

PROTOCOL PNEUMÒNIA ADQUIRIDA A LA COMUNITAT (NAC) AL PACIENT PEDIÀTRIC

Equip PROA Baix Camp i Priorat

Versió 3 2026

Realitzat per: PROA Comunitari Baix Camp i Priorat	Aprovat per:	Vistiplau:
Setembre 2021		
Data i signatura	Data i signatura	Data i signatura

ÍNDEX

1. INTRODUCCIÓ
2. ETIOLOGIA
3. FACTORS DE RISC
4. CLÍNICA I SUBTIPUS DE PNEUMONIA
5. CRITERIS D'HOSPITALITACIO
6. TRACTAMENT DE LA NAC
7. SEGUIMENT
8. BIBLIOGRAFIA
9. HISTÒRIC DE VERSIONS

1. INTRODUCCIÓ

La Pneumònia Adquirida a la Comunitat (NAC) és una de les infeccions més freqüents en la infància, afectant més freqüentment a nens entre 1 i 5 anys.

Donada la diferència de diagnòstic i tractament de la pneumònia en nens des de l'Equip PROA Comunitari Baix Camp i Priorat es va creure oportú idear aquest document més específic.

2. ETIOLOGIA

- La causa més freqüent de la NAc són els virus respiratoris, principalment en menors de 2 anys.
- La bactèria causal més freqüent a partir del mes de vida és *S. pneumoniae*. En els majors de 3 anys també són agents etiològics a considerar *Mycoplasma pneumoniae* i *Chlamydophila pneumoniae*. *S. aureus* i *S. pyogenes* constitueixen agents etiològics menys freqüents.
- Un dels factors que permet predir amb major precisió l'etiologia de les NAC és l'edat.

< 3 setmanes	3 setmanes-3 mesos	3 mesos- 4 anys	5 anys-15 anys
• S. agalactiae • Enterobacterias gramnegatives (E.coli,K.pneumoniae, Proteus) • CMV • L.monocytogenes • Herpes	• Virus respiratorios* • C.trachomatis • S. pneumoniae • S.aureus • Microorganismos neonatales • B.pertussis	• Virus respiratorios* • S. pneumoniae • Gèrmens menys freqüents:(S.pyogenes,S.aureus, M.pneumoniae, H.influenzae) • M.tuberculosis • B.pertussis	• Mycoplasma pneumoniae • S. pneumoniae • Virus respiratorios* • C.pneumoniae • M. tuberculosis • Moraxella catharralis • Haemophilus influenzae b
*Virus respiratorios: VRS,influenza, parainfluenza, adenovirus, rinovirus, metapneumovirus y bocavirus. - <u>Coninfección con gripe:</u> S.pneumoniae y, en menor medida, S.aureus, S.pyogenes y H.influenzae. - Pacientes con: *Inmunodepresión (tener en cuenta infecciones oportunistas): Streptococos alfa hemolíticos orales, P.jirovecii, Legionella pneumophila, CMV y hongos. *Sospecha de aspiración: S.aureus, H.influenzae, anaerobios y gramnegativos. *En FQ: Pseudomonas aeruginosa, Burkholderia cepacia y Stenotrophomonas maltophilia. *Pacientes procedentes de áreas endémicas: Valorar TBC. *Neumonías nosocomiales: BGN o S. aureus.			

3. FACTORS DE RISC

Entre els factors de risc pel desenvolupament de pneumònies a la infància inclou:

Factors de l'hoste	Factors externs
Prematuritat i baix pes (<2500 g)	Amuntegament, assistència a la llar d'infants
Infeccions respiratòries recurrents	No rebre lactància materna mínim 4 mesos.
Asma i hiperreactivitat bronquial	Baix nivell socioeconòmic
Malalties cròniques (ID, malnutrició, FQ, bronquiectasies, cardiopatia) que actuen com factor debilitant	Exposició passiva al fum del tabac
OMA amb requeriments de tubs de timpanostomia	No vacunació
Anomalies congènites anatòmiques: paladar fes, fístula traqueoesofàgica	

Broncoaspiració: ERGE, trastorns de la deglució, aspiració de cos estrany, alteracions de l'estat de consciència.	
---	--

4. CLINICA I SUBTIPUS DE PNEUMONIA

Tot i que no existeixen dades patognomòniques segons l'etologia, algunes característiques poden ser orientatives.

