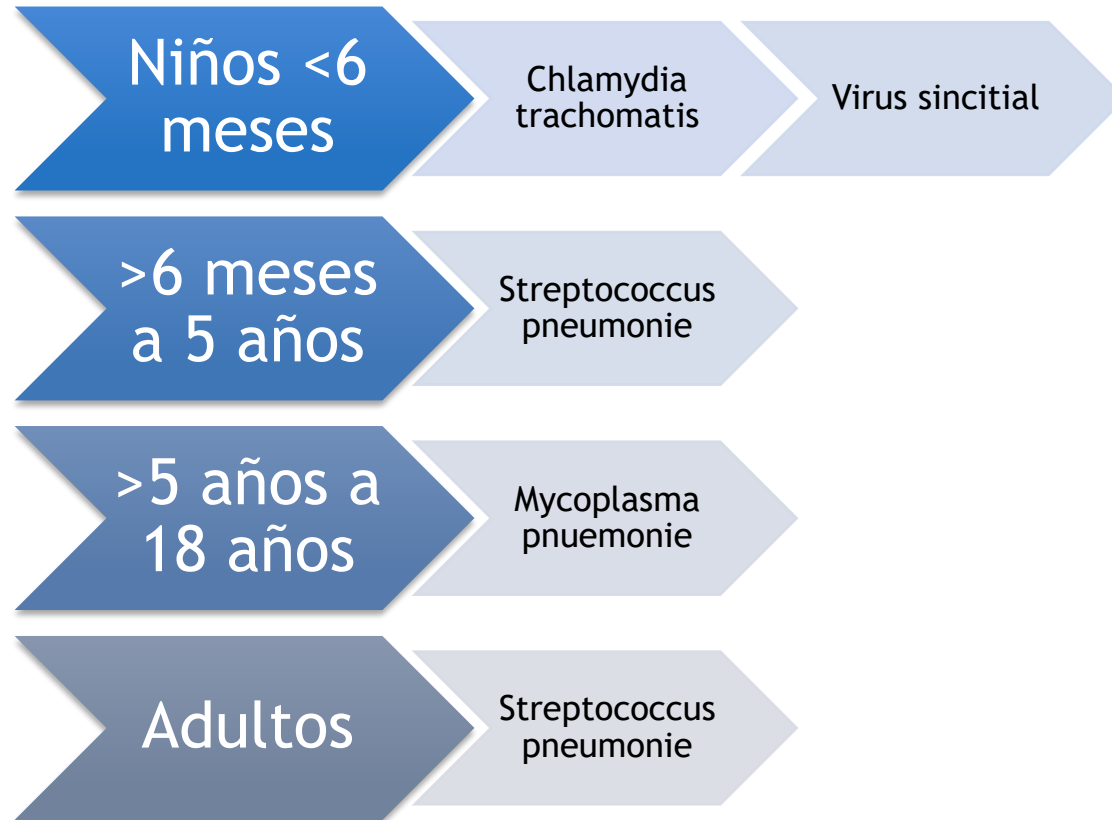
DISEMINACION HEMATOGENA

Se produce en
casos de
endocarditis
bacteriana derecha
o izquierda

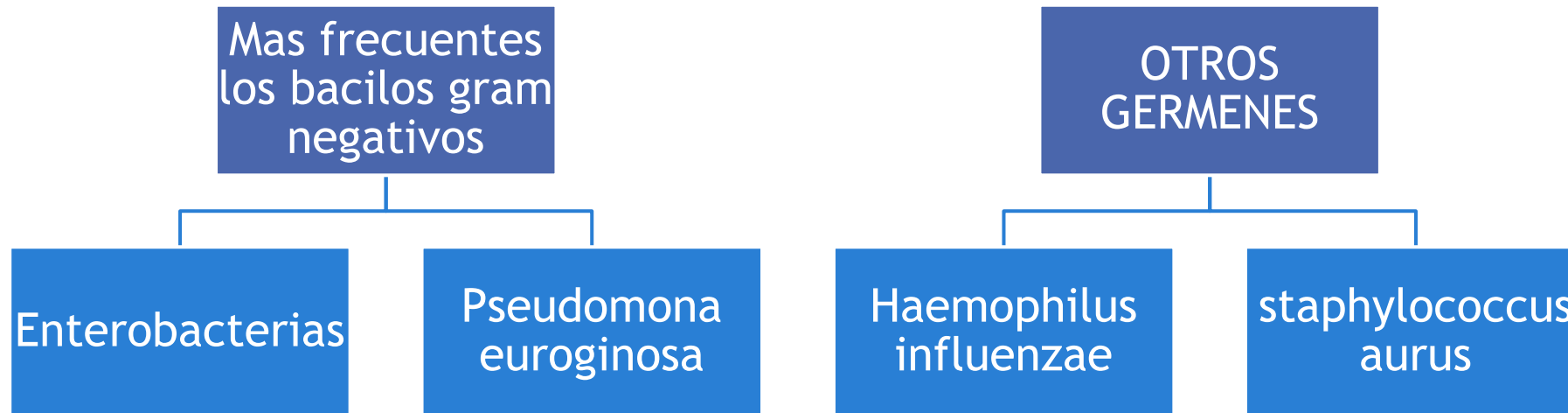
Infección por
catéteres
intravenosos

Staphylococcus
aureus

ETIOLOGIA EXTRAHOSPITALARIAS



NEUMONIA INTRAHOSPITALARIAS



NEUMONIA LOBAR

- ▶ Afección a múltiples alveolos
- ▶ Generalmente se encuentran llenos de exudado pudiendo comprometer el lóbulo completo
- ▶ Generalmente los bronquiolos están respetados lo que da paso al broncograma aéreo

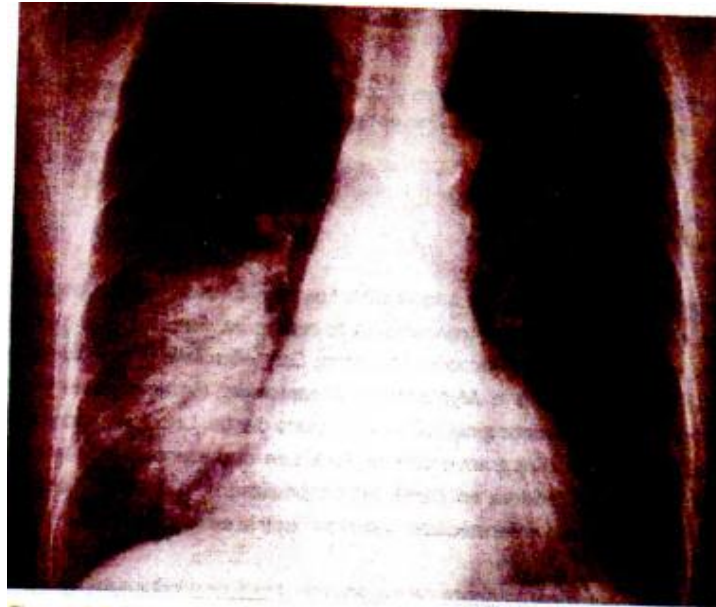


Figura 6.4. Neumonía alveolar por *Streptococcus pneumoniae*

Neumonía alveolar neumonía lobar

- Afectación múltiples alvéolos
- Bronquiolos respetados (broncograma aéreo)
- Puede afectar a todo un lóbulo

Bronconeumonía

- Afectación alvéolos y bronquiolos
- NO broncograma aéreo
- Segmentaria y múltiple
- Raro lóbulo completo

Neumococo

- *Staphylococcus aureus*
- BGN

Neumonía intersticial

Afectación del intersticio

- *C. psittaci*, *C. pneumoniae*
- *Coxiella burnetii*
- *Mycoplasma pneumoniae*
- Virus respiratorios

