

LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

Equipo Directivo Secretaría Distrital de Salud

Alejandro Gómez López
Secretario Distrital de Salud

Eliana Hurtado Sepúlveda
**Subsecretaria de Servicios de Salud
y Aseguramiento**

Consuelo Peña Aponte
**Directora (e) de Provisión de
Servicio de Salud**

Equipo Directivo IETS

Adriana Robayo García
Directora Ejecutiva

Luz Mery Barragán González
**Subdirectora General y de
Operaciones**

Participantes

Referentes técnicos Secretaría Distrital de Salud

María Vargas Umaña
**Profesional Especializada
Dirección de Provisión de Servicios
de Salud**

Yaneth Girón Bolívar
**Profesional Especializada
Dirección de Provisión de Servicios
de Salud**

Pedro Barrera López
**Profesional Especializado
Dirección de Provisión de Servicios
de Salud**

Ricardo Durán Arango
**Profesional Especializado
Dirección de Provisión de Servicios
de Salud**

Beatriz Guerrero Africani
**Profesional Especializada
Dirección de Provisión de Servicios
de Salud**

Luis Cano Villate
**Profesional Especializado
Dirección de Provisión de Servicios
de Salud**

Derechos morales de autor

Ani Cortes Muñoz
Epidemióloga
Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud - IETS

Diana López Orozco
Epidemióloga
Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud - IETS

Adriana Rodríguez Cárdenas
Epidemióloga
Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud - IETS

Catalina Vásquez Sagra
Neumóloga-Pediatra
Experta clínica independiente

Expertos clínicos participantes en los paneles

Eduardo Acuña De La Rosa
Pediatra
Experto independiente

Uriel Barón Puentes
Pediatra neumólogo
Sociedad Colombiana de Pediatría
(SCP)

Sebastian Calderón Cárdenas
Pediatría y epidemiólogo
Experto independiente

María Castañeda Pulido
Terapeuta respiratoria y salubrista
pública
Colegio Colombiano de Terapeutas
Respiratorios (CCTR)

Marlen Catama Ramos
Enfermera
Organización Colegial de
Enfermería
(OCE)

Claudia Jiménez Villalobos
Terapeuta respiratoria
Fundación Colombiana para
Fibrosis Quística y Otras
Enfermedades Respiratorias
(FIQUIRES)

Marcela Murillo Galviz
Pediatra. Experta independiente

Carlos Paéz Mora
Terapeuta respiratorio y salubrista
público
Colegio Colombiano de Terapeutas
Respiratorios (CCTR)

Natalia Restrepo Centeno
Pediatra y neonatóloga
Sociedad Colombiana de Pediatría
(SCP)

Karen Rodríguez Carranza
Enfermera
Organización Colegial de
Enfermería
(OCE)

Fabio Rodríguez Morales
Pediatra epidemiólogo y salubrista público
Experto independiente

Santiago Ucrós Rodríguez
Pediatra neumólogo
Asociación Colombiana de Neumología Pediátrica (ACNP)

Gabriel Sifontes Rodríguez
Pediatría neumólogo
Experto independiente

Fuerza Ampliada

Juan Carlos Alzate Ángel
Experto Metodólogo
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

Adriana María García Pinzón
Diseñador Gráfico
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

Roselina Herrera Morales
Asistente Administrativo
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

Andrea Lara Sánchez
Especialista en participación y deliberación
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

Jeyson Javier Salamanca Rincón
Coordinador de Calidad y Gestión del Riesgo
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

Lorena Del Pilar Mesa Melgarejo
Experto Cualitativo
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS



Anamaria Ayala Acuña
Corrector de Estilo
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

Eliana Rodríguez Grande
Epidemióloga
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

Andres Mantilla Meluk
Corrector de Estilo
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

Sandra Bernal Piratoba
Asistente de participación
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

William Alfonso Bolívar Romero
Diseñador Gráfico
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Declaración de Conflicto de Intereses

Los autores declaran, bajo la metodología establecida por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS, que no existe ningún conflicto de interés invalidante de tipo financiero, intelectual, de pertenencia o familiar que pueda afectar el desarrollo de este lineamiento.

Derechos de autor

Los derechos patrimoniales de autor de este documento pertenecen única y exclusivamente a la Secretaría Distrital de Salud.





 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

TABLA DE CONTENIDO

1	OBJETIVOS.....	1
2	ALCANCE.....	1
2.1	Preguntas de investigación orientadoras.....	2
3	MARCO LEGAL.....	3
4	GLOSARIO.....	6
4.1	Abreviaciones.....	7
5	GENERALIDADES.....	8
5.1	Marco conceptual.....	8
5.2	Metodología.....	18
5.3	Lineamiento.....	21
6	ANEXOS.....	30
	Anexo 1. Metodología.....	30
	Anexo 2. Descripción de las condiciones de salud abordadas en el lineamiento.....	37
	Anexo 3. Informe participación panel de socialización de preguntas.....	64
	Anexo 4. Términos y bitácoras de búsqueda.....	68
	Anexo 5. Diagramas de flujo de la búsqueda, tamización y selección de evidencia.....	81
	Anexo 6. Listado de documentos incluidos y excluidos.....	84
	Anexo 7. Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos.....	90
	Anexo 8. Perfiles de evidencia GRADE.....	93
	Anexo 9. Síntesis de la evidencia.....	145
	Tabla 40. Documentos incluidos en la síntesis.....	145
	Anexo 10. Informe de participación panel de definición de lineamientos.....	200
	Anexo 11. Resultados votación de los lineamientos.....	210
7	BIBLIOGRAFIA.....	235
8	CONTROL DE CAMBIOS.....	245

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

1 OBJETIVOS

Objetivo general

Establecer acciones de orientación clínica a partir de la evidencia científica disponible, para la atención en salas ERA de niñas y niños en edad comprendida entre 3 meses y menos de 6 años, en primer nivel de atención en salud, en la ciudad de Bogotá D.C.

Objetivos específicos

1. Establecer los criterios clínicos (signos y síntomas) de ingreso a salas ERA en primer nivel de atención, en la ciudad de Bogotá, de niñas y niños en edad comprendida entre 3 meses y menos de 6 años, con sospecha de enfermedad respiratoria aguda (ERA).
2. Definir el proceso de manejo clínico (farmacológico y no farmacológico) en niñas y niños en edad comprendida entre 3 meses y menos de 6 años, con diagnóstico presuntivo de bronquiolitis, neumonía, laringotraqueitis o CRUP y crisis asmática, durante su permanencia en una sala ERA en el componente primario de prestación de servicios de salud del Distrito Capital.
3. Establecer los criterios clínicos (signos y síntomas) de egreso de salas ERA en primer nivel atención, en la ciudad de Bogotá, de niñas y niños en edad comprendida entre 3 meses y menos de 6 años, con sospecha de ERA.
4. Establecer las actividades de información para padres y cuidadores acerca del manejo durante y después de una estancia en sala ERA.



2 ALCANCE

Un lineamiento se define como una herramienta para consolidar y difundir las acciones o indicaciones a implementar frente a una situación de salud específica, teniendo como fundamento las mejores recomendaciones, experiencias y evidencia disponibles en la literatura.

Aspectos abordados en este lineamiento:

- Criterios de ingreso a salas ERA.
- Criterios de egreso de salas ERA.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

- Manejo de patología aguda específica en salas ERA¹ (farmacológico y no farmacológico) de máximo de 6 horas.

Personal al que está dirigido estos lineamientos

- Médicos generales y pediatras de salas ERA.
- Personal de salud de apoyo que operan en salas ERA: enfermeras, fisioterapia, auxiliares de enfermería, terapeutas respiratorios.
- Padres y cuidadores¹.

Aspectos no abordados

- Tratamiento farmacológico y no farmacológico de las condiciones fuera de salas ERA.
- Aspectos relacionados con cobertura y financiación.
- Indicaciones dirigidas a pacientes.
- Manejo de las complicaciones derivadas del tratamiento.
- Enfermedades concomitantes.

2.1 Preguntas de investigación orientadoras

Las preguntas de investigación orientadoras fueron elaboradas de acuerdo con la metodología descrita en el presente documento y corresponden a las siguientes:

1. ¿Cuáles son los criterios clínicos (signos y síntomas) para el ingreso a una sala ERA de un paciente con enfermedad respiratoria aguda?
2. ¿Cuál es la clasificación de enfermedad respiratoria que debe abordarse en una sala ERA en edad de 3 meses a menores de 6 años?

¹ Incluye pautas mínimas que los profesionales de salud debe dar a los padres o cuidadores sobre signos y síntomas, manejo farmacológico (al egreso y en el seguimiento).

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

3. ¿Cómo debe ser el manejo clínico (farmacológico y no farmacológico) en una sala ERA de un paciente con diagnóstico presuntivo de Bronquiolitis?
4. ¿Cómo debe ser el manejo clínico (farmacológico y no farmacológico) en una sala ERA de un paciente con diagnóstico presuntivo de laringotraqueítis o CRUP?
5. ¿Cómo debe ser el manejo clínico (farmacológico) en una sala ERA de un paciente con diagnóstico presuntivo de neumonía?
6. ¿Cómo debe ser el manejo clínico (farmacológico y no farmacológico) en una sala ERA de un paciente con diagnóstico presuntivo de crisis asmática (incluye síndrome bronco obstructivo)?
7. ¿Cuáles son los criterios clínicos (signos y síntomas) de egreso en salas ERA de pacientes con enfermedad respiratoria aguda?
8. ¿Qué profesionales de la salud deben estar a cargo del manejo de pacientes que ingresan a salas ERA con diagnóstico presuntivo de bronquiolitis, laringotraqueítis, neumonía y crisis asmática?

3 MARCO LEGAL

La creación e implementación de salas ERA están dadas bajo la normatividad nacional y regional para la priorización en salud del manejo de pacientes con Infección Respiratoria Aguda (IRA). En la



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Tabla 1 se detalla dicha normatividad.





 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Tabla 1. Normatividad relacionada con Salas ERA

Normatividad	Contenido
Ley 1751 de 2015	Garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección: acceso a servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad.
Ley 1804 de 2016	Establece políticas para el desarrollo integral de la primera infancia de cero a siempre: formular, implementar y evaluar políticas, planes, programas y proyectos para la promoción de la salud, gestión del riesgo en salud y gestión de la salud.
Resolución 429 de 2016	Adopta la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) la cual se fundamenta en la atención primaria en salud.
Resolución 3202 de 2016	Se adopta la Ruta integral de Atención en Salud (RIAS).
Resolución 3280 de 2018	Adopta los lineamientos técnicos y operativos de la RIAS para la promoción y mantenimiento de la salud y la RIAS para la población materno perinatal y se establecen las directrices para su operación.
Resolución 276 de 2019	RIAS: atención en salud por pediatría en niños en primera infancia.
Resolución 3100 de 2019 (1)	Se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.
Circular 023 de 2017	Fortalecer la vigilancia: prestadores de servicios de salud-salas de atención de ERA – Sala ERA y demás servicios con la atención de pacientes con IRA.
Circular 031 de 2018	Intensificar acciones de prevención, atención y el control de IRA.

Fuente de elaboración: propia.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

4 GLOSARIO

Aproximación GRADE :Sistema para calificar la calidad del cuerpo de la evidencia en revisiones sistemáticas y otras síntesis de evidencia, como evaluaciones de tecnologías en salud y guía. La aproximación GRADE ofrece un proceso transparente y estructurado para desarrollar y presentar los resúmenes de la evidencia, y la formulación de recomendaciones. Se puede utilizar para desarrollar guías de práctica clínica (GPC) y otras recomendaciones del área de la salud (p.ej. Salud pública, sistemas y políticas públicas y decisiones de cobertura en salud) (2).



Calidad metodológica o evaluación de riesgo de sesgo: Grado en que el diseño y la realización de un estudio probablemente hayan prevenido errores sistemáticos (sesgo). La variación de calidad puede explicar la variación en los resultados de estudios incluidos en una revisión sistemática. Los ensayos (de mejor calidad) diseñados con rigor presentan una mayor probabilidad de obtener resultados más próximos a la ‘verdad’. (Véase también validez externa y validez)(3).

Certeza de la evidencia: Se refiere a qué tanta confianza se puede tener en que el estimativo del efecto es adecuado para soportar una recomendación (4).

Diagrama PRISMA: En la síntesis de la evidencia permiten al lector comprender rápidamente los procedimientos básicos utilizados en una revisión y examinar el cribado y selección de estudios a lo largo del proceso de revisión (5).

Consenso: Acuerdo en un comité por coincidencia de opiniones. Dicho acuerdo puede ser parcial, o incluso puede no alcanzarse, por lo que las opiniones de los comités suelen referirse a mínimos éticos e incluir votos particulares con las opiniones discordantes. En el desarrollo del consenso surgen diversas formas de opinión de grupos en las que un grupo (o panel) de expertos interactúa para la evaluación de una intervención y la formulación de propuestas por votación u otro proceso, para llegar a un acuerdo general. Este proceso puede ser informal o formal y conlleva técnicas como la de grupo nominal y la Delphi. Sinónimo: métodos de consenso (3).



Guías de Práctica Clínica: Son estrategias que reflejan y sintetizan los avances tecnológicos y descubrimientos científicos, a fin de disminuir la variabilidad en la atención, mejorar su calidad, buscando que las prestaciones de los servicios en salud sean más racionales (6).

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Herramienta 7: Utilizada para la selección de Guías de Práctica Clínica candidatas a ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de la revisión sistemática de GPC (6).

4.1 Abreviaciones

AIEPI	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
CRUP	Laringotraqueobronquitis
ERA	Enfermedad Respiratoria Aguda
HFNC	Cánula nasal de alto flujo
IRA	Infección Respiratoria Aguda
LTB	Laringotraqueobronquitis
LTBP	Laringo-traqueo-bronconeumonía
SH	Solución salina hipertónica
SBOR	Síndrome bronco-obstructivo recurrente
SN	Solución salina estándar
VSR	Virus Sincitial Respiratorio

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

5 GENERALIDADES

5.1 Marco conceptual

La Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA), en especial la Infección Respiratoria Aguda (IRA), es considerada a nivel mundial una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. Afecta particularmente a los menores de cinco años, el cual es el grupo poblacional con mayor riesgo de morir por esta causa (7,8).

En Colombia, la IRA se ubica entre las tres primeras causas de mortalidad evitable en menores de cinco años (9), produciendo una demanda de asistencia en servicios de salud de entre un 30% y 50%, así como el 20% y 40% de las hospitalizaciones pediátricas en la mayoría de los países en vías de desarrollo (10).

De un lado, en los países desarrollados, entre ellos EEUU, hace varios años lograron bajar la frecuencia de casos de IRA que ameritan manejo hospitalario, y de la misma manera disminuyeron la mortalidad asociada con este tipo de patologías (11).

De otro lado, en los países con menor nivel de desarrollo, entre ellos los países latinoamericanos, no se ha logrado un adecuado control de las infecciones respiratorias que aún continúan demandando un esfuerzo importante de recursos en salud por parte del gobierno nacional y de las instituciones prestadoras de servicios en salud. No obstante, países como Chile, han logrado mejorar los indicadores de salud en comparación con otros países latinoamericanos, producto de un sistema de salud muy orientado en las actividades de prevención, promoción y trabajo comunitario, lo cual se ha reflejado en la disminución de las tasas de mortalidad infantil (12).

Tomando como referencia los importantes logros alcanzados por Chile, en el año 2004, Colombia desde el Distrito Capital, comenzó a trabajar en la línea de promoción, prevención y atención en ERA, teniendo como pilar fundamental la estrategia de salas ERA(12). Esta estrategia de atención brinda a niñas y niños menores de 6 años, con cuadro respiratorio agudo o con algún componente de dificultad respiratoria no complicada, un manejo ambulatorio de calidad, con esquemas terapéuticos básicos, sin requerimientos de una sala de observación en urgencias u hospitalización. En general, la atención en salas ERA no requiere una estancia de más de cuatro a seis horas para mejorar el cuadro respiratorio (13,14).

El manejo de casos tempranamente y de manera estandarizada, facilita el diagnóstico, la clasificación de la severidad y la identificación de factores de riesgo, lo que permite

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

racionalizar la hospitalización, el nivel de priorización, el uso de paraclínicos y otros medios diagnósticos. También optimiza el tratamiento, en particular el uso racional de antibióticos, broncodilatadores, esteroides, la terapia respiratoria y las medidas de higiene bronquial (15).

Este lineamiento hace parte del componente de intensificación de las acciones para la prevención, atención y el control de las enfermedades respiratorias agudas en niñas y niños entre 3 meses y los menores de 6 años, con cuadros de enfermedad respiratoria aguda, que pueden responder y mejorar bajo el manejo y las intervenciones realizadas por los profesionales de la salud en una sala ERA (16). La descripción detallada de las condiciones de salud abordadas en este lineamiento se presenta en el Anexo 1. Metodología

Conformación del grupo desarrollador

Se conformó un grupo desarrollador con profesionales del IETS y referentes técnicos de la Secretaría Distrital de Salud quienes formularon las preguntas orientadoras y aplicaron todo el proceso metodológico para el desarrollo del presente lineamiento. Adicionalmente, se convocaron expertos temáticos de las diferentes sociedades o asociaciones científicas relacionadas con el tema a abordar, quienes se encargaron de validar las preguntas orientadoras, realizaron aportes de literatura, brindaron el acompañamiento técnico en el proceso de elaboración del lineamiento y participaron en los consensos donde se generaron las respuestas para cada pregunta orientadora.



Los expertos temáticos convocados fueron profesionales de las siguientes áreas médicas:

- Médico especialista en neumología pediátrica
- Médico especialista en pediatría
- Profesional de enfermería
- Terapeuta respiratorio

Todos los integrantes del grupo desarrollador firmaron la declaración de conflictos de interés y acuerdos de confidencialidad que fue analizada por el Comité de conflictos de intereses, según la política de transparencia del IETS.

Construcción de preguntas de investigación orientadoras

Se configuraron y estructuraron ocho (8) preguntas de investigación orientadoras para que, a partir de sus respuestas, se pudiesen construir los lineamientos de orientación clínica para la atención en salas ERA de pacientes con enfermedad respiratoria aguda

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

desde los 3 meses hasta menores de 6 años. Los tópicos considerados para la construcción de las preguntas se basaron en los siguientes aspectos:

- Definición de la sala ERA.
- Manejo de 4 patologías en sala ERA bronquiolitis, CRUP y crisis asmática incluyendo síndrome broncoobstrutivo.
- El alcance para abordar la atención en sala ERA de acuerdo con cada patología incluida.
- Manejo terapéutico de cada patología abordada en sala ERA.
- Criterios de ingreso y egreso para sala ERA.

Refinamiento de las preguntas de investigación orientadoras

Se citó a los expertos a una reunión virtual, expertos delegados por las diferentes asociaciones científicas que los representan y que aceptaron ser parte del desarrollo de estos lineamientos. Además de expertos de instituciones prestadoras de servicios en salud con experiencia en el manejo de pacientes con enfermedad respiratoria aguda que pueden ser objeto de atención en sala ERA (el detalle de proceso de convocatoria de expertos se detalla en el **Anexo 1**), a los cuales se les invitó a comentar las preguntas orientadoras planteadas inicialmente y a compartir literatura que consideraran relevante para apoyar el proceso de revisión.

Preguntas de investigación orientadoras

Una vez generadas las preguntas de investigación y refinadas con los expertos temáticos, se generaron ocho (8) preguntas (Tabla 3) para que, a partir de la evidencia encontrada, se generarán los lineamientos técnicos para informar sobre orientación clínica para la atención en salas ERA de pacientes con enfermedad respiratoria aguda desde los 3 meses hasta menores de 6 años.

Tabla 3. Preguntas de investigación que orientaron el desarrollo del lineamiento

N° de pregunta	Pregunta
1	¿Cuáles son los criterios clínicos (signos y síntomas) para el ingreso a una sala ERA de un paciente con enfermedad respiratoria aguda?
2	¿Cuál es la clasificación de enfermedad respiratoria que debe abordarse en una sala ERA en edad de 3 meses a menores de 6 años?

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

3	¿Cómo debe ser el manejo clínico (farmacológico y no farmacológico) en una sala ERA de un paciente con diagnóstico presuntivo de Bronquiolitis?
4	¿Cómo debe ser el manejo clínico (farmacológico y no farmacológico) en una sala ERA de un paciente con diagnóstico presuntivo de laringotraqueítis o CRUP?
5	¿Cómo debe ser el manejo clínico (farmacológico y no farmacológico) en una sala ERA de un paciente con diagnóstico presuntivo de neumonía?
6	¿Cómo debe ser el manejo clínico (farmacológico y no farmacológico) en una sala ERA de un paciente con diagnóstico presuntivo de crisis asmática (incluye síndrome bronco obstructivo)?
7	¿Cuáles son los criterios clínicos (signo y síntomas) de egreso en salas ERA de pacientes con enfermedad respiratoria aguda?
8	¿Qué profesionales de la salud debe a cargo del manejo de pacientes que ingresan a salas ERA con diagnóstico de bronquiolitis, laringotraqueítis, neumonía, síndrome bronco-obstructivo y crisis asmática?

Fuente: elaboración propia.

Búsqueda y síntesis de la literatura



Para identificar estudios y documentos relevantes que respondieran a las preguntas orientadoras planteadas, se realizaron búsquedas sistemáticas de la literatura.

En una primera etapa, la búsqueda se enfocó en Guías de Práctica Clínica (GPC) y Revisiones Sistemáticas de la Literatura (RSL), en caso de que las preguntas no se respondieran a partir de este tipo de estudios, se realizaron búsquedas de estudios primarios. Las búsquedas se realizaron en Medline vía PubMed, Embase, en la biblioteca de Cochrane, en Lilacs a través de la Biblioteca Virtual en Salud del Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud, Epistemonikos, y en Google. Adicionalmente, se buscó en los sitios de organismos desarrolladores y compiladores de GPC internacionales. Estas búsquedas se complementaron con una búsqueda de publicaciones adicionales empleando la metodología en “bola de nieve” y con los documentos aportados por los expertos temáticos. Se generó un reporte de la búsqueda para garantizar la reproducibilidad y transparencia del proceso.

La segunda etapa, estuvo orientada a la búsqueda de estudios primarios, para responder a las preguntas que no tenían respuesta desde GPC o RSL.

Criterios de elegibilidad de la literatura

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Se incluyeron todos los documentos que podían responder de forma parcial o completa a las preguntas de investigación previamente descritas. En este punto, se consideraron:

Criterios de inclusión:



- Artículos científicos tipo RSL de ensayos clínicos controlados o estudios observacionales.
- Guías de práctica clínica (GPC) y protocolos clínicos para manejo de bronquiolitis, CRUP, neumonía y crisis asmática en paciente menores de 6 años.
- Ensayos clínicos, estudios de cohortes, casos y controles o series de casos de pacientes menores de 6 años con bronquiolitis, CRUP, neumonía y crisis asmática
- Documentos técnicos.
- Documentos en inglés, español o portugués.
- Artículos científicos disponibles en texto completo.
- Temporalidad: para el caso de GPC y RSL se obtuvieron de los últimos 5 años, en caso de búsqueda de estudios primario, no se restringió el tiempo.

Criterios de exclusión

- Se excluyeron los resúmenes de congresos, comunicaciones breves y cartas al editor.
- Estudios publicados exclusivamente en formato de resumen no fueron elegibles debido a que la información reportada era insuficiente para evaluar su calidad metodológica. Adicionalmente, es posible que los resultados de los estudios, además de estar incompletos, pudiesen cambiar significativamente entre la publicación preliminar y la definitiva.

Tamización de referencias y selección de documentos

Los artículos y documentos identificados, a través de las búsquedas, fueron cargados en formato CSV a la herramienta electrónica *Rayyan*® para eliminar los duplicados, posteriormente, dos revisores (AR y DL) de manera independiente, llevaron a cabo la tamización de documentos, mediante la lectura de los títulos y resúmenes. Los dos revisores actuaron de manera independiente. Los estudios que cumplieron con los criterios de inclusión fueron incorporados en el análisis, las discrepancias se

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

discutieron entre ellos y, cuando no fue posible llegar a un acuerdo, se recurrió a un tercer revisor.

Aquellos documentos incluidos en el paso anterior fueron evaluados por duplicado por los mismos revisores mediante la lectura del texto completo y seleccionados en caso de cumplir los criterios inclusión.

Las GPC fueron sometidas a una tamización secundaria utilizando la herramienta 7 para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano (1) y si alguna de las respuestas a las preguntas era negativa, se excluía la guía, en caso contrario se sometía a valoración por *AGREE-II*.

Evaluación de la calidad metodológica de los documentos incluidos



Teniendo en cuenta el tipo de documento seleccionado, se realizó una valoración de la calidad metodológica o riesgo de sesgo así:

- Revisiones sistemáticas: *ROBIS* (62).
- Guías de práctica clínica: inicialmente con la herramienta 7 de la Guía metodológica Adopción - Adaptación de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia del MSPS y del IETS (63) y si todas las respuestas en esta herramienta eran positivas, se evaluaba formalmente utilizando la herramienta *AGREE-II* (64).
- Estudios experimentales: herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane en su primera versión (*ROB-1*) (65).

Se consideró la inclusión de RSL y de GPC según su calidad de la siguiente manera: las RSL a incluir serían aquellas con bajo riesgo de sesgo utilizando la herramienta *ROBIS* (62) y en las GPC serían aquellas con un porcentaje de 60% o más en los dominios 3 y 6 del *AGREE-II*.

Extracción de información

Dos revisores (AR y DL) realizaron la extracción de la información a partir de las publicaciones originales de los documentos seleccionados. Este proceso se enfocó en los contenidos presentados como recomendaciones, indicaciones, orientaciones, lineamientos y consejos, en consonancia con las preguntas orientadoras y el alcance del lineamiento.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

El formato de extracción tuvo en cuenta las siguientes variables: autor, año, tipo de estudio, título, origen de la publicación, pregunta orientadora que responde, hallazgos principales, resultado de calidad metodológica, certeza o calidad de la evidencia y financiación. Esta información se presenta en detalle por cada pregunta en el Anexo 7.

Consenso de Expertos

Metodología del Consenso

Se realizó un consenso formal de expertos (CFE), con la metodología modificada Delphi descrita en la Guía metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano.



Se reunió a un grupo de personas con experiencia, habilidad o determinados conocimientos científicos, técnicos y prácticos en la atención integral de pacientes con enfermedad respiratoria aguda en sala ERA para así adoptar una decisión de común acuerdo empleando métodos sistemáticos y procesos estructurados (66).

Desarrollo del consenso de expertos

El consenso de expertos se desarrolló en modalidad virtual (sincrónica y asincrónica) e inició con la presentación de los participantes y la declaración de sus conflictos de intereses y consentimientos para la grabación de la sesión. Posteriormente, se realizó una introducción general a la temática del lineamiento y la lectura de los objetivos y alcances. Mediante un proceso de discusión en rondas, se mostró a los expertos la metodología realizada para la búsqueda de la literatura y, en cada una de las seis preguntas, se presentaron los estudios o documentos encontrados para responderlas y una propuesta de lineamiento.

Bajo la moderación de un facilitador, encargado de la coordinación de la discusión en torno a las ideas presentadas para cada pregunta, se determinó una ruta de trabajo para su desarrollo y la votación para lograr consenso de la siguiente manera:

1. Presentación de la pregunta orientadora.
2. Presentación de la evidencia consultada.
3. Presentación de propuesta preliminar del lineamiento.
4. Consenso y/o discusión: cada experto planteaba su punto de vista relacionado con el lineamiento propuesto y se discutía en torno a estos comentarios.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

5. Ajustes del lineamiento en caso de que los hubiera.
6. Votación.
7. Resultados de la votación.
8. Replanteamiento del lineamiento en caso de no alcanzar acuerdo.
9. Nueva votación.



En cada ronda de discusión, los expertos de forma individual analizaron y calificaron cada uno de los lineamientos mediante una votación on-line anonimizada, utilizando una escala Likert entre uno (1) y nueve (9) donde 1 era “Totalmente en desacuerdo” y 9 “Totalmente de acuerdo (Figura 117), teniendo en cuenta tanto la experiencia clínica como la evidencia científica disponible.

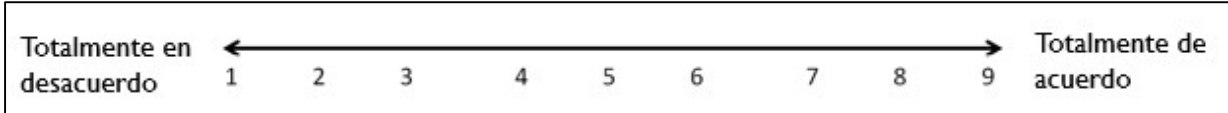
Posteriormente, se realizó el análisis de la votación presentando los resultados obtenidos al grupo de expertos, analizados en términos de porcentaje y mediana con un intervalo de confianza (IC) del 95%. Las posibilidades de resultado se interpretaron de la siguiente manera:

- Los puntajes entre 7 y 9 de más del 80% de los expertos y/o una mediana de 8 IC95% entre 7 y 9 (se consideraban válido pasar alguna de las dos opciones): se aprobaba el lineamiento.
- Los puntajes entre 1 y 3 de más del 80% de los expertos y/o una mediana de 2 IC95% entre 1 y 3 (se consideraban válido pasar alguna de las dos opciones): no se aprobaba el lineamiento.
- En los casos en que no se alcanzó alguna de las dos condiciones anteriores se replantearon los lineamientos mediante una discusión en una segunda ronda con el grupo de expertos, quienes tuvieron la posibilidad de reestructurar los puntos críticos y volver a realizar la votación. Hasta no lograr el consenso en la pregunta, no se pasó a la siguiente.

Los resultados de las votaciones se procesaron, analizaron y presentaron a los expertos mediante el uso del software Stata v17.

Figura 1. Escala usada para el proceso de votación.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				



Fuente: Guía metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano. Bogotá 2010(66).

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Anexo .

5.1.1 Antecedentes

La resolución 3100 de 2019 define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud(1).

De acuerdo con la Resolución 3100 de 2019, la Sala ERA a nivel institucional puede hacer parte del servicio de consulta externa o de urgencias. Para esto se debe definir un espacio donde se disponga de los insumos necesarios para brindar soporte en el manejo ambulatorio a los pacientes con cuadro respiratorio agudo o con algún componente de dificultad respiratoria no complicado y que no requiere hospitalización (17).



Las salas ERA son una estrategia de atención primaria en salud (APS) en la cual se atiende de manera oportuna los casos de enfermedad respiratoria aguda en personas que no requieren una estancia mayor de 4 a 6 horas en instituciones prestadoras de servicios de salud que hacen parte del servicio de consulta externa o de urgencias(17).

Pueden estar organizadas para niños con diferentes tipos de enfermedad respiratoria, implementada por el prestador de acuerdo con el volumen de consulta por enfermedad respiratoria aguda o la gestión de riesgo que se establezca. Sin embargo, según las circulares vigentes que buscan disminuir la morbilidad y mortalidad por Infección IRA (Circular 023 de 2017 y Circular 005 de 2020), los aseguradores y prestadores de servicios de salud deben desarrollar estrategias para la atención de la IRA en los niños menores de 5 años.

Adicionalmente, ante la pandemia por COVID-19 se considera una estrategia preferiblemente para población infantil con síntomas respiratorios leves o moderados con estancias cortas para evitar la congestión de los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa por patología respiratoria no complicada (2).

En la sala ERA, son atendidos aquellos pacientes con cuadros clínicos respiratorios que según el criterio médico: sean mayores de 2 meses de edad; presenten dificultad respiratoria de leve intensidad, que requiera suministro de oxígeno a menos de 1 litro por minuto por cánula nasal para lograr saturación de oxígeno adecuada para la altitud; no presenten ningún signo de gravedad ni de peligro (vomita todo, no come nada, alteración de la conciencia, convulsiones); no tengan factores de riesgo que le

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

generen connotación de gravedad a cualquier episodio de dificultad para respirar así sea de leve intensidad (bajo peso al nacer, prematurez, desnutrición, esquema de vacunación incompleto, entre otros); estén en capacidad de ingerir líquidos vía oral, sin necesidad de administración de líquidos intravenosos; requieran atención por un período breve (máximo 6 horas), para lograr una respuesta satisfactoria y deban usar medicación convencional y continuar con su tratamiento controlado (17,18).

