

Neumonía

| DÍA | MES | AÑO |
|-----|-----|-----|
| | | |

La neumonía es la respuesta inflamatoria local en el parénquima pulmonar que se produce tras la invasión de agentes externos. Las vías de infección a destacar son la microaspiración de secreciones, broncoaspiración importante, la vía inhalatoria tras dispersión de aerosoles y con menos frecuencia.

Clasificación

NAC: cuadro clínico y radiológico compatible en personas inmunocompetentes que no han estado ingresadas en ninguna institución reciente

NN: Se manifiesta en las 48-72 hrs posteriores al ingreso hospitalario o 10-14 días tras el alta de una hospitalización previa

Etiología:

NAC susceptible de ser tratada ambulatoriamente: *S. pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*,

NAC que precisa ingreso hospitalario: *Legionella pneumoniae*, bacilos gram(-), enteropatógenos etc.

NAC que requiere ingreso en unidad de cuidados intensivos: *S. pneumoniae*, *S. aureus*, *L. pneumophila*, BGN, *H. influenzae*

NN sin factores de riesgo para microorganismos: *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *S. aureus* etc.

NN precoz atartria: *C. coli*, *K. pneumoniae*, *Enterobacter spp.*, *Serratia spp.*, *Proteus spp.*

Manifestaciones clínicas

Síndrome típico: Presentación aguda con tos productiva y expectoración purulenta/herrumbosa, fiebre elevada acompañada de disnea y dolor torácico, características pleuríticas que puede correlacionarse, en la exploración física, con crepitantes y/o soplo tubárico a dicho nivel

Síndrome atípico: Inicio subagudo consistente en tos reiterada no productiva y expectoración purulenta/hemomucosa, fiebre elevada acompañada de sistémica y dolor torácico de características purulentas, fobirula sin escalofríos, cefalea y manifestaciones extrapulmonares como diarrea como diarrea con o sin vómitos, cefalea, artromiálgica generalizadas y alteraciones del nivel de conciencia

Exploraciones complementarias

- Hemograma
- Tiempos de coagulación
- Bioquímica básica
- Radiografía de tórax
- Gasometría arterial
- Cultivo de esputo
- Hemocultivo
- Biomarcadores de inflamación (lactato, Proteína C reactiva, procalcitonina)

Tratamiento antibiótico de la NAC

Grupo con PSI I y II: Trat domiciliario 7 días

Moxifloxacino oral 400mg / 24 hrs

Levofloxacino: 500mg cd 12 hrs

Asociación de un B-lactámico más un macrolido

Grupo PSI III o I y II con insuf respiratoria criterios de sepsis o hipotensión aislada: tratamiento con observación hospitalaria o UCI. Se inicia con vía IV y posterior vía oral.

Moxifloxacino I.V 400 mg / 24 hrs

Levofloxacino I.V 500 mg / 24 hrs las primeras 24-48 hrs

seguido de 500 mg / 24 hrs.

Grupos IV y V: Ingreso en planta de hospitalización trat 7-10 días.

- Moxifloxacino I.V 400 mg / 24 hrs
- Levofloxacino I.V 500 mg / 12 hrs (las primeras 24-48 horas) seguidos de 500 mg / 24 hrs

Tratamiento antibiótico en la neumonía aspiratoria
Se mantiene 14 días y las opciones terapéuticas recomendadas son:

- Amoxicilina clavulánico I.V 2g / 8 hrs
- Ceftriaxona I.V 2g / 24 hrs o cefotaximo I.V 2g / 8 hrs asociado a clindamicina I.V 600-900 mg I.V / 8 hrs.
- Ertapenem I.V 1g / 24 hrs
- Moxifloxacino I.V 400 mg / 24 hrs.

Tratamiento antibiótico en la NN

NN de inicio precoz con factores de riesgo o NN tardías: En terminos generales se emplea terapia combinada con el animo de no seleccionar cepas resistentes.

- Grupo 1: Cefalocidima I.V. 400 mg / 8 hrs o levofloxacino I.V 500 mg / 12 hrs o amikacina 1.5 mg / kg / 24 horas, Imipenem I.V 1 g / 6-8 hrs, o meropenem I.V 1 g / 6-8 hrs

Grupo 2: Ciprofloxacino I.V 400 mg / 8 hrs o levofloxacino I.V 500 mg / 12 hrs o amikacina 1.5 mg / kg / 24 hrs

Grupo 3: linezolid I.V 600 mg / 12 hrs o vancomicina I.V 1 g / 18-22 horas.

Tromboembolismo pulmonar

DÍA MES AÑO

La enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) es un proceso que engloba a la trombosis venosa (TV), el Tromboembolismo pulmonar (TEP) y sus dos principales complicaciones, la hipertensión pulmonar tromboembólica crónica y el síndrome postrombótico.

El TEP se refiere a la obstrucción de las arterias pulmonares o de sus ramas por un trombo que se ha originado en el interior de una vena y que, con posterioridad, ha embolizado al territorio arterial pulmonar obstruyéndolo total o parcialmente. En la mayoría de los casos el trombo proviene del sistema venoso profundo de las extremidades inferiores y, en menor proporción, de otras localizaciones.

Fisiopatología

La estasis venosa, la hipercoagulabilidad y el daño endotelial son condiciones que favorecen la formación de un trombo, estando todas ellas implicadas como factores de riesgo para el desarrollo de ETEV. La presencia de trombosis en el sistema arterial pulmonar condiciona un aumento en la resistencia vasculares pulmonares y una alteración en la relación ventilación/perfusión,

Riesgo alto

- Prótesis / Fractura de cadera o rodilla
- Cirugía mayor
- Politraumatismo
- Daño espinal

Riesgo moderado

- Inmovilización con férula
- Letus con parálisis de extremidades inf
- Puerpera
- TEV o TVP previa
- Trombofilia
- Fármacos antipsicóticos
- Enf inflamatoria intestinal
- Artroscopia de rodilla
- Catéteres o dispositivos V.C.

