

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.

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.

USO DE ANTIBIÓTICO EN MENORES DE 5 AÑOS CON NEUMONÍA ATENDIDO AMBULATORIAMENTE

¿Cómo debe administrarse? (prescripción)

- Se recomienda usar la amoxicilina oral en dosis de 90 mg/kg/día durante 5 días en todo niño menor de 5 años atendido ambulatoriamente con diagnóstico de neumonía y evidencia de consolidación neumónica en la radiografía simple del tórax.¹
- Se recomienda usar la amoxicilina oral a dosis de 90 mg/kg/día durante 5 días, en todo niño con diagnóstico de neumonía y sin acceso a la radiografía simple del tórax.¹
- Se recomienda en todo niño con diagnóstico de neumonía tratado con amoxicilina oral a dosis de 90 mg/kg/día y que presente aparición de signos de peligro, tiraje, cianosis o estridor en las siguientes 72 horas de inicio del tratamiento, clasificarlo como neumonía grave, remitirlo a un lugar de mayor complejidad y usar a amoxicilina con ácido clavulánico a dosis altas (90 mg/kg al día de amoxicilina) dividido en 3 dosis por 5 días.¹

¿Funciona? (eficacia y efectividad)

- El uso empírico de betalactámicos, específicamente amoxicilina, está relacionado con mejores resultados en los desenlaces de mortalidad y hospitalización.^{2,3}
- Una revisión sistemática que incluyó 29 estudios con 14.188 niños, cuyo objetivo fue establecer los antibióticos de primera línea más efectivos en el tratamiento empírico de la neumonía en niños, evaluó diferentes esquemas de antibiótico y concluyó que el manejo ambulatorio con amoxicilina es comparable al uso de cotrimoxazol (recomendado por la OMS como tratamiento de primera línea pero no disponible en Colombia) con efectividad y proporciones de falla terapéutica similares. Así mismo, concluyó que la amoxicilina/ácido clavulánico constituye una alternativa de segunda línea.⁴ Dicha afirmación coincide con la OMS que recomienda el uso de amoxicilina a dosis altas con ácido clavulánico durante 5 días como el agente antimicrobiano de segunda línea para aquellos niños que no responden a la terapia de primera línea.

¿Es seguro? (seguridad)

- Como ocurre con otras penicilinas, las reacciones adversas se limitan principalmente, a fenómenos de hipersensibilidad. El rash cutáneo y la urticaria son los eventos adversos más frecuentes.⁵
- Se han reportado casos de hepatitis e ictericia colestásica con la amoxicilina y ácido clavulánico, en donde el agente implicado en dichos efectos hepáticos es el ácido clavulánico. A pesar que la reacción es usualmente reversible, ésta puede desaparecer hasta en un lapso de 6 semanas.⁵

¿Es costo-efectivo? (costo-efectividad)

- No se reportan en la literatura estudios de costo efectividad.



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. Kabra SK, Lodha R, Pandey RM. Antibiotics for community-acquired pneumonia in children. Cochrane Database Syst Rev. 2010(3):Cd004874.
3. Grant G., Campbell H., Dowell S. Recommendations for treatment of childhood non-severe pneumonia. Lancet Infect Dis 2009; 9: 185–96.
4. Lodha R, Kabra SK, Pandey RM. Antibiotics for community-acquired pneumonia in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art. No.: CD004874. DOI: 10.1002/14651858.CD004874.pub4.
5. Martindale. The Complete Drug Reference. Thirty-sixth edition. 2009.