En particular, los pacientes entre 2 y 3 meses de edad son atendidos en las salas ERA si presentan un cuadro respiratorio agudo no mayor de diez días, sin dificultad respiratoria y sin signos de gravedad según AIEPI (vomita todo, no come nada, evidencia alteración de la conciencia, convulsiones y/o apnea). En este grupo etario, es necesaria la valoración por pediatra en caso de contar con uno en la institución, para que evalúe el riesgo y decida el criterio de ingreso a salas ERA. Si no se cuenta con un especialista en la institución, deben ser manejados en un servicio de observación u hospitalización en un nivel complementario y no en la sala ERA, por el alto riesgo de complicaciones (18).



Además, se cuenta con salas ERA institucionales y con salas ERA funcionales. Por un lado, las salas ERA institucionales o permanentes son usadas por las instituciones de salud que manejan un alto volumen de niños con ERA, las cuales se encuentran ubicadas en un servicio de urgencias o de consulta prioritaria, con áreas dedicadas exclusivamente a la atención de estos casos y disponibilidad de terapeuta respiratoria o una enfermera las 24 horas. Por otro lado, las salas ERA funcionales o temporales presentes por la adecuación de áreas dispuestas para otras funciones y usadas por instituciones de salud con poco número de niños diagnosticados con ERA en las que no es necesario tener un área especial dedicada para la atención de estos casos, cuentan con profesionales de la salud adecuadamente capacitados para aplicar las guías de manejo definidas, e insumos necesarios para una adecuada atención en salud (18,19).

5.2 Metodología

La descripción completa de la metodología se encuentra disponible en el Anexo 1. El desarrollo del presente lineamiento/protocolo incluyó las siguientes fases:

5.2.1 Construcción de preguntas de investigación orientadoras del lineamiento:



a lo largo de encuentros entre los referentes de la Ruta Integral de

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Atención en Salud (RIAS) correspondiente, referentes de la Secretaria Distrital de Salud y el grupo desarrollador de estos lineamientos (Anexo 1), se plantearon preguntas y el alcance inicial, los cuales fueron validados en una reunión que contó con la participación de expertos clínicos de las Subredes Integradas de Servicios de Salud - ESE, de la ciudad de Bogotá D.C. y representantes de sociedades de pacientes, entre otros. En la reunión, se discutieron, ajustaron y consensuaron las preguntas de investigación orientadoras definitivas.



5.2.2 Búsqueda y selección de la evidencia: para identificar estudios y documentos relevantes, que respondieron a las preguntas de investigación orientadoras planteadas, se realizó una búsqueda sistemática de literatura, de acuerdo con lo propuesto por el Manual para la elaboración de evaluaciones de efectividad, seguridad y validez diagnóstica de tecnologías en salud del IETS. Se consultaron las bases de datos electrónicas Medline, Embase, Cochrane, Epistemonikos y Lilacs. Adicionalmente, se realizó la búsqueda de literatura gris a través de Google Académico. Se realizó una búsqueda general para identificar Guías de Práctica Clínica (GPC) publicadas durante los últimos 5 años y otra búsqueda para identificar Revisiones Sistemáticas de la Literatura (RSL). Cuando fue necesario, se realizaron búsquedas independientes de revisiones sistemáticas para cada pregunta. En el Anexo 2 se presentan los algoritmos de búsqueda utilizados por cada base de datos (diagramas PRISMA); en el Anexo 5, el diagrama de flujo de la búsqueda, tamización y selección de evidencia y en el Anexo 4, el listado de documentos incluidos y excluidos.

5.2.3 Evaluación de la calidad metodológica de los documentos incluidos y perfiles de evidencia tablas GRADE: las GPC seleccionadas se calificaron en su calidad metodológica en la plataforma del instrumento *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE) plus*. Este instrumento califica las guías teniendo en cuenta seis dominios (Tabla 11). Se incluyeron aquellas GPC que alcanzaron mínimo el 60% en el dominio tres y seis, correspondientes al rigor de desarrollo e independencia respectivamente. Ver

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Anexo 5.

Las RSL se calificaron con el instrumento Risk of Bias of Systematic Reviews (RoBIS) que clasifica estos estudios de acuerdo con el riesgo de sesgo como bajo, poco claro y alto. Se incluyeron las RSL con riesgo de sesgo bajo. Los detalles de esta valoración se presentan en el

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Anexo 5. A la evidencia proveniente de las RSL incluidas, se les calificó la certeza de la evidencia para cada uno de los hallazgos reportados mediante la plataforma de la herramienta Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) siendo clasificada la evidencia como alta, moderada, baja y muy baja. Esta información se puede consultar en el Anexo 6.

5.2.4 Síntesis de la evidencia: a partir de las referencias seleccionadas, se resumió la evidencia que daba respuesta a cada una de las preguntas de investigación orientadoras. El detalle de esta síntesis se presenta en el Anexo 7.

5.2.5 Definición de lineamiento: inicialmente el grupo desarrollador, con base en la mejor evidencia disponible y la experiencia del experto clínico del grupo desarrollador, organizó la información que se consideró relevante y se formuló el lineamiento/protocolo preliminar para cada pregunta. Estos lineamientos preliminares se llevaron a una reunión de consenso formal en la cual participaron expertos clínicos, representantes de las sociedades de pacientes y demás actores que serán impactados por el lineamiento/protocolo. Esta información se presenta detallada en el anexo 9. Luego de discusiones clínicas entre los asistentes sobre los lineamientos/protocolo y luego de incluir todos los ajustes que se consideraron pertinentes por los asistentes, el lineamiento/protocolo para cada pregunta se votó en una escala de acuerdo de 1 a 9. Se consideró consenso para el lineamiento/protocolo de cada pregunta cuando la mediana de la votación estuvo entre 7 y 9. Esta información se presenta en el anexo 10.



5.3 Lineamiento

Pregunta orientadora 1.

¿Cuáles son los criterios clínicos (signos y síntomas) para el ingreso a una sala ERA de un paciente con enfermedad respiratoria aguda?

Los criterios de ingreso a una sala ERA deben ser basados en los signos y síntomas del paciente y cualquiera de los siguientes:

- Signos y síntomas presuntivos de enfermedad respiratoria:

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

- Sibilancias, roncus y crépitos en la auscultación torácica (pueden presentarse una o varias).
 - Tos.
 - Disnea
 - Sensación de opresión torácica
 - Síntomas de crisis asmática de frecuencia e intensidad variable
 - Taquipnea o signos de dificultad respiratoria leve.
 - Rinorrea
- Pacientes entre 3 meses y menores de 6 años de edad.
- Pacientes que ingresan a salas ERA con cuadros respiratorios agudos no mayor de quince días, dificultad respiratoria leve o moderada (en casos de crisis asmática), sin signos de gravedad² o pacientes con cuadros crónicos agudizados.
- Requerir ingresar a una sala ERA, a juicio del médico por un período breve (máximo 6 horas), para lograr una respuesta satisfactoria (paciente no canalizado).

Los pacientes con las siguientes características no deben ingresar a sala ERA

- Menores de 3 meses o mayores de 6 años, salvo crisis asmática que serán objeto de atención hasta los 11 años (de acuerdo RIA).
- Pacientes con antecedente de prematurez y/o con un peso al nacer menor a 2500 gramos (en los primeros 6 meses de vida).
- Pacientes con antecedentes de: enfermedades congénitas, cardiovasculares o pulmonares, displasia broncopulmonar, fibrosis quística, inmunodeficiencias, trasplantes, enfermedad neuromuscular, neurodegenerativa de la niñez u otra enfermedad neurológica severa.
- Que el paciente necesite más de un litro de oxígeno para saturar 90%³.

² Signos de gravedad o de peligro: vomitar todo, no comer nada, alteración de la conciencia, convulsiones, presencia de apneas.

³ Para este criterio, tenga en cuenta las condiciones en la ciudad de Bogotá (Tabla 2).



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Tabla 2. Límite inferior normal de la SatO2 a la altura de Bogotá por rangos de edad

Edad	Vigilia	Sueño
0 – 4 meses	88%	86%
4 – 12 meses	90%	90%
1 – 10 años	92%	90%



Fuente: tomado de Ucros et al (20–23).

Pregunta orientadora 2.

¿Cuál es la clasificación de enfermedad respiratoria que debe abordarse en una sala ERA en edad de 3 meses a menores de 6 años?

- La clasificación de enfermedad respiratoria que debe abordarse en una sala ERA, en pacientes con edad de 3 meses a menores de 6 años, de acuerdo con diagnóstico presuntivo, corresponde a:
 - Crisis asmática, síndromes broncoobstructivos agudizados: leve y moderada.
 - Neumonía: leve o no grave.
 - CRUP: leve o moderado.
 - Bronquiolitis: leve (desde los 3 meses hasta los 6 meses) y moderada (6 meses hasta 2 años).
- Dependiendo de los signos y síntomas, la clasificación del síndrome respiratorio puede realizarse así:
 - Crisis asmática y síndrome broncoobstructivo agudizado: dependiendo de los signos y grado de obstrucción al flujo aéreo, se puede tener en cuenta el índice pulmonar⁴ y su interpretación: 0-3 crisis leve, 4-6 moderada a leve, 7- 9 grave.
 - Neumonía: clasificación de acuerdo con signos y síntomas respiratorios neumonía muy grave, neumonía grave y neumonía de manejo ambulatorio.

⁴ Siempre se debe usar una escala para realizar la clasificación de severidad.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

- CRUP: escala de Westley, que establece una puntuación de 0 a 17 entre los siguientes factores: estridor, tiraje, ventilación, cianosis y nivel de conciencia, puntajes 0-4: leve; 5-6: leve a moderada; 7-8: moderada y más de 9: grave.
- Bronquiolitis: para bronquiolitis se han establecido diferentes escalas para clasificar su severidad (Wood-Dawes-Ferres modificada, ESBA, escala TAL, Bronchiolitis Severity Score (BSS) y Paediatric Early Warning Score (PEWS)), por lo que es pertinente usar la escala de preferencia pero que esté validada para este uso.

Pregunta orientadora 3.

¿Cómo debe ser el manejo clínico (farmacológico y no farmacológico) en una sala ERA de un paciente con diagnóstico presuntivo de Bronquiolitis?

Tratamiento no farmacológico

- Puede realizar lavado nasal en pacientes con bronquiolitis con o sin dificultad respiratoria con el fin de evitar la obstrucción de la vía aérea superior.
- No realizar técnicas de vibropercusión ni aspiración de las vías aéreas superiores con sonda en pacientes con bronquiolitis que ingresen en salas ERA.

Nota: para el lavado nasal, no utilizar jeringas a presión con solución salina, se pueden utilizar frascos de spray nasal.

Tratamiento farmacológico

En el manejo farmacológico de niños con diagnóstico presuntivo de bronquiolitis considere:

- Administrar suplementos de oxígeno (oxigenoterapia por cánula nasal convencional de hasta 1 L/min para mantener las saturaciones de oxígeno) en pacientes con bronquiolitis si su saturación de oxígeno es menor de 86-90%⁵

⁵ Este rango se considera debido a las particularidades de altura de la ciudad de Bogotá, (Tabla 2).

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

- No usar como tratamiento farmacológico en salas ERA: antibióticos, solución salina hipertónica, adrenalina (nebulizada), salbutamol⁶, montelukast, bromuro de ipratropio, corticosteroides sistémicos o inhalados, una combinación de corticosteroides sistémicos y adrenalina nebulizada.

Pregunta orientadora 4.

¿Cómo debe ser el manejo clínico (farmacológico y no farmacológico) en una sala ERA de un paciente con diagnóstico presuntivo de laringotraqueítis o CRUP?

Tratamiento no farmacológico



- Niño en ambiente tranquilo: no quitárselo a la mamá, evitar que llore (el estrés del niño agudiza los síntomas).
- Administrar líquidos vía oral.

Tratamiento farmacológico

- El tratamiento de primera línea en los pacientes con CRUP leve es dexametasona intramuscular en bajas dosis de 0.15mg/kg – 0.3mg/kg.
- CRUP moderado: dexametasona intramuscular de 0.15mg/kg a 0.3 mg/kg y adicionar manejo con adrenalina nebulizada 0.5 ml/kg/dosis o considerar budesónida en el caso de que existan contraindicaciones o intolerancia a la adrenalina nebulizada.
 - Dosis máxima de levo-adrenalina nebulizada en una sala ERA: adrenalina estándar (adrenalina L), dosis de 3-5 mg (2,5-5 ampollas) o 0,5 ml/kg (máximo 5 viales) disuelta con suero fisiológico dependiendo la máscara de nebulización.

Nota: Budesónida: considerar en los casos en que haya intolerancia a la adrenalina

⁶ Considerar de manera individualizada una prueba terapéutica (con bronco-dilatador en niños lactantes mayores de 12 meses con bronquiolitis) si hay evidencia de sibilancias recurrentes o sospecha de asma.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

(pacientes con hipertiroidismo, hipertensión, taquicardia, cardiopatías, arritmias) o en presencia de limitaciones para su uso.

Pregunta orientadora 5.

¿Cómo debe ser el manejo clínico (farmacológico) en una sala ERA de un paciente con diagnóstico presuntivo de neumonía?

Tratamiento no farmacológico

- Administrar líquidos vía oral.
- Lavados nasales para desobstruir las vías aéreas superiores.
- Desaconsejar (disuadir) el uso de jarabes para la tos.

Tratamiento farmacológico

En el manejo farmacológico de niños con diagnóstico presuntivo de neumonía leve o no grave en salas ERA, considere:

- Controlar la fiebre: Acetaminofén 10-15 mg/Kg/dosis cada 6 horas, máximo 500mg por dosis.
- Iniciar tratamiento con antibióticos lo antes posible después de establecer un diagnóstico de neumonía.
- El antibiótico de elección es amoxicilina a 90mg/kg/día dividido en 2-3 dosis como antibiótico oral por 5 días.
- Como alternativa a la amoxicilina se podría usar claritromicina 15mg/kg/día dividido en 2 dosis en casos de alergia a la penicilina por 5 días.

Pregunta orientadora 6.

¿Cómo debe ser el manejo clínico (farmacológico y no farmacológico) en una sala ERA de un paciente con diagnóstico presuntivo de crisis asmática (incluye síndrome bronco obstructivo)?

Tratamiento no farmacológico

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

- No se recomienda terapia respiratoria mientras el paciente tenga signos de obstrucción bronquial.
- Educar en identificar y evitar los factores desencadenantes de la crisis de asma y las alternativas para evitarlos.
- Lavados nasales para desobstruir las vías aéreas superiores.

Tratamiento farmacológico



En el manejo farmacológico de niños con diagnóstico presuntivo de crisis asmática considere:

- Usar de manera temprana la prednisolona de 1 mg/kg (hasta un máximo de 50 mg) cada 24 h durante 3-5 días.
- Iniciar salbutamol, a través de un inhalador de dosis medida con inhalocámara, de 2 a 4 inhalaciones cada 10-20 min durante la primera hora para crisis leve o moderada. Según la respuesta, disminuir progresivamente la frecuencia hasta dar de alta, teniendo en cuenta que la estancia máxima de un paciente en sala ERA es de 6 horas. Esta dosis se debe según la gravedad y ajustar según la respuesta del paciente.
- En caso de no respuesta al salbutamol durante la primera hora, considere usar bromuro de ipratropio, a través de inhaladores de dosis medida con inhalocámara.
- Como una alternativa a la presentación de la prednisolona en tabletas, se puede utilizar jarabe en niños con peso inferior a 10 kilos.

Pregunta orientadora 7.

¿Cuáles son los criterios clínicos (signos y síntomas) de egreso en salas ERA de pacientes con enfermedad respiratoria aguda?

- Pacientes que están clínicamente estables (evaluar la presencia de dificultad respiratoria antes del egreso).
- Pacientes con adecuada tolerancia a la vía oral.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				



- Pacientes que han mantenido una saturación de oxígeno durante 4 horas (incluidos períodos de sueño) mayor del 86-90%⁷.

Si un paciente va a realizar el egreso de la sala ERA es importante:

- Ofrecer educación a los cuidadores sobre:
 1. Cómo evitar que el niño se enferme, cómo cuidarlo en casa si está enfermo y cómo detectar signos de alarma para consultar urgencias.
 2. Educar a los padres acerca de la continuidad de los medicamentos en casa (dosis e intervalos).
 3. Educar a los pacientes, padres y cuidadores en la técnica de inhalación de los inhaladores de dosis medida con inhalocámara y cómo lavar la inhalocámara.
 4. Fomentar la lactancia materna (en los casos que aplica) por sus numerosos beneficios, entre ellos un efecto protector potencial en relación con el asma precoz.
 5. Fomentar la vacunación completa.
 6. Disuadir sobre el consumo de tabaco en áreas cerradas y ofrecer consejería breve a cuidadores que fumen porque aumenta el riesgo de síntomas graves.
 7. Educar en identificar y evitar los desencadenantes de la crisis de asma: los ácaros del polvo, los animales domésticos² o los alérgenos alimentarios aislados.
 8. Incluir un plan de acción personalizado escrito para el asma y estar respaldado por una revisión profesional regular (incluir plan de acción).
 9. Programar consulta de seguimiento conformada por 2 citas:
 - 1ra consulta: telefónica en las próximas 24 a 48 horas.
 - 2da consulta presencial: dentro de los 5 días siguientes al egreso de la sala ERA.
 10. Se deben considerar intervenciones de pérdida de peso (incluidos los programas dietéticos y los basados en el ejercicio) para niños con sobrepeso y obesidad con asma para mejorar el control del asma.

²**Nota:** los profesionales sanitarios no deben ofrecer consejos sobre la tenencia de animales de compañía como estrategia para prevenir el asma infantil.

⁷ Nota: tener en cuenta los parámetros de la ciudad de Bogotá (ver Tabla 1)



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

- Proporcionar información sobre los signos y síntomas de gravedad del cuadro clínico del paciente y pautas mínimas de manejo para que los padres y cuidadores tengan como referencia:
 1. Empeoramiento del trabajo respiratorio (por ejemplo, sibilancias, aleteo nasal, marcada disminución de la capacidad torácica y aumento de las respiraciones en un minuto).
 2. La ingesta de líquidos es del 50% al 75% comparado con lo normal o no moja el pañal durante 12 horas.
 3. Apnea o cianosis.
 4. Agotamiento (por ejemplo, no responde normalmente a las señales sociales, se despierta solo con estimulación prolongada).
 5. Educar en el manejo y control de la fiebre.
 6. Alimentación igual.
 7. Lavado de manos.
 8. Desaconsejar el uso de jarabes para la tos.
 9. Realizar lavado nasal para desobstruir las vías aéreas superiores.

Pregunta orientadora 8.

¿Qué profesionales de la salud deben estar a cargo del manejo de pacientes que ingresan a salas ERA con diagnóstico presuntivo de bronquiolitis, laringotraqueítis, neumonía y crisis asmática?

- Todas las salas ERA deben contar con personal de salud capacitado en el manejo y educación de pacientes con sintomatología respiratoria entre 3 meses y los niños menores de 6 años de edad.
- El personal mínimo con el que debe contar una sala ERA es:
 - Médico
 - Enfermera
 - Terapeuta respiratoria o fisioterapeuta
 - Auxiliar de enfermería entrenada y supervisada por un profesional de enfermería

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

6 ANEXOS

Anexo 1. Metodología

Conformación del grupo desarrollador

Se conformó un grupo desarrollador con profesionales del IETS y referentes técnicos de la Secretaría Distrital de Salud quienes formularon las preguntas orientadoras y aplicaron todo el proceso metodológico para el desarrollo del presente lineamiento. Adicionalmente, se convocaron expertos temáticos de las diferentes sociedades o asociaciones científicas relacionadas con el tema a abordar, quienes se encargaron de validar las preguntas orientadoras, realizaron aportes de literatura, brindaron el acompañamiento técnico en el proceso de elaboración del lineamiento y participaron en los consensos donde se generaron las respuestas para cada pregunta orientadora.

Los expertos temáticos convocados fueron profesionales de las siguientes áreas médicas:



- Médico especialista en neumología pediátrica
- Médico especialista en pediatría
- Profesional de enfermería
- Terapeuta respiratorio

Todos los integrantes del grupo desarrollador firmaron la declaración de conflictos de interés y acuerdos de confidencialidad que fue analizada por el Comité de conflictos de intereses, según la política de transparencia del IETS.

Construcción de preguntas de investigación orientadoras

Se configuraron y estructuraron ocho (8) preguntas de investigación orientadoras para que, a partir de sus respuestas, se pudiesen construir los lineamientos de orientación clínica para la atención en salas ERA de pacientes con enfermedad respiratoria aguda desde los 3 meses hasta menores de 6 años. Los tópicos considerados para la construcción de las preguntas se basaron en los siguientes aspectos:

- Definición de la sala ERA.
- Manejo de 4 patologías en sala ERA bronquiolitis, CRUP y crisis asmática incluyendo síndrome broncoobstrutivo.
- El alcance para abordar la atención en sala ERA de acuerdo con cada patología incluida.
- Manejo terapéutico de cada patología abordada en sala ERA.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

- Criterios de ingreso y egreso para sala ERA.

Refinamiento de las preguntas de investigación orientadoras

Se citó a los expertos a una reunión virtual, expertos delegados por las diferentes asociaciones científicas que los representan y que aceptaron ser parte del desarrollo de estos lineamientos. Además de expertos de instituciones prestadoras de servicios en salud con experiencia en el manejo de pacientes con enfermedad respiratoria aguda que pueden ser objeto de atención en sala ERA (el detalle de proceso de convocatoria de expertos se detalla en el **Anexo 1**), a los cuales se les invitó a comentar las preguntas orientadoras planteadas inicialmente y a compartir literatura que consideraran relevante para apoyar el proceso de revisión.

Preguntas de investigación orientadoras

Una vez generadas las preguntas de investigación y refinadas con los expertos temáticos, se generaron ocho (8) preguntas (Tabla 3) para que, a partir de la evidencia encontrada, se generarán los lineamientos técnicos para informar sobre orientación clínica para la atención en salas ERA de pacientes con enfermedad respiratoria aguda desde los 3 meses hasta menores de 6 años.

Tabla 3. Preguntas de investigación que orientaron el desarrollo del lineamiento

N° de pregunta	Pregunta
1	¿Cuáles son los criterios clínicos (signos y síntomas) para el ingreso a una sala ERA de un paciente con enfermedad respiratoria aguda?
2	¿Cuál es la clasificación de enfermedad respiratoria que debe abordarse en una sala ERA en edad de 3 meses a menores de 6 años?
3	¿Cómo debe ser el manejo clínico (farmacológico y no farmacológico) en una sala ERA de un paciente con diagnóstico presuntivo de Bronquiolitis?
4	¿Cómo debe ser el manejo clínico (farmacológico y no farmacológico) en una sala ERA de un paciente con diagnóstico presuntivo de laringotraqueítis o CRUP?
5	¿Cómo debe ser el manejo clínico (farmacológico y no farmacológico) en una sala ERA de un paciente con diagnóstico presuntivo de neumonía?

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

6	¿Cómo debe ser el manejo clínico (farmacológico y no farmacológico) en una sala ERA de un paciente con diagnóstico presuntivo de crisis asmática (incluye síndrome bronco obstructivo)?
7	¿Cuáles son los criterios clínicos (signo y síntomas) de egreso en salas ERA de pacientes con enfermedad respiratoria aguda?
8	¿Qué profesionales de la salud debe a cargo del manejo de pacientes que ingresan a salas ERA con diagnóstico de bronquiolitis, laringotraqueítis, neumonía, síndrome bronco-obstructivo y crisis asmática?

Fuente: elaboración propia.

Búsqueda y síntesis de la literatura

Para identificar estudios y documentos relevantes que respondieran a las preguntas orientadoras planteadas, se realizaron búsquedas sistemáticas de la literatura.

En una primera etapa, la búsqueda se enfocó en Guías de Práctica Clínica (GPC) y Revisiones Sistemáticas de la Literatura (RSL), en caso de que las preguntas no se respondieran a partir de este tipo de estudios, se realizaron búsquedas de estudios primarios. Las búsquedas se realizaron en Medline vía PubMed, Embase, en la biblioteca de Cochrane, en Lilacs a través de la Biblioteca Virtual en Salud del Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud, Epistemonikos, y en Google. Adicionalmente, se buscó en los sitios de organismos desarrolladores y compiladores de GPC internacionales. Estas búsquedas se complementaron con una búsqueda de publicaciones adicionales empleando la metodología en “bola de nieve” y con los documentos aportados por los expertos temáticos. Se generó un reporte de la búsqueda para garantizar la reproducibilidad y transparencia del proceso.

La segunda etapa, estuvo orientada a la búsqueda de estudios primarios, para responder a las preguntas que no tenían respuesta desde GPC o RSL.



Criterios de elegibilidad de la literatura

Se incluyeron todos los documentos que podían responder de forma parcial o completa a las preguntas de investigación previamente descritas. En este punto, se consideraron:

Criterios de inclusión:

- Artículos científicos tipo RSL de ensayos clínicos controlados o estudios observacionales.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

- Guías de práctica clínica (GPC) y protocolos clínicos para manejo de bronquiolitis, CRUP, neumonía y crisis asmática en paciente menores de 6 años.
- Ensayos clínicos, estudios de cohortes, casos y controles o series de casos de pacientes menores de 6 años con bronquiolitis, CRUP, neumonía y crisis asmática
- Documentos técnicos.
- Documentos en inglés, español o portugués.
- Artículos científicos disponibles en texto completo.
- Temporalidad: para el caso de GPC y RSL se obtuvieron de los últimos 5 años, en caso de búsqueda de estudios primario, no se restringió el tiempo.

Criterios de exclusión



- Se excluyeron los resúmenes de congresos, comunicaciones breves y cartas al editor.
- Estudios publicados exclusivamente en formato de resumen no fueron elegibles debido a que la información reportada era insuficiente para evaluar su calidad metodológica. Adicionalmente, es posible que los resultados de los estudios, además de estar incompletos, pudiesen cambiar significativamente entre la publicación preliminar y la definitiva.

Tamización de referencias y selección de documentos

Los artículos y documentos identificados, a través de las búsquedas, fueron cargados en formato CSV a la herramienta electrónica *Rayyan*® para eliminar los duplicados, posteriormente, dos revisores (AR y DL) de manera independiente, llevaron a cabo la tamización de documentos, mediante la lectura de los títulos y resúmenes. Los dos revisores actuaron de manera independiente. Los estudios que cumplieron con los criterios de inclusión fueron incorporados en el análisis, las discrepancias se discutieron entre ellos y, cuando no fue posible llegar a un acuerdo, se recurrió a un tercer revisor.

Aquellos documentos incluidos en el paso anterior fueron evaluados por duplicado por los mismos revisores mediante la lectura del texto completo y seleccionados en caso de cumplir los criterios inclusión.

Las GPC fueron sometidas a una tamización secundaria utilizando la herramienta 7 para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano (1) y si alguna de las respuestas a las preguntas era negativa, se excluía la guía, en caso contrario se sometía a valoración por *AGREE-II*.

Evaluación de la calidad metodológica de los documentos incluidos

Teniendo en cuenta el tipo de documento seleccionado, se realizó una valoración de la calidad metodológica o riesgo de sesgo así:

- Revisiones sistemáticas: *ROBIS* (62).
- Guías de práctica clínica: inicialmente con la herramienta 7 de la Guía metodológica Adopción - Adaptación de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia del MSPS y del IETS (63) y si todas las respuestas en esta herramienta eran positivas, se evaluaba formalmente utilizando la herramienta *AGREE-II* (64).
- Estudios experimentales: herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane en su primera versión (*ROB-1*) (65).

Se consideró la inclusión de RSL y de GPC según su calidad de la siguiente manera: las RSL a incluir serían aquellas con bajo riesgo de sesgo utilizando la herramienta *ROBIS* (62) y en las GPC serían aquellas con un porcentaje de 60% o más en los dominios 3 y 6 del *AGREE-II*.

Extracción de información



Dos revisores (AR y DL) realizaron la extracción de la información a partir de las publicaciones originales de los documentos seleccionados. Este proceso se enfocó en los contenidos presentados como recomendaciones, indicaciones, orientaciones, lineamientos y consejos, en consonancia con las preguntas orientadoras y el alcance del lineamiento.

El formato de extracción tuvo en cuenta las siguientes variables: autor, año, tipo de estudio, título, origen de la publicación, pregunta orientadora que responde, hallazgos principales, resultado de calidad metodológica, certeza o calidad de la evidencia y financiación. Esta información se presenta en detalle por cada pregunta en el Anexo 7.

Consenso de Expertos

Metodología del Consenso

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Se realizó un consenso formal de expertos (CFE), con la metodología modificada Delphi descrita en la Guía metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano.



Se reunió a un grupo de personas con experiencia, habilidad o determinados conocimientos científicos, técnicos y prácticos en la atención integral de pacientes con enfermedad respiratoria aguda en sala ERA para así adoptar una decisión de común acuerdo empleando métodos sistemáticos y procesos estructurados (66).

Desarrollo del consenso de expertos

El consenso de expertos se desarrolló en modalidad virtual (sincrónica y asincrónica) e inició con la presentación de los participantes y la declaración de sus conflictos de intereses y consentimientos para la grabación de la sesión. Posteriormente, se realizó una introducción general a la temática del lineamiento y la lectura de los objetivos y alcances. Mediante un proceso de discusión en rondas, se mostró a los expertos la metodología realizada para la búsqueda de la literatura y, en cada una de las seis preguntas, se presentaron los estudios o documentos encontrados para responderlas y una propuesta de lineamiento.

Bajo la moderación de un facilitador, encargado de la coordinación de la discusión en torno a las ideas presentadas para cada pregunta, se determinó una ruta de trabajo para su desarrollo y la votación para lograr consenso de la siguiente manera:

10. Presentación de la pregunta orientadora.
11. Presentación de la evidencia consultada.
12. Presentación de propuesta preliminar del lineamiento.
13. Consenso y/o discusión: cada experto planteaba su punto de vista relacionado con el lineamiento propuesto y se discutía en torno a estos comentarios.
14. Ajustes del lineamiento en caso de que los hubiera.
15. Votación.
16. Resultados de la votación.
17. Replanteamiento del lineamiento en caso de no alcanzar acuerdo.
18. Nueva votación.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

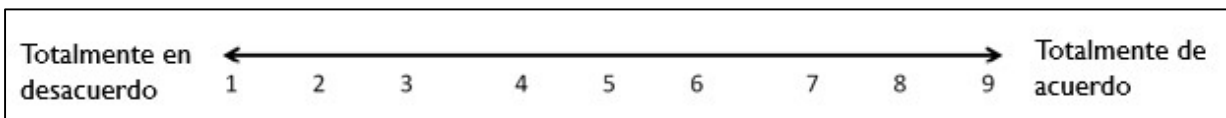
En cada ronda de discusión, los expertos de forma individual analizaron y calificaron cada uno de los lineamientos mediante una votación on-line anonimizada, utilizando una escala Likert entre uno (1) y nueve (9) donde 1 era “Totalmente en desacuerdo” y 9 “Totalmente de acuerdo (Figura 117), teniendo en cuenta tanto la experiencia clínica como la evidencia científica disponible.

Posteriormente, se realizó el análisis de la votación presentando los resultados obtenidos al grupo de expertos, analizados en términos de porcentaje y mediana con un intervalo de confianza (IC) del 95%. Las posibilidades de resultado se interpretaron de la siguiente manera:



- Los puntajes entre 7 y 9 de más del 80% de los expertos y/o una mediana de 8 IC95% entre 7 y 9 (se consideraban válido pasar alguna de las dos opciones): se aprobaba el lineamiento.
- Los puntajes entre 1 y 3 de más del 80% de los expertos y/o una mediana de 2 IC95% entre 1 y 3 (se consideraban válido pasar alguna de las dos opciones): no se aprobaba el lineamiento.
- En los casos en que no se alcanzó alguna de las dos condiciones anteriores se replantearon los lineamientos mediante una discusión en una segunda ronda con el grupo de expertos, quienes tuvieron la posibilidad de reestructurar los puntos críticos y volver a realizar la votación. Hasta no lograr el consenso en la pregunta, no se pasó a la siguiente.

Los resultados de las votaciones se procesaron, analizaron y presentaron a los expertos mediante el uso del software Stata v17.

Figura 1. Escala usada para el proceso de votación.



