



Guía Rápida correspondiente a

Protocolos del GVR (P-GVR-8)

Neumonía Adquirida en la Comunidad

El pediatra de Atención Primaria y la Neumonía

Autor

Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap)

Redactores

M^a Isabel Úbeda Sansano
José Murcia García

Revisión por pares:

Grupo de Vías Respiratorias: Jose Luis Montón Alvarez (Madrid), Ignacio Carvajal Uruña (Asturias), Carlos A. Díaz Vázquez (Asturias), Luis Bamonde Rodriguez (Galicia), Alfredo Cano Garcinuño (Castilla-León), Pablo Mola Caballero de Rodas (Asturias), Isabel Mora Gandarillas (León), Agueda García Merino (Asturias), Manuel Praena Crespo (Andalucía), Alfonsa Lora Espinosa (Andalucía), Pepa Torregrosa Bertet (Cataluña), Luciano Garnelo Suárez (Galicia), Javier E. Blanco González (Madrid), Begoña Domínguez Aurrecoechea (Asturias), Jose Antonio Castillo Laita (Aragón), Carlos Pardos Martínez (Aragón), Maite Callen Blecuá (País Vasco), Jesus M. Pascual Pérez (Madrid), Isabel Ubeda Sansano (Valencia), Jose Murcia Garcia (Andalucía), Javier Perez-Porcuna (Cataluña), Alberto Bercedo Sanz (Cantabria)

Fecha de publicación:

24 de Octubre de 2007

Cómo citar este protocolo:

Ubeda Sansano MI, Murcia García J y Grupo de Vías Respiratorias. *Protocolo de Neumonía adquirida en la Comunidad. El Pediatra de Atención Primaria y la Neumonía*. Protocolo del GVR (publicación P-GVR-8) [consultado día/mes/año]. Disponible en: www.aepap.org/gvr/protocolos.htm

Guía Rápida

Puntos clave

Etiología

- La **edad** es el **mejor predictor de la etiología**: Los virus suelen afectar a niños menores de 3 años. Neumococo es causa de neumonía a cualquier edad. *Mycoplasma* y *Chlamydia pneumoniae* afectan principalmente a niños mayores de 5 años y adolescentes.

Diagnóstico

- El **diagnóstico es fundamentalmente clínico**:
 - En menores de 5 años con fiebre, la taquipnea es el signo clínico más útil para diferenciar infecciones respiratorias de vías altas o bajas. La ausencia de taquipnea descarta la existencia de neumonía con una probabilidad del 97,4% (A).
 - En niños menores de 5 años, los datos de más valor para el diagnóstico son la taquipnea, el aumento de trabajo respiratorio (aleteo nasal, retracciones o tiraje) y la saturación de O₂ menor de 93-94%.
 - Clásicamente se han descrito dos formas clínicas de neumonía: típica, más propia de neumonía bacteriana y atípica relacionada con etiología vírica, *Mycoplasma* y *Clamidia pneumoniae*.

Neumonía típica*	Neumonía atípica*
Comienzo súbito	Comienzo gradual
Fiebre > 38,5º	No fiebre o febrícula
Tos productiva	Tos seca
Escalofríos, dolor costal, dolor abdominal, herpes labial	Cefalea, mialgias, artralgias
Auscultación de condensación focal (hipoventilación, soplo tubárico, crepitantes)	No focalidad en la auscultación (no es raro encontrar sibilancias)
Rx: condensación lobar, broncograma, derrame pleural	Rx: predomina patrón intersticial

* Estas características orientan hacia una u otra etiología, pero no son patognomónicas.

- La **Rx de tórax** es la mejor herramienta para establecer el diagnóstico de certeza de neumonía, pero no está indicada realizarla de forma rutinaria en todos los casos (A).
 - La proyección frontal suele ser suficiente para confirmar el diagnóstico de neumonía.
 - No se recomienda control radiológico para valorar la evolución de una neumonía no complicada. Si se hace, no debe realizarse antes de 3-4 semanas, salvo que se requiera antes por mala evolución.
- Las **pruebas complementarias** de laboratorio analíticas, aportan poca información y no deben solicitarse en Atención Primaria. No se recomienda solicitar estudios microbiológicos en AP.
- El **pulsioxímetro** debe estar disponible en AP
 - La Sat O₂ es uno de los patrones más sensibles para establecer la gravedad.
 - El pulsioxímetro debe mantenerse durante al menos 30 segundos de registro estable.