	NAC típica (pneumococ, <i>H.influenzae</i> , <i>S.aureus</i> , <i>S.pyogenes</i>)	NAC viral (VRS, adenovirus, metapneumovirus...)	NAC atípica (<i>Mycoplasma</i> , <i>Chlamydia</i>)
Edat	Qualsevol edat, principalment <3-5 anys (infreqüent en lactants i nens petits)	<3-4 anys	>4-5 anys (escolars i adolescents)
Inici	Brusc	Insidiós (hivern)	Insidiós
Febre	>39°C*	<39°C	<39°C
Estat general	Afectat	Conservat	Conservat
Ambient epidèmic o intrafamiliar	No	Simultanis	Distants (setmanes abans)
Tos	Productiva Pot no estar al principi	Productiva+/-Síntoma predominant	Irritativa Síntoma predominant
Síntomes associats	Rars (herpes labial). Calfreds, meningisme, dolor pleurític i/o abdominal i amb afectació de l'estat general.	Quadre catarral, faringitis, coriza, conjuntivitis i en ocasions, exantemes inespecífics o diarrea.	Cefalea, miàlgies, rinitis, faringitis*
Auscultació	Hipoventilació focal crepitants localitzats Buftubàric	Crepitants i Sibilàncies bilaterals	Crepitants i sibilàncies uni o bilaterals en ocasions, espàstica

	NAC típica (pneumococ, <i>H.influenzae</i> , <i>S.aureus</i> , <i>S.pyogenes</i>)	NAC viral (VRS, adenovirus, metapneumovirus...)	NAC atípica (<i>Mycoplasma</i> , <i>Chlamydia</i>)
Radiografia de tòrax	Condensació lobar o segmentària (amb o sense vessament)	Infiltrat intersticial, hiperinsuflació, atelectasia	Variable, predomina l'infiltrat intersticial
Hemograma	Leucocitosi (>15.000cel/mm3) amb neutrofilia. Predomini granulòcits.	Variable (<15.000cel/mm3). Predomini linfomonocitari.	Sol ser normal
PCR (mg / dl)	>8-10	<8	<8
PTC (ng / ml)	>2	<2	<2

**pot manifestar-se com febre sense focus, sent aquest tipus de pneumònica "silent" característica de la NAC pneumocòccica.*

**La NAC per *M. pneumoniae* pot associar símptomes extra-respiratoris (encefalitis, Guillain-Barré, neuritis, anèmia hemolítica, miocarditis, eritema exsudatiu multiforme...)*

5. CRITERIS D'HOSPITALITZACIO

Factors de base associats	Clínica	Radiologia
*Malaltia de base (immunodeprimit, malaltia neuromuscular, tractament perllongat amb corticoides sistèmics, malnutrició, DM, fibrosi quística, bronquiectàsies, cardiopaties, nefropaties). Problemàtica social. -Impossibilitat de control pediàtric en 24-48 hores. -Persistència de febre a les 48-72 hores d'iniciar l'antibioteràpia. -Estudi. Sospita de microorganisme no habitual o empitjorament agressiu.	*Edat <6 mesos. *Taquipnea i/o hipòxia (SatO2<93%). *Aparença alterada (aspecte sèptic). *Risc de deshidratació o dificultats en l'alimentació *Signes de gravetat (inestabilitat hemodinàmica, afectació de la consciència, convulsions).	*Complicacions pulmonars: - Afectació multilobar o multifocal. - Vessament pleural important (>10mm). - Patró intersticial important. - Abscés pulmonar. -Pneumotòrax.

