

SE RECOMIENDA PRACTICAR LA OXIMETRÍA DE PULSO EN MENORES DE 5 AÑOS CON NEUMONÍA Y MENORES DE 2 AÑOS CON BRONQUIOLITIS

¿Cómo debe administrarse? (prescripción)

- La oximetría de pulso debe practicarse con una técnica estandarizada, con los sensores adecuados para cada grupo de edad (neonatos, escolares y adultos), en estado de alerta y con la extremidad bien perfundida.¹
- La cifra de SaO₂ varía de acuerdo a la altitud sobre el nivel del mar: se considera hipoxemia con cifras de SaO₂
 - < 94% entre 0-1500 msnm*
 - ≤92% entre 1501-2000 msnm
 - ≤90% entre 2001-2500 msnm
 - ≤88% entre 2501-3000 msnm
 - ≤85% entre 3000-3500 msnm
 - ≤83% entre 3500-4000 msnm

* msnm: metros sobre el nivel del mar

- Se recomienda que todo niño con diagnóstico de bronquiolitis o neumonía con hipoxemia sea hospitalizado o remitido para hospitalizar.

¿Funciona? (eficacia y efectividad)

- La oximetría de pulso es considerada el mejor indicador de hipoxemia. Se estima que con solo la evaluación de la taquipnea se dejarían de diagnosticar 20-35% de los niños con neumonía hipoxémica, con la consecuente falta de administración de oxígeno aproximadamente a 340,000-950,000 niños cada año.²
- Desde la publicación en el 2006 de la guía SIGN para el manejo de bronquiolitis en niños, la evidencia disponible apoya el uso de la oximetría de pulso y la medición de la SaO₂ como herramienta predictora de hipoxemia y de la gravedad del compromiso funcional oxigenatorio en los niños con neumonía o bronquiolitis.¹

¿Es seguro? (seguridad)

- La oximetría de pulso es una tecnología simple, confiable y segura que puede detectar niveles bajos de oxígeno en la sangre.³

¿Es costo-efectivo? (costo-efectividad)

- No se reportan en la literatura estudios de costo efectividad que comparen la clasificación clínica con oximetría con la clasificación clínica sin oximetría en niños con bronquiolitis o neumonía.

GPC para la evaluación del riesgo y manejo inicial de la neumonía en niños menores de 5 años y bronquiolitis en niños menores de 2 años (Bronquiolitis y Neumonía) – Hoja de evidencia 1 – Elaborado: noviembre/2014

Referencias

1. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, Universidad de Antioquia. Guía de práctica clínica para la evaluación del riesgo y manejo inicial de la neumonía en niños y niñas menores de 5 años y bronquiolitis en niños y niñas menores de 2 años. 2014 Guía No. 42.
2. Laman M., Ripa P., et al. Can clinical signs predict hypoxaemia in Papua New Guinean children with moderate and severe pneumonia? *Annals of Tropical Paediatrics*. 2005; 25: 23–27.
3. Organización Mundial de la Salud. Manual de oximetría de pulso global. 2010.
4. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Recommendations for Management of Common Childhood Conditions: Evidence for Technical Update of Pocket Book Recommendations: Newborn Conditions, Dysentery, Pneumonia, Oxygen Use and Delivery, Common Causes of Fever, Severe Acute Malnutrition and Supportive Care. Geneva: World Health Organization; 2012.

NO SE RECOMIENDA EL USO DE ANTIBIÓTICO PARA EL TRATAMIENTO DE MENORES DE 2 AÑOS CON BRONQUIOLITIS

<p>¿Cómo debe administrarse? (prescripción)</p> <ul style="list-style-type: none"> No se recomienda el uso de antibiótico (incluyendo betalactámico o macrólido) para el tratamiento ambulatorio o el tratamiento hospitalario de niños menores de 2 años de edad con bronquiolitis.¹ Solamente se debe considerar el uso de antibiótico cuando exista evidencia de complicaciones como la neumonía bacteriana secundaria o una insuficiencia respiratoria que exija asistencia ventilatoria mecánica.² 	<p>¿Funciona? (eficacia y efectividad)</p> <ul style="list-style-type: none"> El 95% de los casos de bronquiolitis son de etiología viral¹ y los antibióticos no surten ningún efecto en infecciones virales. Una revisión sistemática con meta-análisis² que incluyó 5 estudios con 543 pacientes, no reportó ningún beneficio del uso de antibióticos para ninguno de los desenlaces evaluados: estancia hospitalaria, frecuencia de ingreso a una unidad de cuidado intensivo, duración de la enfermedad y mortalidad.
<p>¿Es seguro? (seguridad)</p> <ul style="list-style-type: none"> Posterior a la introducción de los antibióticos para el tratamiento de infecciones bacterianas, la expectativa de vida ha aumentado en aproximadamente 10 años en muchos países industrializados. Sin embargo, el uso de antibióticos presenta aspectos negativos y algunos riesgos incluyendo reacciones adversas y la resistencia bacteriana debida al su sobreuso.³ 	<p>¿Es costo-efectivo? (costo-efectividad)</p> <ul style="list-style-type: none"> No se reportan en la literatura estudios de costo efectividad. Sin embargo, la tasa de uso de antibióticos oscila entre 34% y 99% en los casos de bronquiolitis no complicados.¹ Este uso indebido no proporciona ningún beneficio en salud y si se relaciona con gastos injustificados para el sistema.

GPC para la evaluación del riesgo y manejo inicial de la neumonía en niños menores de 5 años y bronquiolitis en niños menores de 2 años (Bronquiolitis) – Hoja de evidencia 2 – Elaborado: noviembre/2014

Referencias

- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, Universidad de Antioquia. Guía de práctica clínica para la evaluación del riesgo y manejo inicial de la neumonía en niños y niñas menores de 5 años y bronquiolitis en niños y niñas menores de 2 años. 2014 Guía No. 42.
- Spurling GKP, Doust J, Del Mar CB, Eriksson L. Antibiotics for bronchiolitis in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 6. Art. No.: CD005189. DOI: 10.1002/14651858.CD005189.pub3.
- Vilhjalmur A. Use of Antimicrobials and Carriage of Penicillin-Resistant Pneumococci in Children. Repeated cross-sectional studies covering 10 years. Reykjavík 2006.