



Neumonías

Leopoldo Córdova¹.

Enrique Blanco

José Suárez².

Roque Aouad³.

Laura Naranjo⁴.

Angela Picciuto⁵.

¹Pediatra

²Pediatra

³Pediatra

⁴Pediatra

⁵Pediatra

Correspondencia: Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina - Universidad Central de Venezuela.

Consignado el 31 de Diciembre del 2000 a la Revista Vitae Academia Biomédica Digital.

RESUMEN

Consenso de expertos XII Jornadas Nacionales de Infectología "Dra. María Josefina Núñez" Caraballeda, Venezuela, Octubre, 1999. Las neumonías adquiridas en la comunidad ocurren en 20 de cada 1000 niños menores de 1 año de edad y 40 de cada 1000 niños con edades entre 1 y 4 años; 3 de 4 neumonías correctamente diagnósticas son tratadas empíricamente ya que en sólo una se recupera el agente etiológico, que en un 80-90% de los casos responde a un virus; sólo entre un 10-20% de neumonías adquiridas en la comunidad corresponden a etiología bacteriana, y varían con la edad.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones representan el 80% de la morbilidad en pediatría y en gran parte están representadas por las infecciones del árbol respiratorio. Las infecciones del tracto respiratorio inferior ocupan el primer o segundo lugar de la morbilidad en pediatría, solo superadas por las enfermedades diarreicas, en los países en vías de desarrollo.



Las neumonías adquiridas en la comunidad ocurren en 20 de cada 1000 niños menores de 1 año de edad y 40 de cada 1000 niños con edades entre 1 y 4 años; 3 de 4 neumonías correctamente diagnosticas

son tratadas empíricamente ya que en solo una se recupera el agente etiológico, que en un 80-90% de los casos responde a un virus. Solo entre un 10-20% de neumonías adquiridas en la comunidad corresponden a etiología bacteriana y varían con la edad.

En la actualidad, el *Streptococcus Pneumoniae* es el agente etiológico más frecuente productor de neumonías adquiridas en la comunidad y en quien destaca la pérdida de susceptibilidad a penicilina. Existen parámetros o factores de riesgo que sugieren infección por *Streptococcus Pneumoniae* resistente a penicilina:

- a. Tratamiento reciente con Betalactámicos;
- b. Asistencia a guarderías u hogares de cuidado diario;
- c. Edad menor de 36 meses.

ETIOLOGÍA DE LAS NEUMONÍAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD

Neonatos (0 días - 28 días)

- a. Virales
- b. Bacterianas
 - Enterobacterias
 - *Streptococcus* grupo b
 - *Listeria monocitogenes*
 - *Staphylococcus aureus*
 - *Chlamydia trachomatis*
- c. Otros
 - *Treponema pallidum*

Lactantes (1 mes - 2 años)

- a. Virales
 - sincicial respiratorio
 - influenza
 - otros
- b. Bacterianas
 - *Streptococcus Pneumoniae*
 - *Staphylococcus aureus*
 - *Chlamydia trachomatis*
 - *Bordetella sp*
 - *Mycoplasma pneumoniae*.

Preescolares (2 - 6 años)

- a. Virales
- b. Bacterianas
 - *Streptococcus Pneumoniae*
 - *Haemophilus influenzae* tipo b
 - *Staphylococcus aureus Mycoplasma pneumoniae*.

Escolares (6 - 12 años)

- a. Virales
- b. Bacterianas

- Streptococcus Pneumoniae
- Mycoplasma pneumoniae
- Haemophilus influenzae tipo b
- Staphylococcus aureus.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA



- Historia clínica.
- Hematología completa.
- VSG + Proteína C Reactiva.
- Hemocultivo y antibiograma.*
- Si es posible: serología específica, cultivo viral.
- RX tórax PA y Lateral.*
- PPD.
- En caso de derrame pleural: Gram, citoquímico, cultivo y antibiograma del líquido pleural.
- *(pruebas definitivas para el diagnóstico).

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN



1. Menores de 2 meses de edad.
2. Aspecto tóxico.
3. Dificultad respiratoria.
4. Derrame pleural.
5. Enfermedades subyacentes y/o inmunosupresión.
6. Deterioro clínico recibiendo tratamiento antimicrobiano ambulatorio.
7. Imposibilidad de cumplir tratamiento ambulatorio.

TRATAMIENTO EMPÍRICO DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD PRESUMIBLEMENTE DE LA ETILOGÍA BACTERIANA

Tratamiento empírico en neumonía adquirida en la comunidad
Presumiblemente de la etiología bacteriana

Neonatos

Ampicilina + Aminoglicósido o Cefalosporinas de 3^a generación.

Lactantes, Preescolares y Escolares

a) Manejo Ambulatorio

Amoxicilina (droga de elección). Alternativas: Amoxacilina/Acido Clavulánico, Ampicilina/Sulbactam, Cefuroxime Acetil, Cefprozil, Ceftriaxone, Macrólidos.

Nota: En neumonía adquirida en la comunidad en mayores de 5 años, considere macrólidos como alternativa inmediata luego del fracaso con Amoxicilina, esto por frecuencia de gérmenes atípicos en esta edad

b) Manejo Hospitalario

Penicilina (droga de elección; 250?400.000 U/kg/día). Alternativas: Cefuroxima, cefalosporinas de 3^a generación, Amoxacilina/Acido Clavulánico, Ampicilina/Sulbactán, macrólidos.

Nota: Si existen datos clínicos y/o microbiológicos que presenten al estafilococo como agente etiológico, la droga de elección será oxacilina sódica.

Este esquema con penicilina ha de evaluarse a las 72 horas con la intención de apreciar el punto de estabilidad clínica (ver adelante); si hay mejoría mantener penicilina, si por el contrario no hay mejoría e incluso existe deterioro clínico considerar: resistencia bacteriana e iniciar tratamiento con cefalosporinas de 3^a generación y/o presencia de gérmenes atípicos sugiriéndose tratamiento con macrólidos.

En casos de neumonías complicadas con derrame pleural, utilice combinación de oxacilina sódica más cefalosporinas de 3^a generación; si se sospecha presencia de estafilococo con resistencia alta debe sustituirse oxacilina sódica por vancomicina, manteniendo la cefalosporina de 3^a generación.

PUNTO DE ESTABILIDAD CLÍNICA

1. Disminución de episodios tusígenos.
2. Mejoría en la mecánica ventilatoria: disminución del tiraje, reducción de la frecuencia ventilatoria, alivio del dolor intercostal.
3. Afretil, por lo menos durante las últimas 8 horas.
4. Tendencia a normalizar cuenta y fórmula blanca.
5. Tolerancia de la vía oral.

Patrones de resistencia bacteriana. Hospital de Niños "J. M. De Los Ríos". Enero-Junio 1999

Streptococcus pneumoniae: Penicilina: 19% (17% Resistencia Intermedia 2% Resistencia Alta); Macrólidos: 22%.

Haemophilus influenzae tipo b: Ampicilina: 21%, Ampicilina/Sulbactán: 0%.