Fuente: Guía metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano. Bogotá 2010(66).

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Anexo 2. Descripción de las condiciones de salud abordadas en el lineamiento.

Descripción de la condición de salud

Definición

Las enfermedades respiratorias agudas son afecciones de las vías respiratorias superiores o inferiores que suelen ser de etiología infecciosa o no infecciosa.

En el caso de la ERA, de etiología infecciosa, puede ser de origen viral o mixto, por virus y bacterias. Estas se presentan por un periodo inferior a 15 días de evolución, son contagiosas, se propagan rápidamente y pueden dar lugar a una variedad de trastornos que van desde las infecciones asintomáticas o leves hasta enfermedades graves o mortales. La gravedad depende del microorganismo patógeno causal, de factores del medio ambiente y del huésped (24,25).

La ERA afecta la capacidad del sistema respiratorio para satisfacer las necesidades de ventilación y el intercambio gaseoso (oxigenación) en los individuos afectados. La ventilación y el movimiento de aire en el tracto respiratorio hacia dentro o fuera de los pulmones, son críticos en la vida, cualquier alteración conlleva a morbilidad, mortalidad y empeoramiento en la calidad de vida de los pacientes (26).



Las condiciones médicas que afecten la perfusión pulmonar (adecuada llegada de sangre al tejido pulmonar para facilitar el intercambio gaseoso a nivel de los alveolos), también afectan los procesos fisiopatológicos relacionados con la ERA, y se pueden observar en pacientes con diversas enfermedades respiratorias no infecciosas o infecciosas, como el asma o la neumonía respectivamente (26).

A continuación, un resumen de las diferentes causas de ERA en niñas y niños abordados en este lineamiento:

Crisis de asma

El asma es una enfermedad pulmonar crónica que produce obstrucción intermitente y reversible de las vías respiratorias. Se caracteriza por inflamación aguda de las vías respiratorias, broncoconstricción, broncoespasmos, edema bronquial y producción de moco (26). Muchas células y elementos celulares juegan un papel principal en los cambios inflamatorios de las vías respiratorias como son los mastocitos, eosinófilos, linfocitos T, y neutrófilos (27,28).

También puede tener un componente de predisposición genética (con interacción crítica con el medio ambiente).

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

El asma generalmente se clasifica de acuerdo a su causa en: extrínseca, intrínseca, nocturna, inducida por el ejercicio, ocupacional o inducida por medicamentos y por su gravedad en intermitente leve, persistente leve, persistente moderada y persistente grave (26).

La crisis de asma es un episodio de progresiva o repentina dificultad para respirar, acompañado de disnea, tos o sensación de opresión torácica o una combinación de estos síntomas (29).



CRUP

La laringotraqueitis aguda o CRUP es la causa más frecuente de obstrucción aguda de la vía aérea superior en niñas y en niños. Síntomas como estridor inspiratorio, tos distónica y ronquera son el resultado de la inflamación en la laringe y la vía aérea subglótica posterior a una infección viral. El término CRUP integra varias afecciones en las vías respiratorias superiores: laringitis, laringotraqueitis, laringotraqueobronquitis, traqueítis bacteriana o CRUP espasmódico(30).

- La etiología viral más común se debe a la influenza, enterovirus, adenovirus o rinovirus; la influenza A y B, el virus sincitial respiratorio (VSR) y el sarampión son etiologías menos comunes(31).
- El CRUP espasmódico es similar al viral, pero no se asocia con fiebre y síntomas. Dura solo horas, no días (31):
 - El inicio generalmente ocurre durante la noche en un niño que ha estado bien.
 - Puede representar una reacción alérgica al antígeno viral.
- La laringotraqueobronquitis (LTB) y la laringo-traqueo-bronconeumonía (LTBP) afectan a las vías respiratorias superiores; también afectan a las vías respiratorias inferiores, especialmente los bronquios.
- La superinfección bacteriana ocurre más comúnmente en estas variantes del CRUP (LTB y LTBP). Entre los microorganismos más frecuentes están: Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes, Streptococcus pneumoniae, Moraxella catarrhalis, Haemophilus influenzae, Corynebacterium diphtheria (31).

Bronquiolitis

La bronquiolitis es una infección del tracto respiratorio inferior que afecta principalmente a las vías respiratorias más pequeñas. Es una enfermedad viral común caracterizada por inflamación aguda, edema y necrosis de las células epiteliales de los bronquios más pequeños, acompañado de hipersecreción de moco (31,32).

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

La causa más común de infección aguda de las vías respiratorias inferiores es el virus sincitial respiratorio (VSR), en los primeros dos años de vida. La bronquiolitis también es causada por parainfluenza 1 y 3, adenovirus, rinovirus, influenza, coronavirus y metapneumovirus humano (31).

Neumonía

La neumonía es muy frecuente en la población pediátrica y suele ser adquirida en la comunidad. Se define como una inflamación e infección aguda del parénquima pulmonar debido a patógenos bacterianos, virales y micobacterianos. Se caracteriza por presentar síntomas de infección aguda y la presencia de un infiltrado en la radiografía de tórax o anomalías en la auscultación respiratoria (alteración de los sonidos normales, presencia de crepitantes) (33).

Los patógenos virales más comúnmente relacionados con la neumonía son VSR, adenovirus, parainfluenza 1, 2 y 3, influenza A y B, rinovirus y metapneumovirus (31). Es una infección altamente contagiosa que se transmite por contacto directo con secreciones nasofaríngeas de la persona infectada (31).



La neumonía es el resultado de la propagación de la infección a lo largo de las vías respiratorias.

Factores de riesgo comunes en todas las ERA

Las niñas y niños son especialmente susceptibles a los diversos factores de riesgo: ambientales, culturales, económicos y sociales en la salud, que deben ser modificados para disminuir el impacto de las enfermedades de las vías respiratorias (12).

- Factores ambientales:
 - Variación climática, especialmente en temporadas de lluvias.
 - Insalubridad de los ambientes.
 - No disposición intradomiciliaria del agua potable y no lavado de manos.
 - Cercanía de las viviendas a menos de 100 metros de fuentes de emisión de material particulado.
 - Contaminación ambiental.
 - Exposición a tabaco (fumador pasivo en el caso de las niñas y los niños).
- Factores culturales:
 - Desintegración familiar.
 - Baja formación de padres y cuidadores en puericultura.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

- Uso inadecuado de antibióticos y auto formulación.
- Factores económicos
 - La ERA no está exenta de las consecuencias de la inequidad.
 - Situación económica precaria que genera baja calidad de vida, desnutrición, no-acceso a educación o a servicios básicos.
 - El desempleo y subempleo como factores de barrera al mejoramiento de la calidad de vida.
- Factores sociales
 - Bajo nivel educativo de padres y cuidadores.
 - Viviendas inadecuadas.
 - Hacinamiento.
 - Violencia intrafamiliar, la mortalidad infantil es frecuente asociada a maltrato por negligencia.
 - Familias en condición de desplazamiento.
 - Problemas en la disponibilidad y acceso a alimentos.
 - Falta de alimentación materna.
- Factores de la salud asociados a riesgo de ERA (31).
 - Bajo peso al nacer.
 - Prematuridad.
 - Defectos en las vías respiratorias.
 - Cardiopatías congénitas.
 - Enfermedad neurológica.
 - Inmunosupresión.
 - Ejercicio, emociones o estrés (puede exacerbar una crisis de asma)(31).

Historia natural

Todas las personas a lo largo de la vida son susceptibles de sufrir algún tipo de ERA, especialmente en las niñas y los niños, quienes están entrenando y desarrollando su sistema inmunológico frente a las infecciones virales y bacterianas, así como también a antígenos, alérgenos y otros agentes medio ambientales.

La transmisión de virus y/o bacterias que afectan el sistema respiratorio son frecuentes entre las personas y el contagio se da mediante la inhalación de aerosoles, gotas con

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

gérmenes provenientes de personas infectadas o manejo de superficies o fómites contaminados (25).

Adicionalmente, hay factores que determinan el resultado clínico después de haber estado expuesto a virus respiratorios o bacterias, como son la virulencia del agente infeccioso, el estado inmunológico, el estado de salud y el estado nutricional del huésped. Asimismo el ambiente, el cual influye en el desarrollo y la gravedad del cuadro clínico de enfermedad respiratoria aguda (12).

La mayoría de las infecciones respiratorias agudas comienzan con cuadros clínicos leves, pero dependiendo del estado general de la persona pueden complicarse y llegar a amenazar la vida. Una infección respiratoria alta puede evolucionar a una infección baja tipo bronquitis o neumonía, agravando el estado general del paciente (25). En las niñas y los niños menores de 5 años, la causa de la infección en el 95% de los casos son los virus, siendo en general de buen pronóstico, pero un pequeño porcentaje puede padecer complicaciones como otitis, sinusitis y neumonía (34).



El asma se caracteriza por presentar inflamación de las vías respiratorias y síntomas de obstrucción episódica del flujo de aire que es reversible. El broncoespasmo se da como repuesta a una variedad de estímulos, alérgenos, ejercicio, cambios de temperatura, estrés o eventos infecciosos como infecciones virales (31).

Fisiopatología

La principal función de la vía aérea es conducir el aire hacia los alveolos para que allí ocurra el intercambio gaseoso. Esta función se ve constantemente amenazada por patógenos como:

- **Virus:** influenza virus tipos A, B y C, parainfluenza tipos 1, 2, 3 y 4, virus sincitial respiratorio, coronavirus, adenovirus, rinovirus, meta pneumovirus y bocavirus.
- **Bacterias:** las más frecuentes son causadas por *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* (25).

Las infecciones respiratorias agudas pueden afectar tanto el tracto respiratorio superior como el tracto respiratorio inferior. El tracto respiratorio superior incluye la boca, la cavidad nasal, la faringe y la laringe. Las infecciones de estas estructuras desencadenan la respuesta inflamatoria, lo que explica muchos de los síntomas asociados con estas afecciones. Entre las infecciones respiratorias del tracto superior encontramos la rinitis infecciosa, la rinosinusitis, epiglotitis, la laringitis, la laringotraqueítis y la bronquitis aguda. Las infecciones del tracto respiratorio inferior

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

incluyen aquellas relacionadas con los bronquios, los bronquiolos y los alveolos. Entre estas están la bronquiolitis y la neumonía.

Crisis de asma

Dentro de las enfermedades respiratorias agudas también se encuentra la crisis asma, en cuya fisiopatología intervienen mecanismos inmunológicos (IgE), como no inmunológicos, como el caso del desarrollo pulmonar inadecuado. La hiperreactividad bronquial es una característica típica (35,36).



A nivel inmunológico se presenta una alteración en el equilibrio entre linfocitos Th1 (LTh1) y Th2 (LTh2), ocasionando una respuesta inadecuada a infecciones virales por parte del tejido pulmonar en los primeros años de vida (37). En el asma alérgico, se produce una inflamación de la vía aérea mediada por la IgE. La fase inflamatoria precoz consistiría en que las células presentadoras de antígeno presentarían el mismo a los LTh2, que en su proceso de activación secretarían diversas interleucinas (IL-4, IL-5 e IL-13). Activarían los linfocitos B que secretarían IgE específica que se uniría a receptores mastocitos, eosinófilos y basófilos, sensibilizando al paciente. En posteriores exposiciones, el alérgeno se uniría a la IgE presente en las células efectoras, liberando distintos mediadores (histamina, prostaglandinas, leucotrienos, etc.), desencadenando una respuesta inflamatoria y expresando la sintomatología(36).

Otro mecanismo por el cual se presenta el asma es ocasionado por el desarrollo pulmonar inadecuado. Este desarrollo pulmonar inadecuado provoca un estrechamiento de las vías respiratorias a través de la constricción del musculo liso bronquial y de un engrosamiento inflamatorio de la mucosa, provocando una hipersecreción de las células mucosas y una descamación del epitelio bronquial (37,38). Lo anterior puede deberse a una maduración pulmonar inadecuada en época fetal, una reestructuración o un remodelado secundario a infecciones respiratorias víricas graves, que pudieran ser la causa de sibilancias recurrentes no atópicas(36).

Estos factores se corrigen con el crecimiento, lo que explica su buen pronóstico a largo plazo.

Existen 3 formas clínicas(39):

- Sibilantes precoces transitorios (60%): presentan síntomas sólo durante los 3 primeros años de vida, desencadenados por virus. No tienen antecedente personal/familiar de atopia ni hiperreactividad bronquial. Función pulmonar

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

disminuida desde el nacimiento. Como factores de riesgo, el tabaquismo materno (disminuye inicialmente el calibre de la vía respiratoria terminal) y la prematuridad.



- Sibilantes persistentes no atópicos o tardíos: inician las sibilancias después de los 3 años, continuando después de los 6. Sin antecedentes de atopia, ni de hiperreactividad bronquial. Su función pulmonar puede estar disminuida desde el nacimiento o post VSR. Hasta el 40% de ellos serán asmáticos.
- Sibilantes persistentes o tardíos atópicos: inician antes de los 3 años y continúan hasta adultos. Serán SBOR y asmáticos. Existen antecedentes de atopia e hiperreactividad, con títulos de IgE elevados y test cutáneo (+). Función pulmonar normal que se altera antes de los 6 años, permaneciendo así.

CRUP

La infección se presenta por contacto entre personas o por secreciones infectadas. Ocasiona inflamación difusa, eritema y edema, y deteriora la movilidad de las cuerdas vocales. En el crup espasmódico o recurrente, los hallazgos en laringoscopia directa pueden demostrar edema no inflamatorio, lo que sugiere que no hay implicación viral directa del epitelio traqueal. El estrechamiento provocado por la inflamación genera un aumento exponencial de la resistencia al flujo del aire. En formas graves, puede llegar a producir hipoxemia e hipercapnia. Los pacientes con traqueítis bacteriana tienen una sobreinfección, produciéndose secreciones purulentas espesas dentro del lumen de la tráquea subglótica, ulceraciones, pseudomembranas y microabscesos de la superficie mucosa. Los tejidos supraglóticos suelen ser normales (40).

Bronquiolitis

Los virus respiratorios al entrar en contacto con las vías respiratorias comienzan un proceso de replicación en las células epiteliales. Originándose así una activación del sistema inmune que rápidamente produce una explosión temprana de interferón (IFN) de tipo I/III después de la infección viral respiratoria. Seguidamente se da una inducción de citocinas, incluida alarminas, quimiocinas y factores de crecimiento que activan y atraen: células linfoides innatas, granulocitos, células dendríticas y monocitos, al sitio de infección. El efecto combinado del virus y la respuesta inflamatoria conduce a: apoptosis de las células epiteliales, necrosis y desprendimiento epitelial, así como a la sobreproducción de moco. Se forman tapones y, como resultado, hay obstrucción con zonas de atelectasia y zonas de

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

hiperinsuflación. Esta fisiopatología explicaría la no respuesta a broncodilatadores en estos casos (41).

Neumonía

Los agentes causantes de la neumonía en las niñas y niños se adquieren en la mayoría de los casos por vía respiratoria y alcanzan el pulmón por trayecto descendente desde las vías respiratorias altas. Al llegar al alvéolo y multiplicarse, originan una respuesta inflamatoria (42).



El pulmón está constantemente expuesto a la mezcla de gases, material particulado y microbios que constituyen el aire inspirado. Aunque el tracto respiratorio inferior se ha considerado tradicionalmente estéril, investigaciones recientes que utilizan técnicas independientes del cultivo han demostrado que en individuos sanos normales existe una flora microbiota similar en el tracto respiratorio superior e inferior, aunque con una menor concentración de microorganismos dentro del pulmón. Se ha demostrado una microbiota más compleja en individuos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y aquellos con fibrosis quística y puede haber variaciones significativas en la microbiota en diferentes lugares dentro de los pulmones de los individuos (43).

El desarrollo de una infección pulmonar aguda parece surgir cuando hay un defecto en las defensas del huésped, exposición a un microorganismo particularmente virulento o un inóculo abrumador. Los agentes infecciosos obtienen la entrada al tracto respiratorio inferior a través de la aspiración del microbiota residente de las vías respiratorias superiores, la inhalación de material aerosolizado y, con menos frecuencia, la siembra metastásica del pulmón a partir de la sangre (43).

Sintomatología

Crisis de Asma (26,36)

- Sibilancias recurrentes.
- Tos seca, persistente, tos nocturna.
- Opresión o dificultad para respirar recurrentes, dolor en el pecho.
- Producción de esputo.
- Tos inducida por el ejercicio, sibilancias, dificultad para respirar.
- En las niñas y niños más pequeños, dificultad para mantenerse al día con sus compañeros.
- Perfil atópico.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

- Eczema.
- Síntomas de alergia estacionales.
- Rinitis, estornudos, picazón y frotamiento de la nariz, aclaramiento de la garganta.
- Conjuntivitis.
- Fatiga secundaria a la alteración del sueño.
- Bajo rendimiento escolar secundario a trastornos del sueño.

CRUP(43).

- Rinorrea
- Dolor de garganta
- Tos
- Fiebre de 12 a 48 horas antes del inicio de la tos
- Ronquera
- Estridor respiratorio (comúnmente en la noche) que puede ir acompañado de retracciones de la pared torácica, que suelen ser más marcadas en la zona supraclavicular y supraesternal.
- Puede progresar a estridor inspiratorio y espiratorio.
- Taquicardia

Para la mayoría de los niños, el curso del CRUP es de menos de 3 a 4 días. Aunque la tos puede persistir por más tiempo, la calidad característica de los ladridos se resuelve en 2 días en la mayoría de los niños(43).

Bronquiolitis

Los síntomas iniciales de la bronquiolitis son(31):

- Infección leve de las vías respiratorias superiores, con rinorrea y congestión nasal.
- Fiebre de bajo grado durante 2-3 días.
- Falta de apetito.
- Tos ronca que progresa a tos profunda y húmeda.
 - A menudo paroxística.
 - A menudo se asocia con vómitos posteriores a la tos.
 - Asociado con sibilancias.
- Hipoxemia

Los síntomas de progresión de la bronquiolitis son(31):

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

- Mayor compromiso de las vías respiratorias inferiores:
 - Taquipnea: 60–80 respiraciones/minuto.
 - Aumento del esfuerzo respiratorio: gruñidos, quema nasal y retracciones.
 - Tos, sibilancias.
- Presentación neonatal:
 - Letargo, irritabilidad.
 - Mala alimentación.
 - Síntomas de infección de las vías respiratorias inferiores.

Neumonía

Las manifestaciones clínicas son producto de la respuesta inflamatoria local (tos, apnea) y sistémica (fiebre, afectación del estado general, etc.) (42). En la Tabla 4 se muestra la comparación de las principales características que ayudan a diferenciar entre neumonía viral y bacteriana.

1. Neumonía viral: síntomas variables en función de la edad (31).

- El inicio puede ser agudo o gradual, pero generalmente progresa más lentamente que la infección bacteriana.
- Dificultad para alimentarse, inquietud o inquietud en los bebés.
- Congestión nasal y coriza.
- Los síntomas respiratorios inferiores se desarrollan insidiosamente.
- Variable de temperatura en función del agente causal.
- Antecedentes de síntomas de infección leve de las vías respiratorias superiores, rinitis, tos.
- Ronquera, sibilancias, respiraciones rápidas/superficiales.

2. Neumonía bacteriana(31).

- *S. pneumoniae*.
 - Bebés inicialmente.
 - Síntomas leves de infección leve del tracto respiratorio superior, conjuntivitis unilateral u otitis media.
 - Inicio abrupto de fiebre. Puede tener convulsiones debido a abruptos picos de temperatura.
 - Tos leve. Puede tener diarrea y vómitos.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

- Inquietud y aprensión.
 - Quema nasal, gruñidos, respiración rápida y superficial.
 - Distensión abdominal.
 - La tos puede estar ausente.
 - Cianosis
- M. pneumoniae.
 - Inicio lento.
 - Malestar general, síntomas artríticos transitorios.
 - Tos seca persistente y cortante, y dolor de garganta a menudo seguido de ronquera.
 - Temperatura de bajo grado y escalofríos.
 - Puede tener dolor de oído.

Tabla 4. Comparación de la neumonía viral y la neumonía bacteriana

	Viral	Bacteriana
Tos	No productiva	Productiva
Fiebre	Baja	Alta
Recuento de glóbulos blancos	Normal	Elevado
Rayos X	Cambios mínimos	Infiltrados
Severidad	Menos	Mas
Indicación de antibióticos	No	Sí



Fuente: tomado del libro de fisiopatología. Story, L (26).

Diagnóstico

Crisis de asma(31)



Para determinar la gravedad del asma, es importante realizar una adecuada clasificación del cuadro clínico de acuerdo con la edad (Tabla 5 y Tabla 6) del niño y

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

evaluando los siguientes aspectos, especialmente los puntos 1 y 2, que permitirán determinar el inicio del tratamiento inmediato.

1. Historial médico detallado.
 - a) Antecedentes familiares de alergia, asma, eczema y dermatitis.
 - b) Identificar síntomas consistentes con el asma.
 - c) Identificar el patrón de síntomas que ocurren o empeoran en presencia de desencadenantes específicos.
 - Considerar el diagnóstico después de tres episodios de tos y/o sibilancias, una vez excluidos los diagnósticos alternativos.
2. Examen físico con especial atención a las vías respiratorias superiores: tracto, pecho y piel.
3. Procedimientos de laboratorio.
 - a) Espirometría.
 - Edad limitada. Los niños menores de 5 a 7 años difíciles de evaluar con precisión.
 - Pre y postbroncodilatador para validar la reversibilidad.
 - Puede ser normal.
 - Esencial para el diagnóstico.
 - Prueba anual para establecer la función pulmonar basal.
 - b) El flujo máximo es una herramienta de monitoreo, no una herramienta de diagnóstico.
4. RT: importante en asmáticos recién diagnosticados, descarta diagnósticos alternativos.
5. Estudios especiales.
 - a) Radiografías sinusales o tomografía computarizada (TC) para evaluar la sinusitis.
 - b) Pruebas de alergia.
 - Consulta con alergólogo para aplicar realizar pruebas cutáneas.
 - Prueba de radioalergo absorbente (RAST): no tan sensible como la prueba cutánea, resultados no inmediatos.
 - Bronquitis alérgica y sibilante.
 - Bronquiolitis o neumonía recurrentes.



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

- Incluso los niños con asma persistente leve tienen inflamación de las vías respiratorias.
- Sin una terapia antiinflamatoria adecuada, puede haber remodelación de las vías respiratorias o cambios irreversibles en las vías respiratorias del asma.

Tabla 5. Clasificación del asma según la gravedad e iniciar tratamiento en niños de 0-4 años

Componentes de gravedad		Clasificación de la gravedad del asma (0-4 años)			
		Intermitente	Persistente		
			Leve	Moderado	Grave
Discapacidad	Síntomas	≤ 2 días/semana	>2 días / semana pero no diariamente.	Diariamente	Durante todo el día
	Despertarse durante la noche	0	1-2x/mes	3-4x/mes	>1x/mes
	Uso de agonistas β ₂ de acción corta para el control de los síntomas (no prevención de broncoespasmo con ejercicio).	≤ 2 días/semana	>2 días a la semana pero no a diario.	Diariamente	Varias veces por día
	Interferencia con actividad normal.	Ninguno	Limitación menor	Alguna limitación	Extremadamente limitado
Riesgo	Exacerbaciones que requieren corticosteroides sistémicos orales.	0-1/año	≥ 2 exacerbaciones en 6 meses que requirieron corticosteroides sistémicos orales, o ≥ 4 episodios de sibilancias /1 año durante el último año y >1 día y factores de riesgo de asma persistente.		
Considerar la gravedad y el intervalo desde la última exacerbación. La frecuencia y la gravedad pueden fluctuar con el tiempo.					

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz



Pueden producirse exacerbaciones de cualquier gravedad en pacientes de cualquier categoría de gravedad.			
Inicio de la terapia	Paso 1	Paso 2	Paso 3: considerar un ciclo corto de corticosteroides sistémicos orales.
En 2 a 6 semanas, según la gravedad, evaluar el nivel de control del asma alcanzado. Si no se observa un beneficio claro en 4-6 semanas, considerar ajustar la terapia o un diagnóstico alternativo.			

Fuente: tomado del libro, atención primaria en pediatría (31).

Tabla 6. Clasificación del asma según la gravedad e iniciar tratamiento en niños de 5-11 años

Componentes de gravedad		Clasificación de la gravedad del asma (5-11 años)			
		Intermitente	Persistente		
			Leve	Moderado	Grave
Discapacidad	Síntomas	≤ 2 días/semana	>2 días / semana pero no diariamente.	Diariamente	Durante todo el día
	Despertarse durante la noche	≤ 2x/mes	3-4x/mes	>1x/semana pero no todas las noches	A menudo 7x/semana
	Uso de agonistas β ₂ de acción corta para el control de los síntomas (no prevención de broncoespasmo con ejercicio).	≤ 2 días/semana	>2 días a la semana pero no a diario.	Diariamente	Varias veces por día
	Función pulmonar	• FEV1 normal entre exacerbaciones	• FEV1 = >80%	• FEV1= 60-80%	• FEV1 <60%

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

		<ul style="list-style-type: none"> • FEV1 > 80% previsto • FEV1 / FVC > 85% 	<ul style="list-style-type: none"> • FEV1/FVC > 80% 	<ul style="list-style-type: none"> • FEV1/FVC = 75-80% 	<ul style="list-style-type: none"> • FEV1/FVC < 75%
Riesgo	Exacerbaciones que requieren corticosteroides sistémicos orales	0-1/año			>2/año
		Considerar la gravedad y el intervalo desde la última exacerbación. La frecuencia y la gravedad pueden variar con el tiempo para los pacientes de cualquier categoría. El riesgo anual relativo de exacerbaciones puede ser el FEV1.			
Inicio de la terapia		Paso 1	Paso 2	Paso 3: opción de CSI de dosis media	Paso 3, opción de ICS de dosis media o paso 4
		y considerar un ciclo corto de corticosteroides sistémicos orales En 2 a 6 semanas, evaluar el nivel de control del asma logrado y ajustar la terapia en consecuencia.			

FEV1, volumen espiratorio forzado en 1 segundo; FVC, capacidad vital forzada; CSI: corticosteroides inhalados; UCI, unidad de cuidados intensivos.



Fuente: tomado del libro, atención primaria en pediatría (31).

El enfoque gradual está destinado a ayudar, no a reemplazar, la toma de decisiones clínicas requerida para satisfacer las necesidades individuales de los pacientes.

El nivel de gravedad está determinado tanto por el deterioro como por el riesgo. Evaluar el dominio del deterioro por el recuerdo del paciente / cuidador de las 2-4 semanas anteriores y la espirometría. Asignar gravedad a la categoría más grave en la que se produce cualquier característica.

En la actualidad, hay datos inadecuados para corresponder las frecuencias de exacerbaciones con diferentes niveles de gravedad del asma. En general, las exacerbaciones más frecuentes e intensas (es decir, que requieren atención urgente

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

no programada, hospitalización o ingreso en la UCI) indican una mayor gravedad de la enfermedad subyacente. Para fines de tratamiento, los pacientes que tuvieron 2 exacerbaciones que requirió corticosteroides sistémicos orales en el último año pueden considerarse lo mismo que los pacientes que tienen asma persistente, incluso en ausencia de niveles de deterioro consistentes con asma persistente.

CRUP(31)

1. Diagnóstico realizado en base a la historia y presentación clínica.
2. Las imágenes generalmente no son necesarias en el entorno ambulatorio.
 - a) Clásico "signo de campanario": columna de aire estrecha consistente con el estrechamiento del espacio subglótico visto en una película anteroposterior (AP).
 - b) La vista lateral es útil para descartar epiglotitis, absceso retrofaríngeo, cuerpo extraño radiopaco.
3. Un hemograma completo suele ser inespecífico, pero puede sugerir linfocitosis viral.
4. La puntuación clínica de crup puede clasificar la gravedad de la enfermedad y ayudar en la decisión con respecto a la necesidad de hospitalización.

Para el diagnóstico de CRUP es importante determinar la gravedad de la obstrucción de la vía aérea con una escala sugerida, como puede ser la escala de Westley (Tabla 7) que es ampliamente utilizada.

Tabla 7. Evaluación y manejo del crup en las niñas y los niños

Escala de Westley			
	Leve (≤ 2)	Moderado (3-7)	Severo (≥ 8)
	Tos de perro, ronquera, sin estridor, sin o mínimas retracciones de la pared torácica en reposo.	Estridor y retracciones de la pared torácica en reposo sin agitación.	Estridor, contracciones esternales en reposo, acompañadas de agitación o fatiga.
Terapia			

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Descongestionantes, antitusígenos, antibióticos	No recomendado.	No recomendado.	No recomendado.
Humidificación	No se ha demostrado que sea beneficioso.	No es eficaz.	No es eficaz.
Corticosteroides	Dexametasona (0,6 mg/kg, 1 dosis vía oral).	Dexametasona (0,6 mg/kg, 1 dosis vía oral o intramuscular).	Dexametasona (0,6 mg/kg, 1 dosis vía oral o intramuscular).
Epinefrina nebulizada	No recomendado.	No recomendado.	Epinefrina racémica nebulizada (2,25%, 0,5ml en 2,5ml de solución salina o L-epinefrina (1:1000 dilución en 5 ml de solución salina).
Disposición	Continuar con manejo en casa.	Continuar con manejo en casa si no hay estridor o retracciones en reposo. Si no hay mejoría en dentro de las primeras 4 horas, se debe considerar hospitalización.	Observar por 2 horas: <u>Buena respuesta:</u> sin recurrencia, sin estridor, sin retracciones en reposo. Continuar manejo en casa. <u>Mala respuesta:</u> estridor, retracciones en reposo después de 2 dosis de epinefrina y se debe hospitalizar el paciente.



Fuente: tomado del libro principios y practica de las enfermedades infecciosas (43).

Bronquiolitis (31)

La exploración física detecta la intensidad del trabajo respiratorio: taquipnea, aleteo y retracciones. En la auscultación pulmonar, se encuentran zonas de hipoventilación con: crepitantes, sibilancias y espiración alargada. Hay que hacer una exploración general y valorar la hidratación.

1. El diagnóstico a menudo se realiza sobre la forma clínica, los hallazgos físicos y la epidemiología.
 - a) El diagnóstico definitivo puede no ser necesario en lactantes.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				



- b) El diagnóstico clínico se realiza en función de la historia clínica y el examen físico. La radiografía y los estudios de laboratorio no deben realizarse de forma rutinaria.
2. La radiografía de tórax (RT) puede ser necesaria para evaluar la posibilidad de infección secundaria.
 - a. La hiper-inflamación puede ser solo una anomalía: diafragmas aplanados y aumento de la lucidez.
 - b. Engrosamiento peribronquial y aumento de las marcas intersticiales.
 - c. Consolidación subsegmentaria en lóbulos superior y medio: atelectasia irregular o consolidación por atelectasia.
 3. Oximetría: Para determinar el estado de oxigenación.
 4. Las pruebas de laboratorio no están indicadas de forma rutinaria.
 5. Los ensayos de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) a menudo son más sensibles que el aislamiento de virus o la detección de antígenos.
 - Muestra obtenida por hisopo nasal.
 - Las pruebas serológicas no se utilizan para el diagnóstico de rutina.

Es importante determinar la gravedad de la obstrucción de la vía aérea con una escala clínica sugerida, como puede ser la escala de Wood-Downes-Ferres (Tabla 8), ampliamente utilizada para determinar la gravedad del cuadro clínico de la bronquiolitis en los niños.

Tabla 8. Escala de Wood-Downes -Ferres modificada

Parámetro	Puntaje			
	0	1	2	3
Sibilancias	No	Al final de la espiración.	Durante la espiración.	Tanto en la inspiración como espiración.
Retracción	No	Subcostal + intercostal inferior.	Subcostal + intercostal inferior + supraclavicular.	Lo anterior + supraesternal.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Frecuencia respiratoria	<30	31-45	46-60	>60
Frecuencia cardíaca	<120	>120		
cianosis	No	Sí		

Interpretación: 1-3 puntos: crisis leve; 4-7 puntos: crisis moderada y 8-14 puntos: crisis severa.

Fuente: tomada de Rivas-Juesas, C. (44)

Neumonía

Neumonía viral(31).

- Diagnóstico definitivo: aislamiento viral/antígenos virales en la infección de las vías respiratorias.
- RT: típicamente muestra infiltrados bilaterales y difusos.
- Recuento de glóbulos blancos (WBC): Normal o leucocitosis (usualmente no superior a 20.000) con linfocitosis.



