



**Grupo de Pediatría Privada del  
Colegio de Pediatría de Jalisco A.C.**  
“Unidos por la ciencia y la infancia”

### **Resumen de la Sesión del mes de Agosto del 2013.-**

Nos reunimos el Miércoles 14 de Agosto del 2013 en el auditorio del Hospital Real San José para celebrar la sesión mensual del Grupo de Pediatría Privada, esta vez con el título Neumonías en el paciente Pediátrico, presentada por el distinguido Doctor Antonio Luévanos Velázquez, Infectólogo Pediatra adscrito al servicio de Infectología Pediátrica del Hospital Civil “ Fray Antonio Alcalde “.

Se inició la plática con un pequeño resumen del tema, justificándolo por ser las infecciones respiratorias el principal motivo de consulta en atención primaria.

Se realizó la presentación del Doctor Antonio Luévanos, se leyó una parte de su muy extenso y rico Curriculum y se le dio la palabra para iniciar la conferencia.

Inició la plática el Doctor definiendo a la Neumonía adquirida en la comunidad como una infección aguda del tracto respiratorio inferior con duración menor de 14 días, de contagio extra hospitalario, que produce tos, disnea y que tiene evidencia de infiltrado pulmonar agudo en la radiografía simple de tórax, aunque nos comentó que la OMS hace el diagnóstico presuntivo solo clínicamente con tos, fiebre, rechazo al alimento y disnea. El pronóstico de la enfermedad varía de acuerdo al tiempo oportuno del diagnóstico y el tratamiento adecuado para la misma.

Nos mencionó la importancia de la carga de la enfermedad en México con mas de 26 millones de casos de infecciones respiratorias agudas hasta la semana 51 del 2012. En Jalisco se presentaron hasta esa semana 17,538 casos de neumonías y bronconeumonías según registro del SINAVE.

Al hablar de la etiología se comentó que los agentes cambian según el grupo de edad en que se estudie, siendo en menores de 4 semanas el *S. agalactiae*, las Enterobacterias gram negativas, el Citomegalovirus y la *Listeria monocytogenes* los más frecuentes, en niños de 3 semanas a tres meses son los virus los principales causantes, agregándose la *Chlamidia trachomatis*, el Neumococo, *Stafilococo* y *Bordetella pertussis*, en niños de 4 meses a 4 años predominan el *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Stafilococo aureus*, *M. tuberculosis*, *Haemophilus influenzae*



**Grupo de Pediatría Privada del  
Colegio de Pediatría de Jalisco A.C.**  
“Unidos por la ciencia y la infancia”

tipo b y Bordetella pertussis y entre los 5 y 15 años siguen predominando los virus, Neumococo, M. pneumoniae, Chlamidia pneumoniae, M. tuberculosis, M. catharralis, Hib y B. pertussis. Muy importante recordar éstos gérmenes para decidir el tratamiento que hacemos comúnmente de forma empírica, solo conociendo la frecuencia de estos microorganismos. Recordar que hasta el 67% de los casos en menores de un año son causados por virus, particularmente en los meses fríos, nos mencionó el Doctor Luévanos de dos casos que tuvo en la práctica privada en que encontró uno con neumonía causada por un Metaneumovirus y otro por un Bocavirus, para tomarlos en cuenta aunque no sean de los más frecuentes que se aíslan.

En cuanto al diagnóstico esperar siempre Taquipnea, disnea, retracciones, estertores, aleteo nasal, apnea, alteraciones del estado mental y oximetría de pulso inferior a 90% respirando aire ambiental.

Debemos tener en cuenta que la falta de taquipnea, estertores y disminución de sonidos respiratorios es casi excluyente de neumonía y que la radiografía simple de tórax no diferencia siempre entre etiología viral y bacteriana.

Para valorar el internamiento de un paciente tomar en cuenta la edad ( 3-6 meses ), problemas para tratar en casa, frecuencia respiratoria de más de 70 ( sensibilidad de 63%, especificidad 89% ), fiebre mayor a 39C, llenado capilar mayor a 2 segundos, deshidratación o rechazo al alimento.

El diagnóstico debe ser predominantemente clínico, y solo dar un valor limitado a la radiografía de tórax simple, indicar hemocultivos solo en casos especiales como falla clínica, deterioro progresivo, sospecha de infección bacteriana complicada, bacteremia documentada por S. aureus. Los cultivos nasofaríngeos, tinción de gram de esputo y cultivo, antígenos capsulares en orina no se recomiendan rutinariamente aunque tienen algún valor predictivo negativo. La siguiente tabla nos da una correlación etiológica-clínica, radiológica, laboratorial de los diferentes tipos de neumonías.



