

# Neumonía en la infancia.

## Comparación de la asistencia domiciliaria y hospitalaria

GRACIELA SEHABIAGUE <sup>1</sup>, OSVALDO BELLO <sup>2</sup>, NELLY GORGAL <sup>3</sup>, MERY CALIGARIS <sup>3</sup>

### Resumen

Con la finalidad de demostrar que es posible realizar tratamiento ambulatorio en los niños usuarios dependientes del Ministerio de Salud Pública portadores de neumonía, y proponer un sistema organizado de atención domiciliaria, se realizó un estudio prospectivo, comparativo y randomizado en cuarenta niños, de ambos sexos, mayores de seis meses y menores de seis años. Veinte fueron admitidos al hospital y veinte asistidos en domicilio. Se incluyeron niños con neumonía presuntamente bacteriana por criterios clínicos y radiológicos. A todos los pacientes se les realizó historia clínica, radiografía de tórax, hemograma y hemocultivo. Los niños admitidos, menores de cinco años, recibieron ampicilina intravenosa 300 mg/kg/día y los mayores de cinco años penicilina cristalina intravenosa 200.000 U/kg/día en cuatro dosis diarias. Los niños tratados en domicilio recibieron amoxicilina vía oral 100 mg/kg/día en tres dosis diarias, durante diez días. Todos los pacientes fueron controlados al segundo, cuarto y décimo días de iniciado el tratamiento.

Las cuatro cohortes fueron comparables, no mostrando diferencias significativas en ninguna de las variables tenidas en cuenta. Los 40 pacientes que fueron seguidos por los mismos médicos que los capturaron no mostraron desviación significativa en la evolución.

La evolución clínica de ambos grupos fue similar, no registrándose fracasos o complicaciones. Todos los pacientes presentaron curación o mejoría, sin evidencia de efectos adversos a los fármacos utilizados. Se concluye que es posible, respetando los criterios establecidos, realizar tratamiento en domicilio de la neumonía presuntamente bacteriana, en niños mayores de 6 meses y menores de 6 años, aún con riesgo social, polipnea, tiraje y consolidación radiológica. El éxito del tratamiento se basa en un adecuado control domiciliario por profesionales capacitados. Se propone un sistema organizado de seguimiento domiciliario para el tratamiento de niños usuarios del Sistema Público portadores de neumonía.

**Palabras clave:** NEUMONÍA  
TRATAMIENTO DOMICILIAR

1. Coordinadora Departamento de Emergencia Pediátrica

2. Supervisor Departamento de Emergencia Pediátrica

3. Médicos de Guardia Departamento de Emergencia Pediátrica

Departamento de Emergencia Pediátrica. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Ministerio de Salud Pública. Uruguay.

Recibido: 19/01/01

Aceptado: 19-03-01

## Resumo

*Para demonstrar que é possível realizar tratamento ambulatorio em crianças portadoras de pneumonia, usuários dependentes do Ministério de Saúde Pública e propor um sistema organizado de atenção domiciliar, realizou-se um estudo prospectivo, comparativo e randomizado em quarenta crianças de ambos sexos com mais de seis meses e menos de seis anos. Vinte foram admitidos no hospital e vinte assistidos em casa. Incluíram-se crianças com pneumonia presuntamente bacteriana por critérios clínicos e radiológicos. A todos os pacientes realizou-se história clínica, radiologia de tórax, hemograma e hemocultivo. As crianças admitidas, com menos de cinco anos receberam ampicilina i/v 300 mg/kg/día e os com mais de cinco anos penicilina cristalina i/v 200.000 U/kg/día em três doses diárias, durante dez días. Todos os pacientes foram controlados no segundo, quarto e décimo días de iniciado o tratamento. As quatro coortes foram comparáveis não aparecendo diferenças significativas em nenhuma das variáveis tidas em conta. Os quarenta pacientes que foram seguidos pelos próprios médicos que os receberam, não apresentaram desviação significativa na evolução. A evolução clínica de ambos grupos foi semelhante, não se registraram fracassos ou complicações. Todos os pacientes melhoraram sem evidência de efeitos adversos aos medicamentos utilizados. Conclusão, é possível, respeitando os critérios estabelecidos, realizar tratamento domiciliar da pneumonia presuntamente bacteriana, em crianças com mais de seis meses e menos de seis anos, ainda com risco social, polipnea, retracções, e consolidação radiológica. O êxito do tratamento, fundamenta-se em um adequado controle no domicílio por profissionais capacitados. Propõe-se um sistema organizado de seguimento domiciliar para o tratamento de crianças usuárias do Sistema Público, portadoras de pneumonia.*

