

NEUMONÍA

DEFINICION

| | |
|-----------------|--|
| NEUMONÍA | Infección aguda del tejido pulmonar debido a bacterias, virus y hongos |
|-----------------|--|

| CODIGO | CODIFICACION CIE 10 |
|---------------|---|
| J12 | Neumonía viral, no clasificada en otra parte |
| J13 | Neumonía debida a Streptococcus pneumoniae |
| J14 | Neumonía debida a HAEMOPHILUS INFLUENZAE |
| J15 | Neumonía bacteriana, no clasificada en otra parte |
| J18 | Neumonía organismo no especificado |

CLASIFICACIÓN

- Neumonía adquirida en la comunidad
- Neumonía nosocomial: presencia de neumonía dentro de las primeras 48 a 72 horas de hospitalización)
- Neumonía adquirida en las residencias (para algunos deben incluirse en la neumonía adquirida en la comunidad)
- Neumonía en situaciones especiales: en el inmunodeprimido

DIAGNÓSTICO

| DIAGNOSTICO | HALLAZGOS |
|----------------------|--|
| ANAMNESIS | <p>En el adulto mayor las neumonías se presentan muy atípicas . Realizar una anamnesis buscando:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fiebre (menos común)• Taquipnea más común (muy confiable)• Estado mental: delirium y confusión.• Tos y expectoración pueden estar ausentes• Dolor pleurítico menos común• Empeoramiento de patología premorbida• Caídas, incontinencia urinaria, anorexia, reducción en las actividades diarias |
| EXÁMEN FÍSICO | <p>Encontramos: Al menos un signo o síntoma sistémico: -Fiebre >37.8°C axilar -Sudoración -Escalofríos -Mialgias -Frecuencia Cardíaca >100/min</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>-Síntomas de infección respiratoria baja como tos y al menos otro - -signo: -Ausencia localizada del murmullo vesicular -Crepitaciones localizados -dolor torácico -Crépitos -Polipnea -Alteraciones sensoriales ó mentales -Descompensación de patologías crónicas.</p> <p>CRITERIOS CLÍNICOS PARA HOSPITALIZACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taquipnea > 30 respiraciones por minuto • TA sistólica < 90 mm Hg o TA diastólica < a 60 mm Hg • Taquicardia > 125 latidos por minuto • Compromiso del estado de conciencia • Sospecha de aspiración • Cianosis • Comorbilidad descompensada |
|--|--|

| | |
|--------------------------------|---|
| EXÁMENES DE LABORATORIO | <ul style="list-style-type: none"> • Hemograma con recuento de plaquetas. • Velocidad de heritrosedimentación VHS • Química sanguínea (glucosa, urea, creatinina, colesterol, triglicéridos, perfil lipídico, acido úrico) • Nitrógeno ureico • Cultivo y antibiograma de esputo • Cultivo de líquido pleural (si acaso hubiera derrame pleural) • Cultivos especiales y serología(dirigidos a gérmenes específicos) • Gasometría. • La evaluación de la función renal y hepática . |
|--------------------------------|---|

| | |
|-----------------|--|
| GABINETE | <ul style="list-style-type: none"> • Radiografía de tórax |
|-----------------|--|

| | |
|--------------------------------|---|
| DIAGNOSTICO DIFERENCIAL | <ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia cardíaca • Infartos pulmonares. TEP (tromboembolismo pulmonar) • Reacciones a fármacos • Hemorragias pulmonares • Neoplasias pulmonares • Tuberculosis |
|--------------------------------|---|

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

| | |
|--|---|
| <p>Es un proceso diagnostico multidimensional e interdisciplinario, dirigido a explicar los problemas médicos, psíquicos, sociales, y en especial, las capacidades funcionales y condiciones</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Valoración Clínica y Laboratorio <p>Superado el cuadro agudo Se aplicarán la valoración geriátrica integral, reconocida internacionalmente y sustentada en evidencias científicas, (ver anexos)</p> |
|--|---|

geriátricas, para desarrollar un plan de intervención, que permita una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento, con la óptima utilización de recursos a fin de mantener o recuperar la autonomía e independencia que puede haber perdido.

Dentro del continuo asistencial y progresivo, se considera a la valoración geriátrica integral, como el procedimiento básico que debe ser aplicado a toda persona adulta mayor

- Valoración Funcional y escalas
- Valoración Psíquica y escalas
- Valoración Nutricional y escalas
- Valoración Social y escalas

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Educación sobre la enfermedad: cuidados de tratamiento en domicilio, Consejería para la cesación de tabaquismo, antibioterapia, criterio de seguimiento, prevención secundaria, del contagio/recurrencia. Vacunación (neumonía), esquema PAI-MSP

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Referencia: Ver a continuación el Protocolo Terapéutico

Título: NEUMONÍA NOSOCOMIAL (adquirida en el hospital)

Codificación CIE 10

J15.8 otras neumonías bacterianas

J15.9 neumonía bacteriana, no especificada

J17.0 neumonía en enfermedades bacterianas clasificadas en otra parte

Problema: Infección parenquimatosa pulmonar severa, adquirida después de 48 horas, al menos, de ingreso al hospital, producida por gérmenes patógenos nosocomiales, generalmente resistentes a los antimicrobianos comunes. Los patógenos más comunes son Gram negativos y el estafilococo dorado. Se presenta en el 2% de los pacientes hospitalizados y cerca del 25% de casos evoluciona en forma severa.

