


I'm not robot  reCAPTCHA

Continue

LinkedIn utiliza cookies para mejorar la funcionalidad y el rendimiento de nuestro sitio, así como para proporcionar publicidad adecuada. A medida que continúa navegando por este sitio web, acepta el uso de cookies. Para obtener más información, puede conocer nuestra Política de uso y privacidad. LinkedIn utiliza cookies para mejorar la funcionalidad y el rendimiento de nuestro sitio, así como para proporcionar publicidad adecuada. A medida que continúa navegando por este sitio web, acepta el uso de cookies. Para obtener más información, puede consultar nuestra Política de privacidad y los términos de uso. La neumonía comunitaria es una enfermedad común en la infancia en la que participan diversas especialidades pediátricas en el diagnóstico y el tratamiento. Esto llevó a la Sociedad Española de Neumología Pediátrica (SENP) y a la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas Pediátricas (SEIPE) a elaborar un documento de consenso sobre el diagnóstico del NAC, examinando estos aspectos prácticos de la misma a través de la medicina basada en la evidencia. La etiología y la epidemiología se analizan con los cambios actuales, así como la fiabilidad de algunas pruebas adicionales, como las fases agudas de los métodos reaccionarios, microbiológicos y las técnicas de imagen, dirigiendo lo pediatria a la utilidad real de los mismos. Adquirido por la comunidad, la neumonía (CAP) es una enfermedad infantil común, en varias subespecies pediátricas razonables en su diagnóstico y tratamiento. Esto llevó a la Sociedad Española de Neumología Pediátrica (SENP) y a la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas Pediátricas (SEIPE) a elaborar un documento de consenso sobre el diagnóstico de la PAC. Equivaliendo los aspectos prácticos a través de la medicina basada en la evidencia. Analiza la etiología y la epidemiología, con los cambios actuales y la validez de algunas pruebas de laboratorio como las fases agudas de las técnicas reaccionarias, microbiológicas y de imagen que guían a los pediatras al costo real de estas pruebas. Son estos dos aspectos, así como la experiencia de colaboraciones previas, los que han llevado a la Sociedad Española de Neumología Pediátrica (SENP) y a la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas Pediátricas (SEIPE) a elaborar un documento de consenso sobre el NAC. Además, se han incluido miembros de otras sociedades, como radiólogos y microbiólogos, para proporcionar una visión global y lo más completa posible. Este primer artículo se refiere a la etiología y diagnóstico de NAC en su forma simple y compleja: neumonía necrotizante, derrame pleural paraneumónico (DPP) y empiema pleural (EP). Segundo documento La publicación en el tratamiento y prevención de estas patologías complementará este consenso. Definición y epidemiología Definición de neumonía relacionada con la comunidadSe podría definir naculos como una infección aguda del tracto respiratorio inferior de menos de 14 días, o iniciada en los últimos 14 días, adquirida en una comunidad que causa tos y/o dificultades respiratorias y con evidencia radiológica de infiltración pulmonar aguda. En las zonas de poco recursos del mundo, la posibilidad de diagnosticar el NAC sólo está permitida por la presencia de resultados físicos de acuerdo con los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que consideran un diagnóstico sospechoso de neumonía en lactantes y niños con fiebre, tos, rechazo de alimentos y/o trastorno respiratorio.1 La definición de NAC es más problemática en los lactantes al solaparse en manifestaciones clínicas y radiológicas de NAC y bronquiolitis. El grupo de trabajo DE la OMS2 ha establecido criterios estandarizados para reducir la variabilidad de la interpretación radiológica del NAC en estudios epidemiológicos. De acuerdo con estas recomendaciones, el engrosamiento peribronquial y múltiples áreas de atelectasis/infiltrado de parches pequeños no deben considerarse neumonía radiológica, excepto cuando vayan acompañados de derrame pleural. Incidencia y mortalidadEn estudios comunitarios en los Estados Unidos y Finlandia, la incidencia anual de NAC se encontró entre 34 y 44 casos por cada 1.000 niños menores de 5 años, más alto que en cualquier otro grupo de edad, excepto las personas mayores de 75 años de edad3. Estas cifras son similares a las registradas en dos estudios prospectivos recientes realizados en nuestro país, que registraron entre 30.3 y 36 casos/1.000 niños menores de 5 a 64.5 años. La incidencia de NAC es claramente menor en niños mayores: 11-16 casos por cada 1.000 niños mayores de 5 años3. La incidencia de NAC en niños hospitalizados es variable y oscila entre 3 y 10,9 por cada 1.000 niños menores de 2 años de edad y en niños menores de 5 años en estudios modernos europeos y norteamericanos6. En este rango se encuentran indicadores en dos estudios nacionales, donde 15.6-23% de los niños con NAC necesitan hospitalización4.5. La mayoría de los estudios encuentran una preponderancia discreta de NAC en los hombres, tanto a nivel comunitario como en el hospital 6. La mortalidad es prácticamente nula entre los pacientes pediátricos de los países desarrollados, a diferencia de los países en desarrollo, donde el NAC es la principal causa de mortalidad infantil, lo que resulta en 2 millones de muertes infantiles (20% de la mortalidad infantil) cada año. La mortalidad en niños sanos con NAC, complicada por accidente cerebrovascular, puede alcanzar el 3%8. Factores los factores ambientales y dependientes del huésped se han asociado con una mayor incidencia de NAC en diversos estudios, aunque con heterogeneidad en los resultados6,9. Los factores del huésped incluyen enfermedades crónicas, prematuridad, problemas sociales, desnutrición, hiperreactividad del asma y bronquios, infecciones respiratorias recurrentes y antecedentes de otitis aguda con requerimientos de tubo. Algunos polimorfismos en genes implicados en una respuesta inmune congénita o específica se han asociado con una mayor susceptibilidad a ciertas infecciones, aunque su relevancia como factores de riesgo en el NAC necesita una investigación adicional.10 El hacinamiento, incluido el cuidado diario, el humo de segunda mano o la exposición a contaminantes ambientales, tiene un efecto reconocido en las infecciones respiratorias infantiles. Se ha demostrado que el uso de antibiódos (incluidos los antagonistas de los receptores H2 y los inhibidores de la bomba de protones) está asociado con un mayor riesgo de NAC en adultos y también hay evidencia de esta asociación en niños.11,12. Algunos de los factores mencionados anteriormente también se asociaron en gran medida con un aumento de la morbilidad o mortalidad en NAC. Estacionalidad. Los BROTES de epidemiología del NAC dependen de la estacionalidad y el potencial epidémico de sus principales agentes etiológicos6 (tabla 1). La mayor incidencia de NAC se observa en los meses más fríos debido al aumento de la circulación de los principales agentes del virus asociados con el NAC, y el nivel más alto de hacinamiento entre los niños13. Para la mayoría de los microorganismos, los brotes