## Correlación de los diferentes tipos de Neumonía

	NAC típica (neumococo, <i>H. influenzae</i> , <i>S. aureus</i> , <i>S. pyogenes</i> )	NAC atípica: viral (VRS, adenovirus...)	NAC atípica ( <i>Mycoplasma</i> , <i>Chlamydia</i> )
Edad habitual	Cualquier edad, pero principalmente < 3-5 años	< 3-4 años	> 4-5 años
Inicio	Brusco	Insidioso	Insidioso
Fiebre	> 39°C	< 39°C	< 39°C
Estado general	Afectado	Conservado	Conservado
Antecedente familiares	No	Simultáneos	Distantes
Tos	Productiva	Productiva + -	Irritativa
Síntomas asociados	Raros (herpes labial)	Conjuntivitis, mialgias	Cefalea, mialgias
Auscultación	Hipoventilación y crepitantes localizados	Crepitantes y sibilancias bilaterales	Crepitantes y/o sibilancias uni o bilaterales
Radiografía de tórax	Condensación (con o sin derrame)	Infiltrado intersticial, hiperinsuflación, atelectasia	Variable, predomina el infiltrado intersticial Menos frecuente, condensación
Hemograma	Leucocitosis con neutrofilia	Variable	Suele ser normal
PCR (mg/l)	> 80-100	< 80	< 80
PCT (ng/ml)	> 2	< 2	< 2

El tratamiento debe ir dirigido al agente etiológico específico aunque recordemos que generalmente iniciamos la terapéutica empíricamente y propone el Doctor de primera elección utilizar amoxicilina y como alternativa amoxicilina/ac clavulánico o macrólidos. En todos los casos debemos esperar mejoría clínica y laboratorial a las 48 horas y en caso de no darse hacer una reevaluación del caso.



**Grupo de Pediatría Privada del  
Colegio de Pediatría de Jalisco A.C.**  
“Unidos por la ciencia y la infancia”

**La siguiente tabla puede ser una guía práctica sobre el uso de antibióticos para tomarla en consideración en los diferentes tipos de Neumonía.**

<b>Sitio de atención</b>	<b>Neumonía bacteriana</b>	<b>Neumonía Atípica</b>	<b>Influenza</b>
<b>Externo</b>			
Niños < 5 años	-Amoxicilina oral 50-100mg/kg/d tid o -Amoxicilina/ clav. 90 mg/kg /día bid	-Azitro 10 mg/kg (1) 5 mg/kg (2-5 días) -Claritro 15 mg/kg/d,14 días -Eritro 40mg/kg/d,10 días	Oseltamivir
Niños > 5 años	Igual ± macrólido	Igual, max 500 mg y 1gr para claritromicina	Igual
<b>Hospitalizados</b>			
Niños todas edades inmunizados	Ampi o PGSC Alternativas: -CTX o CTM ± clindamicina o vancomicina en sospecha de SAMR	Amoxicilina Amoxicilina/clav Cefuroxima CTX CTM	Igual
Niños incompleta inmunización: Áreas con resistencia elevada	-CTX , CTM ± clindamicina o vancomicina: SAMR -Alternativa: Levoflox	Igual	Igual

La duración del tratamiento debe ser de diez días en promedio, aunque se han mencionado cursos cortos de solo 5 en casos leves, ambulatorios, y por supuesto cursos prolongados cuando encontramos S. aureus meticilino resistente.

La prevención va dirigida en primera instancia a fomentar la lactancia materna, evitar exposición al humo de tabaco, lavado correcto de manos, retrasar la entrada a guarderías y particularmente al uso de vacunas contra Hib, Neumococo, Pertussis, Influenza, VSR que han demostrado una gran eficacia por lo que debemos aconsejarlas.

Terminó la conferencia el Dr. Luévanos Velázquez y se invitó a los asistentes a hacer comentarios o realizar algunas preguntas, estas se hicieron, numerosas, muy interesantes y a todas contestó el Doctor atinada y amablemente.

Agradecemos al Doctor su valiosa presencia y le entregamos una constancia a nombre del Grupo por su brillante plática.

Pasamos posteriormente a degustar de un ambigú amablemente patrocinado por el Laboratorio Nestlé.

*Dr. Héctor A. López Méndez*

Presidente del Grupo de Pediatría Privada

del Colegio de Pediatría de Jalisco AC