6. TRACTAMENT DE LA NAC

- **Tractament simptomàtic de la febre i el dolor:**
 - Paracetamol vo o ev: 15 mg/kg/6-8 h
 - Ibuprofè : 5-10 mg/kg/6-8h
 - Metamizol vo o ev: 20-40 mg/kg/6-8 h
- **NO ESTAN INDICATS ELS MUCOLÍTICS, ANTITUSÍGENS NI FISIOTERÀPIA RESPIRATÒRIA DE FORMA SISTEMÀTICA.**
- El tractament d'elecció en NAC bacteriana típica comunitària és amoxicil·lina oral o penicil·lina/ampicil·lina endovenosa. Davant la presència de determinats factors de risc o complicacions pot ser necessari modificar i ampliar la pauta antibiòtica.
- La duració del tractament habitual en absència de complicacions és de 5-7 dies.
- El tractament d'elecció en casos sospita de pneumònia atípica per *M. pneumoniae* o *C. pneumoniae* és l'azitromicina durant 3 dies.

PNEUMÒNIA ADQUIRIDA A LA COMUNITAT			
De 1 a 4-6 mesos			
Antibiòtic elecció	Dosi diària	Nº dosi	Duració
Amoxicil·lina-clavulànic iv	100mg/kg/dia	c/8h	7-10 dies ¹
A partir de 6 mesos, sense criteris d'ingrés ni factors risc i sospita de NAC típica			
Antibiòtic elecció	Dosi diària	Nº dosi	Duració
Amoxicil·lina vo Si NO vacunat Hib o coinfecció grip ³ : Amoxicil·lina-clavulànic vo	80mg/kg/dia 80mg/kg/dia	c/8h	5-7 dies ²
A partir de 6 mesos, amb criteris ingrés i sospita de NAC típica			
Antibiòtic elecció	Dosi diària	Nº dosi	Duració
Penicil·lina G sòdica iv Ampicil·lina iv Si NO vacunat Hib, coinfecció amb grip o pneumònia aspirativa: Amoxicil·lina-clavulànic iv	400.000 UI/kg/dia ⁴ 200mg/kg/dia 100mg/kg/dia	c/4-6 h c/6h c/8h	7-10 dies ⁵ si vessament pleural mínim 10-14 dies
>3 anys amb sospita de NAC atípica			
Antibiòtic elecció	Dosi diària	Nº dosi	Duració
Azitromicina vo	10mg/kg/dia	c/24h	3 dies

Abscés o pneumònia necrosant			
Antibiòtic elecció	Dosi diària	Nº dosi	Duració
Penicil·lina iv + Clindamicina iv	400.000 UI/Kg/dia 40 mg/kg/dia	c/4-6h c/8h	Mínim 3-4 setmanes ⁶
Al·lèrgia a betalactàmics			
Reacció al·lèrgica tardana no greu			
Antibiòtic elecció	Dosi diària	Nº dosi	Duració
Cefuroxima iv Cefuroxima axetilo vo	150mg/kg/dia 30mg/kg/dia	c/8h	Igual que en no al·lèrgia
Reacció al·lèrgica immediata o tardana greu			
Antibiòtic elecció	Dosi diària	Nº dosi	Duració
Azitromicina vo	10mg/kg/dia	c/24h	3 dies
Levofloxací	> 5 anys 10mg/kg/dia < 5 anys 20mg/kg/dia	c/24h c/12h	Igual que en no al·lèrgia

- 1. Pas a via oral:** valorar-lo a les 48-72 hores si el pacient presenta estabilitat clínica i es manté afebril.
- 2. Durada del tractament en pneumònies lleus:** els estudis recents avalen pautes curtes de 5 dies en pacients sense criteris de risc, amb bona evolució i sense augment del risc de complicacions.
- 3. Situacions amb risc d'infecció per altres microorganismes:** considerar el risc d'infecció per *S. aureus*, *S. pyogenes* o *H. influenzae*.
- 4. Ajust de dosi de penicil·lina:** reduir la dosi a 200.000 UI/kg/dia si la CMI a penicil·lina és < 2 mcg/ml.
- 5. Tractament en pneumònia necrotitzant o abscess pulmonar:** la durada total és de 3-4 setmanes en pneumònia necrotitzant i de 4-8 setmanes en abscess pulmonar. El tractament intravenós s'ha de mantenir un mínim de 10 dies. Si no hi ha identificació microbiològica, es pot completar el tractament amb amoxicil·lina-clavulànic.