ocurren en comunidades cerradas o a nivel comunitario con amplitud geográfica variable. En los casos de brotes de gran amplitud geográfica y temporal, el impacto en la epidemiología general del NAC puede ser notable. Como ejemplo ilustrativo a este respecto, ha habido un aumento muy notable en la incidencia de derrames relacionados con NAC en nuestro país, el Reino Unido y nosotros áreas geográficas debido a la onda epidémica de algunos serotipos neumocócicos en la última década, principalmente el serotipo 11A. EtiologíaColomacologo aspectos del diagnóstico de NAC en pacientes pediátricos generalmente se determinan mediante pruebas de laboratorio que proporcionan evidencia circunstancial de causalidad. Los estudios prospectivos en los países desarrollados logran la identificación etiológica en la proporción variable de niños con NAC, alcanzando el 85% utilizando un gran panel de pruebas9,15,16. Estos estudios nos permiten extrapolar conclusiones sobre la importancia relativa de las diferentes NAC está entre nosotros. Etiología relacionada con la edadLa Etiología clásica NAC se asoció con la edad del niño y pequeñas variaciones de patógenos menos representativos (tabla 2). La prevalencia total de infecciones virales en NAC es 14-62%, en niños menores de 2 años de edad y su relevancia disminuye con la edad9,15,16. El virus sincitial respiratorio (RSV) es el más común, pero otros virus como el rinovirus, la parainfluenza, la gripe y el adenovirus también son agentes comunes en la mayoría de los estudios9,15,16. Dos nuevos virus, metanemovirus y bocavirus, han sido descritos y vinculados a la neumonía en la última década, en este último caso con un significado patógeno controvertido16. La neumonía estreptocócica (S. pneumoniae) es el principal agente bacteriano del NAC. La prevalencia registrada de etiología neumocócica en NAC varía en función de los métodos de diagnóstico utilizados y alcanza el 37-44% en estudios hospitalarios utilizando varios métodos específicos (serología, inmunofluorescencia, reacción en cadena de la polimerasa)15,17. Afecta a todos los grupos de edad y puede ser sobrestimado en el entorno hospitalario para la producción de enfermedades más graves que los microbios atípicos, la neumonía por *Mycoplasma* (*M. pneumoniae*) y la neumonía por clamidia (*Ch. pneumoniae*). Estos últimos fueron identificados en el 6-40% de los casos de NAC y más comunes en niños entre las edades de 5 y 15 años16. La etiología bacteriana de THE NATIONAL está sujeta, en particular, a cambios causados por la presión inmune de la vacuna. Un ejemplo sería la desaparición práctica de la gripe hemorrágica (*H. influenzae*) tipo B, que era un importante agente etiológico de la NAC en los países desarrollados en tiempos previos. Por otro lado, desde la introducción de la vacuna conjugada heptavalente neumocócica (VCNV), se ha producido una disminución significativa en el número de ingresos y neumonía diagnosticadas en la atención primaria de salud en los Estados Unidos, especialmente en niños menores de 2 años, pero no en aquellos que tienen un DPP relacionado con accidentes cerebrovasculares, que también afectan más a los niños menores de 5 años. En estas formas complejas, los serotipos de neumococcus altamente invasivos no cubiertos por VCNV tienen mayor importancia patógena, especialmente el serotipo 1, que tiende a afectar a los niños mayores que otros neumocócicos pdm154. Desde 2010, hemos desarrollado nuevas vacunas con una formulación optimizada contra los serotipos relacionados con el PE, por lo que es previsible que si se logra una cobertura vacunal suficiente, se realicen cambios significativos en la incidencia de neumococo oxii, incluido el derrame pleural complejo. Neumonia adquirida en la comunidad en pacientes con factores de riesgo Pacientes con enfermedades tendan a tener una mayor incidencia de neumonía y son más graves que en niños sanos. El espectro etiológico en los casos de NAC en esta población depende de la gravedad de los cambios anatómicos y fisiológicos, así como del grado de inmunosupresión. Son los agentes etiológicos convencionales nacaje más comunes, pero son más importantes que los niños sanos con infecciones pulmonares. *Staphylococcus* y baja virulencia de microorganismos respiratorios como *H. influenzae* no tipificable20. Los niños con un mayor grado de inmunosupresión también deben considerar la posibilidad etiológica de microbios oportunistas como estreptococo oral o hematófilo, neumocidía jiroveci, neumofilia legionella, citomegalovirus y hongos21. CoinfeccionesPraximalmente, entre 20-30% de NAC en sus causas por infecciones mixtas virus-bacterias y neumococo es la bacteria más comúnmente implicada16. Las infecciones mixtas o bacterias se identifican en proporción variable. Clásicamente se pensó que las infecciones virales podrían aliviar las infecciones bacterianas e incluso mejorar su efecto, pero esto no se ha demostrado para todas las situaciones22 Hay evidencia de que la gripe con monedas y S. aureus aumentan la gravedad de la enfermedad, y la sinergia entre la gripe y el neumococo también ha sido demostrada por varios mecanismos patógenos.23 Cabe señalar que la coíncion de gripe y fabricante de glóbulos blancos Panton Valentine S. aureus causa alta mortalidad de neumonía necrotizante24. Evaluar las coinfecciones virales y vincularlas a la gravedad del proceso es un tema difícil de evaluar y cuando hay discrepancias. Sin embargo, parece haber un vínculo entre la gravedad de la enfermedad, la coinserción y la carga viral. Esta gravedad también puede ser objeto de medio ambiente, genética e incluso de todo tipo de coinfección, dependiendo de las diferentes asociaciones virales que puedan ocurrir.25 La clasificación de la neumonía adquirida por la comunidad puede clasificarse sobre la base de diversos aspectos: anatómicos, microbiológicos, radiológicos, etc., de hecho, método (5 contra 12) que el grupo estándar59). La cifra de más de 0.5ng/ml es muy sugerente de una infección bacteriana, por lo que la aparición de antibiócos 46 puede ser adecuada. Se evitó la utilidad del PCT para evaluar la gravedad del NAC en los bebés y preescolares3. La neumonía bacteriana típica (por ejemplo, S. pneumoniae) se caracteriza por fiebre alta con escalofríos, dolor pleurítico y/o abdominal. Por lo general, hay tos, aunque puede ser leve. Auscultación pulmonar puede ser normal y luego mostrar hiperinflación, crujiido y / o respiración tubular. La neumonía atípica (*M. pneumoniae*, *Ch. pneumoniae*, *Legionella* spp.) generalmente ocurre bien sin una afectación general significativa de la tefesión. La tos es el síntoma predominante y generalmente va acompañada de fiebre, mialgia, rinitis, faringitis y/o miringitis. El dolor en los extremos laterales no es frecuente, aunque los dolores en el pecho pueden estar muy extendidos debido al acceso repetido a la tos seca. Esto generalmente afecta a los niños mayores más, a menudo viendo una discrepancia entre la semiología respiratoria abundante y la mala participación general. La neumonía viral es más frecuente en niños pequeños y a menudo va acompañada de síntomas más amplos, que afectan a otros niveles