Neumonía bacteriana(31).

- No hay prueba definitiva.
- Hemocultivos en casos moderados a graves que requieren hospitalización.
- Recuento de glóbulos blancos: leucocitosis (15.000-40.000) con granulocitosis.
- Radiografía de tórax para niños con hipoxemia o dificultad respiratoria.
 - **S. pneumoniae**: consolidación lobar, típicamente de enfoque único, pero pueden ser focos múltiples. Neumonía infiltrada o redonda "esférica", los lóbulos derechos se ven afectados preferentemente.
 - **S. aureus**: bronconeumonía, múltiples infiltrados segmentarios centrales se vuelven confluentes y difusos. Estos infiltrados conducen a necrosis, cavitación, y formación de abscesos.
- Oximetría de pulso para niños con sospecha de hipoxemia.

M. pneumoniae(31).

- La manifestación clínica y el examen físico son esenciales para el diagnóstico.
 - Inicio insidioso, no tóxico.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

- Niño mayor de 5 años.
 - Fiebre de bajo grado.
- b) **M. pneumoniae** es detectado por PCR.
- c) Las pruebas de captura de IgM son más sensibles y son una forma rápida de realizar pruebas en cualquier grupo de edad.
- d) Recuento de glóbulos blancos normal.

Tratamiento



Crisis de asma(45)

Los niños pueden ser dados de alta cuando se establezca la necesidad de broncodilatadores inhalados cada 3-4 horas, momento en el que pueden continuar el tratamiento en su domicilio.

El tratamiento al alta debe incluir tratamiento sintomático según las necesidades, corticoides orales y en la mayoría de los pacientes un tratamiento de control. Según haya sido la crisis se procederá de la siguiente manera:

- En las crisis leves y moderadas, si la respuesta al tratamiento ha sido buena, no hay factores de riesgo para padecer una crisis potencialmente fatal. Si se mantiene la mejoría durante tres horas y el flujo espiratorio máximo (FEM) es igual o mayor al 70% del valor de referencia para el niño con una SpO₂ > 94%, se puede dar de alta al paciente con el tratamiento por escrito, comprobando previamente que el niño o la familia realiza bien la técnica inhalatoria.
- Se indicará salbutamol inhalado (con dispositivo MDI) con cámara a demanda (en general tras la primera hora, en las crisis leves y moderadas suelen responder con 2-4 pulsaciones cada 3-4 horas), con reducción gradual según las necesidades.
- Un ciclo corto de corticoides orales de tres a cinco días si se ha iniciado este tratamiento, indicando prednisona/prednisolona por vía oral a 1 mg/kg/día (u otro corticoide a dosis equipotente) en una sola dosis matutina.
- Debe valorarse iniciar un tratamiento de control para reducir el riesgo de nuevas crisis, y, en aquellos niños que ya lo tuvieran pautado, mantener el tratamiento verificando la técnica de inhalación y la adherencia, y corrigiendo posibles factores de riesgo. Si los síntomas indican un asma mal controlada de forma crónica, habría que valorar si estuviera indicado subir un escalón del asma.
- Se analizarán los factores desencadenantes.



La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

- Se deberá revisar o proporcionar, si no lo tuviera ya de antes, un plan de acción escrito que debe incluir cuándo y cómo modificar la medicación de alivio, cuándo utilizar corticoides orales, cómo administrar la medicación de control y cuándo solicitar asistencia médica urgente si los síntomas no responden al tratamiento.
- Se indicará revisión por su pediatra de atención primaria al día siguiente en las crisis moderadas y en 2-7 días en las leves.

CRUP(31)

1. El pilar del tratamiento es el manejo de las vías respiratorias.
2. La mayoría de los niños tienen obstrucción leve de las vías respiratorias que se resuelve sin especificidad de tratamiento.
3. El cuidado de apoyo en el hogar incluye hacer que el niño se sienta cómodo, evitando fatiga y ansiedad. Además, estimular los líquidos y los antipiréticos para controlar la fiebre.
4. Se puede utilizar vaporizador de niebla fría.
5. La epinefrina nebulizada ha sido beneficiosa para los niños con cuadros más graves de CRUP en urgencias o en el entorno hospitalario.
6. Corticosteroides.
 - a) Los corticosteroides sistémicos o nebulizados son el pilar en el tratamiento de los pacientes ambulatorios y hospitalizados.
 - b) Disminuir el edema de la mucosa laríngea.
 - c) Dosis única de 0,6 mg/kg de dexametasona administrada por vía oral o intramuscular (IM) o dosis de 2 mg de budesónida nebulizada.
 - d) Mejoría clínica a las 6 horas.
 - e) La eficacia no varía según la vía de administración.
 - f) Facilitan la mejoría clínica, disminuyen las hospitalizaciones y reducen el número de visitas de seguimiento.
7. La epinefrina nebulizada se puede usar para pacientes con cuadros moderados a severos.
8. Criterios de hospitalización:
 - a) Signos de obstrucción de las vías respiratorias de moderada a grave.
 - b) Aumento del trabajo de respiración y dificultad respiratoria.
 - c) Hipoxemia.
 - d) Inquietud, ansiedad o fatiga.
 - e) Cambio en el nivel de conciencia.
 - f) Deshidratación.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Bronquiolitis(31)

El tratamiento es de apoyo, manteniendo una hidratación adecuada, oxigenación; vigilar de cerca el aumento de la dificultad respiratoria.

- a) Manejo de la congestión nasal y la rinitis.
- b) Uso de antipiréticos.
- c) Directrices para la alimentación y la producción de orina.
- d) Reconocimiento de signos de dificultad respiratoria creciente.
- e) Los pacientes tienen un empeoramiento de los síntomas clínicos, con pico en el día 3 - 4 de la enfermedad.
- f) Los broncodilatadores no se recomiendan de forma rutinaria.
- g) Considerar manejo con broncodilatador si el bebé tiene antecedentes de sibilancias previas y continuar solo si se documenta una respuesta clínica.

2. Criterios de hospitalización.

- a) Edad (más joven más probable).
- b) Taquipnea/hipoxemia.
- c) Manejo de la hidratación.

Neumonía

Neumonía viral

Cuidados de apoyo en el caso de enfermedad leve y cuando se pueda manejar en casa. En el caso de los bebés pequeños se puede presentar riesgo de fatiga respiratoria y síntomas más graves, por lo anterior no se recomienda manejo en casa(31).

Neumonía bacteriana (31)

- a) Dependiendo de las bacterias y de la condición del niño (oxigenación, estado de hidratación, cuando el menor está en edad de 4 a 6 meses generalmente son hospitalizados).
- b) Paracetamol para la fiebre y el dolor en el pecho.
- c) El tratamiento con antibióticos es generalmente de 7 a 10 días.
- d) El fármaco más utilizado para el manejo ambulatorio es la amoxicilina. Entre otras opciones farmacológicas, se encuentran la claritromicina para los

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

menores entre las 6 semanas y los 4 años y eritromicina para los mayores de 4 años de edad.

- e) Con un alto nivel de neumococos resistentes a la penicilina presentes en la comunidad, considerar la cefuroxima (Ceftin), la amoxicilina-clavulanato (Augmentin) o la azitromicina.

M. pneumoniae(31).

- a) Por lo general, es una enfermedad leve que se puede controlar en el hogar.
 b) El macrólido es el fármaco de elección.
 c) El tratamiento con antibióticos es generalmente de 7 a 10 días.
 d) Usar Acetaminofén para la fiebre.

Curso clínico

Crisis de asma



Para las crisis asmáticas típicas o de tipo 1, la progresión al empeoramiento es lenta, en cuestión de horas o días se asocian a infecciones virales. Las crisis asmáticas atípicas o de tipo 2 se caracterizan por deterioro severo y rápido de la función respiratoria en minutos u horas, están involucrados alérgenos respiratorios, el ejercicio o las situaciones de estrés (46).

Bronquiolitis

La duración habitual de los síntomas es de 12 días hasta 28 días, hay dificultad respiratoria y para deglutir entre 6 y 7 días, y la duración de oxigenoterapia promedio es de 56 horas. Se han encontrado hasta un 20% de las pruebas virales positivas a las 3 semanas del inicio de los síntomas. Los pacientes con bronquiolitis aguda pueden presentar sibilantes recurrentes que son más frecuentes hasta los 5 años, su incidencia disminuye con el tiempo (47).

Neumonía

En los casos no complicados, la mayoría de los pacientes queda afebril a las 48 h de iniciar el tratamiento con antibiótico y se indica valoración por pediatría durante este tiempo. La recuperación clínica suele ser rápida en la mayoría de los casos, aunque los cambios radiológicos tardan en normalizarse entre 3 y 7 semanas en la mayoría de los casos. Entre las recomendaciones, se debe indicar seguimiento clínico y radiografía de control a las 3 - 4 semanas. Si no hay mejoría y los síntomas son persistentes, se debe buscar posibles causas que expliquen esa evolución. Puede que

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

el diagnóstico no sea el correcto, el tratamiento no sea efectivo (inadecuada cumplimentación y/o dosis incorrecta, presencia de resistencias), haya complicaciones (empiema, absceso pulmonar) o el agente causal sea un virus u otro menos frecuente (*M. tuberculosis*, *Actinomyces spp.*, hongos, protozoos etiología no sea infecciosa y/o que haya una obstrucción bronquial asociada (48)

Pronóstico

Crisis de asma

Las crisis de asma son muy variables entre los pacientes, cambian los síntomas del paciente a lo largo de los días y de los meses.

En las crisis de asma leves, el manejo con planes de autocuidado o el ajuste del tratamiento por su médico de cabecera suelen ser suficientes. En ocasiones en que las crisis son más graves, se necesita de atención médica urgente, incluso muy ocasionalmente de ingreso hospitalario durante unos días.



En la actualidad, la mortalidad por asma está muy ligada a la falta de atención médica y de tratamiento adecuado. Los pacientes con crisis graves ya no requieren ser conectados a un ventilador para ayudarle a respirar o tener que ingresarlos en las Unidades de Cuidados Intensivos (49).

CRUP

En la mayoría de los casos, el CRUP cursa con una forma clínica de leve, que no requiere hospitalización y se recuperan en unos días. El tratamiento con dexametasona oral parece acortar la duración del proceso y reducir la sintomatología. De los ingresados, menos del 5% requerirán intubación y la mortalidad es muy baja. Finalmente, alrededor del 15% de los casos, tiene un carácter descendente con afectación bronquial añadida (40).

Bronquiolitis

La mayoría de los bebés se recuperan completamente de la bronquiolitis aguda. La bronquiolitis grave temprana en la vida se asocia con un mayor riesgo de asma, especialmente después del VRS o la bronquiolitis por rinovirus, y el riesgo puede persistir hasta la edad adulta temprana. No se entiende si la bronquiolitis lesiona el pulmón de tal manera que no se produce un desarrollo pulmonar normal y predispone a episodios posteriores de sibilancias, o si ciertos bebés tienen una aberración

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

preexistente de la respuesta inmune o la función de las vías respiratorias que predispone a bronquiolitis grave y sibilancias recurrentes (50).

Neumonía



La mortalidad por neumonía adquirida en la comunidad es poco común más allá de la infancia en Europa y América del Norte debido a las tasas de inmunización mejoradas, el acceso temprano a la atención médica y la disponibilidad de una terapia antimicrobiana adecuada. La mayoría de los niños sanos con infección de las vías respiratorias inferiores agudas se recuperan sin complicaciones ni secuelas. En algunos pacientes, especialmente en bebés prematuros, huéspedes inmunocomprometidos, niños con enfermedad pulmonar, neuromuscular, de células falciformes crónica o con enfermedad cardiovascular, las complicaciones agudas son más comunes (51).

Varios estudios epidemiológicos han cuestionado una relación del asma y otras morbilidades respiratorias que ocurren más tarde en la infancia con la bronquiolitis viral o la neumonía atípica en la infancia, pero no con la neumonía bacteriana. El VSR y *C. trachomatis*, en particular, han sido implicados y un estudio relacionó el asma con la infección por *C. pneumoniae*. Se ha notificado una función pulmonar anormal en adultos después de neumonía o tos ferina en la primera infancia. Sin embargo, otros estudios longitudinales de la función pulmonar en niños con bronquiolitis han sugerido que las anomalías pueden haber precedido a la enfermedad infecciosa aguda. Por lo tanto, no está claro si la neumonía infantil causa enfermedad pulmonar crónica (51).

Carga de enfermedad

Las enfermedades respiratorias imponen una alta carga económica y de enfermedad para los sistemas de salud, cada año son responsables del fallecimiento de cuatro millones de niñas y niños en todo el mundo. En América Latina, se han desarrollado estudios para estimar los costos de la atención por neumonía, principalmente orientados a los análisis de costo efectividad de la vacunación contra neumococo. Se ha reportado una gran variabilidad en las estimaciones de costos promedios por atención a pacientes hospitalizados por neumonía, oscilando entre US\$ 849,5 a US\$5.547, con escasa utilización de técnicas de micro-costeo para su estimación (52).

En los años 2015 y 2019, la proporción de consultas por enfermedad respiratoria en menores de catorce años, en los servicios de urgencias de las entidades de la Red de Salud Pública del Distrito, tuvo un comportamiento descendente con R2=0,485 con

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

significancia estadística (valor $p < 0,0000001$). Es importante considerar que a pesar de este comportamiento, la enfermedad respiratoria en este grupo poblacional sigue siendo uno de los principales motivos de consulta. En 2019, la proporción para Bogotá fue de 32,4% (57.452/177.334), destacándose los resultados observados en las localidades Los Mártires (40,5%), Usme (38%) y Rafael Uribe Uribe (37,5%) (53).

Epidemiología



La ERA es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad mundialmente, en especial por IRA. Cerca de 334 millones de personas sufren de asma que es la enfermedad crónica más común de la infancia y afecta a cerca de 14% de los niños alrededor del mundo, su incidencia ha aumentado durante las últimas décadas y es una de las enfermedades crónicas más comunes y graves en niñas y niños de los países pobres (54).

La neumonía es la enfermedad infecciosa que más muertes de niñas y niños ocasiona en todo el mundo. Cada año, más de 800.000 menores de cinco años mueren de neumonía, de los cuales más de 153.000 son recién nacidos, un grupo especialmente vulnerable a la infección. Esto significa que cada 39 segundos muere una niña o un niño a causa de la neumonía y casi todas esas muertes son prevenibles (55).

Los países que registran el mayor número de muertes infantiles por neumonía se concentran en África Subsahariana y Asia, en concreto, Etiopía, India, Nigeria, Pakistán y la República Democrática del Congo. En conjunto, en estos cinco países se registran más de la mitad del total de muertes de niños menores de cinco años por neumonía (56).

En Colombia, la ERA se ubica entre las tres primeras causas de mortalidad evitable (9,57). Durante el año 2017, al sistema de vigilancia del país, se notificaron en la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en niños y niños menores de 5 años: 2.230.799 consultas externas y urgencias, 134.488 hospitalizaciones en sala general y 11.286 hospitalizaciones en UCI. Siendo los menores de un año uno de los grupos con mayor porcentaje de hospitalizaciones por IRA en UCI (58).

En 2019, en Colombia, la tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años fue de 11.14 por cada 100.000; mientras que, según datos preliminares, para 2020 se mostró una reducción bastante significativa de este indicador dado que la tasa de mortalidad fue de 4.18 por cada 100.000. En términos departamentales, en 2019, se pudo identificar que los departamentos con mayor tasa de mortalidad por esta afección en menores de 5 años fue Vaupés, Amazonas, La Guajira y Chocó con una tasa de 52.62,

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

51.78, 40.00 y 28.96 por cada 100.000 respectivamente. En cambio, para 2020, los departamentos que presentaron mayor tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años fueron: Antioquia, Vichada, Chocó y Guaviare con una tasa de 30.72, 23.82, 21.00 y 17.80, por cada 100.000 respectivamente (59).

De una parte, en el Distrito Capital se han presentado 4.792.964 atenciones de enfermedad respiratoria en niñas y niños menores de 5 años del periodo 2009 al primer semestre del año 2020. Se observa una disminución entre 2009 y 2018, en el primer año fue de 484.929, mientras que para el segundo fue de 270.423 casos. En el 2019, se evidencia un aumento del 46,4 % en relación al año inmediatamente anterior, con una diferencia de 234.045 casos (60).

De otra parte, del periodo 2009 al primer semestre de 2020, se presentaron 321 muertes en menores de 5 años por IRA, las tasas de mortalidad variaron entre 3,0 y 9,7 casos por cada 100.000 niñas y niños y se visualiza una tendencia decreciente no significativa. Para el mismo periodo, se reporta un total de 624 muertes en menores de 5 años por neumonía con tasas de mortalidad que varían entre 5,3 y 21 casos por cada 100.000 niños menores de 5 años. Históricamente, las localidades donde prevalece más la mortalidad por IRA son San Cristóbal, Usme, Bosa, Kennedy, Suba y Ciudad Bolívar. Para el primer semestre de 2020 se han presentado 6 muertes por IRA y 7 muertes por neumonía (61).

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Anexo 1. Informe participación panel de socialización de preguntas

Introducción

“La participación como práctica social se vincula con los mecanismos a través de los cuales la sociedad posibilita la integración funcional y simbólica a los diferentes grupos que la componen” (1). De manera específica, la participación en salud, al ser interdependiente de la realización efectiva del derecho a la salud, permite a los diferentes actores sociales asumir la responsabilidad y el compromiso de hacer parte de las deliberaciones y discusiones sobre los problemas en salud que afectan a la comunidad (1).



Dentro de los diferentes mecanismos y modalidades de participación existentes, la participación consultiva constituye una forma en la que los actores expresan voluntaria y libremente sus ideas, opiniones y posturas respecto de un tema en particular. Se busca, que estos conocimientos, intercambios y argumentos sean insumos para orientar los procesos de toma de decisiones en salud (2). Más aún, el involucramiento de expertos configura una participación muy importante, en la medida en que representan grupo de actores clave para la obtención de datos relevantes en la definición de aspectos centrales del proceso y que no son necesariamente identificables en la literatura. Así, es una participación claramente intencionada y definida alrededor de un tema o dato muy particular de la evaluación, por ejemplo: preguntas sobre patrones de práctica clínica, preferencias, procesos de adquisición o datos económicos. En términos generales, se espera que los expertos aporten datos cuantitativos, cualitativos, experiencia o juicios de valor (3).

En este punto, es necesario mencionar que los expertos son considerados como personas eruditas en un tema o método que cuentan con la formación y trayectoria suficiente y adecuadamente soportada para ser reconocidos como conocedores en profundidad. Además, no hacen parte del grupo desarrollador (4).

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente informe describe de manera sintética el proceso de gestión del espacio participativo incluyendo la convocatoria realizada de los actores clave identificados, así como el rol y el involucramiento de estos en la sesión realizada.

Objetivo

Desarrollar un espacio de socialización del alcance y preguntas orientadoras de los lineamientos para la atención integral de pacientes con Infecciones Respiratorias

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Agudas (IRA) y salas ERA, de la población de Bogotá, con actores involucrados en el proceso de atención con el fin de recoger comentarios que favorezcan el refinamiento del alcance.

Metodología

Todo proceso de gestión de espacios participativos comienza con un mapeo de actores involucrados, de acuerdo con la Red Europea de Evaluación de Tecnologías (EUnetHAT, por su sigla en inglés). Estos actores corresponden a grupos u organizaciones que pueden proveer información relevante sobre la perspectiva de los grupos que representan, y que serán afectados por la decisión, o como aquellos grupos u organizaciones que pueden, en un rol consultivo, contribuir a las acciones u objetivos de una organización, proyecto o política de ETES (5). El mapeo inicia con la identificación de los actores clave conforme el objetivo del espacio y la temática. Para el caso particular, este proceso de identificación se desarrolló en conjunto con el referente temático y con la supervisión del contrato.

A continuación, se describen las actividades adelantadas.



Identificación de los actores

La convocatoria de participación se inició a partir de la definición de profesionales, clínicos y usuarios de las entidades u organizaciones requeridas para el proceso:

- Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.
- Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
- Delegados de otras subsecretarías y dependencias de la Secretaría Distrital de Salud.

Convocatoria

Con esta identificación, se procedió con la convocatoria para obtener los nombres y los datos de contacto de los delegados de cada organización y de los expertos clínicos. Luego de tener la respuesta de los delegados, se procedió con el contacto individual para asegurar la participación activa en el proceso. Para asegurar mayor representatividad, también se contactaron expertos individuales con conocimiento en el tema.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Desarrollo de los espacios de participación

Conforme a lo requerido por el grupo desarrollador, se llevó a cabo la socialización virtual el día 02/12/2021, a las 4:00 p.m., por la plataforma Zoom. La agenda fue la siguiente:

- Presentación del contexto de la condición.
- Presentación de alcance y preguntas propuestas.
- Apertura a comentarios y retroalimentación de los asistentes.

A continuación, se presenta la lista de participantes asistentes al espacio de socialización

Actores invitados y asistentes



No.	Organización / Asociación	Delegado	Perfil
1	Secretaría Distrital de Salud	Pedro Alexander Barrera López	Pediatra, Especialista en cuidado Intensivo. Referente técnico primera infancia
2		Diana Carolina Larrañaga	Enfermera Epidemióloga
3		Beatriz Helena Guerrero	Médica
4	Subred Integrada de Servicios de salud Sur	Paola Gutiérrez	Enfermera. Especialista en cuidado intensivo-Epidemióloga. Referente IRA
5		Guillermo Forero	Pediatra
6		Angélica Sarria Mena	Fisioterapeuta
7	Subred Integrada de Servicios de salud	Yudy Silva Lizarazo	Líder de la RIAS enfermedades respiratorias crónicas
8	Centro Oriente	Jorge Luís Torres Velasco	Neumólogo Pediatra
9	Subred Integrada de Servicios de salud Sur Occidente	Emily Suárez	Referente de la ruta de enfermedades respiratorias crónicas
10	Experto Independiente	Catalina Vásquez Sagra	Neumóloga Pediatra

Fuente: IETS, 2021.

Equipo técnico IETS

No.	Nombre	Perfil
-----	--------	--------



La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

1	Diana Marcela López Orozco	Epidemióloga de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias
2	Adriana Patricia Rodríguez Cardenas	Epidemióloga de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación
3	Ani Cortes Muñoz	Epidemióloga de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación
4	Juan Vargas González	Director de Epidemiología de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias
5	Eliana Rodríguez	Epidemióloga de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias
6	Lina Herrera Morales	Auxiliar Administrativo
7	Sandra Bernal	Asistente de Participación Unidad de Métodos Cualitativos e investigación Social

Fuente: IETS, 2021.

Una vez realizada la socialización, se reciben los comentarios por parte de los asistentes, quienes piden el envío de la presentación para retroalimentar sobre la misma.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Anexo 2. Términos y bitácoras de búsqueda

Términos de búsqueda

Términos DeCS	Términos MESH o EMTREE	Términos libres en inglés	Términos libres en español
Términos relacionados con la condición de interés			
Infecciones del sistema respiratorio	Upper respiratory tract		ERA
	Respiratory Tract Infection		IRA
	Infection, respiratory tract		
	Infections, Respiratory		
	Infections, Respiratory Tract		
	Infections, Upper Respiratory Tract		
	Infections, Upper Respiratory		
	Respiratory Infection, Upper		
	Respiratory Infections		
	Upper Respiratory Tract Infection		
	Upper respiratory tract infections		
	Upper Respiratory Infections		
	Acute upper airway		
	respiratory distress syndrome		
	Respiratory disorders		
	Infants with respiratory		
	airway pressure		
	respiratory distress		
	respiratory disturbances		
	acute respiratory syndrome		
acute respiratory distress syndrome			
Pediatric Respiratory Distress Syndrome			
ards			
pediatric ards			
Respiratory Distress Syndrome, Acute			
acute respiratory illness			
bronchiolitis	Bronchiolitis	bronquiolitis	
bronchiolitis, viral		bronquiolitis viral	
Bronchiolitides, Viral			

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL

LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES
RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE
DE SALAS ERA)



Código: SDS-PSS-LN-043 Version: 1



Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

	bronchiolitis		bronquiolitis obliterante
	Viral Bronchiolitides		
	Viral Bronchiolitis		
	Acute bronchiolitis		
	Mild upper respiratory		
	bronchiolitis obliterans		
	Constrictive Bronchiolitis		
	Exudative Bronchiolitis		
	Constrictive Bronchiolitides		
	bronchiolitis, constrictive		
Crup	Acute obstructive laryngitis	Croup	Crup
	croup		
	laryngotracheitis		
	Laryngotracheobronchitis		
	viral croup		
	Croup-Associated Viruses		
	croup associated virus		
	Acute Laryngotracheo-Bronchitis Virus		
	Acute Laryngotracheobronchitis Virus		
	Acute Laryngotracheobronchitis Viruses		
	Spasmodic croup		
	viral laryngotracheobronchitis		
Neumonía	pneumonia	Pneumonia	Neumonía
	Viral pneumonia		
	bacterial pneumonia		
	Severe acute respiratory syndrome		
	acute upper respiratory		
	Pneumonia infection		
	infectious pneumonia		
	upper respiratory tract		
	acute respiratory illness		
	pediatric respiratory		
estado asmático	asthma		Crisis de asma
crisis asmática	asthma, bronchial		

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz



	Respiratory tract diseases		
	asthmatic crisis		
	Status asthmaticus		
	Crises, Asthmatic		
	asthma attack		
	acute airway		
Términos relacionados con las intervenciones de interés			
atención ambulatoria	Primary health care	Croup	Atención primaria en salud
urgencias medicas	Ambulatory care		Salas ERA
	Emergencias		Atención ambulatoria
			Atención prioritaria
			urgencias

Bitácoras de búsqueda

Guías de práctica clínica

Reporte de búsqueda electrónica No.1	
Tipo de búsqueda	Sistemática
Base de datos	Medline
Plataforma	Pubmed
Fecha de búsqueda	17 de diciembre de 2021
Rango de fecha de búsqueda	Últimos 5 años
Restricciones de lenguaje	Ninguno
Otros límites	Población pediátrica/ guías de práctica clínica
Estrategia de búsqueda (resultados)	<p>#1 (((((((((respiratory tract infection[MeSH Terms]) OR ("Respiratory Tract Infection"[Text Word])) OR ("Infections Respiratory"[Text Word])) OR ("Respiratory Infections"[Text Word])) OR ("Upper Respiratory Infections"[Text Word])) OR (Respiratory Tract Infections[MeSH Terms])) OR (Respiration Disorders[MeSH Terms])) OR ("Respiration Disorders"[Text Word])) OR ("acute respiratory illness"[Text Word])) OR ("acute respiratory syndrome"[Text Word])) OR ("acute respiratory disease"[Text Word]) 706,613</p> <p>#2 (((((((((bronchiolitis[MeSH Terms]) OR (bronchiolitis[Text Word])) OR (Bronchiolitides[Text Word])) OR (bronchiolitis, viral[MeSH Terms])) OR ("bronchiolitis viral"[Text Word])) OR ("Viral Bronchiolitis"[Text Word])) OR ("Acute bronchiolitis"[Text Word]) 14,424</p> <p># (((((((((Croup[MeSH Terms]) OR (Croup[Text Word])) OR ("Acute obstructive laryngitis"[Text Word])) OR ("Viral Croup"[Text Word])) OR ("Croup viral"[Text Word])) OR (laryngotracheitis[Text Word])) OR (Laryngotracheobronchitis[Text Word])) OR ("croup associated virus"[Text Word])) OR ("viral laryngotracheobronchitis"[Text Word])) OR ("Spasmodic croup"[Text Word])) OR ((Acute Laryngotracheobronchitis Virus)[Text Word]) 3,390</p>



La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>			
	<p>LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)</p>			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
<p>Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz</p>				

<p>NOT ("animals"[MeSH Terms:noexp] OR "animal"[All Fields])) Filters: in the last 5 years, Humans, Infant: birth-23 months, Infant: 1-23 months, Preschool Child: 2-5 years</p> <p>(((((((((((((respiratory tract infection[MeSH Terms]) OR ("Respiratory Tract Infection"[Text Word])) OR ("Infections Respiratory"[Text Word])) OR ("Respiratory Infections"[Text Word])) OR ("Upper Respiratory Infections"[Text Word])) OR (Respiratory Tract Infections[MeSH Terms])) OR (Respiration Disorders[MeSH Terms])) OR ("Respiration Disorders"[Text Word])) OR ("acute respiratory illness"[Text Word])) OR ("acute respiratory syndrome"[Text Word])) OR ("acute respiratory disease"[Text Word])) OR (((((((bronchiolitis[MeSH Terms]) OR (bronchiolitis[Text Word])) OR (Bronchiolitides[Text Word])) OR (bronchiolitis, viral[MeSH Terms])) OR ("bronchiolitis viral"[Text Word])) OR ("Viral Bronchiolitis"[Text Word])) OR ("Acute bronchiolitis"[Text Word])) OR ((((((((Croup[MeSH Terms]) OR (Croup[Text Word])) OR ("Acute obstructive laryngitis"[Text Word])) OR ("Viral Croup"[Text Word])) OR ("Croup viral"[Text Word])) OR (laryngotracheitis[Text Word])) OR (Laryngotracheobronchitis[Text Word])) OR ("croup associated virus"[Text Word])) OR ("viral laryngotracheobronchitis"[Text Word])) OR ("Spasmodic croup"[Text Word])) OR ((Acute Laryngotracheobronchitis Virus)[Text Word])) OR ((((((((Pneumonia[MeSH Terms]) OR (Pneumonia*[Text Word])) OR ((Lobar Pneumonia*[Text Word])) OR ("Experimental Lung Inflammation"[Text Word])) OR (Pneumonitis[Text Word])) OR (Pneumonitides[Text Word])) OR ("Pulmonary Inflammation"[Text Word])) OR ("lung Inflammation"[Text Word])) OR (((((((Status Asthmaticus[MeSH Terms]) OR (Status Asthmaticus[Text Word])) OR ("Asthmatic Crisis"[Text Word])) OR (Asthmatic Shocks[Text Word])) OR (Asthmatic Crises[Text Word])) OR ("asthma attack"[Text Word])) Filters: Guideline, Practice Guideline, in the last 5 years, Child: 6-12 years, Infant: 1-23 months, Preschool Child: 2-5 years 94 results</p> <p>(((((((((((((respiratory tract infection[MeSH Terms]) OR ("Respiratory Tract Infection"[Text Word])) OR ("Infections Respiratory"[Text Word])) OR ("Respiratory Infections"[Text Word])) OR ("Upper Respiratory Infections"[Text Word])) OR (Respiratory Tract Infections[MeSH Terms])) OR (Respiration Disorders[MeSH Terms])) OR ("Respiration Disorders"[Text Word])) OR ("acute respiratory illness"[Text Word])) OR ("acute respiratory syndrome"[Text Word])) OR ("acute respiratory disease"[Text Word])) OR (((((((bronchiolitis[MeSH Terms]) OR (bronchiolitis[Text Word])) OR (Bronchiolitides[Text Word])) OR (bronchiolitis, viral[MeSH Terms])) OR ("bronchiolitis viral"[Text Word])) OR ("Viral Bronchiolitis"[Text Word])) OR ("Acute bronchiolitis"[Text Word])) OR ((((((((Croup[MeSH Terms]) OR (Croup[Text Word])) OR ("Acute obstructive laryngitis"[Text Word])) OR ("Viral Croup"[Text Word])) OR ("Croup viral"[Text Word])) OR (laryngotracheitis[Text Word])) OR (Laryngotracheobronchitis[Text Word])) OR ("croup associated virus"[Text Word])) OR ("viral laryngotracheobronchitis"[Text Word])) OR ("Spasmodic croup"[Text Word])) OR ((Acute Laryngotracheobronchitis Virus)[Text Word])) OR ((((((((Pneumonia[MeSH Terms]) OR (Pneumonia*[Text Word])) OR ((Lobar Pneumonia*[Text Word])) OR ("Experimental Lung Inflammation"[Text Word])) OR (Pneumonitis[Text Word])) OR (Pneumonitides[Text Word])) OR ("Pulmonary Inflammation"[Text Word])) OR ("lung Inflammation"[Text Word])) OR (((((((Status Asthmaticus[MeSH Terms]) OR (Status Asthmaticus[Text Word])) OR ("Asthmatic Crisis"[Text Word])) OR (Asthmatic Shocks[Text Word])) OR (Asthmatic Crises[Text Word])) OR ("asthma attack"[Text Word])) Filters: Guideline, Practice Guideline, in the last 5 years, Humans, Child: birth-18 years: 113 results</p>	
<p>Referencias identificadas</p>	<p>1,358</p>