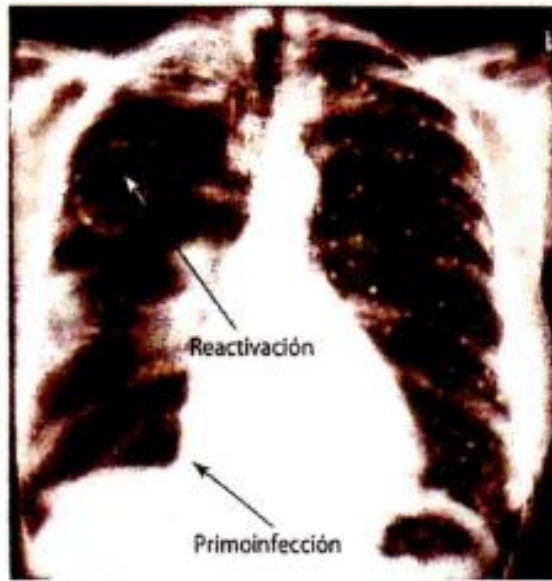
Absceso pulmonar neumonía necrotizante

- Necrosis en el parénquima pulmonar, que radiológicamente aparece como zonas hiperlucetas en el seno de área condensada
- Neumonía necrotizante: múltiples pequeñas
- Absceso pulmonar: única > 2 cm
- Localización típica en zonas declives

- Anaerobios
- *S. aureus*
- BGN, *P. aeruginosa*
- Algunas especies de *Legionella*
- *S. pneumoniae* tipo 3



Klebsiella (lóbulos superiores)



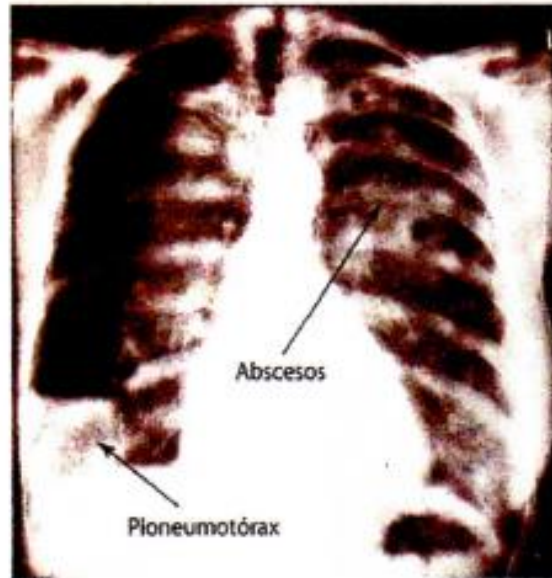
Tuberculosis (miliar)



Mycoplasma (perihiliar)



Neumococo (lóbulos inferiores)



S. aureus



Varicela (miliar confluente)

BRONCONEUMONIA

Afecta alveolos y bronquiolos adyacentes

La afección suele ser segmentarias múltiple pero es raro que afecte el lóbulos completo (no se aprecia el broncograma aéreo)

Asociado a gram (-) y staphylococcus aurus

NEUMONIA INTERSTICIAL

Afección en la zona intersticial respetando la luz bronquial y alveolar

Gérmenes atípicos

- Chlamydophila psittaci
- Chlamydophila pneumoniae
- Coxiella burnetii
- Virus respiratorios
- Mycoplasma pneumoniae
- Pneumocystis jirovecii