de las vías respiratorias. La fiebre, la tos y la participación general del estado tienen un significado variable. En la auscultación tanto sibilancias como crujiidos son objetivos de una manera difusa. Actualmente, la neumonía se clasifica como síndromes específicos utilizando varias variables27 (tablas 3 y 4). La historia de la enfermedad y el examen físico de la adquirida a nivel comunitario de la enfermedad de pneumonialEm deben proporcionar aquellos aspectos de la enfermedad actual y del niño que son útiles para el diagnóstico, como las vacunas, el uso reciente de antibióticos, la atención a los jardines de infancia, los viajes, la exposición a enfermedades infecciosas, etc. La presentación clínica del NAC puede variar dependiendo de la edad, agente causal y grado de enfermedad28 Después de analizar una serie de estudios que han evaluado la fiabilidad diagnóstica de los datos clínicos, encontrando que diferentes estudios utilizan diferentes criterios, por lo que esto puede justificar diferencias en los resultados. En cualquier caso, las manifestaciones clínicas son variadas y a veces pueden estar ausentes, principalmente en recién nacidos y niños menores de edad. Los niños con NAC pueden desarrollar fiebre, taipñ, dificultad para respirar o dificultad para respirar, tos, sibilancias y/o dolor en el pecho. A veces acompañado de dolor abdominal y/o vómitos, y dolor de cabeza. Cuando las infecciones clínicas del tracto respiratorio superior asociadas con sibilancias generalizadas y fiebre de baja esencia prevalecen en los niños, se considera probable que tengan neumonía. La fiebre y la tos son los signos más consistentes mencionados, aunque cualquiera de ellos puede estar ausente29. La fiebre es un signo importante de NAC en bebés. La alta temperatura (38,4oC) en las primeras 72 horas después de la admisión se describió como la etiología bacteriana y o, en un nivel más alto de gravedad de la enfermedad, aunque antes de la evaluación inicial aplicó el protocolo recibió menos antibióticos (95 frente a 99%) y hubo un 55% menos de días de tratamiento (5 contra 12) que el grupo estándar59). La cifra de más de 0.5ng/ml es muy sugerente de una infección bacteriana, por lo que la aparición de antibiócos 46 puede ser adecuada. Se evitó la utilidad del PCT para evaluar la gravedad del NAC en los bebés y preescolares3. La neumonía bacteriana típica (por ejemplo, S. pneumoniae) se caracteriza por fiebre alta con escalofríos, dolor pleurítico y/o abdominal. Por lo general, hay tos, aunque puede ser leve. Auscultación pulmonar puede ser normal y luego mostrar hiperinflación, crujiido y / o respiración tubular. La neumonía atípica (*M. pneumoniae*, *Ch. pneumoniae*, *Legionella* spp.) generalmente ocurre bien sin una afectación general significativa de la tefesión. La tos es el síntoma predominante y generalmente va acompañada de fiebre, mialgia, rinitis, faringitis y/o miringitis. El dolor en los extremos laterales no es frecuente, aunque los dolores en el pecho pueden estar muy extendidos debido al acceso repetido a la tos seca. Esto generalmente afecta a los niños mayores más, a menudo viendo una discrepancia entre la semiología respiratoria abundante y la mala participación general. La neumonía viral es más frecuente en niños pequeños y a menudo va acompañada de síntomas más amplos, que afectan a otros niveles de las vías respiratorias. La fiebre, la tos y la participación general del estado tienen un significado variable. En la auscultación tanto sibilancias como crujiidos son objetivos de una manera difusa. Actualmente, la neumonía se clasifica como síndromes específicos utilizando varias variables27 (tablas 3 y 4). La historia de la enfermedad y el examen físico de la adquirida a nivel comunitario de la enfermedad de pneumonialEm deben proporcionar aquellos aspectos de la enfermedad actual y del niño que son útiles para el diagnóstico, como las vacunas, el uso reciente de antibióticos, la atención a los jardines de infancia, los viajes, la exposición a enfermedades infecciosas, etc. La presentación clínica del NAC puede variar dependiendo de la edad, agente causal y grado de enfermedad28 Después de analizar una serie de estudios que han evaluado la fiabilidad diagnóstica de los datos clínicos, encontrando que diferentes estudios utilizan diferentes criterios, por lo que esto puede justificar diferencias en los resultados. En cualquier caso, las manifestaciones clínicas son variadas y a veces pueden estar ausentes, principalmente en recién nacidos y niños menores de edad. Los niños con NAC pueden desarrollar fiebre, taipñ, dificultad para respirar o dificultad para respirar, tos, sibilancias y/o dolor en el pecho. A veces acompañado de dolor abdominal y/o vómitos, y dolor de cabeza. Cuando las infecciones clínicas del tracto respiratorio superior asociadas con sibilancias generalizadas y fiebre de baja esencia prevalecen en los niños, se considera probable que tengan neumonía. La fiebre y la tos son los signos más consistentes mencionados, aunque cualquiera de ellos puede estar ausente29. La fiebre es un signo importante de NAC en bebés. La alta temperatura (38,4oC) en las primeras 72 horas después de la admisión se describió como la etiología bacteriana y o, en un nivel más alto de gravedad de la enfermedad, aunque antes de la evaluación inicial aplicó el protocolo recibió menos antibióticos (95 frente a 99%) y hubo un 55% menos de días de tratamiento (5 contra 12) que el grupo estándar59). La cifra de más de 0.5ng/ml es muy sugerente de una infección bacteriana, por lo que la aparición de antibiócos 46 puede ser adecuada. Se evitó la utilidad del PCT para evaluar la gravedad del NAC en los bebés y preescolares3. La neumonía bacteriana típica (por ejemplo, S. pneumoniae) se caracteriza por fiebre alta con escalofríos, dolor pleurítico y/o abdominal. Por lo general, hay tos, aunque puede ser leve. Auscultación pulmonar puede ser normal y luego mostrar hiperinflación, crujiido y / o respiración tubular. La neumonía atípica (*M. pneumoniae*, *Ch. pneumoniae*, *Legionella* spp.) generalmente ocurre bien sin una afectación general significativa de la tefesión. La tos es el síntoma predominante y generalmente va acompañada de fiebre, mialgia, rinitis, faringitis y/o miringitis. El dolor en los extremos laterales no es frecuente, aunque los dolores en el pecho pueden estar muy extendidos debido al acceso repetido a la tos seca. Esto generalmente afecta a los niños mayores más, a menudo viendo una discrepancia entre la semiología respiratoria abundante y la mala participación general. La neumonía viral es más frecuente en niños pequeños y a menudo va acompañada de síntomas más amplos, que afectan a otros niveles de las vías respiratorias. La fiebre, la tos y la participación general del estado tienen un significado variable. En la auscultación tanto sibilancias como crujiidos son objetivos de una manera difusa. Actualmente, la neumonía se clasifica como síndromes específicos utilizando varias variables27 (tablas 3 y 4). La historia de la enfermedad y el examen físico de la adquirida a nivel comunitario de la enfermedad de pneumonialEm deben proporcionar aquellos