

## INFECCIÓN NO COMPLICADA

- **Síntomas inespecíficos:** fiebre, tos, dolor de garganta, congestión nasal, malestar general, cefalea, mialgias.
- **Sin** signos de deshidratación, sepsis o dificultad respiratoria

Si **fiebre** se recomienda **descartar sobreinfección bacteriana:**

- Rx tórax
- Hemograma, Proteína C reactiva, Procalcitonina, Hemocultivo, Transaminasas, Iones, Coagulación

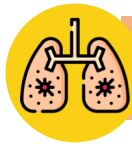
- Antitérmico (paracetamol) si precisa
- **Aislamiento domiciliario** (14 días desde inicio, siempre que haya finalizado la clínica), si condiciones familiares lo permitan, con instrucciones sobre actuación en caso de empeoramiento
- **Seguimiento** según CCAA.

## INFECCIÓN LEVE VIAS BAJAS (NEUMONIA LEVE)

- Tos, dificultad respiratoria + polipnea (en rpm):
  - <2 meses  $\geq 60$ ;
  - 2-11 meses  $\geq 50$ ;
  - 1-5 años  $\geq 40$
  - y sin signos de neumonía severa.
- SaO2 ambiental  $>92\%$ .
- Pueden o no tener fiebre
- Otros síntomas: congestión nasal, rinorrea, expectoración, diarrea

- **Monitorización no invasiva** (incluyendo SaO2 con pulsioximetría)
- **Vía periférica**
- **Hemograma y coagulación:** leucocitos normales o leucopenia y linfopenia leve
- **Proteína C reactiva:** normal
- **Procalcitonina:** normal
- **Bioquímica (transaminasas, función renal, iones, gasometría):** normal
- Hemocultivo
- **Rx tórax:** normal o infiltrados periféricos intersticiales
- **TAC Tórax:** las imágenes en vidrio esmerilado y los infiltrados son más evidentes en el TC que en la Rx

- Analgésicos habituales (paracetamol o ibuprofeno)
- **Broncodilatadores** en cartucho presurizado asociado a cámara espaciadora, previa prueba terapéutica inicial.
- En caso de emplear broncodilatadores en aerosol se recomienda habitación con presión negativa si hay disponibilidad o habitación/box individual con ventilación o climatización individual con baño y puerta cerrada.



## INFECCIÓN GRAVE VIAS BAJAS (NEUMONIA GRAVE)

- Tos o dificultad respiratoria y al menos uno de los siguientes:
  - Cianosis central o SaO2  $<92\%$  ( $<90\%$  prematuros)
  - Dificultad respiratoria severa (quejido, retracción torácica severa)
  - Incapacidad o dificultad para la alimentación
  - Letargo o pérdida de conocimiento o convulsiones
  - Otros signos: retracciones torácicas, polipnea (en rpm):  $<1$  año  $\geq 70$ ;  $>1$  año  $\geq 50$ ); GA: PaO2  $<60$  mmHg, PaCO2  $>50$  mmHg.
  - El diagnóstico es clínico, las imágenes de tórax pueden excluir complicaciones (atelectasias, infiltrados, derrame)

- Una semana después malestar, irritabilidad, rechazo alimentación, hipoactividad.
- En algunos casos progresión rápida (1-3 días) fallo respiratorio no reversible con oxígeno, shock séptico, acidosis metabólica, coagulopatía y sangrados.

- **Hemograma:** linfopenia progresiva
- **Proteína C reactiva:** normal o elevada (sospechar sobreinfección bacteriana)
- **Procalcitonina:**  $>0,5$  ng/mL (descartar sobreinfección bacteriana)
- **Bioquímica:** elevación transaminasas, enzimas musculares, mioglobina, dímero D
- **Rx tórax:** opacidades bilaterales en vidrio esmerilado y consolidaciones pulmonares múltiples. Derrame pleural infrecuente
- **TAC Tórax:** pueden aparecer múltiples consolidaciones lobares

- **Oxigenoterapia** para SaO2  $> 92\%$ .
- Manejo conservador de **fluidoterapia** en insuficiencia respiratoria aguda grave cuando no existe evidencia de shock (2/3 necesidades basales). No recomendado sueros hipotónicos. En resucitación cristaloides (balanceados o SSF 0,9%), no almidones ni gelatinas
- Evitar/limitar procedimientos generadores de aerosoles
- **Antibioterapia** en función de gravedad y sospecha de sobreinfección bacteriana (leucocitosis y elevación PCR o PCT): amoxicilina-clavulanico iv, previa extracción hemocultivos. Suspender o desescalará con resultado.

## OTRAS MANIFESTACIONES GRAVES

- Trastornos coagulación (Tiempo prolongado de protrombina y elevación Dímero D)
- Daño miocárdico (aumento enzimas miocárdicas, cambios ST-T en ECG, cardiomegalia, insuficiencia cardíaca)
- Disfunción gastrointestinal
- Elevación enzima hepáticas
- Rabdomiolisis

## Criterios ingreso en planta hospitalización

- Edad  $<1$  mes con fiebre (descartar otras posibles causas)
- Edad 1- 3 meses: valorar cuidadosamente. Si la situación clínica buena, podrán ser enviados a domicilio con llamadas telefónicas diarias y normas claras de actuación por escrito
- Cualquier FR de la tabla (comentar con su especialista y con infecciosas). Ingreso podría ser breve e incluso valorable según la situación clínica. Posible alta si no hay neumonía con tratamiento.
- Hipoxemia (satO2  $< 92\%$ ) o dificultad respiratoria moderada/grave que no mejora tras tratamiento broncodilatador
- Mal estado general, letargia.
- Rechazo alimentación.
- Pausas de apnea

Se recomienda Analítica (hemograma, coagulación, gasometría venosa, bioquímica con LDH, PCR y PCT) y radiografía de tórax (portátil) en aquellos pacientes que precisen ingreso. Considerar la utilidad de la ecografía torácica si está disponible y hay personal entrenado.