Reporte de búsqueda electrónica No.2	
Tipo de búsqueda	Sistemática
Base de datos	Lilacs
Plataforma	BVS
Fecha de búsqueda	17/12/2021

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Rango de fecha de búsqueda	Ninguno
Restricciones de lenguaje	Ninguno
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	#1 (mh:("Infecciones del Sistema respiratorio")) OR ("infección respiratoria aguda") OR (mh:(bronquiolitis)) OR (bronquiolitis) OR (mh:(crup)) OR (crup) OR (mh:(neumonía)) OR (neumonía) OR (mh:("crisis asmática")) OR ("crisis asmática") #2 (mh:(Lactante)) OR (mh:(preescolar)) OR (mh:(niño)) OR (mh:(infante)) Filtros: Base de datos Lilacs (remove) Tipo de estudio Guía de práctica clínica (remove) Últimos 5 años
Resultados	23

Reporte de búsquedas en repositorios de GPC No. 3						
Fecha de búsqueda	30 de noviembre de 2021 - 4 de diciembre de 2021					
Recursos / Link	*upper respiratory tract guidelines	bronchiolitis guidelines	croup guidelines	asthma guidelines	pneumonia guidelines	asthmatic crisis guidelines
The National Guideline Clearinghouse – AHRQ, http://www.guideline.gov/	1	0	0	0	0	0
GIN NETWORK, https://guidelines.ebmportal.com/	0	1	0	2	0	0
Database of GRADE EtD's and Guidelines, http://dbep.gradepro.org/	0	0	0	0	0	0
TRIP Database, https://www.tripdatabase.com/	1	1	1	4	1	0
Epistemonikos, https://www.epistemonikos.org/advanced	0	0	0	0	0	0
CMA Infobase: Clinical Practice Guidelines Database (CPGs), https://joulecma.ca/cpg/homepage	0	0	0	1	0	0
Guidelines in practice, https://www.guidelinesinpractice.co.uk/	0	1	0	1	0	0

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

BIGG. International Database for GRADE Guidelines. BIREME-OPS, https://sites.bvsalud.org/bigge/en/biblio/	0	0	0	0	0	0
National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), http://www.nice.org.uk	0	1	1	1	1	0
Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH), http://www.cadth.ca	0	1	1	0	0	0
Scottish Clinical Guidelines, https://www.sign.ac.uk/our-guidelines	0	1	0	0	0	0
Database of WHO guidelines, https://kohahq.searo.who.int/cgi-bin/koha/opac-search.pl?idx=&limit=&q=	0	2	1	0	0	0
New Zealand guidelines, https://www.health.govt.nz/publications/	0	0	0	1	0	0
Catálogo de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud, http://portal.guiasalud.es/web/guest/guias-practica-clinica	0	1	0	0	0	0
Colegio Americano de Médicos, https://www.acponline.org/clinical-information/guidelines	0	1	1	0	0	0
Organización Panamericana de la Salud, http://www.paho.org/	0	1	0	0	0	0
WHOLIS - Sistema de Información de la Biblioteca de la OMS, http://liscuba.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=1652w	0	1	1	1	0	0
Consejo Nacional Australiano de Salud e Investigación Médica: Guías para la Práctica Clínica, https://www.clinicalguidelines.gov.au/	0	0	1	0	0	0

Revisiones sistemáticas de la literatura

Reporte de búsqueda No.1	
Tipo de búsqueda	Sistemática
Base de datos	Pubmed
Plataforma	Pubmed
Fecha de búsqueda	4 de enero de 2022

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Rango de fecha de búsqueda	Los últimos 5 años
Restricciones de lenguaje	Ninguno
Otros límites	Edad
Estrategia de búsqueda (resultados)	Search: (((Search: (((((respiratory[Title/Abstract]) AND (infection*[MeSH Terms])) OR (((Respiration Disorder*[MeSH Terms]) OR (acute respiratory illness[Title/Abstract]) OR (acute respiratory syndrome[MeSH Terms])) OR (Respiratory Tract Diseases [MeSH Terms])) OR (((Acute obstructive laryngitis[Title/Abstract]) OR (laryngotracheitis[Title/Abstract]) OR (Laryngotracheobronchitis[Title/Abstract]) OR (croup[MeSH Terms])) OR (((Pneumonia[MeSH Terms]) OR (Lung Inflammation[Title/Abstract]) OR (Pneumoniti*[Title/Abstract]) OR (Pulmonary Inflammation[Title/Abstract])) OR (((Status Asthmaticus[MeSH Terms]) OR (Asthmatic Crisis*[Title/Abstract]) OR (Asthmatic Shocks[Title/Abstract]) OR (asthma attack[Title/Abstract]) OR (Bronchial Spasm[MeSH Terms])) AND (((CHILD[MeSH Terms]) OR (Infant[MeSH Terms]) OR (minor*[MeSH Terms])) AND ((((((infant[MeSH Terms]) OR (infant*[Title/Abstract]) OR (child[MeSH Terms]) OR (child[Title/Abstract]) OR (child, preschool[MeSH Terms]) OR (child, preschool[Title/Abstract]) OR (minors[Title/Abstract]) OR (minors[MeSH Terms])) AND ((MEDLINE[Title/Abstract] OR (systematic[Title/Abstract] AND review[Title/Abstract]) OR meta-analysis[Publication Type])) Filters: in the last 5 years
Referencias identificadas	1.240

Reporte de búsqueda No.2	
Tipo de búsqueda	Sistemática
Base de datos	Embase
Plataforma	Embase
Fecha de búsqueda	4 de enero de 2022
Rango de fecha de búsqueda	Los últimos 5 años
Restricciones de lenguaje	Ninguno
Otros límites	Edad
Estrategia de búsqueda (resultados)	14 'respiratory'/exp OR 'infection'/exp OR 'breathing disorder'/exp OR 'acute respiratory illness':ti,ab OR 'acute respiratory syndrome':ti,ab OR 'respiratory tract disease'/exp OR 'respiratory disease':ti,ab OR 'acute obstructive laryngitis':ti,ab OR 'laryngotracheobronchitis'/exp OR laryngotracheobron:ti,ab OR 'croup'/exp OR croup:ti,ab OR 'pneumonia'/exp OR pneumonia:ti,ab OR 'lung inflammation':ti,ab OR pneumoniti*:ti,ab OR 'pulmonary inflammation':ti,ab 15 'asthmatic state'/exp OR 'asthmatic state':ti,ab OR 'asthmatic crisis':ti,ab OR 'asthmatic shocks':ti,ab OR 'asthma attack'/exp OR 'asthma attack':ti,ab OR 'bronchospasm'/exp OR bronchospasm:ti,ab 16 'meta analysis'/exp OR 'meta ana':ti,ab OR 'systematic review'/exp OR 'systematic review':ti,ab 18 'child'/exp OR child:ti,ab OR 'infant'/exp OR infant:ti,ab OR 'preschool child'/exp OR 'minor (person)'/exp OR minor:ti,ab 17 #14 OR #15 19 #17 AND #18 23.#19 AND #16 #23 AND (2018:py OR 2019:py OR 2020:py OR 2021:py OR 2022:py)

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Referencias identificadas	5.267
----------------------------------	-------

Reporte de búsqueda No. 3	
Tipo de búsqueda	Sistemática
Base de datos	Lilacs
Plataforma	Lilacs
Fecha de búsqueda	4 de enero de 2022
Rango de fecha de búsqueda	Los últimos 5 años
Restricciones de lenguaje	Ninguno
Otros límites	Edad
Estrategia de búsqueda (resultados)	(ti:(infecciones del sistema respiratorio) OR (infección respiratoria aguda) OR (bronquiolitis) OR (crup) OR (neumonía) OR (crisis asmática))) AND ((niños) OR (infantes) OR (menores) OR (preescolar)) AND (type_of_study:"systematic_reviews" OR "policy_brief" OR "overview") AND (year_cluster:[2017 TO 2022])
Referencias identificadas	9

Reporte de búsqueda No 4	
Tipo de búsqueda	Sistemática
Base de datos	Epistemonikos
Plataforma	Epistemonikos
Fecha de búsqueda	4 de enero de 2022
Rango de fecha de búsqueda	Los últimos 5 años
Restricciones de lenguaje	Ninguno
Otros límites	Edad
Estrategia de búsqueda (resultados)	Search: ((Search: ((((((respiratory[Title/Abstract]) AND (infection*[MeSH Terms])) OR (((Respiration Disorder*[MeSH Terms]) OR (acute respiratory illness[Title/Abstract]) OR (acute respiratory syndrome[MeSH Terms])) OR (Respiratory Tract Diseases [MeSH Terms]))) OR (((Acute obstructive laryngitis[Title/Abstract]) OR (laryngotracheitis[Title/Abstract]) OR (Laryngotracheobronchitis[Title/Abstract]) OR (croup[MeSH Terms])) OR (((Pneumonia[MeSH Terms]) OR (Lung Inflammation[Title/Abstract]) OR (Pneumoniti*[Title/Abstract]) OR (Pulmonary Inflammation[Title/Abstract]))) OR (((Status Asthmaticus[MeSH Terms]) OR (Asthmatic Cris*[Title/Abstract]) OR (Asthmatic Shocks[Title/Abstract]) OR (asthma attack[Title/Abstract]) OR (Bronchial Spasm[MeSH Terms]))) AND (((CHILD[MeSH Terms]) OR (Infant[MeSH Terms]) OR (minor*[MeSH Terms]))) AND ((((((infant[MeSH Terms]) OR (infant*[Title/Abstract]) OR

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz



	(child[MeSH Terms]) OR (child[Title/Abstract]) OR (child, preschool[MeSH Terms]) OR (child, preschool[Title/Abstract]) OR (minors[Title/Abstract]) OR (minors[MeSH Terms])) AND ((MEDLINE[Title/Abstract] OR (systematic[Title/Abstract] AND review[Title/Abstract]) OR meta-analysis[Publication Type])) Filters: in the last 5 year
Referencias identificadas	6

Reporte de búsqueda No. 5	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Google Scholar
Plataforma	Google Scholar
Fecha de búsqueda	20 de diciembre de 2022
Rango de fecha de búsqueda	Últimos 5 años
Restricciones de lenguaje	Ninguno
Otros límites	Se revisan 10 primeras páginas
Estrategia de búsqueda (resultados)	((("acute respiratory disease ") OR ("respiratory tract infection") OR ("Infections Respiratory") OR ("") AND ("Bronchiolitis") AND ("Croup") OR ("Acute obstructive laryngitis") AND ("Pneumonia") AND ("Asthmatic Crisis ") AND ("Systematic Review
Referencias identificadas	5

Estudios primarios (CRUP)

Reporte de búsqueda No. 1	
Tipo de búsqueda	Sistemática
Base de datos	Medline
Plataforma	Pubmed
Fecha de búsqueda	11 de febrero de 2022
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Restricciones de lenguaje	Ninguno
Otros límites	Edad

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.



 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>			
	<p>LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)</p>			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

<p>Estrategia de búsqueda (resultados)</p>	<p>#1 (((Acute obstructive laryngitis[Title/Abstract] OR (laryngotracheitis[Title/Abstract])) OR (Laryngotracheobronchitis[Title/Abstract])) OR (croup[MeSH Major Topic]) 2081</p> <p>#2 ((((((infant[MeSH Terms]) OR (infant*[Title/Abstract])) OR (child[MeSH Terms])) OR (child[Title/Abstract])) OR (child, preschool[MeSH Terms])) OR (child, preschool[Title/Abstract])) OR (minors[Title/Abstract])) OR (minors[MeSH Terms]) 2,872,627</p> <p>#3 (((((Therapeutics[MeSH Terms]) OR ((Therapeutic[Title/Abstract] OR Therapy[Title/Abstract] OR Therapies[Title/Abstract] OR Treatment[Title/Abstract] OR Treatments[Title/Abstract])) OR (therapy[MeSH Terms])) OR ((treatment[Title/Abstract] OR "disease management"[Title/Abstract])) OR (drug therapy[MeSH Terms])) OR (((Therap*[Title/Abstract] AND Drug[Title/Abstract]) OR Pharmacotherap*[Title/Abstract])) OR ("Non-Pharmacological Interventions"[Title/Abstract]) 9,710,989</p> <p>#4 (((((Acute obstructive laryngitis[Title/Abstract] OR (laryngotracheitis[Title/Abstract])) OR (Laryngotracheobronchitis[Title/Abstract])) OR (croup[MeSH Major Topic])) AND ((((((infant[MeSH Terms]) OR (infant*[Title/Abstract])) OR (child[MeSH Terms])) OR (child[Title/Abstract])) OR (child, preschool[MeSH Terms])) OR (child, preschool[Title/Abstract])) OR (minors[Title/Abstract])) OR (minors[MeSH Terms])) AND ((((((Therapeutics[MeSH Terms]) OR ((Therapeutic[Title/Abstract] OR Therapy[Title/Abstract] OR Therapies[Title/Abstract] OR Treatment[Title/Abstract] OR Treatments[Title/Abstract])) OR (therapy[MeSH Terms])) OR ((treatment[Title/Abstract] OR "disease management"[Title/Abstract])) OR (drug therapy[MeSH Terms])) OR (((Therap*[Title/Abstract] AND Drug[Title/Abstract]) OR Pharmacotherap*[Title/Abstract])) OR ("Non-Pharmacological Interventions"[Title/Abstract])) 519</p> <p>#5 (((((Acute obstructive laryngitis[Title/Abstract] OR (laryngotracheitis[Title/Abstract])) OR (Laryngotracheobronchitis[Title/Abstract])) OR (croup[MeSH Major Topic])) AND ((((((infant[MeSH Terms]) OR (infant*[Title/Abstract])) OR (child[MeSH Terms])) OR (child[Title/Abstract])) OR (child, preschool[MeSH Terms])) OR (child, preschool[Title/Abstract])) OR (minors[Title/Abstract])) OR (minors[MeSH Terms])) AND ((((((Therapeutics[MeSH Terms]) OR ((Therapeutic[Title/Abstract] OR Therapy[Title/Abstract] OR Therapies[Title/Abstract] OR Treatment[Title/Abstract] OR Treatments[Title/Abstract])) OR (therapy[MeSH Terms])) OR ((treatment[Title/Abstract] OR "disease management"[Title/Abstract])) OR (drug therapy[MeSH Terms])) OR (((Therap*[Title/Abstract] AND Drug[Title/Abstract]) OR Pharmacotherap*[Title/Abstract])) OR ("Non-Pharmacological Interventions"[Title/Abstract])) Filters: Infant: 1-23 months, Preschool Child: 2-5 years 405</p>
<p>Referencias identificadas</p>	<p>405</p>

Reporte de búsqueda No.2	
Tipo de búsqueda	Sistemática
Base de datos	Embase
Plataforma	Embase
Fecha de búsqueda	11 de feb. de 2022
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Restricciones de lenguaje	Ninguno
Otros límites	Edad

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	



Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Estrategia de búsqueda (resultados)	#1 'laryngotracheitis virus'/exp OR 'acute obstructive laryngitis':ti,ab,kw OR 'laryngotracheobronchitis'/exp OR 'croup'/exp OR laryngotracheobronchitis:ti,ab,kw OR laryngotracheitis:ti,ab,kw OR croup:ti,ab,kw 4,314 #2 'child'/exp OR child:ti,ab,kw OR 'infant'/exp OR infant:ti,ab,kw OR 'preschool child'/exp OR 'preschool child':ti,ab,kw OR ('minor'/exp AND person) OR minor:ti,ab,kw 3,612,087 #3 'therapy'/exp OR therapeutic:ti,ab,kw OR therapy:ti,ab,kw OR therapies:ti,ab,kw OR treatments:ti,ab,kw OR treatment:ti,ab,kw OR 'disease management':ti,ab,kw OR 'drug therapy'/exp OR 'therap\$ near/3drug':ti,ab,kw OR pharmacotherap\$:ti,ab,kw OR 'non-pharmacological interventions':ti,ab,kw 14,469,841 #4 #1 AND #2 AND #3 1,280 #5 #4 AND (([infant]/lim OR [preschool]/lim) 686
Referencias identificadas	686

Reporte de búsqueda No.3	
Tipo de búsqueda	Sistemática
Base de datos	Lilacs
Plataforma	BVS
Fecha de búsqueda	11 de feb. de 2022
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Restricciones de lenguaje	Ninguno
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda (resultados)	(mh:(crup)) OR (crup) OR (laringotraqueitis) OR (lanringotraqueobronquitis) OR ("laringitis obstructiva crónica") AND (db:("LILACS"))
Referencias identificadas	41

Reporte de búsqueda No.4	
Tipo de búsqueda	Sistemática
Base de datos	Epistemonikos
Plataforma	Epistemonikos
Fecha de búsqueda	11 de feb. de 2022
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Restricciones de lenguaje	Ninguno

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Otros límites	No PMC
Estrategia de búsqueda (resultados)	(title:(("Acute obstructive laryngitis" OR laryngotracheitis OR Laryngotracheobronchitis OR croup)) OR abstract:(("Acute obstructive laryngitis" OR laryngotracheitis OR Laryngotracheobronchitis OR croup))) AND (title:(Therapeutics OR Therapy OR Therapies OR Treatment OR "disease management" OR "drug therapy" OR Pharmacotherapy OR "Non-Pharmacological Interventions")) OR abstract:(Therapeutics OR Therapy OR Therapies OR Treatment OR "disease management" OR "drug therapy" OR Pharmacotherapy OR "Non-Pharmacological Interventions")))) OR abstract:(title:(("Acute obstructive laryngitis" OR laryngotracheitis OR Laryngotracheobronchitis OR croup)) OR abstract:(("Acute obstructive laryngitis" OR laryngotracheitis OR Laryngotracheobronchitis OR croup))) AND (title:(Therapeutics OR Therapy OR Therapies OR Treatment OR "disease management" OR "drug therapy" OR Pharmacotherapy OR "Non-Pharmacological Interventions")) OR abstract:(Therapeutics OR Therapy OR Therapies OR Treatment OR "disease management" OR "drug therapy" OR Pharmacotherapy OR "Non-Pharmacological Interventions"))))
Referencias identificadas	99

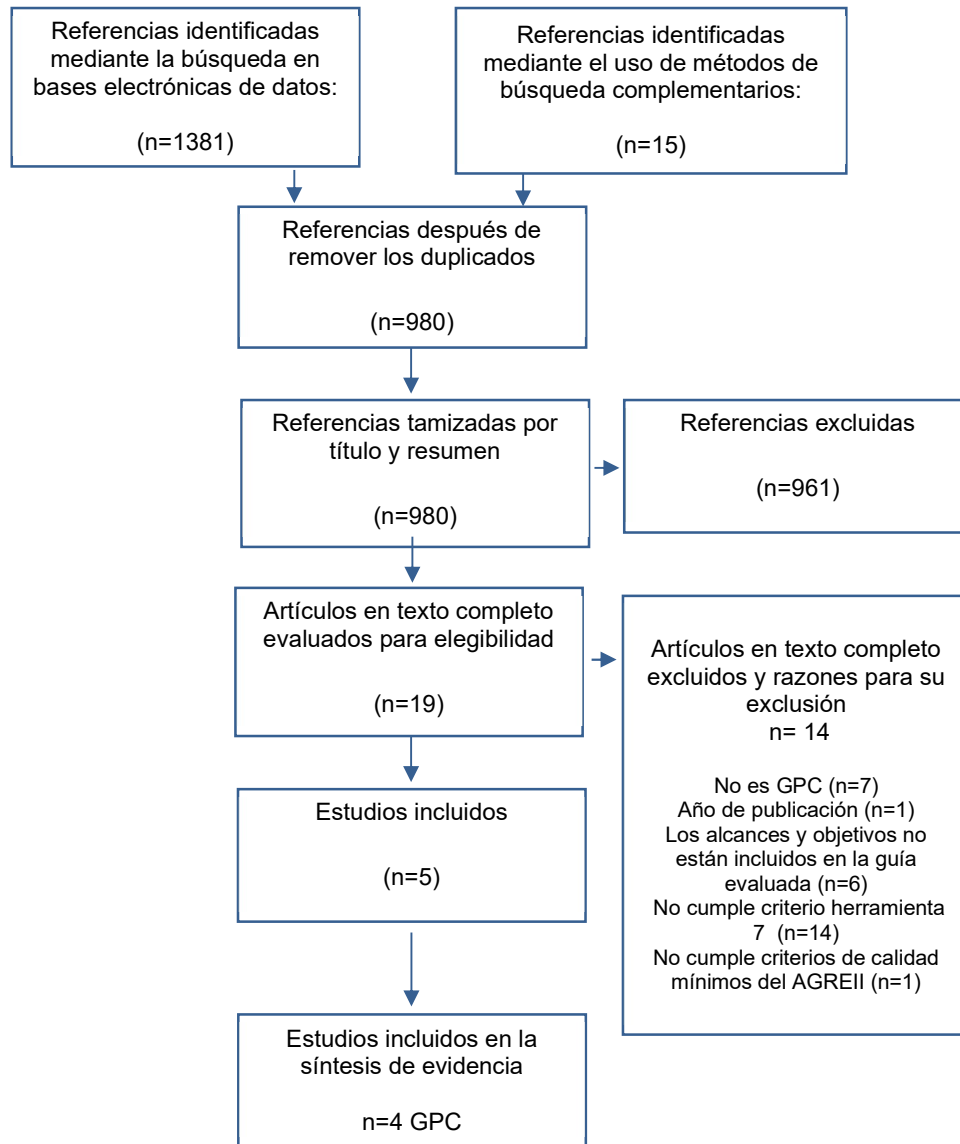
Reporte de búsqueda No.5	
Tipo de búsqueda	Sistemática
Base de datos	Google académico
Plataforma	Google académico
Fecha de búsqueda	11 de feb. de 2022
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite
Restricciones de lenguaje	Ninguno
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda (resultados)	(laryngotracheitis OR Laryngotracheobronchitis OR croup)
Referencias identificadas	5 primeras páginas (50)

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Anexo 3. Diagramas de flujo de la búsqueda, tamización y selección de evidencia.

Guías de práctica clínica

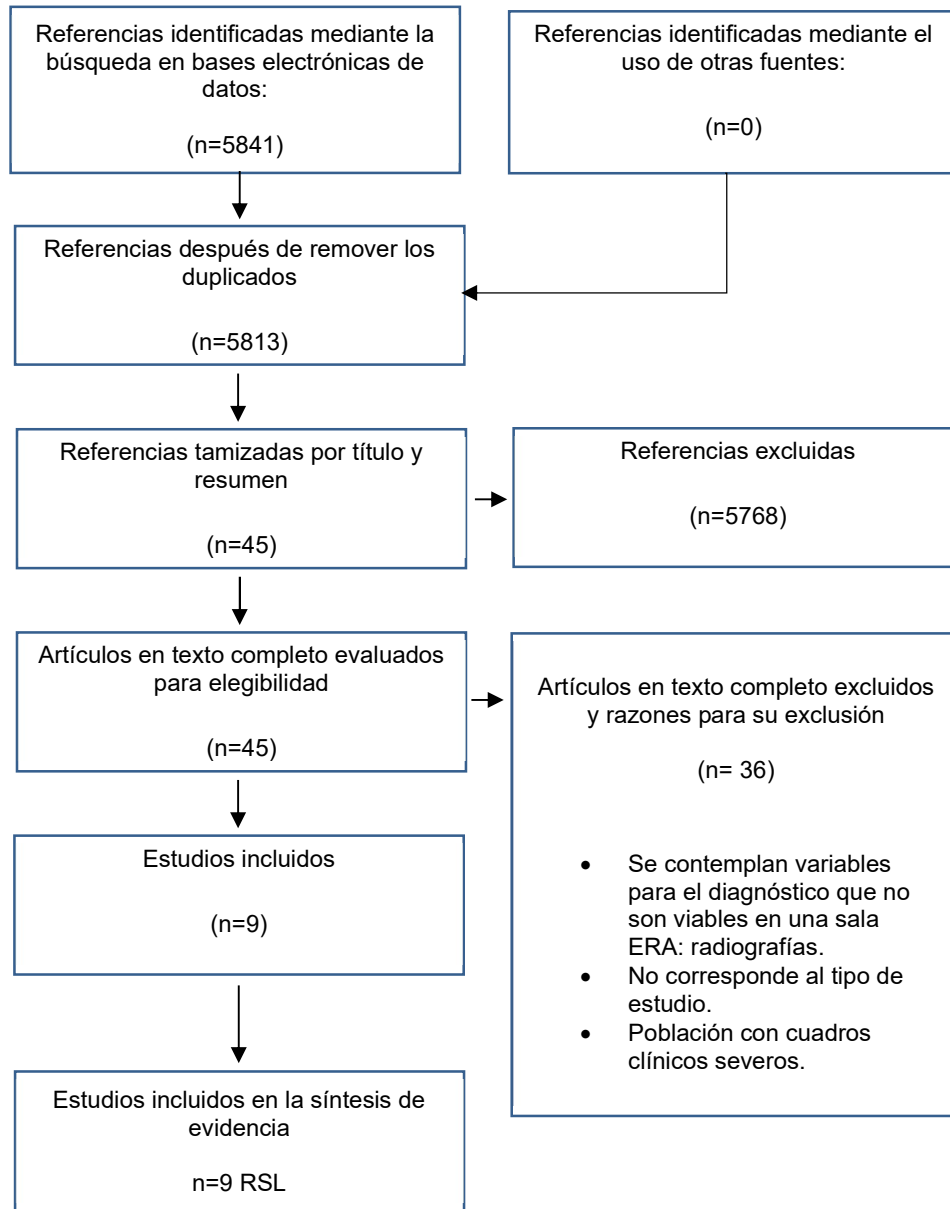


La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

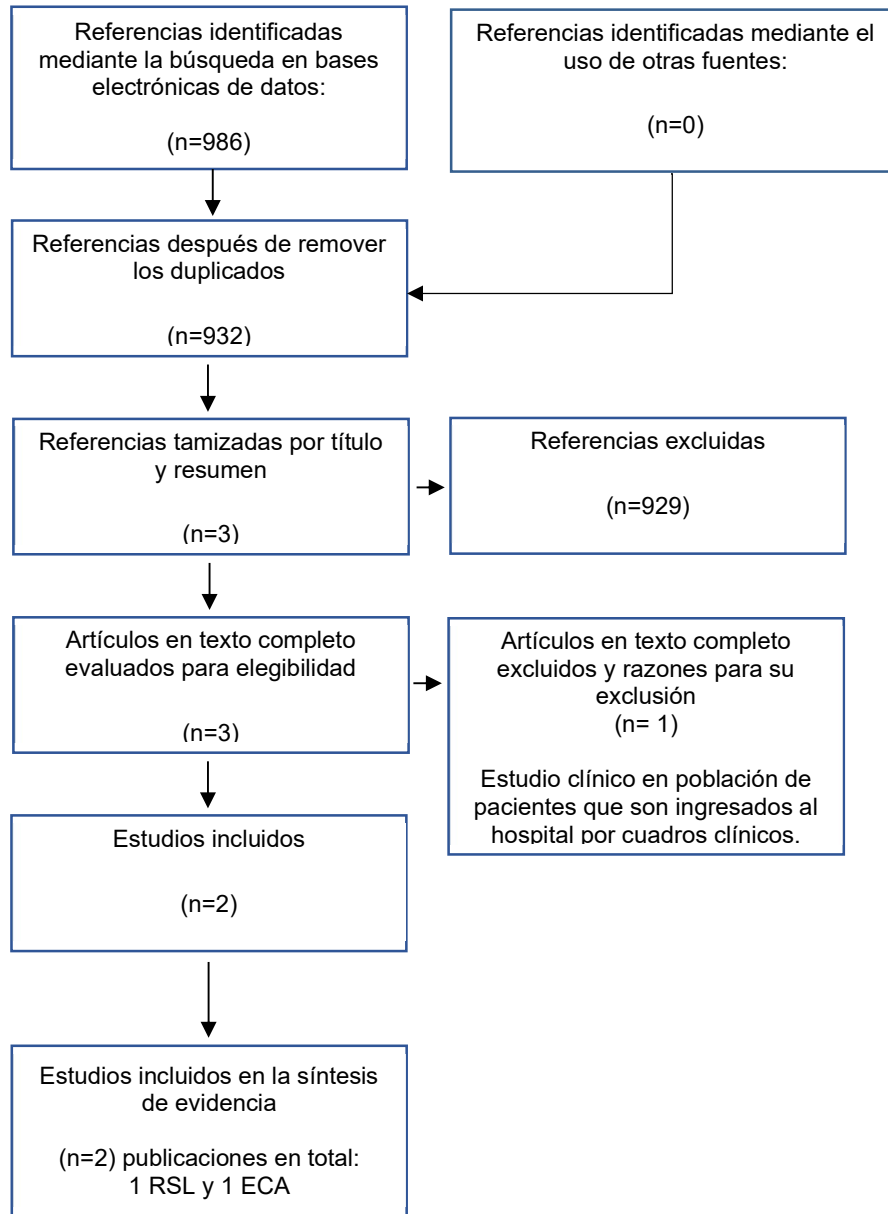
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz



Revisiones sistemáticas de la literatura



La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Estudios primarios para CRUP





 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Anexo 4. Listado de documentos incluidos y excluidos

Tabla 9. Listado de estudios incluidos

No	Autor, año	Título	Tipo de estudio
1	Scottish Intercollegiate Guidelines Network British Thoracic Society, 2019	SIGN158 British guideline on the management of asthma	GPC
2	National Institute for Health and Care Excellence, 2015 update 2021	Bronchiolitis: diagnosis and management of bronchiolitis in children	GPC
3	National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2019	Pneumonia (community acquired): antimicrobial prescribing	GPC
4	Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica SEPAR, 2021	Guía Española para el Manejo del Asma - GEMA 5.1	GPC
5	O'Brien, Sharon 2019(67)	'Rational use of high-flow therapy in infants with bronchiolitis. What do the latest trials tell us?' A Paediatric Research in Emergency Departments International Collaborative perspective.	RSL
6	Cai, K.-J. 2021	Dexamethasone versus prednisone or prednisolone for acute pediatric asthma exacerbations in the emergency department: A meta-analysis	RSL
7	Wang, Z.-Y. 2019	Efficacy of 3% hypertonic saline in bronchiolitis: A meta-analysis	RSL
8	Cai, Z. 2020	Efficacy of salbutamol in the treatment of infants with bronchiolitis: A meta-analysis of 13 studies	RSL
9	Gates, A. and Gates, M. 2018	Glucocorticoids for croup in children	RSL
10	Moreel, L 2020	High flow nasal cannula as respiratory support in treating infant bronchiolitis: a systematic review	RSL
11	Payares-Salamanca 2020	Metered-dose inhalers versus nebulization for the delivery of albuterol for acute exacerbations of wheezing or asthma in children: A systematic review with meta-analysis	RSL
12	Guo, C. 2018	Network Meta-Analysis Comparing the Efficacy of Therapeutic Treatments for Bronchiolitis in Children	RSL
13	Sawanyawisuth, K 2020	Role of inhaled corticosteroids for asthma exacerbation in children: An updated meta-Analysis	RSL
14	Bjornson, C. 2013	Nebulized epinephrine for croup in children	RSL
15	Aziz Eghbalia, 2016	Efficacy of nebulized L-epinephrine for treatment of croup: a randomized, doubleblind study	Ensayo clínico aleatorizado

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Fuente: elaboración propia.