aspectos de la enfermedad actual y del niño que son útiles para el diagnóstico, como las vacunas, el uso reciente de antibióticos, la atención a los jardines de infancia, los viajes, la exposición a enfermedades infecciosas, etc. La presentación clínica del NAC puede variar dependiendo de la edad, agente causal y grado de enfermedad28 Después de analizar una serie de estudios que han evaluado la fiabilidad diagnóstica de los datos clínicos, encontrando que diferentes estudios utilizan diferentes criterios, por lo que esto puede justificar diferencias en los resultados. En cualquier caso, las manifestaciones clínicas son variadas y a veces pueden estar ausentes, principalmente en recién nacidos y niños menores de edad. Los niños con NAC pueden desarrollar fiebre, taipñ, dificultad para respirar o dificultad para respirar, tos, sibilancias y/o dolor en el pecho. A veces acompañado de dolor abdominal y/o vómitos, y dolor de cabeza. Cuando las infecciones clínicas del tracto respiratorio superior asociadas con sibilancias generalizadas y fiebre de baja esencia prevalecen en los niños, se considera probable que tengan neumonía. La fiebre y la tos son los signos más consistentes mencionados, aunque cualquiera de ellos puede estar ausente29. La fiebre es un signo importante de NAC en bebés. La alta temperatura (38,4oC) en las primeras 72 horas después de la admisión se describió como la etiología bacteriana y o, en un nivel más alto de gravedad de la enfermedad, aunque antes de la evaluación inicial aplicó el protocolo recibió menos antibióticos (95 frente a 99%) y hubo un 55% menos de días de tratamiento (5 contra 12) que el grupo estándar59). La cifra de más de 0.5ng/ml es muy sugerente de una infección bacteriana, por lo que la aparición de antibiócos 46 puede ser adecuada. Se evitó la utilidad del PCT para evaluar la gravedad del NAC en los bebés y preescolares3. La neumonía bacteriana típica (por ejemplo, S. pneumoniae) se caracteriza por fiebre alta con escalofríos, dolor pleurítico y/o abdominal. Por lo general, hay tos, aunque puede ser leve. Auscultación pulmonar puede ser normal y luego mostrar hiperinflación, crujiido y / o respiración tubular. La neumonía atípica (*M. pneumoniae*, *Ch. pneumoniae*, *Legionella* spp.) generalmente ocurre bien sin una afectación general significativa de la tefesión. La tos es el síntoma predominante y generalmente va acompañada de fiebre, mialgia, rinitis, faringitis y/o miringitis. El dolor en los extremos laterales no es frecuente, aunque los dolores en el pecho pueden estar muy extendidos debido al acceso repetido a la tos seca. Esto generalmente afecta a los niños mayores más, a menudo viendo una discrepancia entre la semiología respiratoria abundante y la mala participación general. La neumonía viral es más frecuente en niños pequeños y a menudo va acompañada de síntomas más amplos, que afectan a otros niveles de las vías respiratorias. La fiebre, la tos y la participación general del estado tienen un significado variable. En la auscultación tanto sibilancias como crujiidos son objetivos de una manera difusa. Actualmente, la neumonía se clasifica como síndromes específicos utilizando varias variables27 (tablas 3 y 4). La historia de la enfermedad y el examen físico de la adquirida a nivel comunitario de la enfermedad de pneumonialEm deben proporcionar aquellos aspectos de la enfermedad actual y del niño que son útiles para el diagnóstico, como las vacunas, el uso reciente de antibióticos, la atención a los jardines de infancia, los viajes, la exposición a enfermedades infecciosas, etc. La presentación clínica del NAC puede variar dependiendo de la edad, agente causal y grado de enfermedad28 Después de analizar una serie de estudios que han evaluado la fiabilidad diagnóstica de los datos clínicos, encontrando que diferentes estudios utilizan diferentes criterios, por lo que esto puede justificar diferencias en los resultados. En cualquier caso, las manifestaciones clínicas son variadas y a veces pueden estar ausentes, principalmente en recién nacidos y niños menores de edad. Los niños con NAC pueden desarrollar fiebre, taipñ, dificultad para respirar o dificultad para respirar, tos, sibilancias y/o dolor en el pecho. A veces acompañado de dolor abdominal y/o vómitos, y dolor de cabeza. Cuando las infecciones clínicas del tracto respiratorio superior asociadas con sibilancias generalizadas y fiebre de baja esencia prevalecen en los niños, se considera probable que tengan neumonía. La fiebre y la tos son los signos más consistentes mencionados, aunque cualquiera de ellos puede estar ausente29. La fiebre es un signo importante de NAC en bebés. La alta temperatura (38,4oC) en las primeras 72 horas después de la admisión se describió como la etiología bacteriana y o, en un nivel más alto de gravedad de la enfermedad, aunque antes de la evaluación inicial aplicó el protocolo recibió menos antibióticos (95 frente a 99%) y hubo un 55% menos de días de tratamiento (5 contra 12) que el grupo estándar59). La cifra de más de 0.5ng/ml es muy sugerente de una infección bacteriana, por lo que la aparición de antibiócos 46 puede ser adecuada. Se evitó la utilidad del PCT para evaluar la gravedad del NAC en los bebés y preescolares3. La neumonía bacteriana típica (por ejemplo, S. pneumoniae) se caracteriza por fiebre alta con escalofríos, dolor pleurítico y/o abdominal. Por lo general, hay tos, aunque puede ser leve. Auscultación pulmonar puede ser normal y luego mostrar hiperinflación, crujiido y / o respiración tubular. La neumonía atípica (*M. pneumoniae*, *Ch. pneumoniae*, *Legionella* spp.) generalmente ocurre bien sin una afectación general significativa de la tefesión. La tos es el síntoma predominante y generalmente va acompañada de fiebre, mialgia, rinitis, faringitis y/o miringitis. El dolor en los extremos laterales no es frecuente, aunque los dolores en el pecho pueden estar muy extendidos debido al acceso repetido a la tos seca. Esto generalmente afecta a los niños mayores más, a menudo viendo una discrepancia entre la semiología respiratoria abundante y la mala participación general. La neumonía viral es más frecuente en niños pequeños y a menudo va acompañada de síntomas más amplos, que afectan a otros niveles de las vías respiratorias. La fiebre, la tos y la participación general del estado tienen un significado variable. En la auscultación tanto sibilancias como crujiidos son objetivos de una manera difusa. Actualmente, la neumonía se clasifica como síndromes específicos utilizando varias variables27 (tablas 3 y 4). La historia de la enfermedad y el examen físico de la adquirida a nivel comunitario de la enfermedad de pneumonialEm deben proporcionar aquellos aspectos de la enfermedad actual y del niño que son útiles para el diagnóstico, como las vacunas, el uso reciente de antibióticos, la atención a los jardines de infancia, los viajes, la exposición a enfermedades infecciosas, etc. La presentación clínica del NAC puede variar dependiendo de la edad, agente causal y grado de enfermedad28 Después de analizar una serie de estudios que han evaluado la fiabilidad diagnóstica de los datos clínicos, encontrando