

Neumonía Adquirida en la Comunidad en paciente pediátrico: Caso clínico

Community-acquired pneumonia in pediatric patient: Clinical case

Marcia Elizabeth Morán Vargas;

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Norte (UNINORTE)
Pedro Juan Caballero, Amambay, Paraguay

Fecha de recepción: 05 de diciembre de 2020

Fecha de aceptación: 27 de diciembre de 2020

Introducción

La neumonía es un proceso inflamatorio que afecta al parénquima pulmonar, teniendo como principal etiología agentes infecciosos (virus, bacterias, agentes atípicos). La mayoría de los casos de Neumonías Adquiridas en la Comunidad son diagnosticadas y tratadas desde Atención Primaria siendo poco frecuente la determinación de su etiología (1).

Ocupa el primer puesto en causas infecciosas de muerte infantil en el mundo, responsable del 15% de todas las defunciones de menores de 5 años (2). En Paraguay se encuentra entre las primeras causas de consulta y hospitalización pediátrica en los servicios de salud y aproximadamente 1.000 niños menores de 5 años fallecen de neumonía anualmente (3).

El objetivo de este artículo es describir un caso de Neumonía Adquirida en la Comunidad que requiere internación y su posterior evolución.

Informe de caso

Paciente preescolar de 2 años, de sexo masculino, 15 kg, con esquema de vacunación completo para la edad, sin antecedentes mórbidos de relevancia.

Presenta cuadro clínico prehospitalario de 2 días de evolución con pródromos catarrales, seguido de sensación febril, de inicio súbito, sin predominio de horario; tos de inicio brusco, seco que luego se vuelve productivo, disneizante, no

cianotizante, taquipnea. Es llevado por la madre a consultorio donde es diagnosticado con NAC (Neumonía Adquirida en la Comunidad) e inicia tratamiento con Amoxicilina +Sulbactam.

Vuelve a consultar 72h después por empeoramiento del cuadro, al que se le agrega disnea de inicio insidioso de 6h de evolución a expensas de tiraje intercostal y supraclavicular bilateral y obstrucción de VAS (Vía Aérea Superior) por mocos. En el examen físico se constata FC: 128 lpm, FR: 60 rpm, SatO₂: 91%, temperatura: 37,2°C, MV rudos, sibilancias en campo pulmonar medio y derecho, crepitante basal bilateral, por lo que ingresa al servicio.

Los estudios complementarios a su ingreso destacan: radiografía de tórax con patrón intersticial de afectación multilobular.

Se inicia tratamiento con cefotaxima y azitromicina. La evolución clínica al cuarto día de internación fue favorable, mostrando mejoría del tiraje, a la auscultación se constata la disminución de ruidos patológicos, signos vitales dentro de los parámetros normales, por lo que se decide continuar terapia ambulatoria con amoxicilina hasta completar 14 días.

Discusión

La neumonía definida como la inflamación del parénquima pulmonar. La Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC), es aquella que se presenta en sujetos que no

han sido hospitalizados en los últimos 7 días, o cuando aparecen en las primeras 48h del ingreso en un centro hospitalario y las que se inician 14 días después del egreso hospitalario (4).

Es la principal causa de muerte en todo el mundo en niños menores de 5 años, siendo responsable de 1,2 millones de muertes cada año.

Desde el punto de vista etiológico las neumonías son clasificadas en bacterianas, virales y atípicas. Los agentes víricos son una causa importante de infecciones respiratorias en la edad pediátrica, a pesar de esto las neumónicas causadas por *S. pneumoniae*, *H. influenzae* y *S. aureus* son las principales causas de ingreso hospitalario y de muerte por neumonía en niños de países en vías de desarrollo (5).

En pediatría la mayoría de las neumonías son diagnosticadas y tratadas desde Atención Primaria y, es poco frecuente la determinación de su etiología, por lo que es de extrema importancia el conocimiento del perfil etiológico de las NAC, estos se encuentran descritos en la Tabla 1 (6).