Tabla 10. Listado de estudios excluidos en texto completo y razones de exclusión

No	Referencia	Razón de exclusión
1	National guidance for the management of children with bronchiolitis/2021(68).	Los alcances y objetivos de nuestra guía no están incluidos en la guía evaluada (crisis asmática).
2	Asher I, McNamara D, Davies C, Demetriou T, Fleming T, Harwood M, Hetaraka-Stevens L, Ingham T, Kristiansen J, Reid J, Rickard D, Ryan D. Asthma and Respiratory Foundation NZ child and adolescent asthma guidelines: a quick reference guide. N Z Med J. 2017 Dec 1;130(1466):10-33. PMID: 29197898.	No es una GPC.
3	Asthma: diagnosis, monitoring and chronic asthma management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2021 Mar 22. PMID: 32755129.	Los alcances y objetivos de nuestra guía no están incluidos en la guía evaluada (crisis asmática).
4	Global strategy for asthma management and prevention (GINA)/2016 (69)	Los alcances y objetivos de nuestra guía no están incluidos en la guía evaluada (crisis asmática).
5	Guía de Práctica Clínica, diagnóstico y Tratamiento de Bronquiolitis Aguda en niñas/niños y en el Primer Nivel de Atención/2016(70)	No es una GPC.
6	Diagnosis and Treatment of Respiratory Illness in Children and Adults/2017(71)	Los alcances y objetivos de nuestra guía no están incluidos en la guía evaluada.
7	South Australian Paediatric Clinical Practice Guidelines Croup/2018(72)	No es una GPC
8	South Australian Paediatric Clinical Practice Guidelines Acute Asthma in Children/2021(73)	Los alcances y objetivos de nuestra guía no están incluidos en la guía evaluada (crisis asmática).
9	South Australian Paediatric Clinical Practice Guidelines Bronchiolitis in Children/2018(74)	No es una GPC.
10	Canadian Thoracic Society 2021 Guideline update: Diagnosis and management of asthma in preschoolers, children and adults/2021(75)	Los alcances y objetivos de nuestra guía no están incluidos en la guía evaluada (crisis asmática, asma del lactante).
11	Cough (acute): antimicrobial prescribing/2019(76)	Los alcances y objetivos de nuestra guía no están incluidos en la guía evaluada (CRUP, crisis asmática, bronquiolitis o neumonía).
12	Australasian Bronchiolitis Guideline/2018(67)	No es una GPC.
13	Recommendations and guidelines for the treatment of pneumonia in Taiwan/2018(77)	No es una GPC.
14	The Saudi Initiative for Asthma - 2021 Update: Guidelines for the diagnosis and management of asthma in adults and children/2021(78)	No es una GPC.



La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

15	Che SY, He H, Deng Y, Liu EM. [Clinical effect of azithromycin adjuvant therapy in children with bronchiolitis: a systematic review and Meta analysis]. Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi. 2019 Aug;21(8):812-819. Chinese. doi: 10.7499/j.issn.1008-8830.2019.08.014. PMID: 31416508; PMCID: PMC7389899.	<p>Solo disponible en idioma chino.</p> <p>Los resultados de este metanálisis muestran que la terapia adyuvante con azitromicina no reduce la estancia hospitalaria y el tiempo de uso de oxígeno.</p>
16	Kirolos A, Manti S, Blacow R, Tse G, Wilson T, Lister M, Cunningham S, Campbell A, Nair H, Reeves RM, Fernandes RM, Campbell H; RESCEU Investigators. A Systematic Review of Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Bronchiolitis. J Infect Dis. 2020 Oct 7;222(Suppl 7): S672-S679. Doi: 10.1093/infdis/jiz240. Erratum in: J Infect Dis. 2020 Mar 16;221(7):1204. PMID: 31541233.	<p>Hubo variabilidad sobre las diferentes recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la bronquiolitis y en algunas guías se encontraba escaso rigor metodológico.</p> <p>Se contemplan variables para el diagnóstico que no son viables en una sala ERA: exámenes de laboratorios y exámenes radiológicos.</p>
17	Alarcón-Andrade G, Cifuentes L. Do inhaled corticosteroids have a role for bronchiolitis? Medwave. 2018 Apr 17;18(2): e7183. Spanish, English. doi: 10.5867/medwave.2018.02.7182. PMID: 29677180.	<p>El uso de los corticosteroides ya fue ampliamente abordado desde las GPC.</p> <p>En este estudio, el uso de corticoides inhalados no reduce las sibilancias recurrentes o el asma en pacientes con bronquiolitis - La certeza de la evidencia es alta.</p> <p>El uso de corticoides inhalados probablemente no reduce la tasa de readmisión hospitalaria- La certeza de la evidencia es moderada.</p>
18	Chistol I, Tan Z, Mohamed S, et al P163 Adherence to the bronchiolitis guidelines- a departmental study between november 2018- january 2019 Archives of Disease in Childhood 2019;104:A223.	No corresponde al tipo de estudio que estamos buscando: el estudio evalúa el nivel de conocimiento y desempeño de los profesionales que atienden niños con bronquiolitis.
19	Lassi ZS, Padhani ZA, Das JK, Salam RA, Bhutta ZA. Antibiotic therapy versus no antibiotic therapy for children aged 2 to 59 months with WHO-defined non-severe pneumonia and wheeze. Cochrane Database Syst Rev. 2021 Jan 20;1(1):CD009576. doi: 10.1002/14651858.CD009576.pub3. PMID: 33469915; PMCID: PMC8092454.	Las preguntas que se resuelven ya están definidas a través de GPC.
20	Mathur S, Fuchs A, Bielicki J, Van Den Anker J, Sharland M. Antibiotic use for community-acquired pneumonia in neonates and children: WHO evidence review. Paediatr Int Child Health. 2018 Nov;38(sup1):S66-S75. doi: 10.1080/20469047.2017.1409455. PMID: 29790844; PMCID: PMC6176769.	<p>Los medicamentos de amplio espectro no están contemplados para uso en sala ERA.</p> <p>El tratamiento antibiótico óptimo de los niños hospitalizados con neumonía grave y muy grave, así como neumonía grave en los niños mayores hospitalizados siguen sin estar claros.</p>
21	Gómez C, Alarcón G, Cifuentes L. Beta-2 agonists for the treatment of bronchiolitis. Medwave. 2020 Sep 3;20(8):e7945. Spanish, English. doi: 10.5867/medwave.2020.08.7947. PMID: 32956339.	No es una RSL es un resumen estructurado: El uso de beta-2 agonistas de corta acción, puede

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz



		resultar en poca o nula diferencia en la necesidad de hospitalización.
22	Al Saeedy D, Gillani SW, Al-Salloum J, Moosvi A, Eissa M, Gulam SM. Comparative Efficacy of Beta-Lactams and Macrolides in the Treatment of Pediatric Pneumonia: A Systematic Review. <i>Curr Pediatr Rev.</i> 2020;16(4):307-313. doi: 10.2174/1573396316666200907115800. PMID: 32895041.	No está disponible a texto completo. Esta RSL compara la eficacia de betalactámicos y macrólidos en el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en niños.
23	Elliott SA, Gaudet LA, Fernandes RM, Vandermeer B, Freedman SB, Johnson DW, Plint AC, Klassen TP, Allain D, Hartling L. Comparative Efficacy of Bronchiolitis Interventions in Acute Care: A Network Meta-analysis. <i>Pediatrics.</i> 2021 May;147(5):e2020040816. doi: 10.1542/peds.2020-040816. PMID: 33893229.	No está disponible a texto completo. El objetivo del metanálisis en red fue comparar la efectividad de los tratamientos para la bronquiolitis en los niños menores de 2 años.
23	Hong, J. and Zhang, A. and Du, J. and Chen, A. and Ranadive, A. and Kaur, E. and Lewis, J. and Afghani, B. Comparison of 2-day dexamethasone versus 5-day prednisone for treatment of pediatric patients with acute asthma exacerbation, <i>Journal of Investigative Medicine - Volume 67, Issue 1, pp. 67-68 - published 2019-01-01</i>	No hay resultados con estos autores.
25	Roncada C, Andrade J, Bischoff LC, Pitrez PM. Comparison of two inhalational techniques for bronchodilator administration in children and adolescents with acute asthma crisis: A Meta-analysis. <i>Rev Paul Pediatr.</i> 2018 Jul-Sep;36(3):364-371. doi: 10.1590/1984-0462/2018;36;3;00002. Epub 2018 Jul 10. PMID: 29995144; PMCID: PMC6202895.	Pregunta ya resuelta desde las guías de GPC.
26	Jat KR, Mathew JL. Continuous positive airway pressure (CPAP) for acute bronchiolitis in children. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2019 Jan 31;1(1):CD010473. doi: 10.1002/14651858.CD010473.pub3. PMID: 30701528; PMCID: PMC6354031.	El objetivo de este estudio es evaluar el uso de CPAP en niños con cuadro clínico de bronquiolitis severa.
27	Nitchingham, D. and Hawcutt, D. and Fernandes, R. and Kapitein, B. and Andrew, L. and Grice, J. and Cibinda, H. and O'Connor, M. and Sinha, I. Dexamethasone or prednisolone for acute asthma exacerbations in children: A meta-analysis. <i>European Respiratory Journal - Volume 54, Issue 0, pp. - published 2019-01-01</i>	No está disponible a texto completo. El objetivo de este estudio es evaluar el uso de CPAP en niños con cuadro clínico de bronquiolitis severa.
28	Alarcón-Andrade, G. and Cifuentes, L. Do inhaled corticosteroids have a role for bronchiolitis? <i>Medwave - Volume 18, Issue 2, pp. e7183 - published 2018-01-01</i>	El uso de los corticosteroides ya fue resuelto a través de GPC.
29	Shah SN, Bachur RG, Simel DL, Neuman MI. Does This Child Have Pneumonia?: The Rational Clinical Examination Systematic Review. <i>JAMA.</i> 2017 Aug 1;318(5):462-471. doi: 10.1001/jama.2017.9039. Erratum in: <i>JAMA.</i> 2017 Oct 3;318(13):1284. PMID: 28763554.	Aunque es útil para responder a signos y síntomas, pero estos ya están resueltos con las GPC. Adicionalmente, contempla variables radiológicas que no son factibles de realizar desde el alcance de una sala ERA.
30	Ibarra Cornejo, José and Beltran Maldonado, Eduardo and Quidequeo Reffers, Diego and Antillanca Hernández, Bárbara and Fernández Lara, Mari-a José and Eugenin Vergara, David. Efectividad de las diferentes técnicas de fisioterapia respiratoria en la bronquiolitis. Revisión sistemática. <i>Rev. medica electron - Volume 39, Issue 3, pp. 529-540 - published 2017-01-01</i>	El uso de las técnicas de fisioterapia ya está abordada a través de GPC.
31	Dafydd C, Saunders BJ, Kotecha SJ, Edwards MO. Efficacy and safety of high flow nasal oxygen for children with bronchiolitis: systematic review and meta-analysis. <i>BMJ Open Respir Res.</i>	Este metanálisis evalúa la cánula nasal de alto flujo frente al presión de aire positivo presurizado. Terapias propias

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>			
	<p>LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)</p>			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz



	2021 Jul;8(1):e000844. doi: 10.1136/bmjresp-2020-000844. PMID: 34326153; PMCID: PMC8323377.	de pacientes con cuadros severos que no están al alcance de sala ERA.
32	Ahn JG, Cho HK, Li D, Choi M, Lee J, Eun BW, Jo DS, Park SE, Choi EH, Yang HJ, Kim KH. Efficacy of tetracyclines and fluoroquinolones for the treatment of macrolide-refractory Mycoplasma pneumoniae pneumonia in children: a systematic review and meta-analysis. BMC Infect Dis. 2021 Sep 25;21(1):1003. doi: 10.1186/s12879-021-06508-7. PMID: 34563128; PMCID: PMC8465761.	Esta revisión se centra en pacientes con cuadros clínicos severos - para segunda línea de tratamiento. Los resultados pueden no tener un sólido número de participantes en la población objeto de este lineamiento salas ERA (537 participantes menores de 18 años). La seguridad de las tetraciclinas y fluoroquinolonas en niños aún no se ha establecido y los datos analizados en por el estudio no son suficientes para evaluar seguridad.
33	Indinnimeo L, Chiappini E, Miraglia Del Giudice M; Italian Panel for the management of acute asthma attack in children Roberto Bernardini. Guideline on management of the acute asthma attack in children by Italian Society of Pediatrics. Ital J Pediatr. 2018 Apr 6;44(1):46. doi: 10.1186/s13052-018-0481-1. PMID: 29625590; PMCID: PMC5889573.	GPC. No cumple los requisitos de la herramienta AGREE.
34	Moraa I, Sturman N, McGuire TM, van Driel ML. Heliox for croup in children. Cochrane Database Syst Rev. 2021 Aug 16;8(8):CD006822. doi: 10.1002/14651858.CD006822.pub6. PMID: 34397099; PMCID: PMC8406495.	Habla sobre niveles de atención que no corresponden a salas ERA, actualmente se utiliza durante el transporte de emergencia de niños con crup grave.
35	Tortosa F, Izcovich A, Carrasco G, Varone G, Haluska P, Sanguine V. High-flow oxygen nasal cannula for treating acute bronchiolitis in infants: A systematic review and meta-analysis. Medwave. 2021 May 12;21(4):e8190. Spanish, English. doi: 10.5867/medwave.2021.04.8190. PMID: 34086669.	Desenlace fuera del alcance de sala ERA.
36	Heikkilä P, Korppi M. Hypertonic saline in bronchiolitis: an updated meta-analysis. Arch Dis Child. 2021 Jan;106(1):102. doi: 10.1136/archdischild-2020-319048. Epub 2020 Mar 25. PMID: 32213483.	No está disponible a texto completo.
37	Heikkilä P, Renko M, Korppi M. Hypertonic saline inhalations in bronchiolitis-A cumulative meta-analysis. Pediatr Pulmonol. 2018 Feb;53(2):233-242. doi: 10.1002/ppul.23928. Epub 2017 Dec 21. PMID: 29266869.	El uso de la solución salina hipertónica ya fue resuelto a través de GPC. Además, este metanálisis comparó la solución hipertónica con la "manipulación mínima", que es el tratamiento estándar actual para la bronquiolitis, se debe seguir aumentando el tamaño del efecto. Para la bronquiolitis, se necesitan más estudios de alta calidad.
38	Zhang Y, He J, Yuan Y, Faramand A, Fang F, Ji H. Increased versus stable dose of inhaled corticosteroids for asthma exacerbations: A systematic review and meta-analysis. Clin Exp Allergy. 2019 Oct;49(10):1283-1290. doi: 10.1111/cea.13450. Epub 2019 Jul 15. PMID: 31206220.	La RSL incluyo niños y adultos y concluyen no replicar en población pediátrica.
39	Bravo-Soto GA, Harismendy C, Rojas P, Silva R, von Borries P. Is dexamethasone as effective as other corticosteroids for acute asthma exacerbation in children? Medwave. 2017 Apr 18;17(Suppl2):e6931. Spanish, English. doi: 10.5867/medwave.2017.6931. PMID: 28430773.	No realiza revisión sistemática.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

40	Chandelia S, Kumar D, Chadha N, Jaiswal N. Magnesium sulphate for treating acute bronchiolitis in children up to two years of age. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2020 Dec 14;12(12):CD012965. doi: 10.1002/14651858.CD012965.pub2. PMID: 33316083; PMCID: PMC8139137.	Los niveles de atención no corresponden a los buscados para salas ERA, no hay suficiente evidencia para usar el sulfato de magnesio para el manejo de la bronquiolitis.
41	Zhang L, Mendoza-Sassi RA, Wainwright C, Klassen TP. Nebulised hypertonic saline solution for acute bronchiolitis in infants. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2017 Dec 21;12(12):CD006458. doi: 10.1002/14651858.CD006458.pub4. PMID: 29265171; PMCID: PMC6485976.	No fue incluida. El uso de la solución salina hipertónica ya está resuelta a través de GPC. Además, la calidad de la evidencia en esta revisión fue insuficiente para apoyar el uso rutinario de solución salina hipertónica nebulizada en lactantes con bronquiolitis aguda. La solución salina hipertónica nebulizada puede reducir modestamente la duración de la estadía entre los bebés hospitalizados con bronquiolitis aguda y mejorar la puntuación de gravedad clínica.
42	Wei J, Lu Y, Han F, Zhang J, Liu L, Chen Q. Oral Dexamethasone vs. Oral Prednisone for Children With Acute Asthma Exacerbations: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Front Pediatr.</i> 2019 Dec 13;7:503. doi: 10.3389/fped.2019.00503. PMID: 31921718; PMCID: PMC6923200.	Desenlace fuera del alcance de sala ERA.
43	Leung JS. Paediatrics: how to manage acute asthma exacerbations. <i>Drugs Context.</i> 2021 May 26;10:2020-12-7. doi: 10.7573/dic.2020-12-7. PMID: 34113386; PMCID: PMC8166724.	No realiza revisión sistemática.
44	Cabaillet A, Vorilhon P, Roca M, Bousageon R, Eschaliere B, Pereirad B. Saline nasal irrigation for acute upper respiratory tract infections in infants and children: A systematic review and meta-analysis. <i>Paediatr Respir Rev.</i> 2020 Nov;36:151-158. doi: 10.1016/j.prrv.2019.11.003. Epub 2020 Feb 21. PMID: 32312677.	Desenlace resuelto a través de GPC.
45	Alarcón-Andrade G, Cifuentes L. Should systemic corticosteroids be used for bronchiolitis? <i>Medwave.</i> 2018 May 7;18(3):e7207. Spanish, English. doi: 10.5867/medwave.2018.03.7206. PMID: 29750779.	Duplicado en el numeral 16 de este listado.
46	Gunaratnam LC, Robinson JL, Hawkes MT. Systematic Review and Meta-Analysis of Diagnostic Biomarkers for Pediatric Pneumonia. <i>J Pediatric Infect Dis Soc.</i> 2021 Oct 27;10(9):891-900. doi: 10.1093/jpids/piab043. PMID: 34213563.	No está disponible a texto completo.
47	Newsom C. Using Glucocorticoids to Treat Croup in Children. <i>Am J Nurs.</i> 2019 Aug;119(8):21. doi: 10.1097/01.NAJ.0000577416.29823.41. PMID: 31356322.	No realiza revisión sistemática.
48	Caballero MT, Polack FP, Stein RT. Viral bronchiolitis in young infants: new perspectives for management and treatment. <i>J Pediatr (Rio J).</i> 2017 Nov-Dec;93 Suppl 1:75-83. doi: 10.1016/j.jpeds.2017.07.003. Epub 2017 Aug 30. PMID: 28859915.	Desenlace fuera del alcance de sala ERA.
49	Moore M, Little P. WITHDRAWN: Humidified air inhalation for treating croup. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2011 Jun 15;(6):CD002870. doi: 10.1002/14651858.CD002870.pub3. PMID: 21678339.	Desenlace fuera del alcance de sala ERA.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Anexo 5. Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos.

Todos los documentos incluidos tuvieron una mediana o alta calidad metodológica bajo riesgo de sesgo por lo que ninguno se excluyó. Los detalles del *AGREE-II*, *ROBIS* y *RoB2* pueden verse a continuación:

Evaluaciones de GPC con el instrumento AGREE II

Tabla 11. Valoraciones de calidad de Guías de práctica clínica con el instrumento AGREE II

Guías de práctica clínica	D1 (%)	D2 (%)	D3 (%)	D4 (%)	D5 (%)	D6 (%)	Globa l (%)
1. SIGN158 British guideline on the management of asthma (79)	100	100	86	89	58	92	87
2. Bronchiolitis diagnosis and management bronchiolitis in children(80)	100	100	100	100	92	100	98
3. Pneumonia (community acquired): antimicrobial prescribing(81)	100	100	100	100	94	100	99
4. Guía Española para el Manejo del Asma(82)	100	100	100	100	100	100	100

Dominios: D1: alcance y objetivos; D2: participación de los implicados; D3: rigor en la elaboración; D4: claridad en la presentación; D5: aplicabilidad y D6: independencia editorial.



Fuente: Elaboración propia a partir de los estudios citados.

Evaluación de riesgo de sesgos de revisiones sistemáticas de la literatura

Se realizó por medio de la herramienta *Risk of Bias of Systematic Reviews (RoBIS)* cuyos dominios son:

- **Dominio 1:** preocupaciones respecto a la especificación de los criterios de elegibilidad de los estudios.
- **Dominio 2:** preocupaciones respecto a los métodos usados para identificar o seleccionar los estudios.
- **Dominio 3:** preocupaciones respecto a los métodos usados para recolectar los datos y evaluar los estudios.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

- **Dominio 4:** preocupaciones respecto a la síntesis y resultados.
- **Revisión:** riesgo de sesgos en la revisión.

En cada uno de los dominios el juicio puede ser: ● bajo riesgo de sesgo; ● riesgo de sesgo poco claro, ● alto riesgo de sesgo. En el archivo XXXX se puede ver la evaluación detallada de cada uno de los dominios.



Tabla 12. Evaluación del riesgo de sesgo de revisiones sistemáticas de la literatura con el instrumento ROBIS

Autor/año	D1	D2	D3	D4	Revisión
O'Brien et al, 2019 (83)	●	●	●	●	●
Cai et al, 2021 (84)	●	●	●	●	●
Wang et al, 2019 (85)	●	●	●	●	●
Cai Z et al, 2020 (86)	●	●	●	●	●
Guo C et al, 2018 (87)	●	●	●	●	●
Gates and Gates, M. 2018 (88)	●	●	●	●	●
Moreel L. et al, 2020 (89)	●	●	●	●	●
Payares Salamanca, 2020 (90)	●	●	●	●	●
Sawanyawisuth, K et al 2020 (91)	●	●	●	●	●
Bjornson, C et al 2013 (92)	●	●	●	●	●

En cada uno de los dominios el juicio puede ser: ● bajo riesgo de sesgo; ● riesgo de sesgo poco claro, ● alto riesgo de sesgo.

Dominios: D1: preocupaciones respecto a la especificación de los criterios de elegibilidad de los estudios; D2: preocupaciones respecto a los métodos usados para identificar o seleccionar los estudios; D3: preocupaciones respecto a los métodos usados para recolectar los datos y evaluar los estudios; D4: preocupaciones respecto a la síntesis y resultados; y revisión: riesgo de sesgos en la revisión.

Fuente: elaboración propia a partir de los estudios citados.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Evaluación de riesgo de sesgos en experimentos clínicos aleatorizados

Se realizó por medio de la herramienta *Risk of Bias v2.0* (RoBIS) cuyos dominios son:

- **Dominio 1:** sesgo derivado del proceso de aleatorización.
- **Dominio 2:** sesgo debido a desviaciones de las intervenciones previstas.
- **Dominio 3:** sesgo debido a la falta de datos de resultados.
- **Dominio 4:** sesgo en la medición del resultado.
- **Dominio 5:** sesgo en la selección del resultado informado.

En cada uno de los dominios el juicio puede ser: ● bajo riesgo de sesgo; ● algunas preocupaciones, ● alto riesgo de sesgo. En el archivo os dominios.



Tabla 13 se puede ver la evaluación detallada de cada uno de los dominios.

Tabla 13. Evaluación de riesgo de sesgo de experimentos clínicos aleatorizados

Desenlace	Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3	Dominio 4	Dominio 5	Global
Eghbali, A, 2016 (93)						
Puntuación de gravedad clínica	● ^a	●	●	●	●	● ^a
Frecuencia cardiaca	● ^a	●	●	●	●	●
Frecuencia respiratoria	● ^a	●	●	●	●	●

Fuente: elaboración propia.

Notas: ^a Falta de información sobre la aleatorización de los tratamientos.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Anexo 6. Perfiles de evidencia GRADE

Pregunta 1. ¿Cuáles son los criterios clínicos (signos y síntomas) para el ingreso de un paciente con enfermedad respiratoria aguda a una sala ERA?

Tabla 14. Perfil de evidencia GRADE, O'Brien, S et al. 2019 (83)

Autor(es): APR Y DML

Pregunta: ¿Cuáles son los criterios clínicos (signos y síntomas) para el ingreso de un paciente con enfermedad respiratoria aguda ERA, en edad de tres meses a seis años, a una sala ERA?

Bibliografía: Rational use of high-flow therapy in infants with bronchiolitis. What do the latest trials tell us? A Paediatric Research in Emergency Departments International Collaborative perspective Sharon O'Brien Simon Craig, Franz E Babl, Meredith L Borland Ed Oakley and Stuart R Dalziel; on behalf of the Paediatric Research in Emergency Departments International Collaborative (PREDICT) Network, Australasia.

Evaluación de certeza							Nº de pacientes	Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	[Comparación]	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Signos											
4	Ensayos aleatorios	Muy serio ^{a,b}	No es serio	No es serio	Serio ^c	Ninguno	Signos Necesidad oxígeno suplementario Ritmo cardíaco anormal Frecuencia respiratoria anormal Disminución de SpO2			⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE

CI: Intervalo de confianza



Explicaciones:

a. 2 de los estudios sobre el uso de HFNC en la bronquiolitis fueron limitados a evidencia observacional y de baja calidad.

b. Estudios muy limitados sobre la utilidad de la de la CNFH en los servicios de urgencias.

c. La evidencia de los ECA y los análisis económicos de la salud realizados hasta la fecha no apoyan el tratamiento primario con HFNC. en el entorno de salas de urgencia.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Tabla 15. Perfil de evidencia GRADE, Cai, Z et al. 2020 (86)

Autor(es): APR y DML

Pregunta: ¿Cuáles son los criterios clínicos (signos y síntomas) para el ingreso de un paciente con enfermedad respiratoria aguda ERA, en edad de tres meses a seis años, a una sala ERA?

Bibliografía: Cai, Zhibo MMA,*; Lin, Yan MMA; Liang, Jianfeng MPHb Efficacy of salbutamol in the treatment of infants with bronchiolitis, Medicine: January 2020 - Volume 99 - Issue 4 - p e18657 doi: 10.1097/MD.00000000000018657.

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
Ne de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
Signos									
13	Ensayos aleatorios	Serio ^a	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	Signos Fiebre Taquipnea. Esfuerzo respiratorio aumentado. En los hallazgos fisiopatológicos incluye inflamación aguda, edema mucoso y submucoso y necrosis del epitelio.	⊕⊕⊕○ Moderado	IMPORTANTE
Síntomas									
13	Ensayos aleatorios	Serio ^a	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	Síntomas Tos Sibilancias	⊕⊕⊕○ Moderado	IMPORTANTE

CI: Intervalo de confianza

Explicaciones:

a. 2 ECA tenían un alto riesgo de informar resultados incompletos en los datos.



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Tabla 16. Perfil de evidencia GRADE, Gates, A. et al. 2018 (88)

Autor(es): APR y DML

Pregunta: ¿Cuáles son los criterios clínicos (signos y síntomas) para el ingreso de un paciente con enfermedad respiratoria aguda ERA, en edad de tres meses a seis años, a una sala ERA?

Bibliografía: Gates A, Gates M, Vandermeer B, Johnson C, Hartling L, Johnson DW, Klassen TP. Glucocorticoids for croup in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Aug 22;8(8):CD001955. doi: 10.1002/14651858.CD001955.pub4. PMID: 30133690; PMCID: PMC6513469.



Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
Signos									
43	Ensayos aleatorios	Muy serio a,b,c,d,e,f,g	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	Signos Estridor inspiratorio Frecuencia respiratoria aumentada Tiraje subcostal o supraclavicular	⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE
Síntomas									
43	Ensayos aleatorios	Muy serio a,b,c,d,e,f,g	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	Síntomas Tos perruna Ronquera Sibilancias	⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE

CI: Intervalo de confianza

Explicaciones:

- Riesgo de sesgo poco claro: al menos 1 estudio que el método para generar la secuencia de asignación al azar no se informó.
- Riesgo de sesgo incierto: al menos 1 estudio descrito como doble ciego, pero no fue claro si los evaluadores de resultado estuvieron cegados.
- Riesgo de sesgo incierto: al menos 1 estudio no cuenta con información suficiente en la publicación para determinar si podrían haber previsto o no los grupos a los que se asignaron los niños.
- Riesgo de sesgo incierto: al menos 1 estudio descrito como doble ciego sin detalle sobre quién fue cegado y cómo.
- Riesgo de sesgo incierto: en al menos 1 estudio no se menciona a un evaluador de resultados de terceros, por lo que el juicio para la evaluación se trasladó del cegamiento de los participantes y el personal.
- Riesgo de sesgo alto: al menos 1 estudio con grandes pérdidas en el seguimiento que fueron desequilibradas entre los grupos.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

g. Riesgo de sesgo poco claro: al menos 1 estudio en los que no hubo claridad a que grupo se habían asignado los niños que se perdieron durante el seguimiento, o si las pérdidas durante el seguimiento se equilibraron o no entre grupos.

Pregunta 2. ¿Cuál es la clasificación de enfermedad respiratoria que debe abordarse, en una sala ERA, en edad de 3 meses a menores de 6 años?

No se generaron perfiles GRADE para esta pregunta.

Pregunta 3 ¿Cómo debe ser el manejo clínico (farmacológico y no farmacológico) de un paciente con diagnóstico presuntivo de Bronquiolitis en una sala ERA?

Tabla 17. Perfil de evidencia GRADE, Wang, Z et al. 2019 (85)

Autor(es): APR Y DML



Pregunta: ¿Se debe usar solución salina hipertónica al 3% comparado con solución salina normal para el tratamiento farmacológico de las niñas y los niños de 3 meses a menores de 6 años con diagnóstico presuntivo de Bronquiolitis?

Bibliografía: Efficacy of 3% hypertonic saline in bronchiolitis: A meta-analysis ZHI-YONG WANG, XIAO-DONG LI, AI-LING SUN and XUE-QIN FU

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Solución salina hipertónica al 3%	Solución salina normal	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Duración estancia en urgencias - Nebulizaciones con solución hipertónica al 3% comparado con nebulizaciones con solución salina normal												
19	Ensayos aleatorios	Muy serio ^a	Serio ^b	No es serio	No es serio	Ninguno	1556	1540	-	WMD 0.43 menos (0.7 menos a 0.15 menos)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE

Duración de la estancia en urgencias - Medicamentos adicionales - Nebulizaciones con solución salina hipertónica más epinefrina comparada con nebulizaciones con solución salina normal más epinefrina

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Solución salina hipertónica al 3%	Solución salina normal	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
6	Ensayos aleatorios	Serio ^c	Serio ^d	No es serio	No es serio	Ninguno	420	401	-	WMD 0.62 menos (0.9 menos a 0.33 menos)	⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE
Cambios en la puntuación clínica - Nebulización con solución salina hipertónica 3% comparado con nebulización con solución salina normal - Seguimiento el 1er día de tratamiento												
8	Ensayos aleatorios	Muy serio ^e	Serio ^f	No es serio	No es serio	Ninguno	293	283	-	SMD 0.58 SD menos (0.85 menos a 0.31 menos)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE
Cambios en la puntuación clínica - Nebulización con solución salina hipertónica 3% comparado con nebulización con solución salina normal - Seguimiento el 2do día de tratamiento												
7	Ensayos aleatorios	Muy serio ^g	Muy serio ^h	No es serio	No es serio	Ninguno	258	248	-	SMD 0.92 SD menos (1.36 menos a 0.49 menos)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE
Cambios en la puntuación clínica - Nebulización con solución salina hipertónica 3% comparado con nebulización con solución salina normal - Seguimiento el 3er día de tratamiento												
7	Ensayos aleatorios	Muy serio ⁱ	Serio ^j	No es serio	No es serio	Ninguno	270	261	-	SMD 0.93 SD menos (1.55 menos a 0.32 menos)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE
Cambios en la puntuación clínica - Nebulización con solución salina hipertónica 3% comparado con nebulización solución salina normal - a nivel general.												
9	Ensayos aleatorios	Muy serio ^k	Muy serio ^l	No es serio	No es serio	Ninguno	326	316	-	SMD 0.8 SD menos (1.06 menos a 0.54 menos)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE

Reingreso - Atención en urgencias

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Solución salina hipertónica al 3%	Solución salina normal	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
5	Ensayos aleatorios	Serio ^m	No es serio	No es serio	Serio ⁿ	Ninguno	-/409	-/413	RR 0.93 (0.70 a 1.23)	0 menos por 1,000 (de 0 menos a 0 menos)	⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE



CI: Intervalo de confianza. RR: Razón de riesgo. SMD: Diferencia media estandarizada

Explicaciones

- Escala de Jadad modificada: diez ECAs con puntuaciones superiores a 7, cuatro ECAs con puntuaciones de 6, un ECA con puntuación de 5, tres ECAs con puntuaciones de 3 y un ECA con puntuación de 2.
- I²=74.2% puede ser sustancialmente heterogéneo; P para la heterogeneidad 0.00
- Escala de Jadad modificada: cuatro ECAs con puntuaciones superiores a 5 y dos ECAs con puntuaciones inferiores a 5.
- I²=0% es bajo; P para heterogeneidad 0.686
- Escala de Jadad modificada: cinco ECAs con puntuaciones superiores a 5 y tres ECAs con puntuaciones inferiores de 2 y 3.
- I²= 58.8% puede ser sustancialmente heterogéneo; P para la heterogeneidad 0.018
- Escala de Jadad modificada: cinco ECAs con puntuaciones de seis y siete y 2 ECAs con puntuaciones de 2 y 3.
- I²=80.5% puede ser considerablemente heterogéneo; P para la heterogeneidad 0.00
- Escala de Jadad modificada: cinco ECAs con puntuaciones de seis y siete y 2 ECAs con puntuaciones de 1 y 2.
- I²=90.5% puede ser considerablemente heterogéneo; P para la heterogeneidad 0.00
- Escala de Jadad modificada: cinco ECAs con puntuaciones superiores a 5, cuatro ECAs con puntuaciones inferiores a 5.
- I²= 83% puede ser considerablemente heterogéneo, P para heterogeneidad 0.00
- Escala de Jadad modificada: cinco ECAs con puntuaciones de siete.
- Los resultados son consistentes en un beneficio sustancial y en un riesgo sustancial.