**Palabras chave:** PNEUMONIA  
TRATAMIENTO DOMICILIAR

## Introducción

La neumonía constituye una afección frecuente en la infancia, motivo de consulta y admisión hospitalaria a través de todo el año, con una mayor incidencia en nuestro medio durante los meses de mayo a agosto <sup>(1)</sup>.

La internación por neumonía implica un impacto sobre los hospitales, dado que hace necesaria la extensión de las áreas de asistencia con el consiguiente incremento de los costos.

En áreas de la salud privada existen en nuestro medio experiencias satisfactorias con la asistencia domiciliar de esta enfermedad <sup>(2)</sup>, y percibimos que la implementación de un sistema similar en la actividad pública podría también tener buenos resultados.

La diferenciación clínica entre neumonía viral y bacteriana es poco precisa y dificultosa. Cada niño debe ser evaluado en forma individual y requiere de estudios no siempre disponibles, razón por la cual en la práctica clínica habitual, la neumonía es tratada con antibióticos <sup>(3-7)</sup>.

Estudios de investigación etiológica realizados en otros medios y en nuestro país, en niños menores de 5 años, identificaron patógenos en aproximadamente la mitad de los casos. Un estudio local atribuyó a los virus 36,3%, principalmente virus respiratorio sincicial (VRS), bacterias en 13,2% (principalmente neumococo y *Haemophilus influenza*) e infecciones mixtas en 4,9% <sup>(8-10)</sup>.

La incorporación de la investigación de virus por inmunofluorescencia en la práctica clínica, permitió evidenciar una mayor prevalencia de éstos en los niños menores de 6 meses, siendo el VRS el patógeno más frecuente <sup>(11)</sup>.

La eficacia de la antibioticoterapia oral en la neumonía aguda presumiblemente bacteriana, fue demostrada en un estudio realizado en nuestro medio en pacientes internados mayores de un año en quienes no se registraron complicaciones. Según la opinión de los autores el éxito de dicha terapéutica se basó en disponer de una estructura sanitaria adecuada para proporcionar el fármaco y asegurar el control del paciente <sup>(12)</sup>.

## Objetivos

Demostrar que es posible realizar tratamiento ambulatorio y seguimiento domiciliario, en niños portadores de neumonía aguda asistidos en áreas dependientes del Ministerio de Salud Pública (MSP).

Una vez logrado el objetivo anterior, proponer un sistema de atención domiciliar basado en la referencia de los pacientes desde el hospital a pediatras del Servicio de Salud de Asistencia Externa (SSAE) o médicos de fa-

milia, que permita modificar la conducta habitual de admitir a los niños con esta enfermedad.

## Material y método

### Descripción del estudio. Diseño y planificación

Se realizó un estudio abierto, comparativo, prospectivo, randomizado con un número proyectado de 40 pacientes. El período de estudio fue del 18 de mayo de 1999 al 10 de junio de 2000. Veinte pacientes fueron admitidos en el hospital y otros veinte pacientes fueron asistidos en domicilio.

Los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión fueron asignados para admisión o asistencia domiciliaria de acuerdo a una tabla de randomización.

Estos pacientes fueron seleccionados en el Departamento de Emergencia Pediátrica (DEP) del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), y debían tener residencia en Montevideo o su área de influencia.