Objetivos terapéuticos:

1. Eliminar él/los patógenos infectantes
2. Controlar la insuficiencia respiratoria
3. Prevenir las complicaciones

Selección del esquema de elección:

| <i>Principios activos</i> | | Eficacia | Seguridad | Conveniencia | Niveles |
|---------------------------|---------------------------|----------|-----------|--------------|------------|
| 1 | Ceftriaxona + gentamicina | +++ | +++ | +++ | 2-3 |

La determinación de patógenos y su sensibilidad no tienen mayor importancia práctica en esta patología, puesto que su detección en muestras de expectoración o secreción bronquial es reducida. En caso de infecciones nosocomiales, se recomienda la detección de patógenos en hemocultivos y/o líquido pleural.

Es importante realizar la evaluación de la efectividad del tratamiento en 3 días, si no mejora, debe considerarse la referencia a un nivel mayor, para identificar resistencia multimicrobiana, o buscar otros sitios de infección (1).

Esquema de primera elección - condiciones de uso:

Principio activo: *ceftriaxona + gentamicina*

Presentación:

Ceftriaxona polvo para inyección 500 - 1000 mg.
Gentamicina solución para inyección 20 -280 mg/2 mL.

Posología:

Ceftriaxona
 Adultos 1 g cada 12 horas IV.
 Niños: 50 a 75 mg/kg cada 24 horas.
 RN < 1 semana: 50 mg/kg, cada 24 horas IV o IM.
 RN 1 semana a 4 semanas: 75 mg/kg, cada 24 horas IV.

Gentamicina
 En niños menores de 4 semanas: 2.5 mg/kg de peso cada día. En adultos 80 mg cada 8 horas IV diluida en no menos de 100 mL y en un período no menor a 30 minutos.

Duración: 7-10 días

Efectos indeseables:

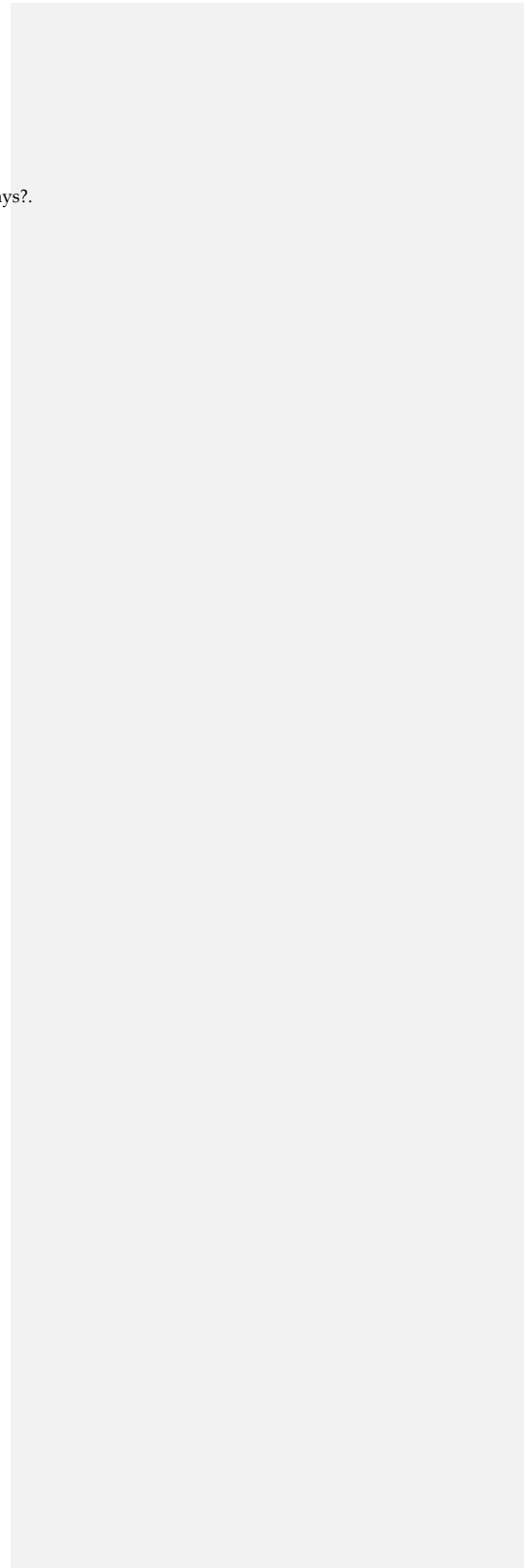
Hipersensibilidad, flebitis, trombocitopenia. Nefro y ototoxicidad por la gentamicina.