Tabla 18. Perfil de evidencia GRADE, O'Brien, S et al. 2019 (83)

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Autor(es): APR Y DML

Pregunta: ¿Se debe usar Cánula nasal de alto flujo comparado con Cánula nasal estándar en niños menores de 6 años con diagnóstico presuntivo de bronquiolitis?

Bibliografía: Rational use of high-flow therapy in infants with bronchiolitis. What do the latest trials tell us? A Paediatric Research in Emergency Departments International Collaborative perspective Sharon O'Brien, Simon Craig, Franz E Babl, Meredith L Borland, Ed Oakley and Stuart R Dalziel; on behalf of the Paediatric Research in Emergency Departments International Collaborative (PREDICT) Network, Australasia.

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Cánula nasal de alto flujo	Cánula nasal estándar	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Uso y duración terapia de oxígeno												
3	Ensayos aleatorios	Muy serio ^a	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	Kepreotes et al compararon cánula nasal de oxígeno+ vs HFNC, sin encontrar diferencias en el tiempo de uso (horas) de terapia de oxígeno (24.0 (18.0–28.0) vs 20.0 (17.0–34.0) p= 0.61)		⊕⊕○○ Baja		IMPORTANTE	
Estancia hospitalaria												
3	Ensayos aleatorios	Muy serio ^a	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	Campaña et al compararon cánula nasal de oxígeno+ epinefrina+ salina 3% vs HFNC+ epinefrina+ salina 0.9%, encontrando que no hubo diferencias en el tiempo de estancia hospitalaria en días (4.5 (3–6) vs 5 (3–7) p=0.80), ni en transferencia a UCI (5/42 vs 5/32 p=0.50)		⊕⊕○○ Baja		IMPORTANTE	

CI: Intervalo de confianza
Explicaciones a. ECA abierto



Tabla 19. Perfil de evidencia GRADE, Moreel, L et al. 2020 (89)

Autor(es): APR Y DML

Pregunta: ¿Se debe usar Cánula nasal de alto flujo (por sus siglas en inglés HFNC)) comparado con terapia de oxígeno estándar para el tratamiento farmacológico de las niñas y los niños en edad de 3 meses a menores de 6 años con diagnóstico presuntivo de bronquiolitis?

Bibliografía: High flow nasal cannula as respiratory support in treating infant bronchiolitis: a systematic review Lien Moreel & Marijke Proesmans.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Cánula nasal de alto flujo (por sus siglas en inglés HFNC)	Terapia de oxígeno estándar	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Duración oxigenoterapia y estancia en urgencias - Bronquiolitis moderada												
4	Ensayos aleatorios	Muy serio ^a	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	<input type="checkbox"/> En caso de falla por oxigenoterapia estándar, el cambio a cánula nasal de alto flujo fue exitoso en 61% de los niños (se ha demostrado que es un modo seguro de soporte respiratorio). <input type="checkbox"/> La duración de la oxigenoterapia y la duración de la estancia en urgencias fueron similar para ambos grupos. <input type="checkbox"/> La duración de la estancia hospitalaria y la duración de la oxigenoterapia no difirieron entre los grupos de tratamiento.				⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE
Efectos secundarios - Bronquiolitis moderada												
4	Ensayos aleatorios	Muy serio ^a	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	No se informaron eventos adversos graves o problemas de seguridad.				⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE

CI: Intervalo de confianza

Explicaciones

a. La estimación del riesgo de sesgo es alta para todos los estudios debido a la imposibilidad de cegamiento y debido al informe selectivo de los resultados.



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Tabla 20. Perfil de evidencia GRADE, Cai, Z et al. 2020 (86)



Autor(es): APR y DML

Pregunta: ¿Se debe usar salbutamol comparado con placebo para el manejo clínico farmacológico en una sala ERA de un paciente con diagnóstico presuntivo de Bronquiolitis en los niños y las niñas en edad de 3 meses a menores de 2 años?

Bibliografía: Cai Z, Lin Y, Liang J. Efficacy of salbutamol in the treatment of infants with bronchiolitis: A meta-analysis of 13 studies. *Medicine (Baltimore)*. 2020 Jan;99(4):e18657. doi: 10.1097/MD.000000000018657. PMID: 31977855; PMCID: PMC7004745.

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Salbutamol	Placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Efecto sobre la frecuencia respiratoria												
5	Ensayos aleatorios	Serio ^a	No es serio ^b	No es serio	No es serio	Ninguno	126	131	-	WMD 2.26 más (0.36 más a 4.16 más)	⊕⊕⊕○ Moderado	IMPORTANTE
Efecto sobre la frecuencia cardíaca												
5	Ensayos aleatorios	Serio ^c	Serio ^d	No es serio	No es serio	Ninguno	138	144	-	WMD 12.15 más (9.24 más a 15.07 más)	⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE
Efectos sobre la saturación de oxígeno												
5	Ensayos aleatorios	Serio ^a	Serio ^e	No es serio	Muy serio ^e	Ninguno	126	131	-	WMD 0.2 más (0.35 menos a 0.75 más)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE
Efectos en la escala de gravedad clínica												

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Salbutamol	Placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
8	Ensayos aleatorios	Muy serio ^f	Muy serio ^g	No es serio	Serio ^h	Ninguno	184	186	-	SWD 0.11 menos (0.26 menos a 0.03 más)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE

CI: Intervalo de confianza

Explicaciones

- a. 2 ECA tenían un alto riesgo de informar resultados incompletos en los datos, 2 ECAs con sesgo incierto en la generación de secuencias aleatorias, 2 ECAs con riesgo incierto en la ocultación de la asignación y 1 EC con riesgo incierto en el cegamiento de participantes y del personal.
- b. I²=0%; P para heterogeneidad=0.492
- c. 2 ECA tenían un alto riesgo de informar resultados incompletos en los datos, 1 ECA con sesgo incierto en la generación de secuencias aleatorias, 1 ECA con riesgo incierto en la ocultación de la asignación y 1 EC con riesgo incierto en el cegamiento de participantes y del personal, los demás sesgos fueron evaluados como bajo.
- d. I²=90.3% puede ser considerablemente heterogéneo.
- e. I²=10% puede ser bajo. P para la heterogeneidad 0.353 no muestra una heterogeneidad clara entre los estudios, luego de aplicar el modelo de efectos fijos.
- f. 2 ECAs tenían un alto riesgo de informar resultados incompletos en los datos, 3 ECAs con sesgo incierto en la generación de secuencias aleatorias y en la ocultación de la asignación, 2 ECAs con riesgo incierto en el cegamiento del resultado y en el cegamiento de participantes y del personal, y 1 ECA con riesgo incierto en el informe selectivo, los demás sesgos fueron bajo.
- g. I²=40% puede ser moderadamente heterogéneo; P para la heterogeneidad 0.079
- h. El intervalo de confianza cruza el umbral de decisión clínica.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Tabla 21. Perfil de evidencia GRADE Guo, C. et al. 2018 (94)

Autor(es): APR y DML



Pregunta: 7 esquemas terapéuticos comparado con placebo para reducir la gravedad clínica de la bronquiolitis en los niños en edad de 3 meses a menores de 6 años.

Bibliografía: Guo C, Sun X, Wang X, Guo Q, Chen D. Network Meta-Analysis Comparing the Efficacy of Therapeutic Treatments for Bronchiolitis in Children. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2018 Jan;42(1):186-195. doi: 10.1002/jpen.1030. Epub 2017 Nov 3. PMID: 29388676; PMCID: PMC7166391.

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	7 esquemas terapéuticos	Placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Puntuación de gravedad clínica - Broncodilatadores comparado con placebo												
6	Ensayos aleatorios	Serio ^a	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	176	184	-	SMD 0.36 SD menor (0.09 menor a 0.64 menor)	⊕⊕⊕○ Moderado	IMPORTANTE
Puntuación de gravedad clínica - Broncodilatadores más soluciones hipertónicas comparado con placebo												
1	Ensayos aleatorios	Serio ^a	No es serio	No es serio	Serio ^b	Ninguno	30	30	-	SMD 0.14 SD menor (0.41 menor a 0.13 más alto.)	⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE
Puntuación de gravedad clínica - Corticosteroides comparado con placebo												
3	Ensayos aleatorios	Serio ^a	No es serio	No es serio	Serio ^b	Ninguno	449	429	-	SMD 0.15 SD más (0.05 menos a 0.35 más)	⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE

Puntuación de gravedad clínica - Epinefrina comparada con placebo

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	7 esquemas terapéuticos	Placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
2	Ensayos aleatorios	Serio ^a	No es serio	No es serio	Serio ^b	Ninguno	426	426	-	SMD 0.08 SD menor (0.35 menor a 0.19 más alto.)	⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE

Duración de la estancia hospitalaria - Epinefrina comparado con placebo

2	Ensayos aleatorios	Serio ^a	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	426	426	-	MD 2.23 menor (4.04 menor a 0.52 menor)	⊕⊕⊕○ Moderado	IMPORTANTE
---	--------------------	--------------------	-------------	-------------	-------------	---------	-----	-----	---	--	------------------	------------

Duración de la estancia hospitalaria - Epinefrina más solución hipérmica comparado con placebo



7	Ensayos aleatorios	Serio ^a	No es serio	Muy serio ^c	No es serio	Ninguno	295	290	-	MD 2.7 menor (4.81 menor a 0.75 menor)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE
---	--------------------	--------------------	-------------	------------------------	-------------	---------	-----	-----	---	---	------------------	------------

Duración de la estancia hospitalaria - Epinefrina comparado con broncodilatadores

3	Ensayos aleatorios	Serio ^a	No es serio	Muy serio ^c	No es serio	Ninguno	43	44	-	MD 1.89 menor (3.65 menor a 0.17 menor)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE
---	--------------------	--------------------	-------------	------------------------	-------------	---------	----	----	---	--	------------------	------------

Duración de la estancia hospitalaria - Epinefrina más solución hipérmica comparado con broncodilatadores

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz



Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	7 esquemas terapéuticos	Placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
7	Ensayos aleatorios	Serio ^a	Muy serio ^d	Muy serio ^c	No es serio	Ninguno	295	290	-	MD 2.37 menor (4.42 menor a 0.38 menor)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE

CI: Intervalo de confianza. MD: Diferencia media. SMD: Diferencia media estandarizada

Explicaciones

- Escala de Jadad. Todos los registros tenían una puntuación de 4 o superior. Esto indica que los estudios recuperados fueron normativos y confiables.
- El intervalo de confianza no demuestra diferencia entre los tratamientos.
- Comparación indirecta: incertidumbre acerca de los resultados.
- Comparación indirecta.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Pregunta 4. ¿Como debe ser el manejo clínico (farmacológico y no farmacológico) de un paciente con diagnostico presuntivo de laringotraqueítis o CRUP en una sala ERA?

Tabla 22. Perfil de evidencia GRADE, Gates, A. et al. 2018 (88)

Autor(es): APR y DML



Pregunta: ¿Se debe usar Glucocorticoides comparado con placebo para reducir la gravedad clínica del CRUP en los niños en edad de 3 meses a menores de 6 años?

Bibliografía: Gates A, Gates M, Vandermeer B, Johnson C, Hartling L, Johnson DW, Klassen TP. Glucocorticoids for croup in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 8. Art. No.: CD001955. DOI: 10.1002/14651858.CD001955.pub4.

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Glucocorticoides	Placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Cambios en la puntuación clínica del CRUP - Glucocorticoide comparado con placebo - seguimiento a las 2 horas												
7	Ensayos aleatorios	Muy serio ^{a,b,c,d,e,f,g,h,i}	Serío ^l	No es serio	No es serio	Ninguno	230	196	-	SMD 0.65 SD menor (1.13 menor a 0.18 menor)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE
Cambios en la puntuación clínica del CRUP - Budesónida comparado con placebo - seguimiento a las 2 horas												
4	Ensayos aleatorios	Muy serio ^{a,b,c,h,k,l,m}	Serío ^o	No es serio	No es serio	Ninguno	135	111	-	SMD 1.01 SD menor (1.71 menor a 0.3 menor)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE
Cambios en la puntuación del CRUP - Dexametasona comparado con placebo - seguimiento a las 2 horas												
3	Ensayos aleatorios	Muy serio ^{a,c,e,f,h}	Serío ^o	No es serio	Serío ^p	Ninguno	86	77	-	SMD 0.49 SD menor (1 menor a 0.03 más alto.)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE

Cambios en la puntuación del CRUP - Fruticasona comparado con placebo - seguimiento a las 2 horas

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Glucocorticoides	Placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
1	Ensayos aleatorios	Serio ^{a,c,e,h,q}	No es serio	No es serio	Serio ^f	Ninguno	9	8	-	SMD 0.45 SD más (0.52 menos a 1.42 más)	⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE

Cambios en la puntuación clínica del CRUP - Glucocorticoide comparado con placebo - ambulatorio - seguimiento a las 6 horas.

3	Ensayos aleatorios	Muy serio ^{g,h,s,t}	No es serio ^u	No es serio	No es serio	Ninguno	139	97	-	SMD 0.84 SD menor (1.11 menor a 0.56 menor)	⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE
---	--------------------	------------------------------	--------------------------	-------------	-------------	---------	-----	----	---	---	--------------	------------

Cambios en la puntuación del CRUP - Budesónida comparado con placebo - seguimiento a las 6 horas

5	Ensayos aleatorios	Serio ^{a,b,c,e,h,i,k,q,v}	No es serio ^u	No es serio	No es serio	Ninguno	188	145	-	SMD 0.81 SD menor (1.04 menor a 0.58 menor)	⊕⊕⊕○ Moderado	IMPORTANTE
---	--------------------	------------------------------------	--------------------------	-------------	-------------	---------	-----	-----	---	---	------------------	------------

Cambios en la puntuación del CRUP - Dexametasona comparado con placebo - seguimiento a las 6 horas

6	Ensayos aleatorios	Serio ^{a,c,d,e,f,g,h,k,m,q,t}	Serio ⁿ	No es serio	No es serio	Ninguno	295	272	-	SMD 0.62 SD menor (1.17 menor a 0.08 menor)	⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE
---	--------------------	--	--------------------	-------------	-------------	---------	-----	-----	---	---	--------------	------------

Cambios en la puntuación del CRUP - Fluticasona comparado con placebo - seguimiento a las 6 horas



1	Ensayos aleatorios	Serio ^{a,c,d}	No es serio	No es serio	Muy serio ^p	Ninguno	9	8	-	SMD 0.06 SD más (0.89 menos a 1.02 más)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE
---	--------------------	------------------------	-------------	-------------	------------------------	---------	---	---	---	---	------------------	------------

Cambios en la puntuación del CRUP - Prednisolona comparado con placebo - seguimiento a las 6 horas

1	Ensayos aleatorios	Serio ^h	No es serio	No es serio	No es serio ^f	Ninguno	25	17	-	SMD 1.87 SD menor (2.62 menor a 1.13 menor)	⊕⊕⊕○ Moderado	IMPORTANTE
---	--------------------	--------------------	-------------	-------------	--------------------------	---------	----	----	---	---	------------------	------------

Reconsultas y reingresos - Dexametasona comparada con placebo

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.



 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>			
	<p>LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)</p>			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Glucocorticoides	Placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
7	Ensayos aleatorios	Serio ^{a,e,g,h,q,s,t,w}	Serio ^p	No es serio	No es serio	Ninguno	100/746 (13.4%)	143/610 (23.4%)	RR 0.53 (0.35 a 0.80)	110 menos por 1,000 (de 152 menos a 47 menos)	⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE
Reconsultas y reingresos - Glucocorticoide comparado con placebo - CRUP leve												
3	Ensayos aleatorios	Serio ^{a,b,d,e,g,h,q}	Serio ^x	No es serio	No es serio	Ninguno	52/578 (9.0%)	79/490 (16.1%)	RR 0.54 (0.30 a 0.95)	74 menos por 1,000 (de 113 menos a 8 menos)	⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE
Reconsultas y reingresos - Glucocorticoide comparado con placebo - CRUP moderado												
7	Ensayos aleatorios	Muy serio ^{a,b,c,d,e,y}	Serio ^z	No es serio	No es serio	Ninguno	54/338 (16.0%)	76/273 (27.8%)	RR 0.48 (0.26 a 0.86)	145 menos por 1,000 (de 206 menos a 39 menos)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE
Reconsultas y reingresos - Budesonida comparado con placebo												
4	Ensayos aleatorios	Serio ^{a,b,f,h,k,q,v}	No es serio ^{aa}	No es serio	No es serio	Ninguno	23/130 (17.7%)	33/95 (34.7%)	RR 0.42 (0.19 a 0.90)	201 menos por 1,000 (de 281 menos a 35 menos)	⊕⊕⊕○ Moderado	IMPORTANTE
Reconsultas y reingresos - Dexametasona comparado con placebo												
8	Ensayos aleatorios	Serio ^{a,ab,ac,ae,af,c,d,e,g,h,q,t}	Serio ^{ad}	No es serio	No es serio	Ninguno	83/786 (10.6%)	123/668 (18.4%)	RR 0.53 (0.34 a 0.81)	87 menos por 1,000 (de 122 menos a 35 menos)	⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE
Duración en la estancia en urgencias - Glucocorticoides comparado con placebo												
8	Ensayos aleatorios	Serio ^{a,ab,ac,ae,af,c,d,e,f,g}	Serio ^{ag}	No es serio	Serio ^p	Ninguno	251	225	-	MD 14.9 SD menor (23.58 menor a 6.22 menor)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE

Duración en la estancia en urgencias - Budesonida comparada con placebo

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Glucocorticoides	Placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
2	Ensayos aleatorios	Muy serio ^{ab,c,d,h,i,q}	Serio ^p	No es serio	No es serio	Ninguno	74	57	-	MD 15.29 SD menor (26.89 menor a 3.69 menor)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE

Duración en la estancia en urgencias - Dexametasona comparada con placebo

6	Ensayos aleatorios	Muy serio ^{a,ab,ac,ah,c,d}	Serio ^{al}	No es serio	Serio ^p	Ninguno	168	160	-	MD 18.25 SD menor (27.87 menor a 8.62 menor)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE
---	--------------------	-------------------------------------	---------------------	-------------	--------------------	---------	-----	-----	---	--	------------------	------------

Duración en la estancia en urgencias - Fluticasona comparada con placebo



1	Ensayos aleatorios	Muy serio ^{a,c,e,h,q}	Serio ^{aj}	No es serio	No es serio	Ninguno	9	8	-	MD 4.8 más alto. (12.34 menor a 21.94 más alto.)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE
---	--------------------	--------------------------------	---------------------	-------------	-------------	---------	---	---	---	--	------------------	------------

Eventos adversos - Dexametasona comparado con placebo

4	Ensayos aleatorios	Serio ^{a,e,g}	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	<ul style="list-style-type: none"> ☐ 7 casos de neumonía: 3/359 (0.83%) en el grupo de dexametasona y 4/361 (1.11%) en el grupo placebo. ☐ 1 caso de neutropenia 1/28 (3.57%) consistente con traqueítis bacteriana en el grupo dexametasona. ☐ 7 infecciones bacterianas secundarias (neumonía, sinusitis, otitis media) que requirieron tratamiento con antibiótico 5/35 (14%) en el grupo de dexametasona y 2/16 (12.5%) en el grupo placebo. ☐ 2 casos de neumonía en el grupo dexametasona 2/16 (12.5%) y 1 caso de neumonitis en el grupo placebo. 			⊕⊕⊕○ Moderado	IMPORTANTE
---	--------------------	------------------------	-------------	-------------	-------------	---------	--	--	--	------------------	------------

Eventos adversos - Budesonida comparada con placebo

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				



Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Glucocorticoides	Placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
1	Ensayos aleatorios	Serio'	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	<input type="checkbox"/> Grupo budesónida: un caso de síntomas exacerbados, cinco niños con angustia emocional, dos con vómitos y un caso de irritación ocular (9/42, 21.4%). <input type="checkbox"/> Grupo placebo: tres casos de síntomas exacerbados, seis niños con angustia emocional, tres con vómitos, dos erupciones cutáneas y un caso de irritación ocular e irritación de la lengua (16/40, 40%).				⊕⊕⊕○ Moderado	IMPORTANTE

CI: Intervalo de confianza. **MD:** Diferencia media. **RR:** Razón de riesgo. **SMD:** Diferencia media estandarizada

Explicaciones



- Riesgo de sesgo poco claro - Ocultación de la asignación (sesgo de selección): información insuficiente proporcionada al juez.
- Riesgo de sesgo poco claro - Cegamiento de participantes y personal (sesgo de rendimiento): descrito como doble ciego, sin más explicación. Información insuficiente proporcionada al juez.
- Riesgo de sesgo poco claro - Cegamiento de participantes y personal (sesgo de rendimiento): descrito como doble ciego. No está claro quién fue cegado. Resultados subjetivos.
- Riesgo de sesgo poco claro - Cegamiento de la evaluación de resultados (sesgo de detección): no hay descripción de un evaluador de resultados externo, no está claro quién realizó las mediciones. Traspasó el juicio por el cegamiento de los participantes y el personal.
- Riesgo de sesgo poco claro - Cegamiento de la evaluación de resultados (sesgo de detección): descrito como doble ciego. No está claro quién fue cegado. Resultados subjetivos.
- Riesgo de sesgo alto - Datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste): el 6% de pérdidas en el seguimiento debido al empeoramiento de la condición, todo en el grupo placebo (N = 4, 11%). Se utilizó el método de la última observación llevada adelante, que podría haber sesgado los resultados a favor del grupo de tratamiento.
- Riesgo de sesgo poco claro - Datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste): el 16% (N = 9) desviaciones del protocolo no incluidas en el análisis. Más pérdidas en el grupo de intervención, pero no está claro si esto fue significativo.
- Riesgo de sesgo poco claro - Informes selectivos (sesgo de informes): no se identificó ningún protocolo. Todos los resultados preespecificados de los métodos aparecen en los resultados.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

- i. Riesgo de sesgo poco claro - Otros sesgos: algunos posibles participantes no se inscribieron debido a limitaciones de mano de obra, lo que podría tener una selección de participantes sesgada.
- j. El I2=81% considerablemente heterogéneo, y variación en las estimaciones puntuales.
- k. Riesgo de sesgo alto - Datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste): el 20% (N = 10) pérdidas debido a retiros, desviaciones de protocolo, incapacidad para contactar a los padres. Se utilizó el último principio de valor extendido para el análisis.
- l. Riesgo de sesgo poco claro - Cegamiento de la evaluación de resultados (sesgo de detección): no hay descripción de un evaluador de resultados externo, no está claro quién realizó las mediciones. Traspasó el juicio por el cegamiento de los participantes y el personal.
- m. Riesgo de sesgo poco claro - Otros sesgos: algunos posibles participantes no se inscribieron debido a limitaciones de mano de obra, lo que podría tener una selección de participantes sesgada.
- n. I2=84% puede ser considerablemente heterogéneo.
- o. I2=61% puede ser sustancialmente heterogéneo.
- p. El intervalo de confianza de la diferencia de medias estandarizada no excluye el beneficio o el daño
- q. Riesgo de sesgo poco claro - Generación de secuencias aleatorias (sesgo de selección): información insuficiente proporcionada al juez.
- r. Tamaño de muestra pequeña.
- s. Riesgo de sesgo alto - Datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste): no utilizó el análisis por intención de tratar. 7% (N = 4) perdió, todos del grupo placebo (15%) debido al empeoramiento de la condición o la falta de satisfacción con el tratamiento. Desequilibrado entre grupos.
- t. Riesgo de sesgo poco claro - Cegamiento de participantes y personal (sesgo de rendimiento): se intentó cegar, pero podría haberse roto. El desenmascaramiento se produjo en 3 casos. Resultados subjetivos.
- u. I2=0% puede ser bajo y variación en las estimaciones puntuales.
- v. Riesgo de sesgo alto: datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste): no utilizó el análisis por intención de tratar. Pérdidas durante el seguimiento, no está claro de que grupo, desequilibrio entre grupos.
- w. Riesgo de sesgo poco claro - Datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste): el 16% (N = 9) desviaciones del protocolo no incluidas en el análisis. Más pérdidas en el grupo de intervención, pero no está claro si esto fue significativo.
- x. I2=47% puede ser moderadamente heterogéneo y. Riesgo de sesgo poco claro - datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste): se utilizó el análisis por intención de tratar, incluyendo n = 9 desviaciones del protocolo. 16% (n = 43) de pérdida en el día 7 para el seguimiento telefónico (14% en el grupo de tratamiento oral, 15% en el grupo de tratamiento nebulizado, 19% en el grupo de placebo).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

z. I2=60% puede ser sustancialmente heterogéneo.

aa. I2= 29% puede ser bajo

ab. Riesgo de sesgo alto - Datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste): no utilizó el análisis por intención de tratar para el seguimiento telefónico. El 17% (N = 9) se retiró, más en el grupo placebo que en el grupo de tratamiento (23% en comparación con 9%). 10% adicional (N = 8) de pérdidas durante el seguimiento, no está claro de qué grupo.

ac. Otros sesgos: no se presentaron datos de referencia, imposible juzgar si existían desequilibrios de referencia.

ad. I2=55% puede ser moderadamente heterogéneo.

ae. Riesgo de sesgo poco claro - Otros sesgos: algunos posibles participantes no se inscribieron debido a limitaciones de mano de obra, lo que podría tener una selección de participantes sesgada.

af. Riesgo de sesgo poco claro - Datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste): el 17% (n = 5) de pérdidas en el seguimiento (19% en el grupo de tratamiento debido al alta temprana y la desviación del protocolo, 15% en el grupo de placebo debido al alta temprana u observaciones omitidas).

ag. I2=54% puede ser moderadamente heterogéneo y variación en las estimaciones puntuales.

ah. Datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste): no utilizó el análisis por intención de tratar. El 8% (N = 6) excluidos debido a violaciones del protocolo, no está claro en qué grupo se encontraban. El 17% (n = 5) de pérdidas en el seguimiento (19% en el grupo de tratamiento debido al alta temprana y la desviación del protocolo, 15% en el grupo de placebo debido al alta temprana u observaciones omitidas).

ai. I2=41% puede ser moderadamente heterogéneo y hay variación en las estimaciones puntuales.



aj. I2=100% puede ser considerablemente heterogéneo y hay variación en las estimaciones puntuales.

Tabla 23. Perfil de evidencia GRADE, Gates, A. et al. 2018 (88)

Autor(es): APR y DML

Pregunta: ¿Se debe usar glucocorticoides comparados con epinefrina para reducir la gravedad clínica del CRUP en los niños en edad de 3 meses a menores de 6 años?



Bibliografía: Gates A, Gates M, Vandermeer B, Johnson C, Hartling L, Johnson DW, Klassen TP. Glucocorticoids for croup in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 8. Art. No.: CD001955. DOI: 10.1002/14651858.CD001955.pub4.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Glucocorticoides	Epinefrina	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Cambios en la puntuación clínica del CRUP - Glucocorticoide comparado con epinefrina - seguimiento a las 2 horas												
2	Ensayos aleatorios	Muy serio ^{a,b,c,d,e,f,g}	Muy serio ^h	No es serio	No es serio	Ninguno	39	25	-	SMD 1.29 SD más (0.73 más a 1.84 más)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE
Cambios en la puntuación del CRUP - Glucocorticoide (budesonida, dexametasona, beclometasona) comparado con epinefrina - seguimiento a las 2 horas												
3	Ensayos aleatorios	Muy serio ^{a,b,c,d,e,f,g}	Serio ^j	No es serio	No es serio	Ninguno	74	56	-	SMD 0.88 SD más (0.13 más a 1.63 más)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE
Cambios en la puntuación del CRUP - Budesónida comparada con epinefrina												
1	Ensayos aleatorios	Muy serio ^{b,d,f,g}	Serio ^{l,k}	No es serio	No es serio	Ninguno	35	31	-	SMD 0.26 SD más alto. (0.22 menor a 0.75 más alto.)	⊕○○○ Muy baja	
Cambios en la puntuación del CRUP - Dexametasona comparada con epinefrina - seguimiento a las 2 horas												
1	Ensayos aleatorios	Muy serio ^{a,c,e,g}	No es serio	No es serio	Serio ^j	Ninguno	19	12	-	SMD 1.13 SD más (0.35 más a 1.91 más)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE
Cambios en la puntuación del CRUP - Beclometasona comparada con epinefrina - seguimiento a las 2 horas												
1	Ensayos aleatorios	Muy serio ^{a,c,e,g}	No es serio	No es serio	Serio ^j	Ninguno	20	13	-	SMD 1.41 SD más (0.62 más a 2.19 más)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE
Cambios en la puntuación del CRUP - Glucocorticoide comparado con epinefrina - seguimiento a las 6 horas												
2	Ensayos aleatorios	Serio ^{d,e,g,l}	Serio ^m	No es serio	Muy serio ⁿ	Ninguno	32	31	-	SMD 0.1 SD menor (0.18 menor a 0.97 más alto.)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz



Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidenced indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Glucocorticoides	Epinefrina	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Reconsultas y reingresos - Glucocorticoides comparado con epinefrina												
2	Ensayos aleatorios	Muy serio ^{a,b,c,d,e,f,g}	No es serio	No es serio	No es serio ^o	Ninguno	0/74 (0.0%)	0/56 (0.0%)	RD 0.00 (-0.04 a 0.04)	-- por 1,000 (de -- a --)	⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE
Duración de la estancia en urgencias - Glucocorticoides comparado con epinefrina												
1	Ensayos aleatorios	Serio ^{d,e,g,l}	No es serio	No es serio	Muy serio ^{j,n}	Ninguno	16	16	-	MD 10 menor (33.89 menor a 13.89 más alto.)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE
Eventos adversos - glucocorticoide comparado con epinefrina												
4	Ensayos aleatorios	Serio	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	Grupo con dexametasona: 5 casos de infecciones bacterianas secundarias (neumonía, sinusitis, otitis media) que requirieron manejo con antibióticos (5/16, 31.3%). Grupo con epinefrina: 4 casos con temblor y taquicardia (4/25, 16%)			⊕⊕⊕○ Moderado	IMPORTANTE	

CI: Intervalo de confianza. MD: Diferencia media. SMD: Diferencia media estandarizada

Explicaciones

- Riesgo de sesgo alto - Cegamiento de participantes y personal (sesgo de rendimiento): descrito como "doble ciego", aunque las intervenciones fueron claramente distinguibles, y el mecanismo de cegamiento no fue descrito.
- Riesgo de sesgo alto - Cegamiento de participantes y personal (sesgo de rendimiento): descrito como doble ciego, pero el personal de enfermería no estaba cegado. Resultados subjetivos.
- Riesgo de sesgo alto - Cegamiento de la evaluación de resultados (sesgo de detección): no hay descripción de cegamiento o evaluadores de resultados de terceros. Traspasó el juicio por el cegamiento de los participantes y el personal.
- Riesgo de sesgo poco claro - Generación de secuencias aleatorias (sesgo de selección): información insuficiente proporcionada al juez.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				



- e. Riesgo de sesgo poco claro - Ocultación de la asignación (sesgo de selección): información insuficiente proporcionada al juez.
- f. Riesgo de sesgo poco claro - Datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste): hubo el 5% (N = 3) de pérdida al seguimiento. El análisis de todos los pacientes tratados excluyó N = 1 niño (1,5%). 13 niños que recibieron medicamentos apropiadamente no permanecieron durante las 24 horas completas. Último valor extendido para aquellos que se recuperaron antes del período de 24 horas, sin embargo, ningún niño regresó o fue readmitido; no está claro cómo esto puede haber afectado los hallazgos.
- g. Riesgo de sesgo poco claro - Informes selectivos (sesgo de informes): no se identificó ningún protocolo. Todos los resultados preespecificados de los métodos aparecen en los resultados.
- h. I2=100% considerablemente heterogéneo.
- i. I2= 73 % puede ser sustancialmente heterogéneo.
- j. Tamaño de muestra pequeño.
- k. P>0.05 para la evaluación del efecto.
- l. Riesgo de sesgo poco claro - datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste): no utilizó el análisis por intención de tratar. El 8% (N = 6) excluidos debido a violaciones del protocolo, no está claro en qué grupo se encontraban.
- m. I2=78 puede ser considerablemente heterogéneo.
- n. El intervalo de confianza incluye ambos grupos de tratamiento.
- o. La estimación de la diferencia de riesgo no fue posible debido a que no se presentaron casos o no fueron evaluados en ninguno de los grupos.