Se obtuvo consentimiento informado de padres o tutores legales de cada paciente previo a su inclusión.

Los pacientes admitidos al hospital (A) y los asignados a seguimiento domiciliario (D) fueron a su vez divididos en dos subgrupos de acuerdo a la edad, con la presunción de que los niños menores de dos años tienen un riesgo mayor, de tal modo de conformar cuatro cohortes de diez pacientes cada una:

- Grupo A1: Admitidos mayores de 6 meses y menores de 2 años.
- Grupo A2: Admitidos mayores de 2 años y menores de 6 años.
- Grupo D1: Domicilio mayores de 6 meses y menores de 2 años.
- Grupo D2: Domicilio mayores de 2 años y menores de 6 años.

### Selección de los pacientes

#### *Criterios de inclusión*

Fueron incluidos en el estudio pacientes de ambos sexos, con edad igual o mayor a seis meses y menor a seis años, portadores de neumonía presumiblemente bacteriana en base a criterios diagnósticos clínicos y radiológicos, con o sin bloque de condensación.

#### *Criterios de exclusión*

Fueron excluidos del estudio los pacientes con:

- Alta hospitalaria reciente (menor de 15 días) cualquiera fuera la causa.
- Enfermedades respiratorias crónicas, cardiopatías congénitas o inmunodeficiencias.

- Tratamiento con antibióticos en los siete días previos.
- Desnutrición severa (peso por debajo del percentil 3).
- Máximo riesgo social (Graffar clase V) <sup>(13)</sup>.
- Dificultad respiratoria que impidiera alimentarse o dormir.
- Intolerancia por la vía oral y/o diarrea.
- Requerimientos de oxígeno (saturación de Hb menor de 95% respirando aire ambiente).
- Imágenes radiológicas de derrame pleural o cavitación.
- Anemia mal tolerada, que requiera transfusión de glóbulos rojos.
- Leucopenia (menos de 4.000 leucocitos/mm<sup>3</sup>) <sup>(14)</sup>.

### Procedimientos y medidas

#### *Inclusión*

El día que cada paciente se incluyó en el estudio (día 1) se elaboró una historia clínica completa (anamnesis y examen físico), control de saturación de Hb mediante oxímetro de pulso, radiografía de tórax de frente, hemograma y hemocultivo, registrando todos los datos en una planilla elaborada para esos fines. Las radiografías de tórax fueron interpretadas por los pediatras de guardia integrantes del staff del DEP.

Los resultados del hemograma y la radiografía de tórax fueron entregados a los padres de los pacientes derivados para control ambulatorio e incluidos en las historias clínicas de los pacientes admitidos al hospital.

El tratamiento antibiótico para pacientes admitidos o en seguimiento ambulatorio se cumplió de acuerdo a la norma del CHPR <sup>(15)</sup>, según el siguiente esquema:

- a) Admisión hospitalaria: ampicilina 300 mg/kg/día intravenosa en cuatro dosis a los menores de cinco años y penicilina cristalina intravenosa 200.000 U/kg/día en cuatro dosis a los mayores de cinco años, hasta el alta a domicilio en que continuaron con igual plan que los de seguimiento domiciliario hasta completar 10 días de tratamiento total.
- b) Seguimiento domiciliario: amoxicilina 100 mg/kg/día por vía oral en tres dosis, durante 10 días.

La totalidad de la dosis de antibióticos fue proporcionada a los pacientes por el equipo investigador el día uno en el hospital.

#### *Controles*

A los pacientes ambulatorios se les efectuaron tres controles clínicos en sus domicilios. Un primer control a las 24 horas de iniciado el tratamiento (día 2), un segundo

control a las 72 horas (día 4) y un tercer control al décimo día (día 10).

En cada uno de los tres controles hospitalarios y domiciliarios se registraron los siguientes datos:

- Temperatura axilar.
- Aspecto general, definido como bueno, regular o malo.
- Examen físico respiratorio: síndrome funcional respiratorio (polipnea, quejido) y foco de condensación clínico.
- Saturación de Hb .