Riesgo bajo

- Edad avanzada
- Cirugía laparoscópica
- Refrso superior a 3 días
- Embarazo
- Viajes prolongado de más de 6-8h
- Obesidad morbida
- Varices

Manifestaciones clínicas

Su intensidad depende del grado de oclusión del lecho vascular pulmonar y la reserva cardiorrespiratoria previa del paciente.

El TEP se clasifica en masivo, o hemodinámicamente inestable, cuando provoca hipotensión definida como PA sistólica < 40 mmHg con respecto a la basal durante un tiempo > 4 15 min y submasivo el resto de situaciones con estabilidad hemodinámica.

Los síntomas incluyen ansiedad, tos, disnea, dolor torácico, ortopnea, hemoptisis, palpitaciones, edema de extremidades inferiores, presncpe/síncope, shock, insuficiencia cardíaca, parada cardiorrespiratoria.

Los signos exploratorios pueden ser taquipnea, taquicardia, estertores, disminución de murmullo vesicular, s2 pulmonar acentuado, galope derecho, signos de TVP, febrícula/ fiebre.

Pruebas complementarias

• Analítica general: Con función renal, sodio (La hiponatremia se asocia con peor diagnóstico), hemograma, coagulación con D-Dímero, troponina T o I (Biomarcadores con daño del miocito que pueden elevarse en el contexto de disfunción del VD, lactato y gasometría arterial basal.

| |
|--|
| |
|--|

| DIA | MES | AÑO |
|-----|-----|-----|
| | | |

Radiografía de tórax

Con frecuencia la radiografía es normal o podemos identificar atelectasias, infiltrados focales, derrame pleural o elevación diafragmática.

ECG

Podemos encontrar desde un registro normal, hasta taquicardias sinusales e incluso patrones de sobrecarga derecha.

Diagnóstico de sospecha

Se debe considerar TEP en todo paciente con disnea de reciente aparición, empeoramiento de su disnea habitual, dolor torácico, síncope o hipotensión sin un diagnóstico alternativo cuando tras realizar las pruebas complementarias básicas se descartan otros diagnósticos.

Pruebas de imagen

- Angiografía torácica por tomografía computarizada
- Gammagrafía pulmonar de ventilación/perfusión
- Ecografía doppler venosa
- Ecocardiografía transtorácica
- Arteriografía pulmonar
- Angio-Resonancia magnética (RM) pulmonar

Tratamiento

El tratamiento en la fase aguda del TEP tiene como objetivo la estabilización del paciente, el alivio de los síntomas, prevenir la extensión del coágulo y su recurrencia.

- Estabilización
- Anticoagulantes (heparina, fondaparinux.)
- Fibrinolíticos

Trauma torácico

| DÍA | MES | AÑO |
|-----|-----|-----|
| | | |

Los traumatismos torácicos afectan con mayor frecuencia a las costillas, la parte superior del abdomen, los pulmones, los vasos sanguíneos, el corazón, los músculos, las partes blandas y el esternón. A veces también se lesiona el esófago, la clavícula o la escápula.

Causa de las lesiones torácicas

Las lesiones en el tórax pueden estar causadas por contusiones (como en accidentes de tráfico, caídas y lesiones deportivas) o por un objeto que penetre en su interior (como una bala o cuchillo).

Los traumatismos torácicos suelen ser graves o constituyen un peligro inminente para la vida debido a que interfieren con la respiración o la circulación. Algunos traumatismos lesionan los nervios y los músculos del tórax, lo suficiente como para que sea difícil que los pulmones se llenen de aire con normalidad.

La lesión pulmonar por sí misma interfiere con el intercambio de gases, la principal función de los pulmones mediante la cual se toma oxígeno y se elimina dióxido de carbono.

Los traumatismos torácicos pueden causar problemas circulatorios si ocasionan un sangrado importante. El sangrado a menudo se produce en el interior de la cavidad torácica, lo que también interfiere con la respiración. Además, la lesión cardíaca puede afectar a la circulación interfiriendo con la capacidad del corazón para bombear sangre hacia el cuerpo.

Síntomas de las lesiones torácicas

La zona lesionada suele estar sensible al tacto o estar adolorida. Puede haber hematomas en el tórax. A veces el paciente tiene sensación de falta de aire. Si la lesión es grave, es posible que tenga dificultad respiratoria, somnolencia o confusión y la piel puede estar fría, sudorosa o azul. Estos síntomas pueden desarrollarse cuando los pulmones tienen una defunción grave, o el paciente está en estado de shock.

Se dividen en:

Fracturas costales: Las fracturas de las primeras costillas coexisten con graves lesiones en vasos, arteria traqueobronquial y lesiones en vértebras cervicales. Clínicamente causan dolor y crepitación.

Tórax inestable: Existe fractura en dos puntos de varias costillas contiguas. Pautar analgesia y estabilizar con intubación orotraqueal y respiración mecánica.

Neumotorax: Cursa con grave insuficiencia respiratoria aguda, hipoventilación, timpanismo, desviación traqueal y de mediastino, ingurgitación jugular. Requiere urgente drenaje pleural. Si el neumotorax es abierto se debe colocar apósito estéril sobre herida, dejando un extremo del mismo no adherido para que funcione como válvula unidireccional.

Hemotorax. Puede cursar con clínica de insuficiencia respiratoria y shock hipovolémico. Se debe colocar tubo de tórax y restituir volemia.

Confusión pulmonar: Clínica de insuficiencia respiratoria aguda, diagnóstico radiológico por condensación pulmonar pasadas las 6 horas.