que diferentes estudios utilizan diferentes criterios, por lo que esto puede justificar diferencias en los resultados. En cualquier caso, las manifestaciones clínicas son variadas y a veces pueden estar ausentes, principalmente en recién nacidos y niños menores de edad. Los niños con NAC pueden desarrollar fiebre, taipñ, dificultad para respirar o dificultad para respirar, tos, sibilancias y/o dolor en el pecho. A veces acompañado de dolor abdominal y/o vómitos, y dolor de cabeza. Cuando las infecciones clínicas del tracto respiratorio superior asociadas con sibilancias generalizadas y fiebre de baja esencia prevalecen en los niños, se considera probable que tengan neumonía. La fiebre y la tos son los signos más consistentes mencionados, aunque cualquiera de ellos puede estar ausente29. La fiebre es un signo importante de NAC en bebés. La alta temperatura (38,4oC) en las primeras 72 horas después de la admisión se describió como la etiología bacteriana y o, en un nivel más alto de gravedad de la enfermedad, aunque antes de la evaluación inicial aplicó el protocolo recibió menos antibióticos (95 frente a 99%) y hubo un 55% menos de días de tratamiento (5 contra 12) que el grupo estándar59). La cifra de más de 0.5ng/ml es muy sugerente de una infección bacteriana, por lo que la aparición de antibiócos 46 puede ser adecuada. Se evitó la utilidad del PCT para evaluar la gravedad del NAC en los bebés y preescolares3. La neumonía bacteriana típica (por ejemplo, S. pneumoniae) se caracteriza por fiebre alta con escalofríos, dolor pleurítico y/o abdominal. Por lo general, hay tos, aunque puede ser leve. Auscultación pulmonar puede ser normal y luego mostrar hiperinflación, crujiido y / o respiración tubular. La neumonía atípica (*M. pneumoniae*, *Ch. pneumoniae*, *Legionella* spp.) generalmente ocurre bien sin una afectación general significativa de la tefesión. La tos es el síntoma predominante y generalmente va acompañada de fiebre, mialgia, rinitis, faringitis y/o miringitis. El dolor en los extremos laterales no es frecuente, aunque los dolores en el pecho pueden estar muy extendidos debido al acceso repetido a la tos seca. Esto generalmente afecta a los niños mayores más, a menudo viendo una discrepancia entre la semiología respiratoria abundante y la mala participación general. La neumonía viral es más frecuente en niños pequeños y a menudo va acompañada de síntomas más amplos, que afectan a otros niveles de las vías respiratorias. La fiebre, la tos y la participación general del estado tienen un significado variable. En la auscultación tanto sibilancias como crujiidos son objetivos de una manera difusa. Actualmente, la neumonía se clasifica como síndromes específicos utilizando varias variables27 (tablas 3 y 4). La historia de la enfermedad y el examen físico de la adquirida a nivel comunitario de la enfermedad de pneumonialEm deben proporcionar aquellos aspectos de la enfermedad actual y del niño que son útiles para el diagnóstico, como las vacunas, el uso reciente de antibióticos, la atención a los jardines de infancia, los viajes, la exposición a enfermedades infecciosas, etc. La presentación clínica del NAC puede variar dependiendo de la edad, agente causal y grado de enfermedad28 Después de analizar una serie de estudios que han evaluado la fiabilidad diagnóstica de los datos clínicos, encontrando que diferentes estudios utilizan diferentes criterios, por lo que esto puede justificar diferencias en los resultados. En cualquier caso, las manifestaciones clínicas son variadas y a veces pueden estar ausentes, principalmente en recién nacidos y niños menores de edad. Los niños con NAC pueden desarrollar fiebre, taipñ, dificultad para respirar o dificultad para respirar, tos, sibilancias y/o dolor en el pecho. A veces acompañado de dolor abdominal y/o vómitos, y dolor de cabeza. Cuando las infecciones clínicas del tracto respiratorio superior asociadas con sibilancias generalizadas y fiebre de baja esencia prevalecen en los niños, se considera probable que tengan neumonía. La fiebre y la tos son los signos más consistentes mencionados, aunque cualquiera de ellos puede estar ausente29. La fiebre es un signo importante de NAC en bebés. La alta temperatura (38,4oC) en las primeras 72 horas después de la admisión se describió como la etiología bacteriana y o, en un nivel más alto de gravedad de la enfermedad, aunque antes de la evaluación inicial aplicó el protocolo recibió menos antibióticos (95 frente a 99%) y hubo un 55% menos de días de tratamiento (5 contra 12) que el grupo estándar59). La cifra de más de 0.5ng/ml es muy sugerente de una infección bacteriana, por lo que la aparición de antibiócos 46 puede ser adecuada. Se evitó la utilidad del PCT para evaluar la gravedad del NAC en los bebés y preescolares3. La neumonía bacteriana típica (por ejemplo, S. pneumoniae) se caracteriza por fiebre alta con escalofríos, dolor pleurítico y/o abdominal. Por lo general, hay tos, aunque puede ser leve. Auscultación pulmonar puede ser normal y luego mostrar hiperinflación, crujiido y / o respiración tubular. La neumonía atípica (*M. pneumoniae*, *Ch. pneumoniae*, *Legionella* spp.) generalmente ocurre bien sin una afectación general significativa de la tefesión. La tos es el síntoma predominante y generalmente va acompañada de fiebre, mialgia, rinitis, faringitis y/o miringitis. El dolor en los extremos laterales no es frecuente, aunque los dolores en el pecho pueden estar muy extendidos debido al acceso repetido a la tos seca. Esto generalmente afecta a los niños mayores más, a menudo viendo una discrepancia entre la semiología respiratoria abundante y la mala participación general. La neumonía viral es más frecuente en niños pequeños y a menudo va acompañada de síntomas más amplos, que afectan a otros niveles de las vías respiratorias. La fiebre, la tos y la participación general del estado tienen un significado variable. En la auscultación tanto sibilancias como crujiidos son objetivos de una manera difusa. Actualmente, la neumonía se clasifica como síndromes específicos utilizando varias variables27 (tablas 3 y 4). La historia de la enfermedad y el examen físico de la adquirida a nivel comunitario de la enfermedad de pneumonialEm deben proporcionar aquellos aspectos de la enfermedad actual y del niño que son útiles para el diagnóstico, como las vacunas, el uso reciente de antibióticos, la atención a los jardines de infancia, los viajes, la exposición a enfermedades infecciosas, etc. La presentación clínica del NAC puede variar dependiendo de la edad, agente causal y grado de enfermedad28 Después de analizar una serie de estudios que han evaluado la fiabilidad diagnóstica de los datos clínicos, encontrando que diferentes estudios utilizan diferentes criterios, por lo que esto puede justificar diferencias en los resultados. En cualquier caso, las manifestaciones clínicas son variadas y a veces pueden estar ausentes, principalmente en recién nacidos y niños menores de edad. Los niños con NAC pueden desarrollar fiebre, taipñ, dificultad para respirar o dificultad para respirar, tos, sibilancias y/o dolor en el pecho. A veces acompañado de dolor abdominal y/o