Los controles de los pacientes admitidos al hospital fueron realizados por el equipo investigador, las mismas veces que a los pacientes en seguimiento domiciliario, sin interferir con la conducta terapéutica y las decisiones del servicio de internación.

A todos los pacientes se les otorgó el alta antes del tercer control, éste se efectuó en el domicilio.

Se obtuvieron resultados de hemocultivo a partir de las 48-72 horas de extraídas las muestras. En caso de obtener hemocultivo positivo en pacientes del grupo de tratamiento domiciliario por vía oral, la conducta a

adoptar se basó en criterios exclusivamente clínicos para decidir la continuación del tratamiento oral en domicilio o eventual admisión en el hospital.

En el grupo de pacientes con tratamiento oral domiciliario, se otorgó el alta al décimo día utilizando solamente criterios clínicos, no siendo imprescindible la realización de control radiológico.

La respuesta clínica fue definida como:

- **Curación:** la resolución de todos los signos clínicos en el tercer control.
- **Mejoría:** la resolución incompleta de los signos clínicos en el tercer control.
- **Fracaso:** la persistencia o progresión de los signos clínicos en el segundo control.

La aparición de síntomas o signos probablemente vinculados al uso de antibióticos se consideraron efectos adversos.

Los resultados fueron volcados en el programa EPIINFO 5 y procesados estadísticamente mediante aplicación de pruebas de significación (chi cuadrado, Test de Fisher), considerándose significativo un valor de  $p < 0,05$ .

**Tabla 1.** Anamnesis

	A1	D1	A2	D2	A1 versus D1	A2 versus D2
Edad (P50)	16 m	20 m	3 a 9 m	3 a 11m	NS	NS
Graffar (P50)	3,6	3,1	3,3	3,4	p=0,36 (NS)	p= 0,21 (NS)
Trastornos del sueño (FR)	0,7	0,4	0,3	0,4	p=0,17 (NS)	p=0,63 (NS)

NS: no significativo; FR: frecuencia relativa

**Tabla 2.** Examen físico

	A1	D1	A2	D2	A1 versus D1	A2 versus D2
<b>P50</b>						
Temperatura	39°	39°	39° 5	39°	NS	NS
Peso	50	50	75	75	NS	NS
Frecuencia cardíaca	120	138	122	120	NS	NS
Saturación hemoglobina (%)	96	96	97	96	NS	NS
<b>FR</b>						
Buen estado general	0,9	1	0,9	0,8	NS	NS
Polipnea	0,5	0,8	0,6	0,2	p=0,06(NS)	p=0,06(NS)
Quejido	0,1	0,1	0	0	NS	NS
Sibilancias	0,4	0	0,1	0,3	NS	NS
Foco clínico	0,2	0,1	0,2	0	NS	NS

FR: frecuencia relativa

**Tabla 3.** Laboratorio

	A1	D1	A2	D2	A1 versus D1	A2 versus D2
P50						
Hb<10,5 g/dl	7	4	4	1	P=0,17 (NS)	P= 0,12 (NS)
Leucocitos (unidades/mm <sup>3</sup> )	17,2	18,3	18,4	16,7	NS	NS
FR						
					Consolidado versus infiltrado	Consolidado versus infiltrado
Consolidación en la radiografía	0,4	0,7	0,5	0,3	p= 0,36(NS)	p= 0,37(NS)
Infiltrado en la radiografía	0,6	0,3	0,5	0,7	p=0,36(NS)	p=0,37(NS)

FR: frecuencia relativa

**Tabla 4.** Evolución

	A1			D1			A2			D2			A1+A2 versus D1+D2		
	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°
P50															
Temperatura	36°8	36°7	36°5	36°6	36°6	36°4	37°	36°7	36°5	36°5	36°4	36°2	P=0,6 (NS)	P=0,05 (NS)	P=0,58 (NS)
Saturación de hemoglobina (%)	96	97	98	96	97	99	96	97	98	97	97	98	NS	NS	NS
FR															
Síndrome funcional respiratorio	0,9	0,5	0,2	0,9	0,6	0	0,9	0,5	0,1	0,8	0,6	0	NS	NS	NS
Resolución de foco clínico	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	NS
Buen estado general	0,8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	NS	NS	NS

FR: frecuencia relativa

## Resultados

Entre el 18 de mayo de 1999 y el 20 de junio de 2000 fueron incluidos cuarenta pacientes.