NEUMONIA NECROTIZANTE Y ABCESO PULMONAR

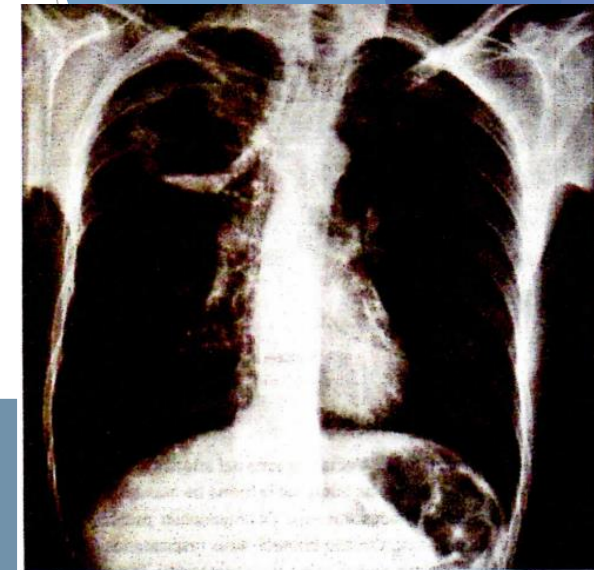
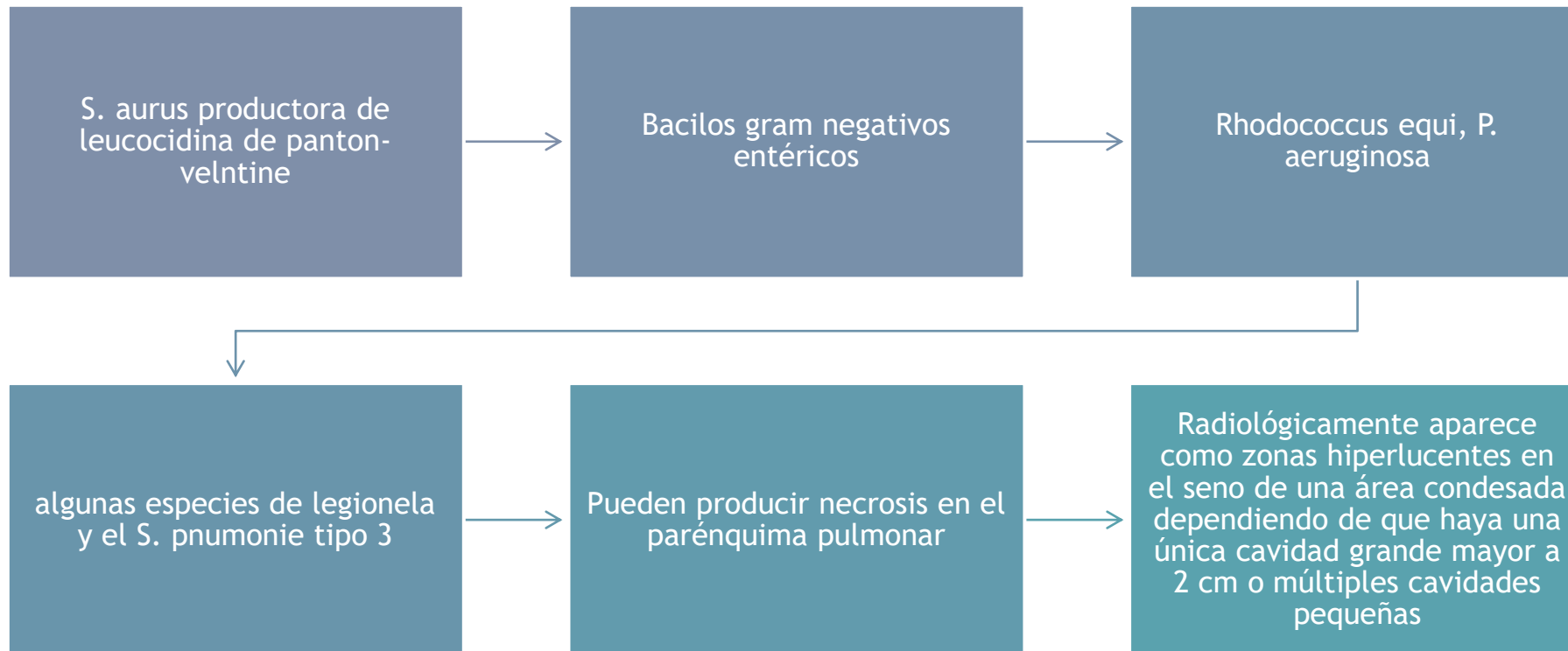


Figura 6.6. Absceso pulmonar

CLINICA (NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD)

SINDROME TIPICO

- Fiebre elevada
- Escalofrios
- Tos productiva
- Dolor pleurítico

En la aescultacion

- Crepitantes y/o soplo tubárico

Radiologicamente

- Condensacion homogénea y bien delimitada puede afectra todo el lóbulo

Leucocitosis

CLINICA (SINDROME ATIPICO)