vómitos, y dolor de cabeza. Cuando las infecciones clínicas del tracto respiratorio superior asociadas con sibilancias generalizadas y fiebre de baja esencia prevalecen en los niños, se considera probable que tengan neumonía. La fiebre y la tos son los signos más consistentes mencionados, aunque cualquiera de ellos puede estar ausente29. La fiebre es un signo importante de NAC en bebés. La alta temperatura (38,4oC) en las primeras 72 horas después de la admisión se describió como la etiología bacteriana y o, en un nivel más alto de gravedad de la enfermedad, aunque antes de la evaluación inicial aplicó el protocolo recibió menos antibióticos (95 frente a 99%) y hubo un 55% menos de días de tratamiento (5 contra 12) que el grupo estándar59). La cifra de más de 0.5ng/ml es muy sugerente de una infección bacteriana, por lo que la aparición de antibiócos 46 puede ser adecuada. Se evitó la utilidad del PCT para evaluar la gravedad del NAC en los bebés y preescolares3. La neumonía bacteriana típica (por ejemplo, S. pneumoniae) se caracteriza por fiebre alta con escalofríos, dolor pleurítico y/o abdominal. Por lo general, hay tos, aunque puede ser leve. Auscultación pulmonar puede ser normal y luego mostrar hiperinflación, crujiido y / o respiración tubular. La neumonía atípica (*M. pneumoniae*, *Ch. pneumoniae*, *Legionella* spp.) generalmente ocurre bien sin una afectación general significativa de la tefesión. La tos es el síntoma predominante y generalmente va acompañada de fiebre, mialgia, rinitis, faringitis y/o miringitis. El dolor en los extremos laterales no es frecuente, aunque los dolores en el pecho pueden estar muy extendidos debido al acceso repetido a la tos seca. Esto generalmente afecta a los niños mayores más, a menudo viendo una discrepancia entre la semiología respiratoria abundante y la mala participación general. La neumonía viral es más frecuente en niños pequeños y a menudo va acompañada de síntomas más amplos, que afectan a otros niveles de las vías respiratorias. La fiebre, la tos y la participación general del estado tienen un significado variable. En la auscultación tanto sibilancias como crujiidos son objetivos de una manera difusa. Actualmente, la neumonía se clasifica como síndromes específicos utilizando varias variables27 (tablas 3 y 4). La historia de la enfermedad y el examen físico de la adquirida a nivel comunitario de la enfermedad de pneumonialEm deben proporcionar aquellos aspectos de la enfermedad actual y del niño que son útiles para el diagnóstico, como las vacunas, el uso reciente de antibióticos, la atención a los jardines de infancia, los viajes, la exposición a enfermedades infecciosas, etc. La presentación clínica del NAC puede variar dependiendo de la edad, agente causal y grado de enfermedad28 Después de analizar una serie de estudios que han evaluado la fiabilidad diagnóstica de los datos clínicos, encontrando que diferentes estudios utilizan diferentes criterios, por lo que esto puede justificar diferencias en los resultados. En cualquier caso, las manifestaciones clínicas son variadas y a veces pueden estar ausentes, principalmente en recién nacidos y niños menores de edad. Los niños con NAC pueden desarrollar fiebre, taipñ, dificultad para respirar o dificultad para respirar, tos, sibilancias y/o dolor en el pecho. A veces acompañado de dolor abdominal y/o vómitos, y dolor de cabeza. Cuando las infecciones clínicas del tracto respiratorio superior asociadas con sibilancias generalizadas y fiebre de baja esencia prevalecen en los niños, se considera probable que tengan neumonía. La fiebre y la tos son los signos más consistentes mencionados, aunque cualquiera de ellos puede estar ausente29. La fiebre es un signo importante de NAC en bebés. La alta temperatura (38,4oC) en las primeras 72 horas después de la admisión se describió como la etiología bacteriana y o, en un nivel más alto de gravedad de la enfermedad, aunque antes de la evaluación inicial aplicó el protocolo recibió menos antibióticos (95 frente a 99%) y hubo un 55% menos de días de tratamiento (5 contra 12) que el grupo estándar59). La cifra de más de 0.5ng/ml es muy sugerente de una infección bacteriana, por lo que la aparición de antibiócos 46 puede ser adecuada. Se evitó la utilidad del PCT para evaluar la gravedad del NAC en los bebés y preescolares3. La neumonía bacteriana típica (por ejemplo, S. pneumoniae) se caracteriza por fiebre alta con escalofríos, dolor pleurítico y/o abdominal. Por lo general, hay tos, aunque puede ser leve. Auscultación pulmonar puede ser normal y luego mostrar hiperinflación, crujiido y / o respiración tubular. La neumonía atípica (*M. pneumoniae*, *Ch. pneumoniae*, *Legionella* spp.) generalmente ocurre bien sin una afectación general significativa de la tefesión. La tos es el síntoma predominante y generalmente va acompañada de fiebre, mialgia, rinitis, faringitis y/o miringitis. El dolor en los extremos laterales no es frecuente, aunque los dolores en el pecho pueden estar muy extendidos debido al acceso repetido a la tos seca. Esto generalmente afecta a los niños mayores más, a menudo viendo una discrepancia entre la semiología respiratoria abundante y la mala participación general. La neumonía viral es más frecuente en niños pequeños y a menudo va acompañada de síntomas más amplos, que afectan a otros niveles de las vías respiratorias. La fiebre, la tos y la participación general del estado tienen un significado variable. En la auscultación tanto sibilancias como crujiidos son objetivos de una manera difusa. Actualmente, la neumonía se clasifica como síndromes específicos utilizando varias variables27 (tablas 3 y 4). La historia de la enfermedad y el examen físico de la adquirida a nivel comunitario de la enfermedad de pneumonialEm deben proporcionar aquellos aspectos de la enfermedad actual y del niño que son útiles para el diagnóstico, como las vacunas, el uso reciente de antibióticos, la atención a los jardines de infancia, los viajes, la exposición a enfermedades infecciosas, etc. La presentación clínica del NAC puede variar dependiendo de la edad, agente causal y grado de enfermedad28 Después de analizar una serie de estudios que han evaluado la fiabilidad diagnóstica de los datos clínicos, encontrando que diferentes estudios utilizan diferentes criterios, por lo que esto puede justificar diferencias en los resultados. En cualquier caso, las manifestaciones clínicas son variadas y a veces pueden estar ausentes, principalmente en recién nacidos y niños menores de edad. Los niños con NAC pueden desarrollar fiebre, taipñ, dificultad para respirar o dificultad para respirar, tos, sibilancias y/o dolor en el pecho. A veces acompañado de dolor abdominal y/o vómitos, y dolor de cabeza. Cuando las infecciones clínicas del tracto respiratorio superior asociadas con sibilancias generalizadas y fiebre de baja esencia prevalecen en los niños, se considera probable que tengan neumonía. La fiebre y la tos son los signos más consistentes mencionados, aunque cualquiera de ellos puede estar ausente29. La fiebre es un signo importante de NAC en bebés. La alta temperatura (38,4oC) en las primeras 72 horas después de la admisión