No hubo diferencias significativas en los valores de edad y riesgo social estimado por Graffar modificado, ni en la repercusión funcional de la infección respiratoria evidenciada por trastornos del sueño, entre los niños admitidos versus los asistidos en domicilio (tabla 1).

Tampoco existieron diferencias significativas entre los valores de temperatura, peso, frecuencia cardíaca y saturación de hemoglobina, ni entre la presencia de buen estado general, polipnea, quejido, sibilancias y foco clínico, registrados el día de la captación (tabla 2).

Con respecto al hemograma y la radiografía de tórax obtenidos el día de la captación, no hubo diferencias significativas entre los valores de leucocitos, hemoglobina,

ni entre la presencia de infiltrado o consolidación parenquimatosa radiológica (tabla 3).

Uno de los cuarenta hemocultivos realizados desarrolló neumococo (2,5%); correspondió a un niño en asistencia domiciliaria, quien completó su tratamiento sin complicaciones.

En todos los pacientes incluidos en el estudio se realizaron los tres controles previstos.

Durante los mismos no hubo diferencias significativas entre los niños admitidos versus los asistidos en domicilio en lo que respecta a los valores de temperatura, saturación de hemoglobina y persistencia de síndrome funcional respiratorio.

Tampoco se evidenciaron diferencias significativas en la persistencia del buen estado general y en la resolución del foco clínico en el tercer control (tabla 4).

Ningún paciente presentó fracaso terapéutico ni com-

**Tabla 5.** Antibióticos utilizados

Fármaco	Vía	A1		D1		A2		D2	
		n	días	n	días	n	días	n	días
Ampicilina	i/v	9	3	0	0	8	3	0	0
Penicilina	i/v	0	0	0	0	1	6	0	0
Amoxicilina	v/o	1	8	10	10	1	9	10	10

plicaciones; 37 curaron y los tres restantes mostraron mejoría (tabla 4).

Todos los niños fueron tratados con los antibióticos recomendados por la norma del hospital, con buena tolerancia y sin efectos adversos (tabla 5).

De los pacientes asistidos en domicilio, ninguno abandonó la medicación y tampoco se registró incumplimiento de la posología indicada por el equipo investigador.

## Discusión

La neumonía es definida clínicamente como la presencia de síntomas y signos del aparato respiratorio inferior asociados a opacidades radiológicas<sup>(5)</sup>.

El objetivo principal de los autores fue demostrar la posibilidad de asistencia ambulatoria de la neumonía en la infancia en una población de niños que consultan en un hospital público.

En esta investigación no se pretendía conocer la etiología de la neumonía aguda.

En el protocolo no se dispuso de métodos rápidos de detección de antígenos virales, dado que estas técnicas no están habitualmente al alcance de los pediatras.

Se asumió que tienen mayor riesgo los pacientes menores de 2 años, particularmente cuando el medio social es deficitario. La población fue subdividida a los efectos de evaluar posibles diferencias atribuibles a la edad.

Fueron excluidos del estudio los menores de 6 meses por tratarse del grupo de mayor riesgo de mortalidad, y porque constituye un criterio de internación<sup>(5)</sup>.

Del análisis de los resultados surge que las cohortes fueron totalmente comparables entre los grupos tratados en forma ambulatoria y los hospitalizados y entre sí mismos en lo que respecta a datos de anamnesis, examen físico y laboratorio. Esto significa que las cuatro cohortes evidenciaron un riesgo similar.