Fiebre sin escalofríos

- Cefalea
- Mialgias
- Artralgias
- Tos seca

En auscultaciones

- Crepitantes y sibilancias

Radiologicamente

- Patron intersticial o infiltrados multiples

NEUMONIA NOSOCOMIAL

Presencia de
infiltrado de
aparición nueva en la
radiografía de tórax

Fiebre

Secreciones
traqueobronquiales
purulentas o
leucocitosis

ABCESO PULMONAR

Generalmente indolente

- Sudoración nocturna
- Pérdida ponderal
- Tos
- Fiebre no muy elevada
- Expectoración fétida
- Hemoptisis

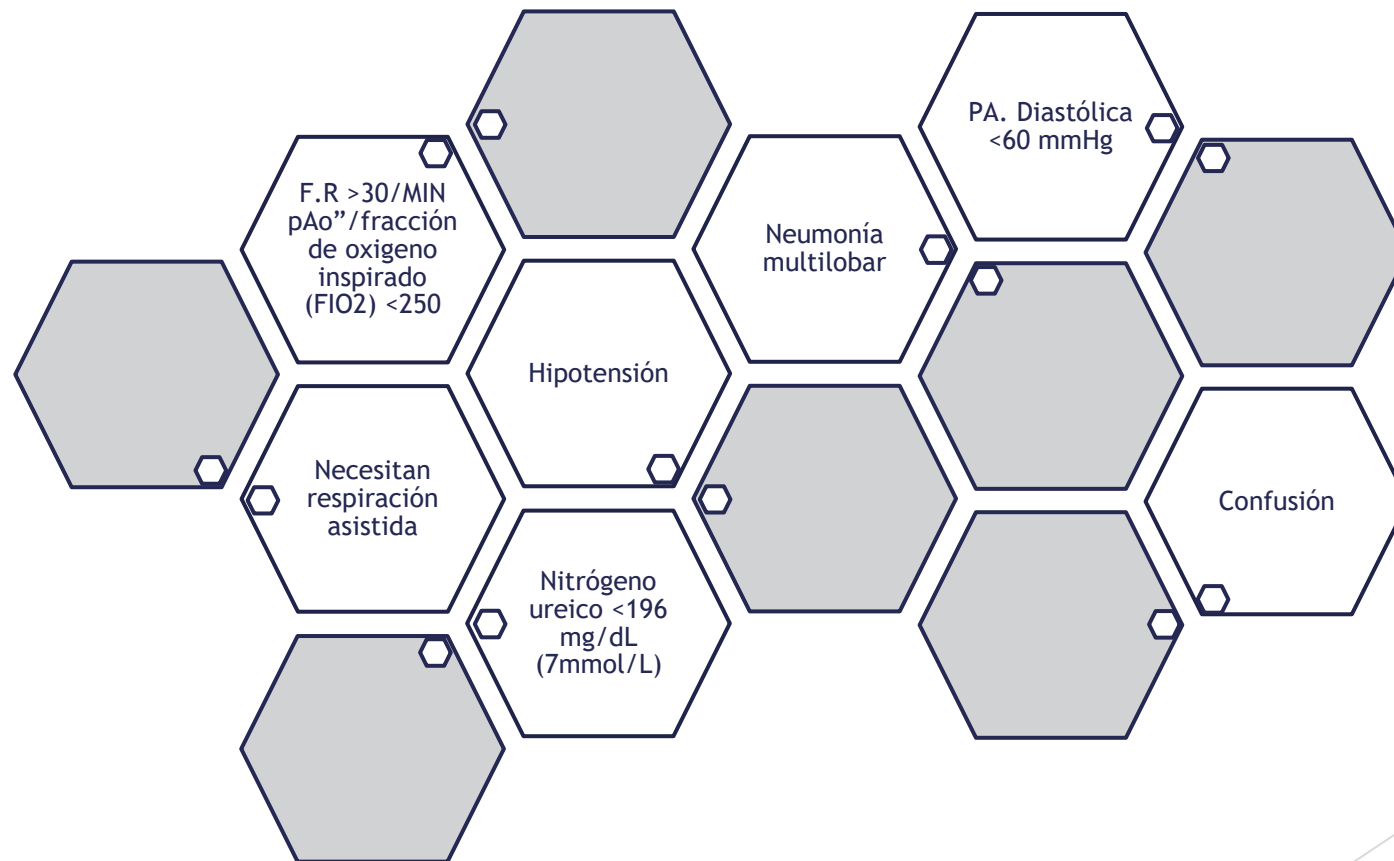
EXPLORACION FISICA

- Roncus
- Crepitación
- Soplos

RADIOLOGICAMENTE

- La localización del infiltrado son los segmentos superiores del lóbulo inferior y posteriores del lóbulo superior y existe cavitación con nivel hidroaéreo

