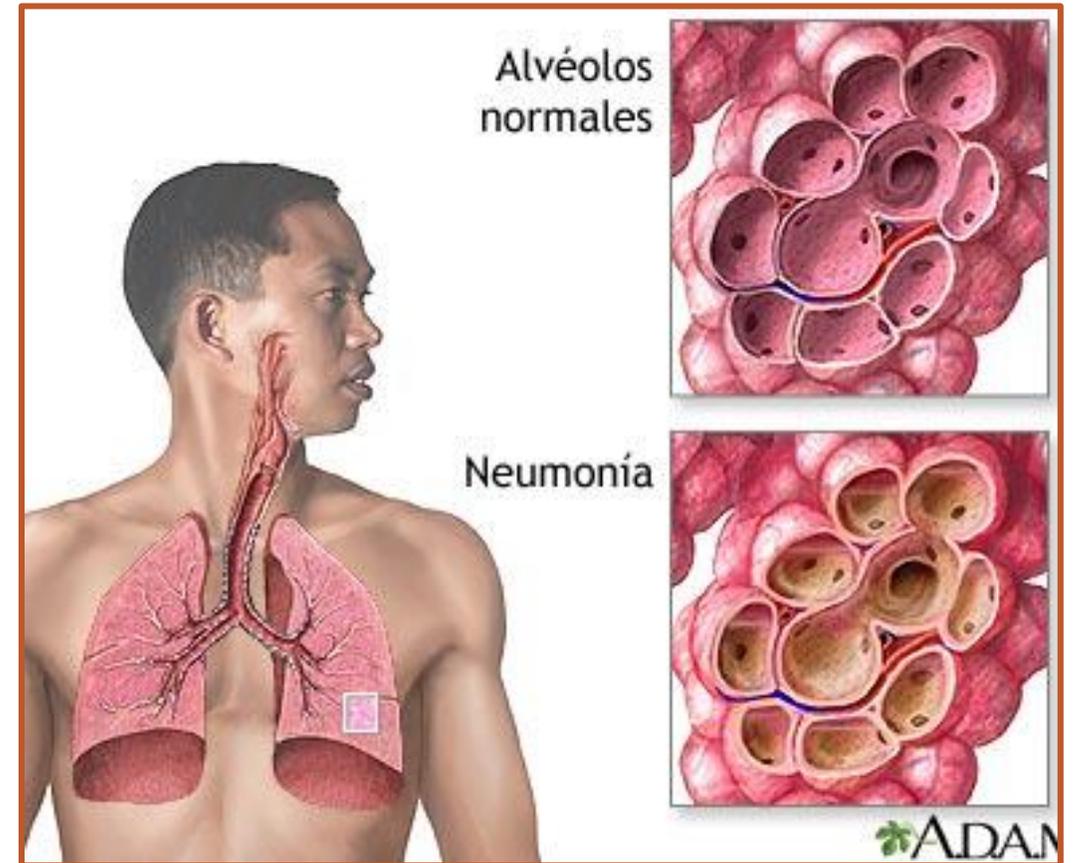


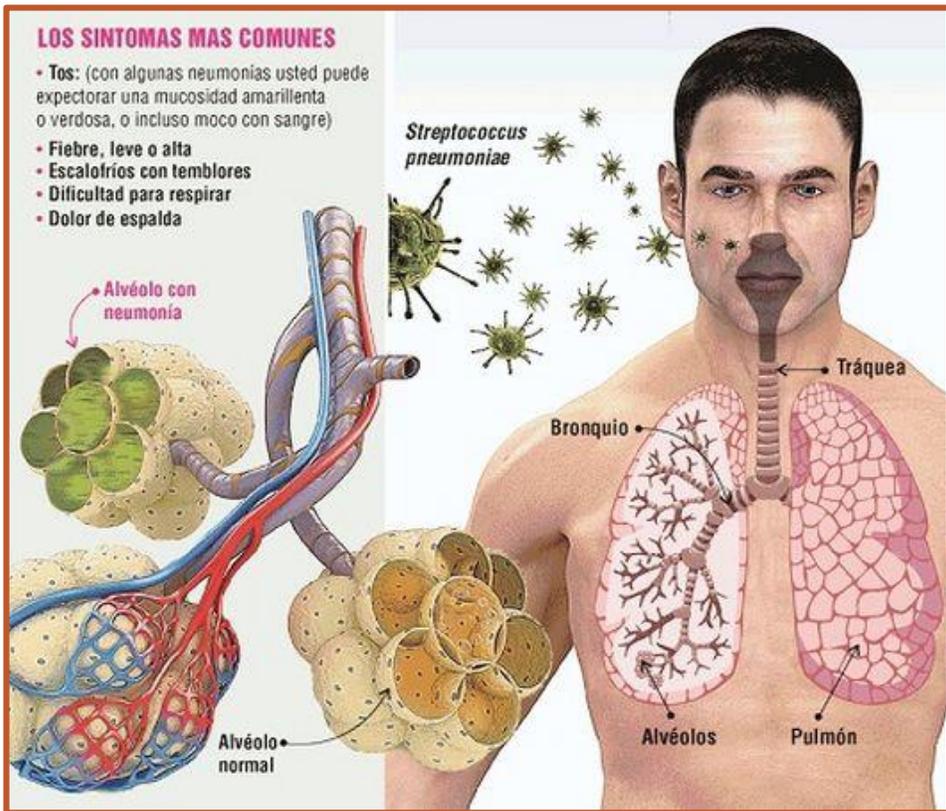
NEUMONIA

Concepto

Es la inflamación aguda del parénquima pulmonar y bronquiolos adyacentes formada por alveolos infiltrados alveolares y consolidaciones pulmonares de tamaño y densidad variable, producida por una gamma amplia de agentes etiológicos.



Concepto



Con el nombre de neuropatías inflamatorias agudas (NIA) no tuberculosas, se designa una serie de procesos inflamatorios del pulmón (vías respiratorias terminales, espacios alveolares e intersticio) ocasionados, en más del 90 % de los casos, por microorganismos patógenos (bacterias, virus, hongos, parásitos, rickettsias, micoplasma, clamidias, etcétera) y el 10 % restante, por agentes físicos, químicos y otros.

La neumonía nosocomial

Se define como la neumonía que se presenta más de 48 h después del ingreso al hospital u otras instalaciones sanitarias. La neumonía vinculada con el respirador aparece en el sujeto que recibe tratamiento con respirador mecánico más de 48 h después de la intubación.



Gérmenes causantes de neumonía

Extrahospitalarias

Bacterianas: Bacilos

- Streptococcus pneumoniae
- Haemophilus influenzae
- Legionella pneumophila
- Moraxella catarrhalis
- Staphylococcus aureus

Virales:

- Virus influenzae, parainfluenza
- Adenovirus
- Virus sincitial respiratorio Rinovirus

Rickettsia:

- Chlamydia pneumoniae
- Mycoplasma pneumoniae

Extrahospitalarias

Micóticas:

- Aspergillus
- Histoplasma capsulatum
- Candida albicans
- Cryptococcus neoformans
- **Mycobacterium tuberculosis**

Neumonía aspirativa

Neumonía hipostática

Asociadas a la infección VIH:

- Pneumocisti carinii
- Mycobacterium tuberculosis

Síndrome de Löeffler

Intrahospitalarias

Bacilos gramnegativos:

- Klebsiella pneumoniae
- Pseudomonas aeruginosa
- Legionella pneumophila

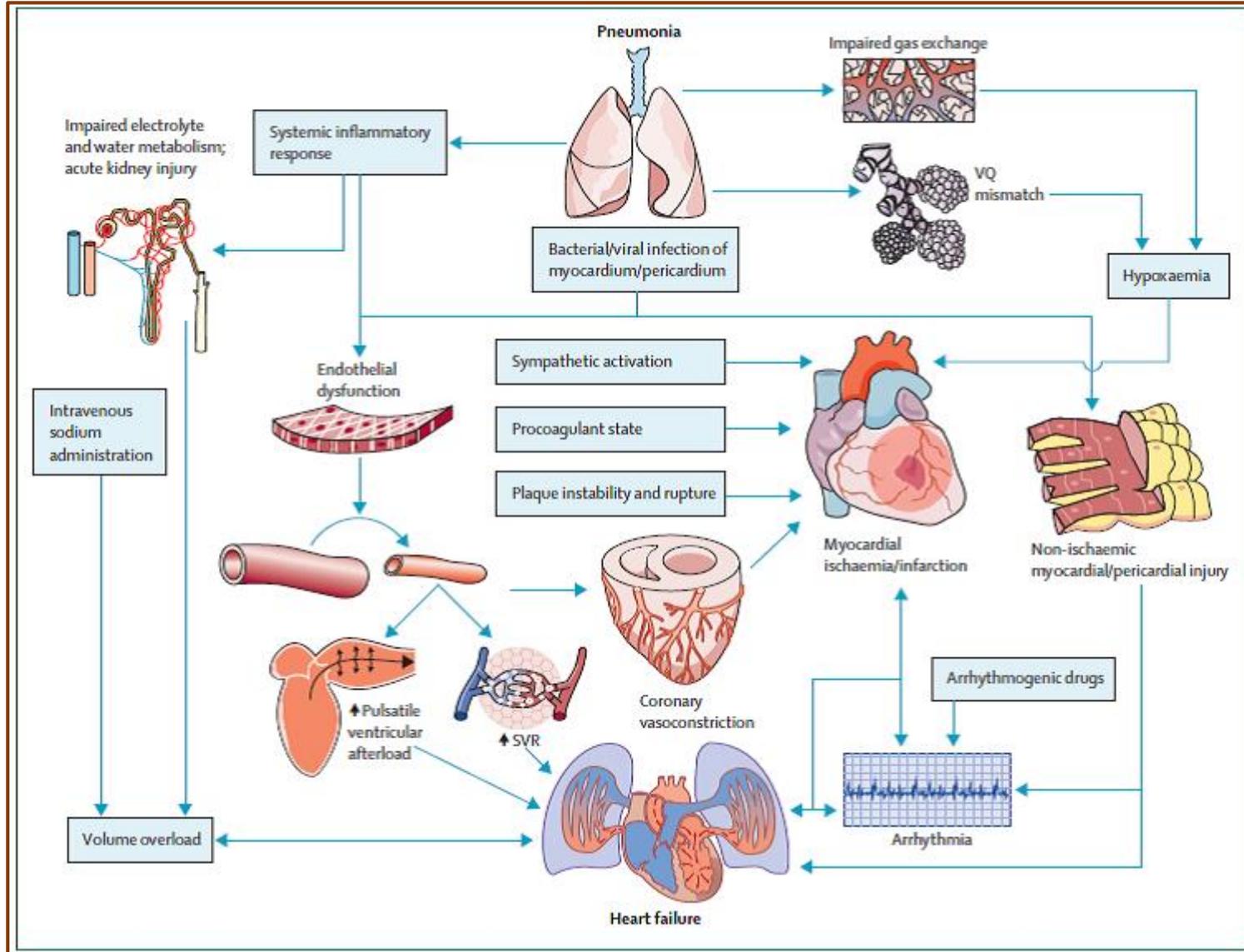
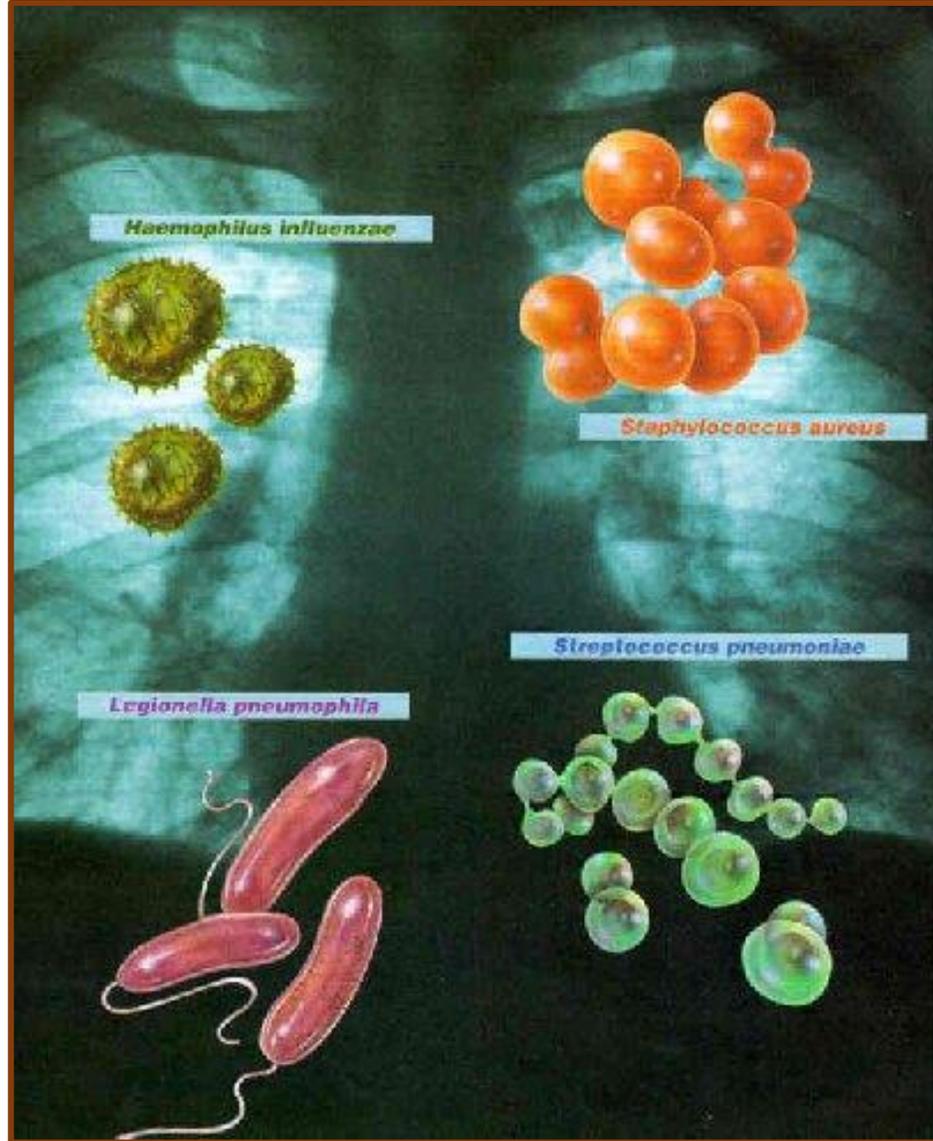
Cocos grampositivos:

- Staphylococcus aureus
- Streptococcus faecalis
- Streptococcus pneumoniae

Micóticas:

- Candida albicans
- Aspergillus

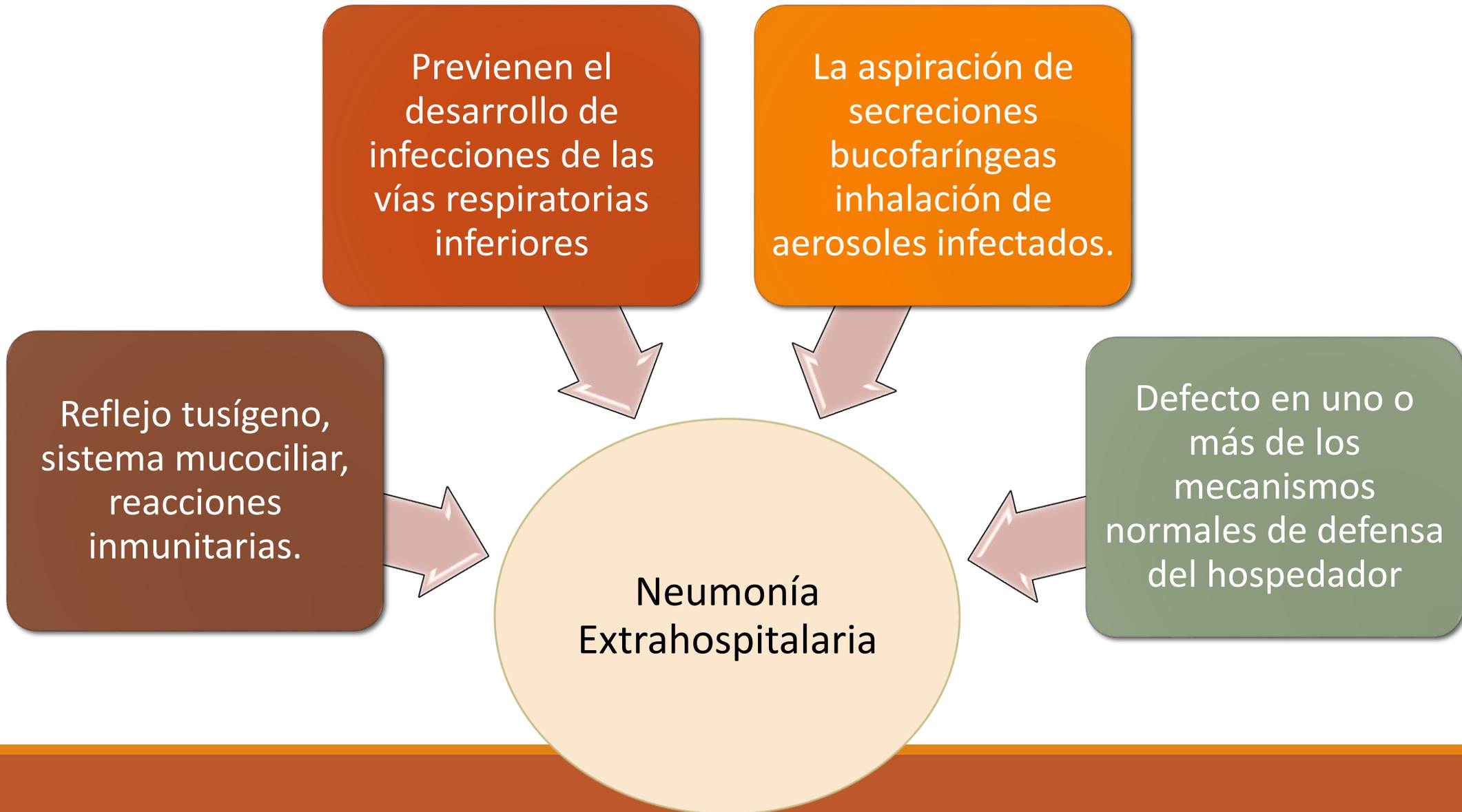
Neumonía extrahospitalaria



BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

- ✓ Infección pulmonar aguda: fiebre o hipotermia, tos con esputo o seca, disnea, dolor torácico, diaforesis o escalofrío.
- ✓ En la auscultación se observan con frecuencia estertores transmitidos provenientes de los bronquios o bien estertores subcrepitantes.
- ✓ Infiltrado parenquimatoso en la radiografía de tórax.
- ✓ Ocurre fuera del hospital o menos de 48 h después del internamiento en un sujeto que no está hospitalizado ni ha residido en una instalación de cuidados de largo plazo.

Mecanismos de defensa pulmonar



Manifestaciones clínicas

Cuadro de inicio agudo o subagudo con fiebre, tos con producción de esputo o seca y disnea. Otros síntomas frecuentes son escalofrío, diaforesis, dolor torácico, pleuresía, hemoptisis, fatiga, mialgias, anorexia, cefalea y dolor abdominal.