se describió como la etiología bacteriana y o, en un nivel más alto de gravedad de la enfermedad, aunque antes de la evaluación inicial aplicó el protocolo recibió menos antibióticos (95 frente a 99%) y hubo un 55% menos de días de tratamiento (5 contra 12) que el grupo estándar59). La cifra de más de 0.5ng/ml es muy sugerente de una infección bacteriana, por lo que la aparición de antibiócos 46 puede ser adecuada. Se evitó la utilidad del PCT para evaluar la gravedad del NAC en los bebés y preescolares3. La neumonía bacteriana típica (por ejemplo, S. pneumoniae) se caracteriza por fiebre alta con escalofríos, dolor pleurítico y/o abdominal. Por lo general, hay tos, aunque puede ser leve. Auscultación pulmonar puede ser normal y luego mostrar hiperinflación, crujiido y / o respiración tubular. La neumonía atípica (*M. pneumoniae*, *Ch. pneumoniae*, *Legionella* spp.) generalmente ocurre bien sin una afectación general significativa de la tefesión. La tos es el síntoma predominante y generalmente va acompañada de fiebre, mialgia, rinitis, faringitis y/o miringitis. El dolor en los extremos laterales no es frecuente, aunque los dolores en el pecho pueden estar muy extendidos debido al acceso repetido a la tos seca. Esto generalmente afecta a los niños mayores más, a menudo viendo una discrepancia entre la semiología respiratoria abundante y la mala participación general. La neumonía viral es más frecuente en niños pequeños y a menudo va acompañada de síntomas más amplos, que afectan a otros niveles de las vías respiratorias. La fiebre, la tos y la participación general del estado tienen un significado variable. En la auscultación tanto sibilancias como crujiidos son objetivos de una manera difusa. Actualmente, la neumonía se clasifica como síndromes específicos utilizando varias variables27 (tablas 3 y 4). La historia de la enfermedad y el examen físico de la adquirida a nivel comunitario de la enfermedad de pneumonialEm deben proporcionar aquellos aspectos de la enfermedad actual y del niño que son útiles para el diagnóstico, como las vacunas, el uso reciente de antibióticos, la atención a los jardines de infancia, los viajes, la exposición a enfermedades infecciosas, etc. La presentación clínica del NAC puede variar dependiendo de la edad, agente causal y grado de enfermedad28 Después de analizar una serie de estudios que han evaluado la fiabilidad diagnóstica de los datos clínicos, encontrando que diferentes estudios utilizan diferentes criterios, por lo que esto puede justificar diferencias en los resultados. En cualquier caso, las manifestaciones clínicas son variadas y a veces pueden estar ausentes, principalmente en recién nacidos y niños menores de edad. Los niños con NAC pueden desarrollar fiebre, taipñ, dificultad para respirar o dificultad para respirar, tos, sibilancias y/o dolor en el pecho. A veces acompañado de dolor abdominal y/o vómitos, y dolor de cabeza. Cuando las infecciones clínicas del tracto respiratorio superior asociadas con sibilancias generalizadas y fiebre de baja esencia prevalecen en los niños, se considera probable que tengan neumonía. La fiebre y la tos son los signos más consistentes mencionados, aunque cualquiera de ellos puede estar ausente29. La fiebre es un signo importante de NAC en bebés. La alta temperatura (38,4oC) en las primeras 72 horas después de la admisión se describió como la etiología bacteriana y o, en un nivel más alto de gravedad de la enfermedad, aunque antes de la evaluación inicial aplicó el protocolo recibió menos antibióticos (95 frente a 99%) y hubo un 55% menos de días de tratamiento (5 contra 12) que el grupo estándar59). La cifra de más de 0.5ng/ml es muy sugerente de una infección bacteriana, por lo que la aparición de antibiócos 46 puede ser adecuada. Se evitó la utilidad del PCT para evaluar la gravedad del NAC en los bebés y preescolares3. La neumonía bacteriana típica (por ejemplo, S. pneumoniae) se caracteriza por fiebre alta con escalofríos, dolor pleurítico y/o abdominal. Por lo general, hay tos, aunque puede ser leve. Auscultación pulmonar puede ser normal y luego mostrar hiperinflación, crujiido y / o respiración tubular. La neumonía atípica (*M. pneumoniae*, *Ch. pneumoniae*, *Legionella* spp.) generalmente ocurre bien sin una afectación general significativa de la tefesión. La tos es el síntoma predominante y generalmente va acompañada de fiebre, mialgia, rinitis, faringitis y/o miringitis. El dolor en los extremos laterales no es frecuente, aunque los dolores en el pecho pueden estar muy extendidos debido al acceso repetido a la tos seca. Esto generalmente afecta a los niños mayores más, a menudo viendo una discrepancia entre la semiología respiratoria abundante y la mala participación general. La neumonía viral es más frecuente en niños pequeños y a menudo va acompañada de síntomas más amplos, que afectan a otros niveles de las vías respiratorias. La fiebre, la tos y la participación general del estado tienen un significado variable. En la auscultación tanto sibilancias como crujiidos son objetivos de una manera difusa. Actualmente, la neumonía se clasifica como síndromes específicos utilizando varias variables27 (tablas 3 y 4). La historia de la enfermedad y el examen físico de la adquirida a nivel comunitario de la enfermedad de pneumonialEm deben proporcionar aquellos aspectos de la enfermedad actual y del niño que son útiles para el diagnóstico, como las vacunas, el uso reciente de antibióticos, la atención a los jardines de infancia, los viajes, la exposición a enfermedades infecciosas, etc. La presentación clínica del NAC puede variar dependiendo de la edad, agente causal y grado de enfermedad28 Después de analizar una serie de estudios que han evaluado la fiabilidad diagnóstica de los datos clínicos, encontrando que diferentes estudios utilizan diferentes criterios, por lo que esto puede justificar diferencias en los resultados. En cualquier caso, las manifestaciones clínicas son variadas y a veces pueden estar ausentes, principalmente en recién nacidos y niños menores de edad. Los niños con NAC pueden desarrollar fiebre, taipñ, dificultad para respirar o dificultad para respirar, tos, sibilancias y/o dolor en el pecho. A veces acompañado de dolor abdominal y/o vómitos, y dolor de cabeza. Cuando las infecciones clínicas del tracto respiratorio superior asociadas con sibilancias generalizadas y fiebre de baja esencia prevalecen en los niños, se considera probable que tengan neumonía. La fiebre y la tos son los signos más consistentes mencionados, aunque cualquiera de ellos puede estar ausente29. La fiebre es un signo importante de NAC en bebés. La alta temperatura (38,4oC) en las primeras 72 horas después de la admisión se describió como la etiología bacteriana y o, en un nivel más alto de gravedad de la enfermedad, aunque antes de la evaluación inicial aplicó el protocolo recibió menos antibióticos (95 frente a 99%) y hubo un 55% menos de días de tratamiento (5 contra 12) que el grupo estándar59). La cifra de más de 0.5ng/ml es muy sugerente de una infección bacteriana, por lo que la aparición de antibiócos 46 puede ser adecuada. Se evitó la utilidad del PCT para evaluar