CRITERIOS DE GRAVEDAD (NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD)



Valor	Puntuación
Confusión	1
Uremia (nitrógeno ureico \geq 19 mg/dL [6,78 mmol/L])	1
Frecuencia respiratoria $>$ 30 respiraciones/min	1
Presión arterial sistólica $<$ 90 mmHg o presión arterial diastólica \leq 60 mmHg	1
Edad \geq 65 años	1

CURB-65

Interpretación del puntaje		
Puntos	Riesgo de muerte	Tratamiento
0-1	$<$ 3%	Ambulatorio (generalmente es adecuado)
2	9%	Debe considerarse la hospitalización
3	15 a 40%	Se indica la hospitalización.
		Con <u>4 o 5 puntos, debe considerarse el ingreso a la UCI</u>

NEUMONIA NOSOCOMIAL

Criterio de gravedad

Fallo respiratorio (necesidad de ventilación mecánica)

Neumonía multilobular

Cavitación

Evidencia de sepsis

Hipotensión

Disfunción de un órgano

Necesidad de fármacos vasopresores

Diuresis menor a 20 ml/hora

DIAGNOSTICO

Examen de esputo

Criterios de Murray

Técnicas serológicas

Hemocultivos

Detección de antígenos bacterianos en orina (ELISA)

Puncion-aspiaracion con aguja fina trasntoracica

Biopsia pulmonar

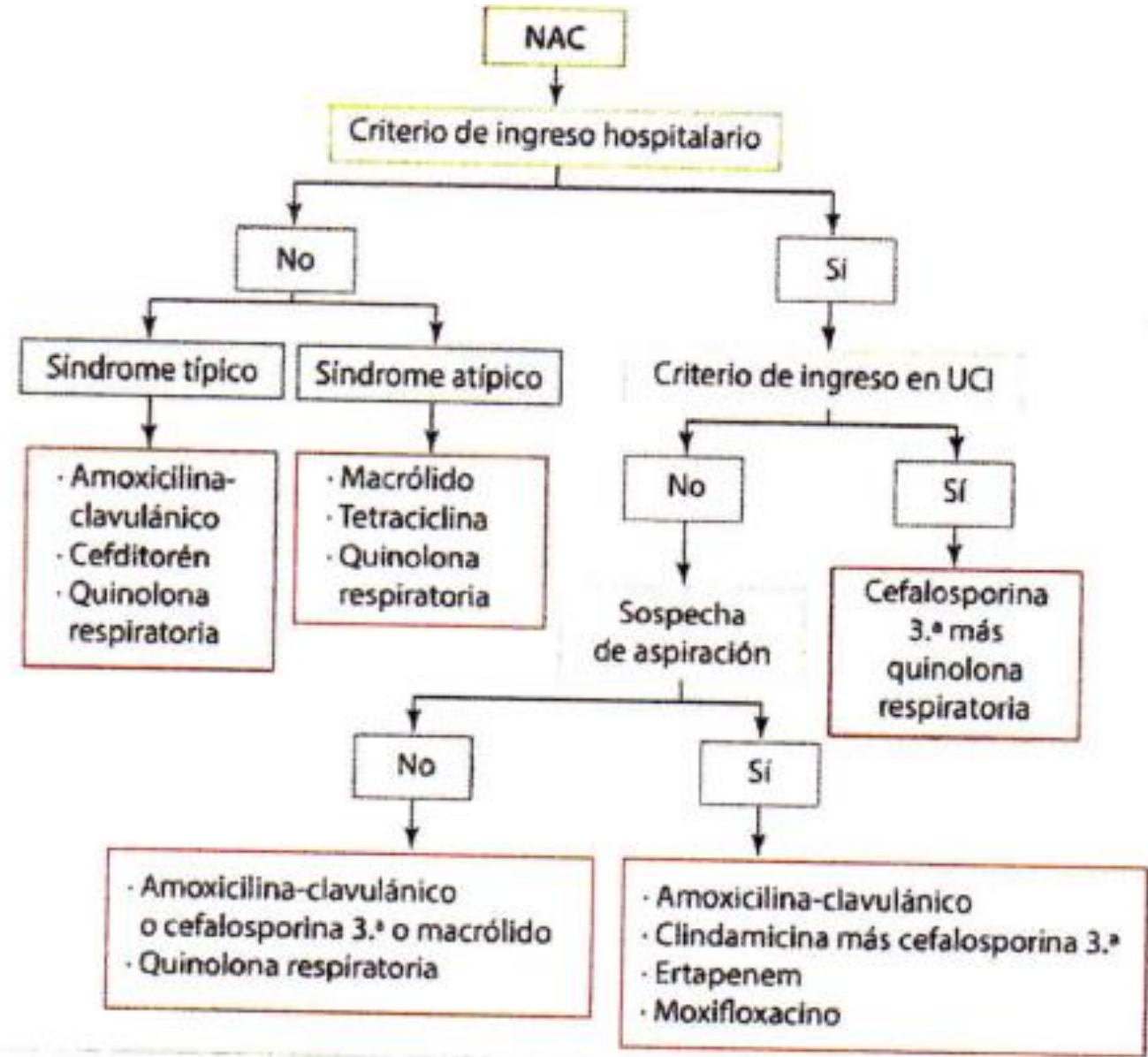
Toracocentesis

Fibrobroncoscopia

TRATAMIENTO

Patógeno	Primera elección	Alternativa
<i>S. pneumoniae</i>	<ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina (o amoxicilina/clavulánico) Penicilina 	<ul style="list-style-type: none"> Cefuroxima Cefotaxima o ceftriaxona Claritromicina
<i>M. pneumoniae</i> <i>C. pneumoniae</i>	Claritromicina	<ul style="list-style-type: none"> Doxiciclina Fluoroquinolona