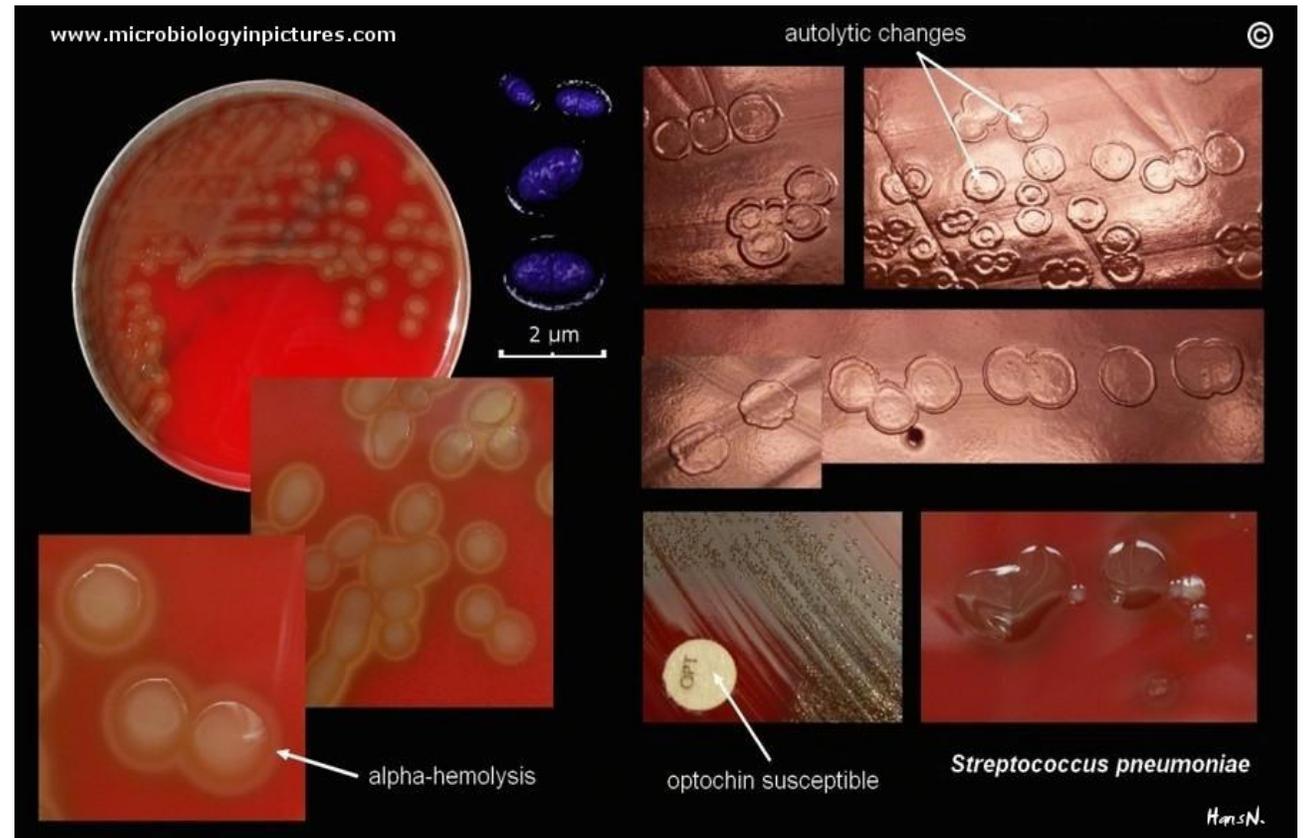
Manifestaciones clínicas



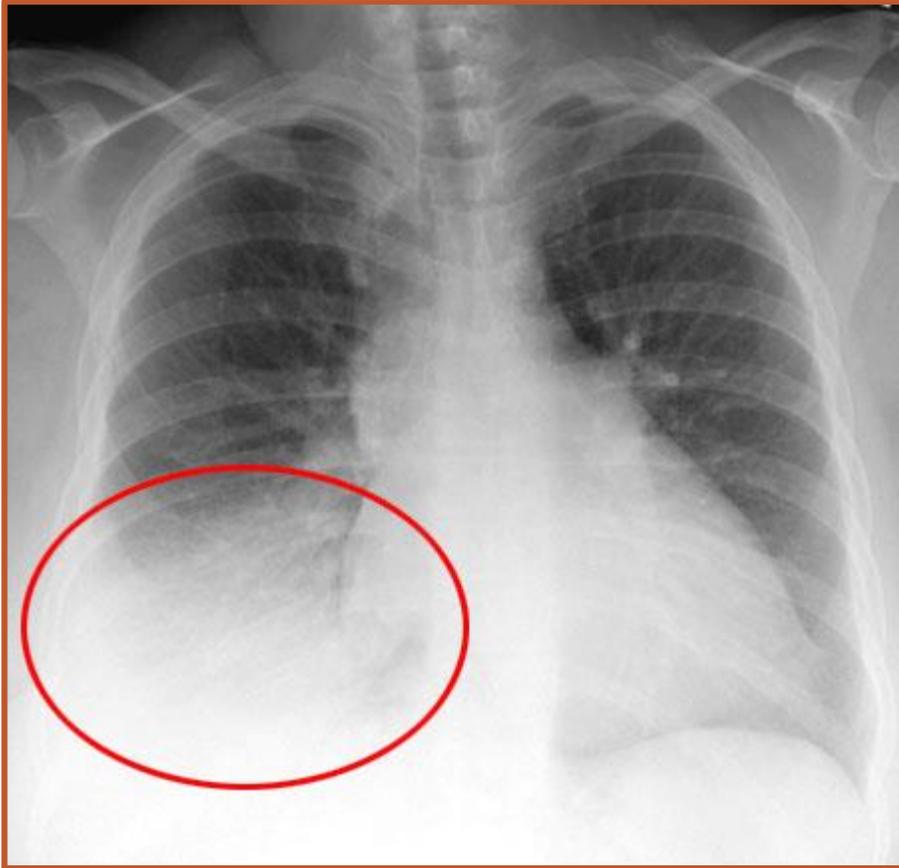
Exploración física incluyen: Fiebre o hipotermia, taquipnea, taquicardia y desaturación leve de oxígeno arterial. Muchos individuos parecen muy enfermos. En la exploración del tórax sobresale la alteración de los ruidos respiratorios y estertores. Si existe un derrame pleural paraneumónico puede haber matidez a la percusión.

Exámenes complementarios

1. Esputo micológico, BAAR, bacteriológico, tinción de Gram directo y cultivo.
2. Fibroendoscopia con lavado bronquial.
3. Hemocultivo con antibioticograma.
4. Hemograma completo y eritrosedimentación.
5. Radiografía de tórax.



Imagenología



Los datos radiológicos son variables, desde infiltrados en placas de espacios aéreos o consolidación lobular con broncograma de aire hasta infiltrados alveolares intersticiales difusos. Otros datos suelen incluir derrames pleurales y cavitación.

TRATAMIENTO

1. Reposo relativo.
2. Nutrición e hidratación adecuada.
3. Drenaje de secreciones bronquiales (fisioterapia).
4. Medidas antitérmicas y alivio del dolor (dipirona 0,6 g por vía I.M.).
5. Aporte de O₂ si es necesario.



Neumonía extrahospitalaria



Bbo (bulbo inyectable) ó amp. (ampolleta inyectable)

Tratamiento ambulatorio:

a) Penicilina procaína 1 bbo*. = 1 000 000 U cada 12 h, por vía I.M. por 10 días.

b) Alternativas:

* Amoxicilina 500 mg cada 8 h, por v.o., de 7-14 días o hasta 5 días después de la desaparición de la fiebre.

