



**Protocolos del GVR
(P-GVR-8-gr)**

NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

Guía Rápida

El Pediatra de Atención Primaria y la Neumonía

Autor:

Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.

Redactores:

M^a Isabel Úbeda Sansano

José Murcia García

M^a Teresa Asensi Monzó

Revisión por pares:

Manuel Praena Crespo (Andalucía), Jose Luis Montón Alvarez (Madrid), Alfredo Cano Garcinuño (Castilla-León), Isabel Mora Gandarillas (Asturias), Agueda Garcia Merino (Asturias), Alfonsa Lora Espinosa (Andalucía), Pepa Torregrosa Bertet (Cataluña), Jose Antonio Castillo Laita (Aragón), Maite Callen Bleuca (País Vasco), M^a Isabel Úbeda Sansano (Valencia), Alberto Bercedo Sanz (Cantabria), José Murcia García (Andalucía), Olga Cortés Rico (Madrid), Carmen Rosa Rodríguez Fernández Oliva (Canarias).

Fecha de publicación:

22 de diciembre de 2011

Cómo citar este protocolo:

Úbeda Sansano MI, Murcia García J, Asensi Monzó MT. Neumonía adquirida en la comunidad .
Protocolos del GVR (publicación P-GVR-8-gr) [consultado día/mes/año]. Disponible en:
<http://aepap.org/grupos/grupo-de-vias-respiratorias/protocolos-del-gvr> □

Puntos clave

Etiología

- ✚ La **edad** es el **mejor predictor de la etiología (B+)**: Los virus suelen afectar a niños menores de 3 años. Neumococo supone la primera causa de neumonía bacteriana en la infancia, con una incidencia similar en distintas edades (20-40%). *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 85% (97,4% para menores de 2 años) **(B+)**.
 - 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 **(Tabla I)**: típica, más propia de neumonía bacteriana y atípica relacionada con etiología vírica, *Mycoplasma* y *Chlamydia pneumoniae*.
- ✚ 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-)**.
 - Se recomienda obviar el estudio radiológico en niños con fiebre sin taquipnea salvo que otros datos del paciente lo justifiquen **(B+)**.
 - La proyección frontal suele ser suficiente para confirmar el diagnóstico de neumonía **(B-)**.
 - Existen fundamentalmente dos patrones radiológicos (alveolar más propio de etiología bacteriana, e intersticial atribuido a vírica) pero no existen datos radiológicos patognomónicos de una etiología concreta y es la edad del niño la que tiene más correlación con el agente causal que la imagen radiológica.
- ✚ Las **pruebas complementarias** de laboratorio aportan poca información y no se recomiendan en AP.
- ✚ No se recomienda solicitar estudios microbiológicos en AP **(D)**.
- ✚ El **pulsioxímetro** debe estar disponible en AP **(D)**.

- La Sat O₂ es uno de los patrones más sensibles para establecer la gravedad.
- El pulsioxímetro se debe mantenerse durante al menos 30 segundos de registro estable.
- Se recomienda remitir al hospital si la Sat O₂ es < de 92% (**B+**).

✚ **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 (**D**).

✚ La **gravedad** de la neumonía debe valorarse en función de:

- Estado general del paciente
- El compromiso respiratorio.
- La Sat O₂ ≤ 92-93%

Tratamiento

✚ **Medidas generales:** antitérmicos para controlar la fiebre. No se recomienda fisioterapia (**A-**). Los antitusígenos, mucolíticos o expectorantes tampoco están recomendados (**D**).

✚ En **niños previamente sanos**, incluso en menores de 2 años, **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 si tratamiento antibiótico (**C**).

✚ **Los demás niños con NAC que no cumplan los requisitos descritos** deben recibir tratamiento antibiótico empírico (**C**), en función de la sospecha etiológica, edad del niño y resistencias bacterianas (**Tabla II**).

✚ **Si se sospecha etiología bacteriana**, el neumococo es el agente más probable y amoxicilina 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 (**D**).

✚ 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 O₂ constantemente menor de 91%.

- 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 clínico a las 24-48 horas o más tarde en función de la evolución.
- + **No** se recomienda realizar **Rx de control** en niños previamente sanos con buena evolución clínica (**B+**).
- + Ante una neumonía persistente o recurrente se debe plantear también otro diagnóstico.

Medidas preventivas

- Lactancia materna (**B+**).
- Evitar el humo de tabaco (**B-**).
- Limitar la transmisión de infecciones respiratorias: lavado de manos (**A-**), retrasar la entrada en la guardería.
- Vacunación: es la medida de prevención con mayor impacto (**B+**).
 - Gripe: anual a partir de los 6 meses, a niños de riesgo.
 - H influenzae b: Incluida en calendario de vacunación infantil de forma sistemática.
 - Neumococo conjugada: Se recomienda administrar aunque no se encuentre actualmente incluida en los calendarios vacunales de todas las comunidades.

Tabla I. Características de la neumonía*

Neumonía típica	Neumonía atípica
Comienzo súbito	Comienzo gradual
Fiebre > 38,5°C	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 (a veces sibilancias)
Rx: condensación lobar o segmentaria, derrame pleural	Rx: predomina patrón intersticial

*Orientan hacia una u otra etiología, pero no son patognomónicas.

La neumonía típica es más propia de etiología neumocócica y *H influenzae* y la atípica de virus, *Mycoplasma* y *Chlamydia*.

Tabla II. Tratamiento de la Neumonía Adquirida en la Comunidad en Atención Primaria.

Edad	Datos Clínicos	Agente más frecuente	Tratamiento Ambulatorio	
			Elección	Alternativa
3 MESES a 5 AÑOS	VACUNADO <i>H.Influenzae b</i>	<i>S.pneumonia</i>	Amoxicilina oral (50-100 mg/Kg/día, en 3 dosis)*	
	NO VACUNADO <i>H.Influenzae b</i>	<i>H. influenzae b</i> y <i>S.pneumonia</i>	Amoxicilina/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)*	Cefuroxima axetilo oral (30 mg/Kg/día en 2 dosis) o Ceftriaxona IM (50-100 mg/Kg/día, en 1 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/12 h) 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. Pneumonia</i> <i>C. Pneumonia</i>	Claritromicina: 7 días (15 mg/Kg/día en 2 dosis) (máx 1000 mg/día). ó Azitromicina: 3 días (10 mg/Kg/día en 1 dosis) (máx 500 mg/día) ó 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

