

ACTUALIZACION

NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

Dra. Mirta Acuña Avila

Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Norte, Hospital Roberto del Río, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Resumen

La neumonía adquirida en la comunidad ocurre en pacientes previamente sanos y su principal etiología es viral. Dentro de las etiologías bacterianas la principal en el recién nacido es el *S. agalactiae* y en los mayores es *S. pneumoniae*. Es la principal causa de muerte en niños menores de 5 años de edad en el mundo. Su diagnóstico se basa en la anamnesis y los hallazgos clínicos clásicos, pudiendo complementarse el estudio con radiografía de tórax e identificación viral con métodos rápidos. Su manejo depende de la etiología, y se indica antibioticoterapia (de elección amoxicilina v.o. o ampicilina e.v.) solo frente a la sospecha fundada de etiología bacteriana. Además se debe dar soporte según los requerimientos del paciente, incluyendo la hospitalización si cumple los criterios para ésta. La necesidad de cirugía está restringida principalmente para el manejo de empiemas.

Palabras claves: Neumonía adquirida en la comunidad, niños

Abstract

Community acquired pneumonia occurs in previously healthy children and its ethnology is viral. Bacterial ethnology are *S. agalactiae* in neonates and *S. pneumoniae* in the olders. Is the main cause of death in children under 5 years of age. Diagnosis is made base on clinical features and chest X ray. Treatment depends on the etiology and antibiotics, preference oral amoxicilin or iv ampiciline, are indicated when a bacterial ethnology is suspected.

Key words: Community acquired pneumonia, children.

Definición

Signos y síntomas de neumonía en paciente previamente sano, causada por una infección adquirida fuera del hospital¹.

Etiología

En menores de 2 años alrededor del 80% los virus son la principal etiología aunque en el resto de los grupos etarios el % de etiología viral es menor, sigue siendo la principal causa en todos los menores de 18 años. El resto es causado por bacterias, o en asociación a ellas, dentro de las que destaca *S. pneumoniae*^{2,3}.

Según grupo etario en los recién nacidos la principal etiología es *S. agalactiae*, seguido de *E. coli* y otras enterobacterias, en los lactantes la principal etiología es viral, siendo el VRS el exponente más frecuente, dentro de las etiologías bacterianas destaca *S. pneumoniae* y en los preescolares y escolares la principal etiología es *S. pneumoniae*^{2,4}.

Epidemiología

La neumonía sigue siendo la principal causa de muertes en niños menores de 5 años de edad. Por ser su principal etiología los agentes virales, la epidemiología de las neumonías corresponde al comportamiento epidemiológico de las infecciones virales, concentrándose en el período invernal. En países desarrollados la incidencia anual es de 3-4 casos por 100 niños menores de 5 años¹. La tasa de hospitalización es mayor en el grupo etario de los lactantes, estimándose una tasa anual por 10.000 niños de 62 en menores de 2 años, 24 entre 2-4 años, 10 entre 5-9 años y 4 en niños de 10 a 17 años³. La tasa de mortalidad en menores de 5 años en Chile es de 20/100.000 hbts, según datos del MINSAL 2009⁴.

Diagnóstico

Se basa en criterios clínicos clásicos: polipnea, retracción de partes blandas, quejido, fiebre, síndrome de condensación, crépitos, síndrome de ocupación pleural. Los exámenes complementarios que pueden ayudarnos en algunas situaciones: radiografía de tórax y test rápidos de identificación de virus respiratorios¹. Cuando se sospecha etiología bacteriana el hemograma y proteína C reactiva pueden ayudarnos en discriminar entre etiología viral v/s bacteriana y deben tomarse hemocultivos si el paciente se va a hospitalizar, a pesar de su bajo rendimiento en neumonías bacterianas, ya que es la única posibilidad práctica de conocer etiología y su patrón de susceptibilidad. Cuando se sospecha etiología viral y el paciente se va a hospitalizar debe realizarse test rápidos de identificación viral como inmunofluorescencia directa para detectar los virus de circulación más frecuente.

Nos orientan a una etiología viral: presencia de sibilancias, coriza y fiebre baja, asociado a patrón radiográfico con predominio de infiltrado intersticial, junto a hemograma sin leucocitosis ni desviación a izquierda y proteína C reactiva baja.

Por el contrario nos orienta a etiología bacteriana: síndrome de condensación, síndrome de ocupación pleural, fiebre alta (>39,3°C axilar), imagen condensante y/o derrame pleural, hemograma con leucocitosis y/o desviación a izquierda y proteína C elevada.

Complicaciones

Las complicaciones se pueden clasificar en pulmonares, metastásicas y sistémicas. Pulmonares: derrame pleural, empiema, absceso pulmonar, neumotórax, fístula broncopleural.