* Eritromicina 500 mg cada 6 h, por v.o., por 14 días.

c) Presentación clínica atípica:

*Doxiciclina 100 mg cada 12 h, por v.o., por 14 días.

* Eritromicina 500 mg cada 6 h, por v.o. por 14 días.

d) Cuadro clínico mixto (agente más frecuente *Legionella pneumoniae*): Eritromicina 3-4 g cada día durante 2-3 sem.

Criterios de hospitalización:

- a) Deshidratados y desnutrición severa, o ambos.
- b) Enfermedades subyacentes (EPOC, diabetes, cardiopatías, neoplasia, inmunodepresión).
- c) Insuficiencia respiratoria aguda (con hipotensión arterial, alteraciones agudas del estado mental, taquipnea y taquicardia).
- d) Leucopenia no atribuible a un proceso conocido.
- e) Fracaso del tratamiento ambulatorio.
- f) Pacientes mayores de 65 años.



Tratamiento hospitalario:

a) Penicilina cristalina (bencilpenicilina 1 bbo. = 1 000 000 U, 2 bbos., por vía I.V. cada 4-6 h por 48 h, después penicilina procaína 1 bbo., por vía I.M., cada 12 h hasta completar 10 días.

b) Alternativas:

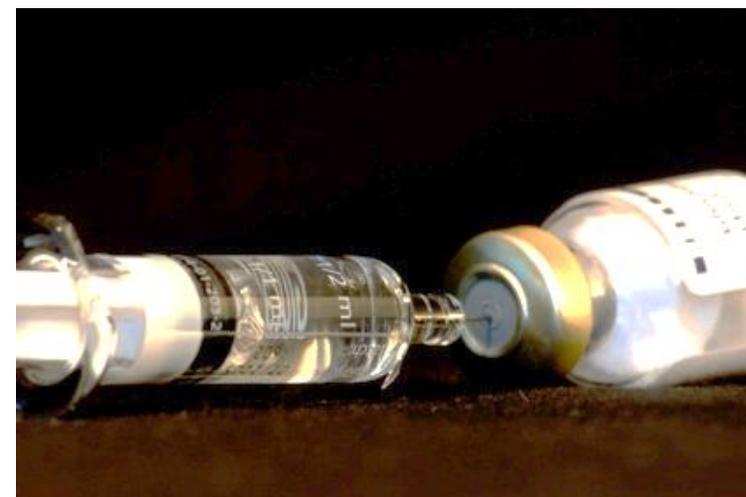
- Ampicilina 2 g cada 6 h por 10 días (por v. o vía I.M.).

- Ceftriaxona 1-2 g, por vía. I.V., cada 24 h por 10 días.

c) Si existe resistencia a penicilina o cefalosporina:

- Vancomicina 1 g, por vía. I.V., cada 12 h por 10 días.

- Eritromicina 2-4 g diarios durante 2-3 sem si se demuestra Legionella, Mycoplasma y Chlamydia.



Neumonía intrahospitalaria



1. Aminoglucósidos, preferentemente amikacina 15 mg/kg/día + cefalosporinas de 3ra generación: ceftriaxona 1-2 g /día por vía i.v., o cefotaxima 1-2 g cada 8 h.

Se aconseja la utilización de dos o más antibióticos, las pautas más comunes son:



2. Piperacilina 4 g i.v. cada 6 h + quinolonas (ciprofloxacino 200 mg, i.v., cada 12 h.



3. Si se demuestra la presencia de *Staphylococcus aureus*: Vancomicina 500 mg, i.v., cada 6 h o cloxacilina 4 g, por vía i.v., cada 6 h.

Bibliografía

- Autor: Stephen J. McPhee y Maxine A. Papadakis (2012) Diagnóstico clínico y tratamiento, Lange Mc GRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.
- Autor: Miguel Matarama Peñate (2005), MEDICINA INTERNA Diagnóstico y Tratamiento La Habana, Editorial Ciencias Médicas.
- Autor: Dr. Reinaldo Roca Goderich Libro: temas de Medicina interna Tomo 1 (2002)