Posibilidad de que un único familiar u otro acompañante autorizado por los padres ingrese junto con el paciente cumpliendo con las medidas de aislamiento recomendadas (mascarilla quirúrgica, bata y lavado de manos frecuente). Se recomienda que el acompañante sea siempre el mismo.

Si alguno de los familiares o acompañantes padece la enfermedad podrá valorarse su ingreso junto al menor.

## Alta: mejoría clínica

- **PCR negativa:** alta sin aislamiento, siempre que haya finalizado la clínica
- **PCR positiva:** aislamiento domiciliario 14 días desde el alta, siempre que haya finalizado la clínica

## Factores riesgo con indicación test diagnóstico y valoración de ingreso si resultado positivo y posible tratamiento

<b>Inmuno-depresión</b>	Inmunodeficiencia 1ª (excepto déficit IgA), Trasplante, Quimioterapia, inmunosupresores, biológicos, VIH (CV detectable, $\downarrow$ CD4 o inversión CD4/CD8)
<b>Cardiopatías</b>	Con repercusión hemodinámica, Precisan tratamiento medico, HTP, Lista espera trasplante, Postoperatorio reciente
<b>Neuropatías crónicas</b>	Fibrosis quística, Displasia broncopulmonar, Asma grave, Traqueotomía, oxigenoterapia o VM domiciliaria
<b>Otros</b>	Trasplante, Drepanocitosis, DM1 mal control, Malnutrición severa, intestino corto, epidermiolisis bullosa, encefalopatía grave, miopatía, error congénito metabolismo,...

## Criterios de valoración por UCIP

- Polipnea/dificultad respiratoria severa mantenida a pesar de optimizar tratamiento
- SaO2  $<92\%$  con FiO2  $\geq 0,5$  (con mascarilla con reservorio)
- Acidosis respiratoria aguda (hipercapnia  $>55$  mmHg y/o pH  $<7,30$ ). Hipercapnia rara, es más frecuente la hipoxemia.
- Apneas recurrentes
- Aspecto séptico, signos de shock, fallo multiorgánico
- Alteración del nivel de conciencia y/o sospecha de fallo de centro respiratorio (hipoventilación central)

En graves se recomienda CPK, troponinas y BNP, fibrinógeno, dímero D, ferritina y otros datos de HLH (linfocitosis hemofagocítica).

Se valorará punción lumbar si clínica neurológica. Otras pruebas complementarias según el caso.

**Ingreso en UCIP:** Si sepsis, shock séptico, fallo multiorgánico o SDRA, o requiere medidas de soporte, como ventilación asistida.

## SDRA

- **Inicio:** nuevo o empeoramiento del cuadro en los 10 días previos.
- **Rx tórax, TC o ECO:** infiltrados bilaterales, atelectasia lobular o pulmonar, o consolidaciones.
- **Edema pulmonar:** ausencia de otra etiología como fallo cardíaco o sobrecarga de volumen.
- **Oxigenación** (OI = Índice de oxigenación y OSI = Índice de oxigenación usando SpO2):
  - VNI bilevel o CPAP  $\geq 5$  cmH2O a través de una máscara facial completa: PaO2 / FiO2  $\leq 300$  mmHg o SpO2 / FiO2  $\leq 264$
  - SDRA leve (ventilación invasiva):  $4 \leq OI < 8$  o  $5 \leq OSI < 7,5$
  - SDRA moderado (ventilación invasiva):  $8 \leq OI < 16$  o  $7,5 \leq OSI < 12,3$
  - SDRA grave (ventilación invasiva):  $OI \geq 16$  u  $OSI \geq 12,3$



## SEPSIS

Infección sospechada o comprobada y  $\geq 2$  criterios de SIRS, de los cuales uno debe ser temperatura anormal o recuento leucocitario anormal.

- **Antibioterapia iv empírica** si sospecha de sepsis y shock séptico antibioterapia según clínica, edad y características del paciente (paciente sano o con comorbilidades, ventilación mecánica, etc.), en la primera hora o cuanto antes sea posible. Recoger estudio microbiológico siempre que sea posible y posteriormente optimizar el uso antibiótico según los resultados, sin excederse en coberturas innecesarias.

## SHOCK SÉPTICO

Cualquier hipotensión (PAS  $<$  percentil 5 o  $>$  2 DE por debajo de lo normal para la edad) o 2-3 de los siguientes:

- estado mental alterado;
- taquicardia o bradicardia (FC  $<90$  lpm o  $> 160$  lpm en lactantes y FC  $<70$  lpm o  $> 150$  lpm en niños);
- relleno capilar lento ( $> 2$  segundos) o vasodilatación caliente con pulsos conservados;
- taquipnea;
- piel moteada o erupción petequial o purpúrica;
- lactato aumentado,
- oliguria,
- hipertermia o hipotermia.