Tabla 1 – Agentes etiológicos más frecuentes según franja etaria

EDAD	PATÓGENOS
< 3 sem	Estreptococos del grupo B Escherichia coli, otros GN Streptococcus pneumoniae Haemophilus influenzae (no tipificable)
3 sem – 3m	VSR, otros virus respiratorios S. pneumoniae H. influenzae Chlamydia (si pct afebril)
4m – 4ª	VSR, otros virus respiratorios S. pneumoniae H. influenzae Mycoplasma pneumoniae Estreptococos del grupo A
≥ 5 a	M. pneumoniae S. pneumoniae Chlamydia pneumoniae H. influenzae Influenza, adenovirus, Legionella pneumophila

En los países desarrollados los criterios utilizados para definir estos casos de NAC incluyen las manifestaciones clínicas, asociadas a cambios radiológicos; mientras que en países en vías de desarrollo como el Paraguay con alta morbilidad y mortalidad por NAC, nivel socioeconómico bajo, difícil acceso a centros hospitalarios y a medicamentos, son suficientes los hallazgos clínicos, entre ellos, la retracción de la torácica, cianosis, dificultad para alimentarse, presencia de crepitantes a la auscultación y detección de taquipnea, sobre todo en niños menores de 5 años (7).

La gran mayoría de las NAC en niños, pueden ser tratadas de forma ambulatoria; sin embargo, determinadas situaciones hacen aconsejable el ingreso hospitalario para su adecuado tratamiento y control, según los criterios siguientes: edad < 3 meses, condiciones subyacentes de comorbilidad, apariencia tóxica, neumonía complicada, distrés respiratorio, falta de respuesta al tratamiento ambulatorio, intolerancia a la medicación oral, riesgo social, neumonía recurrente y saturación inferior a 92% respirando aire ambiental (8).

Como fue mencionado anteriormente, la NAC puede ser letal en niños, por lo que debe ser tratada con antibioticoterapia adecuada, en el tiempo pertinente. El tratamiento de la NAC es fundamentalmente empírico, la conducta terapéutica debe cubrir los gérmenes más probables basándose en la edad del paciente, las características clínico-radiológicas, la gravedad del enfermo y la resistencia bacteriana del medio (9).

En el caso presentado, el paciente presentó cuadro clínico compatible por lo que inicia antibioticoterapia con Amoxicilina/Sulbactam, al ocurrir un deterioro del estado a las 72h iniciado el tratamiento con la presencia de disnea, tiraje, taquipnea, saturación de oxígeno del 91%, se realiza una radiografía de tórax donde se constata afectación multilobar. Se decide la internación del paciente para mejor manejo, se inicia antibioticoterapia con cefotaxima y azitromicina. La evolución clínica al cuarto día

de internación fue favorable, por lo que se decide continuar terapia ambulatoria con amoxicilina hasta completar 14 días.

Referencias

(1) Toledo Rodríguez I; Toledo Marrero M. Neumonía adquirida en la comunidad en niños y adolescentes. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. Dic; 28 (4); 2012: 712-724. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252012000400014&lng=es.

(2) Neumonía [Internet]. Who.int; 2019. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/es/>

(3) Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Indicadores básicos de salud Paraguay 2019 [Internet]. Paraguay: MSPyBS; 2019 [Citado 18 may. 2020] Disponible en: <http://portal.mspbs.gov.py/digies/wpcontent/uploads/2020/01/Indicadores-Basicos-de-SaludIBS-2019.pdf>

(4) Pericas Bosch J. Neumonía adquirida en la comunidad en el niño. *Pediatr Integral*. 8(1); 2004: 39-48. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-antteriores/publicacion-2012-01/neumonia-y-neumonia-recurrente/>

(5) Kliegman R; Nelson W. Nelson: Tratado de Pediatría. Barcelona: Elsevier; 2016.

(6) Heiskanen-Kosma T; Korppi M, Jokinen C; Kurki S; Heiskanen L; Juvonen H; et al. Etiology of childhood pneumonia: serologic results of a prospective, population-based study. *Pediatr Infect Dis J*. 17; 1998: 986-91.

(7) Kiertsman B; Palazi Sáfadi MA. Neumonías Adquiridas en la Comunidad en Pediatría. *Pediatría Moderna*. 41(5); 2005: 223-42.

(8) Protocolo de manejo para bronquiolitis, neumonía, influenza, laringitis y crisis asmática. *Pediatr. (Asunción)* [Internet]. Ago; 43(2); 2016: 151-157. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1683-98032016000200008&lng=en.

<https://doi.org/10.18004/ped.2016.agosto.151-157>.

(9) A. Méndez Echevarría; M.J. García Miguel; F. Baquero Artigao; F. del Castillo Martín. Neumonía adquirida en la comunidad. Servicio de Pediatría General. Unidad de Infectología Pediátrica. Hospital Infantil La Paz. Madrid. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica. [s.f].

- ⊙ El trabajo no recibió financiamiento.
- ⊙ Los autores declaran no tener conflictos de interés.
- ⊙ Correspondencias pueden encaminarse al correo electrónico del autor o del equipo editorial.