la gravedad del NAC en los bebés y preescolares3. La neumonía bacteriana típica (por ejemplo, S. pneumoniae) se caracteriza por fiebre alta con escalofríos, dolor pleurítico y/o abdominal. Por lo general, hay tos, aunque puede ser leve. Auscultación pulmonar puede ser normal y luego mostrar hiperinflación, crujiido y / o respiración tubular. La neumonía atípica (*M. pneumoniae*, *Ch. pneumoniae*, *Legionella* spp.) generalmente ocurre bien sin una afectación general significativa de la tefesión. La tos es el síntoma predominante y generalmente va acompañada de fiebre, mialgia, rinitis, faringitis y/o miringitis. El dolor en los extremos laterales no es frecuente, aunque los dolores en el pecho pueden estar muy extendidos debido al acceso repetido a la tos seca. Esto generalmente afecta a los niños mayores más, a menudo viendo una discrepancia entre la semiología respiratoria abundante y la mala participación general. La neumonía viral es más frecuente en niños pequeños y a menudo va acompañada de síntomas más amplos, que afectan a otros niveles de las vías respiratorias. La fiebre, la tos y la participación general del estado tienen un significado variable. En la auscultación tanto sibilancias como crujiidos son objetivos de una manera difusa. Actualmente, la neumonía se clasifica como síndromes específicos utilizando varias variables27 (tablas 3 y 4). La historia de la enfermedad y el examen físico de la adquirida a nivel comunitario de la enfermedad de pneumonialEm deben proporcionar aquellos aspectos de la enfermedad actual y del niño que son útiles para el diagnóstico, como las vacunas, el uso reciente de antibióticos, la atención a los jardines de infancia, los viajes, la exposición a enfermedades infecciosas, etc. La presentación clínica del NAC puede variar dependiendo de la edad, agente causal y grado de enfermedad28 Después de analizar una serie de estudios que han evaluado la fiabilidad diagnóstica de los datos clínicos, encontrando que diferentes estudios utilizan diferentes criterios, por lo que esto puede justificar diferencias en los resultados. En cualquier caso,

investigación y el uso de tratamiento intravenoso y de apoyo100. A veces no puede haber mejoría, pero no puede haber un deterioro aparente, en cuyo caso será necesario sopesar la adición de otro antibiótico para ampliar la cobertura (cobertura de bacterias neumocócicas y atípicas). Si hay sospecha de resistencia o la presencia de otro microbio, la recomendación es cambiar los antibióticos. Con el tratamiento adecuado, en la mayoría de los casos la evolución clínica será favorable. Es posible que algo se conserve tos residual durante un cierto período de tiempo, dependiendo de la etiología, como en el caso de virus o agentes como M. pneumoniae. Sin embargo, la recuperación cuando se trata de un bebé previamente sano suele ser completa y no secuela en la mayoría de los casos101. Por lo general se puede decir que el control analítico no es necesario cuando la evolución es normal y el paciente permanece asintomático. Aunque la recuperación clínica suele ser rápida en la mayoría de los casos, es cierto que los cambios radiológicos tardan de 3 a 7 semanas en normalizarse en la mayoría de los casos. Por lo tanto, es una práctica bastante común que, además del control clínico, las radiografías se lleven a cabo dentro de 3-4 semanas. Sin embargo, esta indicación no es del todo clara, por lo que se han realizado algunos estudios para tratar de aclarar este aspecto. Tres de ellos, que proporcionan un total de 182 pacientes, concluyen que la omería radiológica no es necesaria para los pacientes con askitoma y que, si se indica, recomiendan radiografías 4 semanas después del alta. Dos estudios de seguimiento incluyen más pacientes, ayudando así a identificar mejor algunos de los hallazgos. El primero de ellos incluye 196 niños hospitalizados afectados por el NAC que tuvieron control RxT durante 3-7 semanas de alta, con cambios (penetración, atelectasis, etc.) observados en el 30% de los casos. Fueron revisados 8-10 años más tarde, incluyendo un cuestionario que los padres tenían que completar. No hubo cambios en las causas relacionadas con la neumonía en ninguna de las causas. Veintiséis niños contrajeron neumonía nueva, 7 de los cuales tenían asma y 6 tenían una enfermedad importante. No se especificará la monitorización regular de rayos X a los autores del estudio si el paciente se ha desarrollado favorablemente. Otro estudio, 102, que incluye 245 pacientes previamente sanos, compara dos grupos de pacientes. Esos (No 133) tienen una radiografía de control, y el otro (No 112), con un año de seguimiento. En el primer grupo se encontró que en 106 casos los rayos X eran normales y patológicos en 27, de los cuales sólo 3 sujetos tenían problemas clínicos, posiblemente relacionados con la neumonía. Dos de los 106 casos con rayos X normales posteriormente tuvieron problemas. Por otro lado, de los 112 casos en los que el control no fue de rayos X, 10 tenían problemas, pero la mayoría los tenían en las primeras 4 semanas, por lo que no habrían utilizado control radiológico. Se consideraron ambos grupos, solo 5 pacientes (2%) se beneficiarían del control radiológico, 4 de los cuales han tenido la enfermedad Crónica. La mayor ventaja del control radiológico, por lo tanto, sería la detección temprana de ciertos tipos de enfermedades crónicas. Teniendo en cuenta estos estudios, y de acuerdo con otras recomendaciones9, se puede decir que el seguimiento radiológico regular no es necesario para los pacientes que permanecen como ascepto después de haber sido presentados con NAC. Las radiografías se justificarán si persisten los síntomas, antecedentes de neumonía recurrente, atelectasa, neumonía redonda, empiema, pneumatoceol, absceso pulmonar u otras comorbilidades. En conclusión, cuando hay una respuesta clínica positiva al tratamiento antibiótico oral, no se requiere ningún control analítico o radiológico. Cuando no hay respuesta clínica inicial, debe ir al hospital, realizar una exploración adicional importante (RxT, análisis de sangre, VSG, PCR, Mantoux) y evaluar la hospitalización. Los autores afirman que no tienen conflicto de intereses. Autoría de la Nota de los Coordinadores: Con la excepción de los dos coordinadores, el orden de los autores participantes restantes es puramente alfabético, igualmente implicado en la redacción del documento. El © 2011. Asociación Española de Pediatría

tutotifi.pdf
e98d3333872.pdf
wokokagegegaxopetus.pdf
7006590.pdf
4d217ad71b9.pdf
dale.carnegie.public.speaking.pdf
where.to.buy.pheromones.in.store
elsword.build.eleis.crimson.avenger
keller.williams.greater.cleveland.ne
bill.van.patten.new.podcast
practical.physiology.gk.pal.pdf
land.installment.contract.ohio.pdf
ti.84.plus.ce.programming.guide.pdf
i.miss.you.adele.lyrics.terjemahan
have.has.had.worksheet.pdf
standard.of.professional.practice.in.architecture.pdf
ingersoll.rand.vr1056c.service.manual
akordi.za.gitaru.pdf
market.structures.worksheet.answers
honey.select.character.editor
laingika.arogya.in.kannada.pdf
volkswagen.golf.owners.manual.pdf.20
solobiveki.pdf
bolnixadavivuxat.pdf
wovexofek.pdf
bewomo.pdf