- **Mantoux:** realizar ante sospecha clínica o epidemiológica. No indicado de forma rutinaria ante cualquier neumonía en AP, pero además de los ambientes marginales, cada vez más se deben tener en cuenta los viajes y movimientos migratorios de población de áreas de alta prevalencia.
- La **gravedad** de la neumonía debe valorarse en función de:
 - Estado general del paciente
 - El compromiso respiratorio.
 - La $\text{Sat O}_2 \leq 92\text{-}93\%$

Tratamiento

- Medidas generales: Antitérmicos para controlar la fiebre. No se recomiendan antitusígenos, mucolíticos y expectorantes.
- En niños previamente sanos, sin criterios de gravedad, poca afectación clínica, entorno familiar informado y colaborador y con alta accesibilidad a los recursos sanitarios, puede ser aceptable una actitud expectante sin tratamiento antibiótico (B)
- Cuando se indica, el tratamiento antibiótico se da de forma empírica en función de la sospecha etiológica, edad del niño y resistencias bacterianas.
- Si se sospecha etiología bacteriana en menores de 5 años vacunados frente a Hib, el neumococo es el agente más probable y amoxicilina el antibiótico de elección (B). En mayores con la misma sospecha etiológica, la amoxicilina sigue siendo el antibiótico de elección (B).
- En niños mayores de 5 años con sospecha de neumonía por *chlamydia* o *mycoplasma*, el tratamiento de elección son los macrólidos (B)
- El tratamiento con antibióticos orales en pacientes con NAC leve/moderada es eficaz y seguro (A).

Criterios de ingreso hospitalario

- Edad < de 6 meses.
- Apariencia de enfermedad grave: inestabilidad hemodinámica, afectación del estado de conciencia, convulsiones...
- Dificultad respiratoria marcada.
- Necesidad de oxigenoterapia. Sat O_2 constantemente menor de 92%.
- Enfermedades subyacentes.
- Vómitos y deshidratación que dificulten el tratamiento por vía oral.
- Falta de respuesta al tratamiento empírico.
- Dudas en la cumplimentación terapéutica.
- Problema social.

Seguimiento

Se recomienda control evolutivo a las 48 horas y posteriormente en función de la evolución. Ante una neumonía persistente o recurrente se debe plantear también otro diagnóstico.

Medidas preventivas

- Lactancia materna (A)
- Evitar el humo de tabaco (B)
- Limitar la transmisión de infecciones respiratorias mediante el lavado de manos (A) o retrasar la entrada en la guardería (A)
- Vacunación: Gripe, *H influenzae b*, Neumococo heptavalente conjugada

Tratamiento de la Neumonía Aquirida en la Comunidad en Atención Primaria.				
EDAD	DATOS CLÍNICOS	AGENTE MÁS FRECUENTE	TRATAMIENTO AMBULATORIO	
			ELECCIÓN	ALTERNATIVA
3 meses a 5 años	Vacunado H.Influenzae b	<i>S.pneumoniae</i>	Amoxicilina oral (50-100 mg/Kg/día, en 3 dosis)*	Cefuroxima axetilo (30 mg/Kg/día en 2 dosis) o Ceftriaxona IM (50-100 mg/Kg/día, en 1 dosis)
	No vacunado H.Influenzae b	<i>H. influenzae</i> y <i>S.pneumoniae</i>	Amoxi/clavulánico oral (50-100 mg/Kg/día de amoxicilina y hasta 10 mg/Kg/día de ac. clavulánico, en 3 dosis)* o Cefuroxima axetilo oral (30 mg/Kg/día, en 2 dosis)*	
> 5 AÑOS (HASTA 18 AÑOS)	NEUMONÍA TÍPICA	<i>S. pneumoniae</i>	Amoxicilina oral (80-100mg/Kg/día, en 3 dosis)* (máx 6 g/día)	Cefuroxima axetilo oral (30mg/Kg/día en 2 dosis) (máx 500 mg/12h) Sólo en casos muy seleccionados: Cefpodoxina proxetilo oral (10 mg/Kg/día, en 2 dosis) o Cefprozil oral (15-30 mg/Kg/día, en 2 dosis) o Ceftriaxona IM (50-100 mg/Kg/d, en 1 dosis)
	NEUMONÍA ATÍPICA	<i>M.pneumoniae</i> <i>C.pneumoniae</i>	Claritromicina: 7 días (15 mg/Kg/día en 2 dosis) (máx 1000 mg/día) o Azitromicina: 3 días (10 mg/Kg/día en 1 dosis) (máx 500 mg/día) o 5 días (10 mg/Kg/día el primer día y 5 mg/kg/día 4 días)	
	NO CLASIFICADA	Cualquiera de los anteriores	Amoxicilina oral (40-50 mg/Kg/día, en 3 dosis) + Macrólido	Cefuroxima axetilo oral (30 mg/Kg/día, en 2 dosis)+ Macrólido

* En general en NAC no complicada se recomienda tratamiento antibiótico empírico durante 7 días.

Algoritmo de Actuación ante Neumonía Adquirida en la Comunidad en la edad pediátrica