<i>C. psittaci</i> <i>C. burnetii</i>	Doxiciclina	Claritromicina
<i>Legionella spp.</i>	Fluoroquinolona	Claritromicina o azitromicina
<i>H. influenzae</i>	Amoxicilina (amoxicilina/clavulánico si productor de betalactamasas)	<ul style="list-style-type: none"> Cefuroxima Cefotaxima o ceftriaxona Fluoroquinolona
Bacilos entéricos GRAM -	<ul style="list-style-type: none"> Cefuroxima i.v. Cefotaxima i.v. Ceftriaxona i.v. 	Fluoroquinolona o carbapenémicos
<i>P. aeruginosa</i>	Ceftazidima + aminoglucósido	<ul style="list-style-type: none"> Ciprofloxacino o piperacilina más tobramicina Imipenem o meropenem
<i>S. aureus</i> sensible a meticilina	<ul style="list-style-type: none"> Dicloxacilina Rifampicina 	
<i>S. aureus</i> resistente a meticilina	Vancomicina, linezolid, teicoplanina (+/- rifampicina)	
Neumonía aspirativa (anaerobios)	Amoxicilina/clavulánico a dosis elevadas	Clindamicina Buscar ayuda microbiológica local

TRATAMIENTO DE NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD



NEUMONIA NOSOCOMIAL

PRIMER GRUPO (pacientes precoz)

- Cefalosporinas
- B-lactmicos mas inhibidor de B-lactamasas (amoxicilna con acido calvulanico)

SEGUNDO GRUPO (nuemonia no grave y ciertos factores de riesgo)

- B-lactamicos+inhibidor de B-lactamsas
- Cefalosporinas de 3ra generaci3n

TERCER GRUPO (neumonía grave)

- Penicilina antipseudomonica mas inhibidor de B-lactamasas
- Cefepime
- Carbapenémicos

REFERENCIAS

▶ CTO DE INFECTOLOGIA