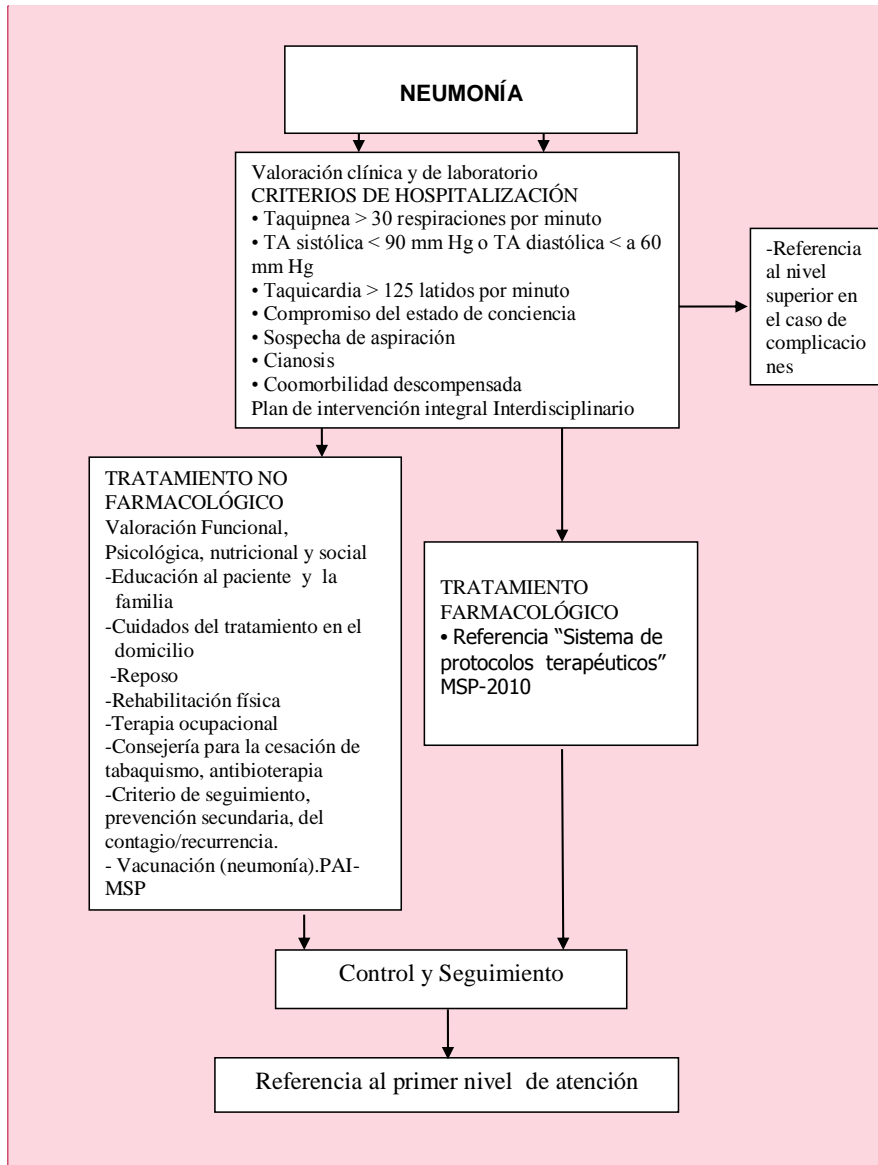
Observaciones:

- * Debe administrarse la dosis máxima recomendada de los fármacos antimicrobianos. Se debe preferir la vía intravenosa o parenteral en la fase aguda.
- * Se considera a la *Pseudomona aeruginosa* como uno de los agentes causales poco sensible a la acción de la ceftriaxona y muy sensible a la acción de ceftazidima, en particular en niños. En recién nacidos se puede emplear cefotaxima en lugar de ceftriaxona, frasco ampolla 1 g de cefotaxima sódica, dosis de 50 mg/kg, diariamente, dividida en 2 a 4 dosis. En las infecciones severas (incluyendo meningitis) se puede aumentar la dosis a 150 a 200 mg/kg, diariamente, sin exceder los 2 g durante las 24 horas.
- * Cuando la neumonía es producida por anaerobios se recomienda asociar metronidazol o clindamicina a los dos antimicrobianos seleccionados previamente. **Ver protocolo de Septicemia.**
- * Eventualmente se puede necesitar asistencia ventilatoria mecánica.
- * En menores de un mes se puede presentar un síndrome de dificultad respiratoria.

1.- Swoboda, SM, Dixon, T, Lipsett, PA. Can the clinical pulmonary infection score impact ICU antibiotic days?.
Surg Infect (Larchmt) 2006; 7:331.

FLUJOGRAMA





Comentado [TMLC1]: En el flujograma de la Norma pag 118 se detalla un tratamiento farmacológico más completo que el de Dr. Lalama, el mismo que debería ser incluido, con la consideración de que si se encuentran en el CNMB. Este flujograma no corresponde a este documento