Los 40 pacientes evolucionaron en forma satisfactoria hacia la curación o mejoría, y no se presentaron efectos adversos vinculados a la antibioticoterapia.

Ninguno de los pacientes asistidos en domicilio requirió admisión por agravación de su enfermedad, ni nuevos exámenes, ni otros recursos terapéuticos.

El riesgo social, que constituía a priori una variable temida por los autores, pese a ser elevado no constituyó

un impedimento para un adecuado cumplimiento del tratamiento ni incidió en los resultados finales.

A ninguno de los pacientes que habían iniciado su tratamiento hospitalizados les fue suspendida la antibioticoterapia. Tuvieron una media de estadía de tres días, no requiriendo nueva admisión luego del alta a domicilio.

El tercer control de los 40 pacientes fue efectuado en domicilio, y en ese momento se otorgó el alta definitiva en base a criterios exclusivamente clínicos.

Trastornos del sueño, polipnea y foco de consolidación radiológico estuvieron presentes con igual frecuencia en el grupo de los hospitalizados y en los de seguimiento domiciliario. Estos factores, que a menudo inciden entre los pediatras en la decisión de hospitalización, no demostraron influir sobre la evolución (NS).

En el hospital fueron admitidos un número mayor de niños con anemia que los tratados en domicilio. Sin embargo, comparados entre sí los grupos de igual rango etario, esta diferencia no resultó estadísticamente significativa ( $p=0,17$  y  $p=0,12$ ). Si bien a la luz de estos resultados la anemia no constituyó un factor de riesgo para la asistencia domiciliar de la neumonía, sería preciso confirmarlo con un número mayor de pacientes.

El seguimiento de los pacientes en domicilio representa un pilar fundamental para detectar precozmente complicaciones o incumplimiento de los tratamientos.

Dado que en pacientes captados en emergencia es habitualmente imposible el seguimiento por los mismos pediatras, consideramos que el nexo entre el pediatra del DEP y el que efectúa el control domiciliario debe ser fluido, de modo que exista una estrategia única, con similares criterios y basada en parámetros comunes.

El manejo en domicilio con antibioticoterapia oral de los niños con neumonía aguda, respetando los criterios de inclusión aplicados en este estudio, demostró ser tan efectivo como el manejo hospitalario.

Esto permite evitar la hospitalización, con los riesgos que ésta implica y contribuye a un manejo más racional de las plazas disponibles, particularmente en el período del año en que ocurre la mayor demanda. Además mantiene al niño en su ambiente natural, evitando la distorsión del núcleo familiar.

El inconveniente del manejo domiciliario radica en la necesidad de efectuar controles por parte de un equipo

capacitado e integrado al equipo asistencial de la institución que capta los pacientes.

El concepto de que el medio social de donde proceden los pacientes es prioritario para decidir la hospitalización de niños con neumonía, debería ser sustituido por priorizar el seguimiento de dichos pacientes. Si bien fueron excluidos los niños procedentes de medios paupérrimos (Graffar clase V), los pacientes con riesgo social aún alto evolucionaron en forma igualmente satisfactoria controlados en domicilio.

Dado que nuestro primer objetivo fue cumplido, vale decir que es posible el manejo domiciliario de niños portadores de neumonía asistidos en áreas dependientes del MSP respetando los criterios de exclusión de este estudio; postulamos la implementación de un sistema de atención domiciliaria.

Este sistema debe basarse en:

- 1) evaluación inicial en el lugar de captación;
- 2) comunicación con un equipo receptor dependiente del Servicio de Salud de Asistencia Externa (SSAE), que reciba copia del resumen de egreso y que distribuya los controles a pediatras o médicos de familia;
- 3) realización de tres controles domiciliarios a las 24, 72 horas y décimo día, aplicando los criterios clínicos establecidos;
- 4) asegurar que las familias dispongan de un teléfono de contacto con el equipo de seguimiento.