7. SEGUIMENT

- S'ha de realitzar una valoració clínica a les 48 hores d'inici del tractament. El 90% dels pacients queden afebrils a les 48 hores.
- No es recomana realitzar de rutina una Rx de tòrax de control si hi ha bona resposta clínica al tractament antibiòtic i si es tracta del primer episodi en un nen prèviament sa. En cas de ser necessari realitzar-se, es farà a partir de les 4 setmanes del diagnòstic.

8. BIBLIOGRAFIA

- Andrés-Martín A, Escribano A, Figuerola J, García-García ML, Korta J, Moreno-Pérez et al. Documento de consenso sobre la neumonía adquirida en la comunidad en los niños. SENP-SEPAR-SEIP. ArchBronconeumol. 2020;56(11):725-41
- Berce V, Tomazin M, Gorenjak M, Berce T, Lovrencic. The usefulness of lung ultrasound for the aetiological diagnosis of community-acquired pneumonia in children. Sci Rep. 2019; 9:17957. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-54499-y>
- Chang AB, Grimwood K. Antibiotics for childhood pneumonia –do really know how long to treat. New Engl J Med. 2020; 383 (1): 77-9
- Crame E, Shields MD, McCrossan P. Paediatric pneumonia: a guide to diagnosis, investigation and treatment. Pediatr Child Health. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2021.03.005>
- Matera, M. G., Rogliani, P., Ora, J., Cazzola, M. Current pharmacotherapeutic options for pediatric lower respiratory tract infections with a focus on antimicrobial agents. Expert OpPharmacother. 2018:1–11
- Moreno-Pérez D, Andrés A, Tagarro A, Escribano A, Figuerola J, García JJ et al. Neumonía adquirida en la comunidad: tratamiento de los casos complicados y en situaciones especiales. Documento de consenso de la SEIP y SENP. AnPediatr (Barc). 2015;83(3):217.e1-11
- Pernica JM, Harman S, Kam AJ, Carciumaru R, Vanniyasingam T, Crawford T, et al. Short-Course Antimicrobial Therapy for Pediatric Community-Acquired Pneumonia The

SAFER Randomized Clinical Trial. JAMA Pediatr. Published online March 8, 2021.
doi:10.1001/jamapediatrics.2020.6735

- Rudan I, O'Brien KL, Nair H, Liu L, Theodoratou E, Qazi S, et al. Epidemiology and etiology of childhood pneumonia in 2010: estimates of incidence, severe morbidity, mortality, underlying risk factors and causative pathogens for 192 countries. J GlobHealth. 2013;3(1):010401
- Harris M, Clark J, Coote N, Fletcher P, Harnden A, McKean M, et al. British Thoracic Society guidelines for the management of community acquired pneumonia in children: update 2011. Thorax. 2011;66 Suppl 2:ii1-23
- Andrés-Martín A, Moreno-Pérez D, Alfayate-Miguélez S, Gianzo JA, García ML, Murua JK, et al. Etiología y diagnóstico de la neumonía adquirida en la comunidad y sus formas complicadas. AnPediatr (Barc). 2012;76(3):162.e161-118
- Alberta Medical Association. Guideline for the diagnosis and management of community acquired pneumonia:pediatric 2008 [consultado en 26/08/2016]. Disponible en: http://www.topalbertadoctors.org/download/385/CAP_pediatric_guideline.pdf
- Moreno-Pérez D, Andrés Martín A, Tagarro García A, Escribano Montaner A, Figuerola Mulet J, García García JJ, Moreno-Galdó A, Rodrigo Gonzalo de Liria C, Saavedra Lozano J. AnPediatr (Barc). 2015 Sep;83(3):217.e1-11. doi: 10.1016/j.anpedi.2014.12.002. Epub 2015 Jan 22

□ Pernica JM, Harman S, Kam AJ, et al. Short-Course Antimicrobial Therapy for Pediatric Community-Acquired Pneumonia

9. HISTÒRIC DE VERSIONS

Versió	Motiu	Data	Autors
0	Elaboració	Setembre 2021	Equip PROA Baix Camp i Priorat

1	Revisió	28/04/2026	Dra. Marta Durán-Ballén Gómez
2	Revisió	23/07/2026	Dra. Mónica Muñoz Cortés