Metastásicas: infecciones secundarias en otro sitio como sistema nervioso central, válvulas cardíacas o localización osteoarticular.

Sistémicas: puede asociarse a sepsis, o más raramente a síndrome hemolítico urémico¹.

Manejo

El manejo debe considerar: Decisión de hospitalizar o no, manejo de soporte, tratamiento etiológico y necesidad de cirugía.

Indicación de hospitalización

- NAC moderada a severa: Saturación <93%, apnea, signos de complicación, signos de shock o compromiso de conciencia^{1,4}.
- Menor de 3 meses de edad^{1,4}.
- Patógeno causal de virulencia mayor a la habitual (SAMR-AC)¹
- Deshidratación o mala tolerancia oral⁴.
- Condiciones que impidan su tratamiento o seguimiento adecuado^{1,4}
- Comorbilidad significativa^{1,4}.

Soporte

- Asegurar una hidratación adecuada, si la tolerancia oral es mala, debe considerarse su hospitalización para hidratación parenteral⁴.
- Oxigenoterapia en caso de saturación ≤92%⁵.
- Kinesioterapia respiratoria: Indicado para recuperación de atelectasias y manejo de secreciones respiratorias⁴.

Tratamiento etiológico

a) Antibióticoterapia: sólo ante fundadas sospechas de infección de etiología bacteriana. Por ser *S. pneumoniae* la bacteria más frecuente causante de neumonía el antibiótico de elección: amoxicilina en tratamientos orales en dosis de 80 mg/k/día en 2 dosis y penicilina sódica en caso de necesidad de tratamiento parenteral por 7-10 días. En caso de ser causado por *Mycoplasma pneumoniae* el tratamiento de elección es claritromicina en dosis de 15 mg/k/día en 2 dosis vía oral por 10 días^{1,2,4}.

b) Antivirales: Oseltamivir en neumonías causadas por influenza según las guías nacionales de uso de este antiviral, pacientes con factores de riesgo o neumonía moderada a severa^{1,4}.

Cirugía

La necesidad de intervención quirúrgica está definido para los siguientes casos:

Drenaje pleural en caso de derrame >10mm y compromiso de función respiratoria o empiema¹.

La cirugía considera distintas técnicas según la condición del paciente, instrumental disponible y experiencia del cirujano:

- a) Instalación de drenaje pleural (este puede ser también hecho por pediatra con experiencia)
- b) VATS (cirugía asistida con videotoroscopia)
- c) Decorticación abierta

Prevención^{1,4}

1) LME en <6 meses de vida

2) Inmunizaciones actualizadas

- Bacterias
 - o Neumocócica conjugada a partir de los 2 meses según calendario PNI
 - o Neumocócica polisacárida en >2 años con factores de riesgo
 - o *H. influenzae* a partir de los 2 meses según calendario PNI
 - o *B. pertussis* a partir de los 2 meses según calendario PNI

- Virus

- o Anti-influenza: Niños mayores de 6 meses de edad a 5 años 11 meses 29 días, niños 6 años o más con factores de riesgo, embarazadas a partir de las 13 semanas de gestación, adultos mayores y adultos de población objetivo. También es recomendable para padres y cuidadores de lactantes menores de 6 meses¹.

- o Sarampión (incluida en la vacuna trivírica) a los 12 meses, 1º básico y según campañas periódicas

- Ac monoclonales contra VRS en grupos de riesgo: Prematuros

- Evitar contaminación ambiental, principalmente humo de tabaco.

3) Disminuir el riesgo de exposición⁴:

- o no asistir con lactantes pequeños a lugares de aglomeración
- o evitar el contacto con personas con síntomas respiratorios
- o lavado de manos antes y después de atender a los niños
- o cubrir la boca al estornudar
- o lavado de manos después de sonarse o haber estornudado

Referencias

1. Bradley et al. Management of Community-Acquired Pneumonia in Infants and Children Older Than 3 Month of Age: Clinical Practice Guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2011;53(7):617-30
2. Stuckey-Shrock k., Hayes B., George C. Community-Acquired Pneumonia in Children. Am Family Physician 2012;86(7):661-7
3. Jain S et al. Community-Acquired Pneumonia Requiring Hospitalization among U.S. Children. N Engl J Med 2015;372(9):835-45
4. Ministerio de Salud. Guía Clínica Infección Respiratoria Aguda Baja de Manejo Ambulatorio en Menores de 5 años. MINSAL, 2013.
5. Moreno-Pérez et al. Neumonía adquirida en la comunidad: tratamiento de los casos complicados y en situaciones especiales. Documento de consenso de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SIEP) y Sociedad Española de Neumología Pediátrica (SENP). An Pediatr (Barc) 2015;83(3):217.e1-27.e11