

Protocolo Neumopatía aguda

Instructivo para el manejo diagnóstico y terapéutico

*Departamento de Medicina
Departamento de Neumología
Comité de Infecciones*

*Diciembre de 1990, CASMU
Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay*

Palabras clave:
Neumopatías

I) Neumopatías agudas extrahospitalarias

Las neumopatías agudas extrahospitalarias pueden ser tratadas en domicilio, por ello este protocolo incluye orientación sobre uso de antibióticos por vía intramuscular y por vía oral.

Criterios de ingreso de una neumopatía aguda extrahospitalaria.

1. Neumopatía grave, con repercusión importante sobre la funcionalidad respiratoria o severa repercusión extrarrespiratoria.
2. Neumopatía aguda desarrollada en paciente con otra u otras enfermedades generales importantes.
3. Evolución no satisfactoria, neumopatía aguda prolongada con persistencia de fiebre y/o repercusión general por 7 días o más.
4. Malas condiciones socioeconómicas, que impiden el diagnóstico y correcto seguimiento domiciliario.

Estudios diagnósticos

Frente al diagnóstico clínico-radiológico de una neumopatía aguda extrahospitalaria se debe solicitar antes de iniciar el tratamiento antibiótico:

En todos los casos:

1. Examen bacteriológico de expectoración y antibiograma.
Examen directo de expectoración de *inmediato*.
El laboratorio deberá realizar en conteo de leucocitos y células epiteliales planas para determinar si la muestra es representativa del aparato respiratorio

inferior.

Si el paciente no tiene expectoración, esta se puede inducir mediante nebulización con suero salino hipertónico y/o percusión torácica.

Si con estas medidas no se logra expectoración, comenzar el tratamiento en base a: *clínica, radiología y epidemiología*.

2. Si tiene derrame pleural, puncionar el líquido para examen citoquímico y bacteriológico (directo y cultivo).

En pacientes internados

3. Hemocultivos, mínimo dos (con dos horas de separación). De ser positivos los resultados de los exámenes 2 y 3, tienen valor absoluto.

El examen bacteriológico directo de expectoración tiene valor orientador, pero se puede iniciar precozmente el tratamiento antes de tener el resultado del cultivo.

En el paciente bronquítico crónico, habitualmente colonizado en su vía respiratoria, este examen tiene menos valor.

En todos los pacientes se completa el estudio con: *VES, hemograma, glicemia, azoemia, orina*.

Tratamiento

Siendo los gérmenes más frecuentes de las neumopatías agudas comunitarias: *neumococo, mycoplasma y virus* iniciar tratamiento según criterios: *clínico-radiológico, epidemiológico y bacteriológico directo*.

1. *Neumopatía aguda condensante*, con expectoración mucopurulenta, con puntada de lado (probablemente neumocócica): Penicilina G (cristalina) 1.000.000 U i/v o i/m cada 6 horas. o Penicilina G Clemizol 4,5

(Depopen) 1 ampolla i/m diaria. Continuar hasta 72 horas de apirexia y luego amoxicilina v/o 1,5 g día o penicilina V 1g v/o cada 6 horas.

En los alérgicos a la penicilina: eritromicina 2 g/día v/o.

2. **Neumopatía aguda condensante en EPOC**
Gérmenes más frecuentes: *neumococo*, *Haemophilus influenzae*.
Ampicilina 1 g i/v o i/m cada 6 horas o amoxicilina 500 mg v/o cada 8 horas.
3. **Neumopatía aguda en debilitados:** alcohólicos, diabéticos, pacientes internados en casas de salud.
Germen más común: *neumococo*.
En algunos casos: gram negativos.
Ceftriazona 2 g i/v día en dosis única.
4. **Neumopatía por aspiración.** Epilépticos, alcohólicos.
Gérmenes más frecuentes: asociación de cocos gram positivos, bacilos gram negativos y anaerobios.
Deben internarse siempre y hacer estudios bacteriológicos por punción transtraqueal.
El tratamiento debe iniciarse con ampicilina 1 g. sulbactam 500 mg i/v o amoxicilina 1 g sulbactam 500 mg i/v cada 8 horas.
5. **Neumopatía aguda no condensante.** Con síntomas funcionales: tos seca, disnea, escasa expectoración, síntomas extrapulmonares, mialgias, diarrea, astenia y patrón radiológico predominante intersticial.
Eritromicina 500 mg c/6 horas v/o durante 2 semanas o claritromicina 250 mg c/12 horas durante 10 días o roxitromicina 150 mg c/12 horas durante 10 días.

II) Neumopatía aguda intrahospitalaria

Estudios diagnósticos

Ante el diagnóstico clínico—radiológico de una neumopatía aguda intrahospitalaria se debe solicitar:

1. Examen bacteriológico de expectoración (como en extrahospitalaria). Su interpretación es más difícil—sa pues puede significar colonización de vía aérea y no infección pulmonar.
2. Si el examen de expectoración no es significativo,

realizar punción transtraqueal con examen bacteriológico de la muestra, directo y cultivo.

3. En enfermos inmunodeprimidos en lugar de realizar lo expuesto en numeral 2 se pueden hacer técnicas más invasivas: biopsia transbrónquica, lavado broncoalveolar, punción transtorácica o biopsia a cielo abierto.
4. Hemocultivos y en el caso de existir derrame pleural punción para examen citoquímico y bacteriológico (directo y cultivo).

Tratamiento (con exclusión de neumopatías en inmunodeprimidos)

Gérmenes más frecuentes: bacilos gram negativos, *Staphylococcus aureus*.

Con la misma orientación que en las neumopatías agudas extrahospitalarias: *clínico—radiológico, epidemiológico, bacteriológico directo*.

Si se plantea bacilo gram negativo (no *Pseudomona*): cefalosporina de 3ª generación: ceftriazone 2g i/v/día o cefotaxime 2g i/v cada 6 h.

Si se trata de una infección a *Pseudomona*: ceftazidime 2 g i/v cada 8 h.

Si se plantea estafilococo dorado: meticilino resistente: vancomicina 1 g i/v cada 12 horas.

A la terapéutica específica tanto en neumopatías agudas extrahospitalarias como en neumopatías agudas intrahospitalarias, deben agregarse las medidas generales, el *tratamiento sintomático*, la broncodilatación y las medidas que ayudan al drenaje de secreciones.

- Reposo.
- Hidratación.
- Antitermoanalgésicos.
- Fluidificación de secreciones.
- Tratamiento de broncoespasmo.
- Fisioterapia.