## Conclusiones

De acuerdo a lo explicitado anteriormente, queda demostrado que es posible realizar tratamiento domiciliario de la neumonía presumiblemente bacteriana en niños con riesgo social, de entre 6 meses y 6 años aún presentando polipnea, trastornos del sueño y foco de consolidación radiológica, respetando los criterios de exclusión del presente estudio.

El éxito de este tratamiento reposa sobre un adecuado seguimiento realizado por profesionales capacitados y en relación con el equipo de captación y con las familias aplicando los mismos criterios de manejo.

Por lo expuesto, se propone la implementación de un sistema organizado para seguimiento domiciliario de niños con neumonía presumiblemente bacteriana que evitaría los riesgos que implica la hospitalización.

## Summary

In order to prove that it is possible to accomplish ambulatory treatment in the bearing children of pneumonia, dependent users of the Health Ministry Public and propose an organized system of domiciliary attention, was

accomplished a prospective, comparative and random study in forty children, both sexes, six month greats and minors of six years. Twenty were admitted to the hospital and twenty attended at home.

We included children with pneumonia bacterial presumably for judgement clinical and radiological.

To all the patients was accomplished clinic history, X-torax ray, CBC and blood cultures.

The admitted children, five year old smallers, received 300 mg/kg/day intravenous ampicillin and the 5 year old greats, 200.000 U/kg/day intravenous penicillin G in four daily doses. The children treated al home received 100 mg/kg/day amoxicillin v/o in three daily doses, during ten days.

All the patients were controlled to the second, fourth and tenth initiate days treatment.

The four cohorts were similar, no showing meaningful differences. Forty patients that they were followed by the same medical that captured them, didn't show meaningful deviation in the evolution.

The clinic evolution of both groups was similar, didn't search failures or complications. All the patients were cure or improvement without adverse effects evidence to the antibiotics used.

It is concluded that it is possible, observing established criterius, to accomplish treatment al home in the pneumonia bacterial presumably, in six month greater children and minors of six years, even with social risk, tachypnea, intercostal retractions and consolidation radiological. The succesful was soport to an appropriate outpatient management with trained professionals.

We propose an organized system outpatient assistance treatment in children with pneumonia, dependent users of Public Health.

**Key words:** PNEUMONIA  
RESIDENTIAL TREATMENT

## Bibliografía

1. **Sehabiague G, Lojo R, Moyal M et al.** Análisis epidemiológico de ingresos al hospital Pereira Rossell a través de un servicio de Urgencia en un período de un año. *Jornadas Uruguayas de Pediatría*, 18. Montevideo: 1989. Publicación oficial.
2. **Programa de atención domiciliaria.** El paciente es lo primero. *Boletín Asociación Española Primera de Socorros Mutuos*, 1996. Año 6. N° 31.
3. **Lepage P.** Are radiological and biological investigations useful for antibiotic treatment of pediatric community acquired pneumonia. *Ped Pulmonol Suppl* 1997; 16: 43-4.
4. **Sinaniotis CA.** Community acquired pneumonia: diagnosis and treatment. *Ped Pulmonol Suppl* 1999; 18: 144-5.
5. **Jadavji T, Law B, Lebel MH, et al.** A practical guide for the diagnosis and treatment of pediatric pneumonia. *Can Med Assoc J* 1997; 156: 5.
6. **Steele RW, Thomas MP, Kolls JK.** Current management of community acquired pneumonia in children: an algorithmic guideline recommendation. *Infect Med* 1999; 16(1): 46-52.
7. **Cortés L, Cobos Barroso N, Escribano Montaner A et al.**

- Protocolo del tratamiento de las neumonías en la infancia *An Esp Pediatr* 1999; 50: 189-95.
8. **Hortal M, Mogdasy C, Russi JC et al.** Microbial agents associated with pneumonia in children from Uruguay. *Rev Infect Dis* 1990; 12(8): 915-22.
  9. **Wubbel L, Muniz L, Ahmed A et al.** Etiology and treatment of community-acquired pneumonia in ambulatory children. *Ped Infect Dis J* 1999; 18: 98-104.
  10. **Vuori E, Peltola H, Kallio MJ, et al.** Etiology of pneumonia and other common childhood infections requiring hospitalization and parenteral antimicrobial therapy. *Clin Infect Dis* 1998; 27: 566-72.
  11. **Bellinzona G, Rubio I, Ascione A et al.** Infección respiratoria aguda en niños menores de 24 meses. El diagnóstico virológico integrado a la práctica clínica. *Rev Med Uruguay* 2000; 16: 18-23.
  12. **Alonso F, Guillén W, Napias G et al.** Neumopatías agudas: tratamiento antibiótico por vía oral en niños hospitalizados. *Arch Pediatr Uruguay* 1992; 63(1-4): 25.
  13. **Sitkewich A, Grumberg J.** Un método simplificado de clasificación social. Análisis de validez, reproducibilidad, simplificación y eficiencia operativa del método de M. Graffar. Adaptación para su aplicación a las características demográficas regionales. *Courier Centre International de l'enfance* 1981; Vol XXXI (5): 485-94.
  14. **Dean NC.** Use of prognostic and outcome assessment tools in the admission decision for community-acquired pneumonia. *Clin Chest Med* 1999; 3(20): 521-9.
  15. **Galiano A (coordinador).** Atención Pediátrica. Pautas diagnósticas, tratamiento y prevención. 5° ed. Montevideo: Oficina del libro AEM, 2000.

**Correspondencia:** Dra. Graciela Sehabiague.  
E-mail: [dptechp@chasque.apc.org](mailto:dptechp@chasque.apc.org)

## Premio anual "Archivos de Pediatría del Uruguay"

### Reglamento

1. Se instituye el **Premio Anual "Archivos de Pediatría del Uruguay"** el cual se entregará en la Asamblea Anual Ordinaria.
2. Se otorgarán dos premios a los mejores trabajos originales en el área de la pediatría, aceptados y publicados en Archivos de Pediatría del Uruguay en el curso del mismo año.
3. No serán considerados los casos clínicos ni los editoriales, temas de actualidad, puestas al día, etcétera, solicitados a los autores por el Comité Editorial. El Premio no podrá ser compartido con otro trabajo.
4. Se premiará al Mejor Trabajo, con la suma de US\$ 1.000 (mil dólares americanos), diploma para el/los autores del trabajo y la publicación del fallo del jurado en lugar destacado de la Revista.
5. En otra categoría, se premiará al Mejor Trabajo cuyos autores sean exclusivamente Médicos Residentes de Pediatría, con la suma de US\$ 500 (quinientos dólares americanos), diploma para el/los autores del trabajo y la publicación del fallo del jurado en lugar destacado de la Revista.
6. Participarán de los Premios todos los artículos que fueron aceptados por el Comité Editorial para su publicación en los números del año en curso, con exclusión de los mencionados en el apartado 3.
7. El jurado estará integrado por el Director y los Miembros del Comité Editorial de la Revista, el Presidente de la Sociedad Uruguaya de Pediatría o delegados respectivos que los representen. En caso de empate, serán convocados tres árbitros. El fallo en cualquier circunstancia será inapelable.
8. No podrá integrar el jurado ningún miembro que participe como autor en alguno de los trabajos seleccionados, por lo que será excluido y reemplazado por otro jurado designado por el Comité Editorial.
9. La elección del ganador de cada categoría se hará en base al puntaje obtenido por cada trabajo en función de ítems preestablecidos, entre los que figuran la originalidad, el interés general, la representatividad de la muestra utilizada, la metodología aplicada, la claridad de la redacción, la validez de las conclusiones y su impacto en la adquisición de nuevos conocimientos.
10. El/los autor/es ganador/es del Premio en cada categoría será/n informado/s inmediatamente del fallo del jurado y se fijará el lugar y fecha de entrega del premio correspondiente.
11. El Premio Archivos de Pediatría puede ser declarado desierto en sus dos categorías.