Tabla 24. Perfil de evidencia GRADE, Gates, A. et al. 2018 (88)

Autor(es): APR y DML

Pregunta: ¿Se debe usar Dexametasona comparado con budesónida para reducir la gravedad clínica del CRUP en los niños en edad de 3 meses a menores de 6 años?

Bibliografía: Gates A, Gates M, Vandermeer B, Johnson C, Hartling L, Johnson DW, Klassen TP. Glucocorticoids for croup in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 8. Art. No.: CD001955. DOI: 10.1002/14651858.CD001955.pub4.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz



Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Dexametasona	Budesonida	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Cambios en la puntuación clínica del CRUP - Dexametasona comparada con budesonida - seguimiento a las 6 horas												
4	Ensayos aleatorios	Muy serio a,b,c,d,e,f,g,h,i,j	Serio ^k	No es serio	No es serio	Ninguno	163	163	-	SMD 0.46 SD menor (0.79 menor a 0.13 menor)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE
Reconsultas y reingresos - dexametasona comparada con budesonida - Atención ambulatoria												
5	Ensayos aleatorios	Muy serio a,b,c,d,e,f,g,h,i,j,l	No es serio	No es serio	Serio	Ninguno	16/194 (8.2%)	22/180 (12.2%)	RR 0.69 (0.40 a 1.22)	38 menos por 1,000 (de 73 menos a 27 más)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE
Duración de la estancia en urgencias - Dexametasona comparada con budesonida												
1	Ensayos aleatorios	Serio ^{ij}	Serio ^m	No es serio	Serio	Ninguno	69	65	-	SMD 0.12 SD menor (0.46 menor a 0.22 más alto.)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE
Eventos adversos - Dexametasona comparada con budesonida												
6	Ensayos aleatorios	Muy serio	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	<input type="checkbox"/> Grupo de budesonida: 1 caso de candidiasis oral en el grupo de budesonida (1/65, 1.5%). <input type="checkbox"/> Grupo de dexametasona: 1 caso de urticaria y 1 caso de comportamiento violento en el grupo de dexametasona (2/69, 2.9%).			⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE	

CI: Intervalo de confianza. RR: Razón de riesgo. SMD: Diferencia media estandarizada

Explicaciones

a. Riesgo de sesgo alto - Cegamiento de participantes y personal (sesgo de rendimiento): no cegador. Resultados subjetivos.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				



- b. Riesgo de sesgo alto - Datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste): no utilizó el análisis por intención de tratar para el seguimiento telefónico. El 17% (N = 9) se retiró, más en el grupo placebo que en el grupo de tratamiento (23% en comparación con 9%). El 10% adicional (N = 8) fueron pérdidas durante el seguimiento, no está claro de qué grupo.
- c. Riesgo de sesgo alto - Otros sesgos - Desequilibrio basal en la puntuación de CRUP.
- d. Riesgo de sesgo incierto - Generación de secuencias aleatorias (sesgo de selección): información insuficiente proporcionada al juez.
- e. Riesgo de sesgo poco claro - Cegamiento de participantes y personal (sesgo de rendimiento): descrito como doble ciego. No está claro quién fue cegado. El código podría estar roto. Resultados subjetivos.
- f. Riesgo de sesgo poco claro - Cegamiento de participantes y personal (sesgo de rendimiento): se intentó cegar, pero podría haberse roto. El desenmascaramiento se produjo en 3 casos. Resultados subjetivos.
- g. Riesgo de sesgo poco claro - Cegamiento de la evaluación de resultados (sesgo de detección): no hay descripción de un evaluador de resultados externo, no está claro quién realizó las mediciones. Traspasó el juicio por el cegamiento de los participantes y el personal.
- h. Riesgo de sesgo poco claro - Cegamiento de la evaluación de resultados (sesgo de detección): el evaluador de resultados descrito como cegado, pero el cegamiento podría haberse roto. El desenmascaramiento se produjo en 3 casos. Resultados subjetivos.
- i. Riesgo de sesgo poco claro - Informes selectivos (sesgo de informes): no se identificó ningún protocolo. Todos los resultados preespecificados de los métodos aparecen en los resultados.
- j. Riesgo de sesgo poco claro - Otros sesgos: 10 niños no fueron inscritos porque no se contactó al equipo del estudio; Esto podría tener una selección de participantes sesgada.
- k. I²=51% puede ser moderadamente heterogéneo.
- l. Riesgo de sesgo alto - Cegamiento de la evaluación de resultados (sesgo de detección): no cegados. No hay descripción de un evaluador de resultados de terceros. Resultados subjetivos.
- m. El intervalo de confianza de la diferencia de medias estandarizada ningún tratamiento.

Tabla 25. Perfil de evidencia GRADE, Gates, A. et al. 2018 (88)

Autor(es): APR y DML

Pregunta: ¿Se debe usar Dexametasona comparado con betametasona para reducir la gravedad clínica del CRUP en los niños en edad de 3 meses a menores de 6 años?

Bibliografía: Gates A, Gates M, Vandermeer B, Johnson C, Hartling L, Johnson DW, Klassen TP. Glucocorticoids for croup in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 8. Art. No.: CD001955. DOI: 10.1002/14651858.CD001955.pub4.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				



Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Dexametasona	Betametasona	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Cambios en la puntuación del CRUP - dexametasona comparada con la betametasona - atención ambulatoria - seguimiento a las 2 horas												
1	Ensayos aleatorios	Muy serio ^{a,b}	No es serio	No es serio	Serio ^c	Ninguno	26	26	-	MD 1.38 menor (2.58 menor a 0.18 menor)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE
Cambios en la puntuación del CRUP - Dexametasona comparada con la betametasona - atención ambulatoria - seguimiento a las 6 horas												
1	Ensayos aleatorios	Muy serio ^{a,b}	No es serio	No es serio	Serio ^c	Ninguno	26	26	-	MD 1.53 menor (2.75 menor a 0.31 menor)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE
Reconsultas y reingresos - Dexametasona comparada con betametasona - atención ambulatoria												
1	Ensayos aleatorios	Muy serio ^{a,b}	No es serio	No es serio	Muy serio ^{c,d}	Ninguno	18/26 (69.2%)	19/26 (73.1%)	RR 0.95 (0.67 a 1.34)	4 menos por 100 (de 24 menos a 25 más)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE

CI: Intervalo de confianza. MD: Diferencia media. RR: Razón de riesgo

Explicaciones

a. Riesgo de sesgo alto: 1. Cegamiento de participantes y personal (sesgo de rendimiento): no se describe ningún cegamiento. Resultados subjetivos. 2. Cegamiento de la evaluación de resultados (sesgo de detección): Utilizó un evaluador de resultados de terceros. Sin cegar. Resultados subjetivos 3. Otros sesgos: desequilibrio basal en la puntuación de CRUP.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

b. Riesgo de sesgo poco claro: 1. Ocultación de la asignación (sesgo de selección): información insuficiente proporcionada al juez. 2. Datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste): no se informa del número de niños analizados. 3. Informes selectivos (sesgo de informes): No se identificó ningún protocolo. Todos los resultados preespecificados de los métodos aparecen en los resultados.

c. Sólo un estudio contribuyó al análisis, y tuvo un alto riesgo de sesgo y tuvo un tamaño de muestra pequeño.

d. El intervalo de confianza incluye el efecto sugiriendo beneficio y también el no beneficio.



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Tabla 26. Perfil de evidencia GRADE, Gates, A. et al. 2018 (88)

Autor(es): APR y DML

Pregunta: ¿Se debe usar Dexametasona comparado con prednisolona para reducir la gravedad clínica del CRUP en los niños en edad de 3 meses a menores de 6 años?



Bibliografía: Gates A, Gates M, Vandermeer B, Johnson C, Hartling L, Johnson DW, Klassen TP. Glucocorticoids for croup in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 8. Art. No.: CD001955. DOI: 10.1002/14651858.CD001955.pub4.

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Dexametasona	Prednisolona	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Cambios en la puntuación del CRUP - Dexametasona comparada con prednisolona - Seguimiento a las 6 horas												
1	Ensayos aleatorios	Serio ^a	No es serio	No es serio	Muy serio ^{b,c}	Ninguno	65	34	-	MD 0.19 más (0.17 menos a 0.55 más)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE
Reconsultas y reingresos - dexametasona comparada con prednisolona												
3	Ensayos aleatorios	Muy serio ^{a,d}	No es serio	No es serio	Serio ^e	Ninguno	13/171 (7.6%)	27/135 (20.0%)	RR 0.39 (0.19 a 0.79)	122 menos por 1,000 (de 162 menos a 42 menos)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE
Duración de la estancia en urgencias - Dexametasona comparada con prednisolona - Atención ambulatoria												
1	Ensayos aleatorios	Serio ^d	No es serio	No es serio	Serio ^{b,c}	Ninguno	68	65	-	MD 0.5 más (0.55 menos a 1.55 más)	⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE
Eventos adversos												
3	Ensayos aleatorios	Serio	No es serio	No es serio	No es serio ^e	Ninguno	No se reportaron eventos adversos serios.			⊕⊕⊕○ Moderado	IMPORTANTE	

CI: Intervalo de confianza. **MD:** Diferencia media. **RR:** Razón de riesgo

Explicaciones

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

- a. Riesgo de sesgo poco claro: 1. Ocultación de la asignación (sesgo de selección): información insuficiente proporcionada al juez. 2. Datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste): el 13% (N = 13) de pérdida en seguimiento. Pérdidas equilibradas entre grupos. No utilizó el análisis por intención de tratar para los resultados del seguimiento telefónico.
- b. El intervalo de confianza incluye posiblemente ambos brazos o beneficios.
- c. Solo un estudio contribuyó al análisis y tuvo un tamaño de muestra pequeño.
- d. Riesgo de sesgo poco claro: 1. Ocultación de la asignación (sesgo de selección): la intervención y el control no se numeraron secuencialmente, sino que se etiquetaron como A o B. 2. Informes selectivos (sesgo de informes): no se identificó ningún protocolo. Todos los resultados preespecificados de los métodos aparecen en los resultados. 3. Otros sesgos: muchos niños no se acercaron porque el departamento de emergencias estaba ocupado en el invierno; esto podría tener una selección de participantes sesgada.
- e. Tamaño de muestra pequeño.

Tabla 27. Perfil de evidencia GRADE, Gates, A. et al. 2018 (88)

Autor(es): APR y DML



Pregunta: ¿Se debe usar Budesónida y dexametasona comparada con dexametasona para reducir la gravedad clínica del CRUP en los niños en edad de 3 meses a menores de 6 años?

Bibliografía: Gates A, Gates M, Vandermeer B, Johnson C, Hartling L, Johnson DW, Klassen TP. Glucocorticoids for croup in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 8. Art. No.: CD001955. DOI: 10.1002/14651858.CD001955.

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Budesonida y dexametasona	Dexametasona	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Cambios en la puntuación clínica del CRUP - Seguimiento a las 6 horas												
2	Ensayos aleatorios	Serio ^a	Serio ^b	No es serio	Serio ^{c,d}	Ninguno	89	94	-	SMD 0.03 SD más (0.32 menos a 0.39 más)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE

Reconsultas y reingresos - Budesónida y dexametasona comparada con dexametasona

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Budesonida y dexametasona	Dexametasona	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
2	Ensayos aleatorios	Muy serio ^{a,e}	No es serio	No es serio	Muy serio ^{c,f,g}	Ninguno	11/124 (8.9%)	13/130 (10.0%)	RR 0.91 (0.45 a 1.83)	9 menos por 1,000 (de 55 menos a 83 más)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE

Duración de la estancia en urgencias - Budesonida y dexametasona comparada con dexametasona

1	Ensayos aleatorios	Serio ^a	No es serio	No es serio	Serio ^d	Ninguno	64	69	-	MD 0.45 más (0.05 menos a 0.92 más)	⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE
---	--------------------	--------------------	-------------	-------------	--------------------	---------	----	----	---	--	--------------	------------



CI: Intervalo de confianza. **MD:** Diferencia media. **RR:** Razón de riesgo. **SMD:** Diferencia media estandarizada

Explicaciones

- a. Riesgo de sesgo poco claro: 1. Informes selectivos (sesgo de informes): no se identificó ningún protocolo. Todos los resultados preespecificados de los métodos aparecen en los resultados. 2. Otros sesgos: 10 niños no fueron inscritos porque no se contactó al equipo del estudio. Esto podría tener una selección de participantes sesgada.
- b. I²=25% puede ser baja la heterogeneidad.
- c. Tamaño de muestra muy pequeño.
- d. El intervalo de confianza no excluye daño apreciable y el no efecto.
- e. Riesgo de sesgo poco claro: 1. Ocultación de la asignación (sesgo de selección): información insuficiente proporcionada al juez. 2. Informes selectivos (sesgo de informes): no se identificó ningún protocolo. Todos los resultados preespecificados de los métodos aparecen en los resultados.
- f. El intervalo de confianza incluye posiblemente ambos brazos o beneficios.
- g. El tamaño de la muestra para el análisis no cumplió con el tamaño óptimo de la información; hubo pocos eventos.

Tabla 28. Perfil de evidencia GRADE, Gates, A. et al. 2018 (88)

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Autor(es): APR y DML

Pregunta: ¿Se debe usar Budesónida y dexametasona comparada con budesónida para reducir la gravedad clínica del CRUP en los niños en edad de 3 meses a menores de 6 años?



Bibliografía: Gates A, Gates M, Vandermeer B, Johnson C, Hartling L, Johnson DW, Klassen TP. Glucocorticoids for croup in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 8. Art. No.: CD001955. DOI: 10.1002/14651858.CD001955.pub4.

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Budesonida y dexametasona	Budesonida	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Cambios en la puntuación del CRUP - Budesónida y dexametasona comparada con budesónida - Seguimiento a las 6 horas												
1	Ensayos aleatorios	Serío ^a	No es serio	No es serio	Serío ^b	Ninguno	64	65	-	MD 0.2 menor (0.59 menor a 0.19 más alto.)	⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE
Reingresos y consultas - Budesónida y dexametasona comparada con budesónida												
1	Ensayos aleatorios	Serío ^a	No es serio	No es serio	Serío ^b	Ninguno	0	0	-	RD 0 (0.03 menos a 0.03 más)	⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE
Nuevo desenlace												
1	Ensayos aleatorios	Serío ^a	No es serio	No es serio	Serío ^b	Ninguno	64	65	-	MD 0.25 más (0.36 menos a 0.86 más)	⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE
Eventos adversos												
1	Ensayos aleatorios	No es serio ^a	No es serio	No es serio	Muy serio ^b	Ninguno	Grupo budesónida: 1 caso de candidiasis oral (1/65, 15%). Grupo de budesónida y dexametasona: Ningún evento adverso reportado.			⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE	

CI: Intervalo de confianza. MD: Diferencia media

Explicaciones

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

- a. Riesgo de sesgo poco claro: 1. Informes selectivos (sesgo de informes) - no se identificó ningún protocolo. Todos los resultados preespecificados de los métodos aparecen en los resultados. 2. Otros sesgos - 10 niños no fueron inscritos porque no se contactó al equipo del estudio. Esto podría tener una selección de participantes sesgada.
- b. Sólo un estudio contribuyó al análisis y el tamaño de la muestra no cumplió con el tamaño óptimo de la información.

Tabla 29. Perfil de evidencia GRADE, Gates, A. et al. 2018 (88)

Autor(es): APR y DML

Pregunta: ¿Se debe usar Dexametasona oral comparado con dexametasona intramuscular para reducir la gravedad clínica del CRUP en los niños en edad de 3 meses a menores de 6 años?

Bibliografía: Gates A, Gates M, Vandermeer B, Johnson C, Hartling L, Johnson DW, Klassen TP. Glucocorticoids for croup in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 8. Art. No.: CD001955. DOI: 10.1002/14651858.CD001955.



Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Dexametasona oral	Dexametasona intramuscular	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Reconsultas y reingresos - Dexametasona oral comparada con dexametasona intramuscular - atención ambulatoria												
3	Ensayos aleatorios	Serio ^{a,b,c,d,e,f,g,h}	No es serio	No es serio	Serio ^{i,j}	Ninguno	46/216 (21.3%)	58/224 (25.9%)	RR 0.81 (0.58 a 1.12)	49 menos por 1,000 (de 109 menos a 31 más)	⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE

CI: Intervalo de confianza. **RR:** Razón de riesgo

Explicaciones

- a. Riesgo de sesgo alto - Cegamiento de participantes y personal (sesgo de rendimiento): los participantes y el personal no fueron cegados. Los tratamientos fueron claramente distinguibles.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

- b. Riesgo de sesgo poco claro - No está claro cómo se generó la secuencia de aleatorización.
- c. Riesgo de sesgo incierto - Ocultación de la asignación (sesgo de selección): debido a que el cegamiento de los niños y los padres podría haberse roto, los evaluadores podrían haberse desenmascarado durante la conversación con los padres. Resultados subjetivos.
- d. Riesgo de sesgo incierto - Ocultación de la asignación (sesgo de selección): no está claro si podrían haber determinado la secuencia de asignación.
- e. Riesgo de sesgo poco claro - Cegamiento de participantes y personal (sesgo de rendimiento): cegamiento en la vía de administración del medicamento.
- f. Riesgo de sesgo poco claro: cegamiento de la evaluación de resultados (sesgo de detección): cegamiento que podría haberse roto.
- g. Riesgo de sesgo poco claro - datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste): el cegamiento de los niños y los padres podría haberse roto, hubo pérdidas en el seguimiento y no hubo claridad si las pérdidas se equilibraron entre los grupos.
- h. Informes selectivos (sesgo de informes): no se identificó ningún protocolo. Todos los resultados preespecificados de los métodos aparecen en los resultados.
- i. El intervalo de confianza sugiere la necesidad de bajar la imprecisión, porque los resultados son consistentes en un beneficio y un riesgo sustanciales.
- j. Los estudios informaron pocos eventos y la estimación fue imprecisa.



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Tabla 30. Perfil de evidencia GRADE, Gates, A. et al. 2018 (88)

Autor(es): APR y DML

Pregunta: ¿Se debe usar Dexametasona oral comparado con dexametasona nebulizada para reducir la gravedad clínica del CRUP en los niños en edad de 3 meses a menores de 6 años?

Bibliografía: Gates A, Gates M, Vandermeer B, Johnson C, Hartling L, Johnson DW, Klassen TP. Glucocorticoids for croup in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 8. Art. No.: CD001955. DOI: 10.1002/14651858.CD001955.pub4.

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Dexametasona oral	Dexametasona nebulizada	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Reconsultas y reingresos - Dexametasona oral comparada con dexametasona nebulizada - atención ambulatoria												
1	Ensayos aleatorios	Serio ^{a,b}	No es serio	No es serio	Muy serio ^c	Ninguno	7/85 (8.2%)	19/91 (20.9%)	RR 0.39 (0.17 a 0.89)	127 menos por 1,000 (de 173 menos a 23 menos)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE

CI: Intervalo de confianza. **RR:** Razón de riesgo

Explicaciones

- Riesgo de sesgo poco claro - No se menciona a un evaluador de resultados de terceros, por lo que el juicio para la evaluación se trasladó el cegamiento de los participantes y el personal.
- Riesgo de sesgo incierto: pérdidas durante el seguimiento que variaron de 13% a 17%.
- Sólo un estudio contribuyó al análisis y el tamaño de la muestra no cumplió con el tamaño óptimo de la información.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Tabla 31. Perfil de evidencia GRADE, Gates, A. et al. 2018 (88).

Autor(es): APR y DML

Pregunta: ¿Dexametasona 0.30 mg/kg comparado con 0.15 mg/kg para reducir la gravedad clínica del CRUP en los niños en edad de 3 meses a menores de 6 años?

Bibliografía: Gates A, Gates M, Vandermeer B, Johnson C, Hartling L, Johnson DW, Klassen TP. Glucocorticoids for croup in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 8. Art. No.: CD001955. DOI: 10.1002/14651858.CD001955.pub4.

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Dexametasona 0.30 mg/kg	0.15 mg/kg	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Reconsultas y reingresos - Dexametasona 0.30mg/kg comparado con dexametasona 0.15mg/kg												
1	Ensayos aleatorios	Serio ^{a,b,c,d,e,f}	No es serio	No es serio	Muy serio ^{g,h}	Ninguno	1/31 (3.2%)	1/29 (3.4%)	RR 0.94 (0.06 a 14.27)	2 menos por 1,000 (de 32 menos a 458 más)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE



CI: Intervalo de confianza. **RR:** Razón de riesgo

Explicaciones

- a. Riesgo de sesgo poco claro - Generación de secuencias aleatorias (sesgo de selección): información insuficiente proporcionada al juez.
- b. Riesgo de sesgo poco claro - Ocultación de la asignación (sesgo de selección): información insuficiente proporcionada al juez.
- c. Riesgo de sesgo poco claro - Cegamiento de participantes y personal (sesgo de rendimiento): descrito como doble ciego. No está claro quién fue cegado. El código podría romperse, pero no está claro con qué frecuencia ocurrió esto. Resultados subjetivos."
- d. Riesgo de sesgo poco claro - Cegamiento de la evaluación de resultados (sesgo de detección): traspasó el juicio por el cegamiento de los participantes y el personal.
- e. Riesgo de sesgo poco claro - Informes selectivos (sesgo de informes): no se identificó ningún protocolo. Todos los resultados preespecificados de los métodos aparecen en los resultados.
- f. Riesgo de sesgo poco claro - Otros sesgos: algunos niños no se inscribieron cuando el departamento de emergencias estaba ocupado, lo que podría sesgar la selección de participantes.
- g. Tamaño de muestra pequeño.
- h. El análisis incluyó sólo un estudio pequeño que informó pocos eventos, y la estimación del efecto incluyó el beneficio significativo, el efecto nulo y el potencial de daño.

Tabla 32. Perfil de evidencia GRADE, Gates, A. et al. 2018 (88)

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Autor(es): APR y DML

Pregunta: ¿Se debe usar Dexametasona 0.60mg/kg comparado con dexametasona 0.30mg/kg para reducir la gravedad clínica del CRUP en los niños en edad de 3 meses a menores de 6 años?

Bibliografía: Gates A, Gates M, Vandermeer B, Johnson C, Hartling L, Johnson DW, Klassen TP. Glucocorticoids for croup in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 8. Art. No.: CD001955. DOI: 10.1002/14651858.CD001955.pub4.

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Dexametasona 0.60mg/kg	Dexametasona 0.30mg/kg	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Reconsultas y reingresos - Dexametasona 0.60mg/kg comparada con dexametasona 0.30mg/kg - Atención ambulatoria												
1	Ensayos aleatorios	Muy serio ^{a,b,c,d,e,f}	No es serio	No es serio	Serío ^{g,h}	Ninguno	3/31 (9.7%)	2/29 (6.9%)	RR 1.40 (0.25 a 7.81)	28 más por 1,000 (de 52 menos a 470 más)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE

CI: Intervalo de confianza; **RR:** Razón de riesgo

Explicaciones

- Riesgo de sesgo poco claro: generación de secuencias aleatorias (sesgo de selección): información insuficiente proporcionada al juez.
- Riesgo de poco claro - Ocultación de la asignación (sesgo de selección): información insuficiente proporcionada al juez.
- Riesgo de sesgo poco claro - Cegamiento de participantes y personal (sesgo de rendimiento): descrito como doble ciego. No está claro quién fue cegado. El código podría romperse, pero no está claro con qué frecuencia ocurrió esto. Resultados subjetivos.
- Riesgo de sesgo poco claro - Cegamiento de la evaluación de resultados (sesgo de detección): no hay descripción de un evaluador de resultados externo, no está claro quién realizó las mediciones. Traspasó el juicio por el cegamiento de los participantes y el personal.
- Riesgo de sesgo poco claro - Informes selectivos (sesgo de informes): no se identificó ningún protocolo. Todos los resultados preespecificados de los métodos aparecen en los resultados.
- Riesgo de sesgo poco claro - Otros sesgos: algunos niños no se inscribieron cuando el departamento de emergencias estaba ocupado, lo que podría sesgar la selección de participantes
- El análisis incluyó sólo un estudio pequeño que informó pocos eventos, y la estimación del efecto incluyó el beneficio significativo, el efecto nulo y el potencial de daño.
- El intervalo de confianza incluye beneficios y riesgos apreciables.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Tabla 33. Perfil de evidencia GRADE, Gates, A. et al. 2018 (88)

Autor(es): APR y DML



Pregunta: ¿Se debe usar Dexametasona 0.60mg/kg comparado con dexametasona 0.15mg/kg para reducir la gravedad clínica del CRUP en los niños en edad de 3 meses a menores de 6 años?

Bibliografía: Gates A, Gates M, Vandermeer B, Johnson C, Hartling L, Johnson DW, Klassen TP. Glucocorticoids for croup in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 8. Art. No.: CD001955. DOI: 10.1002/14651858.CD001955.pub4.

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Dexametasona 0.60mg/kg	Dexametasona 0.15mg/kg	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Cambios en la puntuación clínica del CRUP - Dexametasona 0.60mg/kg comparada con 0.15mg/kg - Seguimiento a las 6 horas												
2	Ensayos aleatorios	Serio ^{a,b,c}	No es serio	No es serio	Serio ^{d,e}	Ninguno	67	70	-	MD 0.07 menor (0.5 menor a 0.35 más alto.)	⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE
Reconsultas y reingresos - Dexametasona 0.60mg/kg comparado con dexametasona 0.15mg/kg												
2	Ensayos aleatorios	Serio ^{a,b,c}	No es serio	No es serio	Serio ^{d,f}	Ninguno	17/63 (27.0%)	19/66 (28.8%)	RR 0.92 (0.54 a 1.55)	23 menos por 1,000 (de 132 menos a 158 más)	⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE
Duración de la estancia en urgencias - Dexametasona 0.60mg/kg comparado con dexametasona 0.15mg/kg												
1	Ensayos aleatorios	Serio ^c	No es serio	No es serio	Serio ^{d,e}	Ninguno	36	36	-	MD 2 más (2.16 menos a 6.16 más)	⊕⊕○○ Baja	

CI: Intervalo de confianza. MD: Diferencia media. RR: Razón de riesgo

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Explicaciones

- a. Riesgo de sesgo incierto - Ocultación de la asignación (sesgo de selección): información insuficiente proporcionada al juez.
- b. Riesgo de sesgo poco claro - Datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste): el 13% (N = 13) de pérdida en seguimiento. Pérdidas equilibradas entre grupos. No utilizó el análisis por intención de tratar para los resultados del seguimiento telefónico.
- c. Riesgo de sesgo poco claro - Informes selectivos (sesgo de informes): no se identificó ningún protocolo. Todos los resultados preespecificados de los métodos aparecen en los resultados.
- d. Tamaño de muestra pequeño.
- e. El intervalo de confianza no excluye el daño apreciable y el no efecto
- f. El intervalo de confianza sugiere la necesidad de bajar por imprecisión, dado que los resultados son consistentes con un beneficio y un riesgo sustanciales.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Tabla 34. Perfil de evidencia GRADE, Bjornson, C. 2013 (92)

Autor(es): APR y DML



Pregunta: ¿Se debe usar Epinefrina comparada con placebo para reducir la gravedad clínica de CRUP en los niños y niñas menores de 3 meses a 6 años?

Bibliografía: Bjornson C, Russell KF, Vandermeer B, Durec T, Klassen TP, Johnson DW. Nebulized epinephrine for croup in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Feb 16;(2):CD006619. doi: 10.1002/14651858.CD006619.pub2. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;10:CD006619. PMID: 21328284.

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Epinefrina	Placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Cambios de puntuación de CRUP (epinefrina nebulizada comparada con placebo) - 30 minutos												
1	Ensayos aleatorios	Serio ^{a,b,c}	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	25	29	-	SMD 1.03 SD menos (1.6 menos a 0.46 menos)	⊕⊕⊕○ Moderado	IMPORTANTE
Duración de la estancia en urgencias												
1	Ensayos aleatorios	Serio ^{a,b,c}	No es serio	No es serio	Serio ^d	Ninguno	25	29	-	MD 1.8 menor (4.07 menor a 0.47 más alto.)	⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE
Mejoría del cuadro clínico de CRUP (epinefrina nebulizada comparada con placebo)												
2	Ensayos aleatorios	Serio ^{a,b,c,e}	Serio ^f	No es serio	Serio ^d	Ninguno	22/39 (56.4%)	13/35 (37.1%)	RR 1.46 (0.82 a 2.60)	171 más por 1,000 (de 67 menos a 594 más)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE

CI: Intervalo de confianza. **MD:** Diferencia media. **RR:** Razón de riesgo. **SMD:** Diferencia media estandarizada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Explicaciones

- Riesgo de sesgo poco claro en la aleatorización datos de resultado incompletos debido a perdidas en el seguimiento.
- Riesgo de sesgo poco claro - Cegamiento en la evaluación de resultados: no detallados.
- Riesgo de sesgo poco claro - Datos de resultado incompletos: no se incluyeron 5 pacientes adicionales porque los protocolos estaban incompletos. Los detalles no se informaron.
- El intervalo de confianza incluye ambos brazos o beneficios.
- Riesgo de sesgo poco claro: en uno de los ECA no se menciona las características de los participantes (ambulatorios, hospitalizados, ambos, etc.).
- I²=17% puede ser baja la heterogeneidad.

Tabla 35. Perfil de evidencia GRADE, Bjornson, C et al. 2018 (92)

Autor(es): APR y DML



Pregunta: ¿Se debe usar Epinefrina racémica nebulizada comparado con epinefrina-L para reducir la gravedad clínica de CRUP en los niños menores de 6 años?

Bibliografía: Bjornson C, Russell KF, Vandermeer B, Durec T, Klassen TP, Johnson DW. Nebulized epinephrine for croup in children. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Feb 16;(2):CD006619. doi: 10.1002/14651858.CD006619.pub2. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2013;10:CD006619. PMID: 21328284.

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Epinefrina racémica nebulizada	Epinefrina-L	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Cambios en la puntuación clínica de CRUP - Seguimiento a los 30 minutos												
1	Ensayos aleatorios	Serio ^a	No es serio	No es serio	Muy serio ^{b,c}	Ninguno	14	14	-	SMD 0.33 SD más (0.42 menos a 1.08 más)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE

Cambios en la puntuación clínica de CRUP - Seguimiento a las 2 horas

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Epinefrina racémica nebulizada	Epinefrina-L	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
1	Ensayos aleatorios	Serio ^a	No es serio ^a	No es serio	Serio ^c	Ninguno	14	14	-	SMD 0.87 SD más (0.09 más a 1.65 más)	⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE

CI: Intervalo de confianza. SMD: Diferencia media estandarizada

Explicaciones

- Riesgo de sesgos poco claros - Datos de resultado incompletos, debido a pérdidas durante el seguimiento que fueron informadas y riesgo de sesgos poco claro en los informes selectivos.
- el intervalo de confianza de la diferencia de medias estandarizadas no excluye el beneficio o el daño.
- Tamaño de muestra pequeño para la estimación.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Tabla 36. Perfil de evidencia GRADE, Eghbali, A. 2016 (93)



Autor(es): APR y DML

Pregunta: ¿Se debe usar Epinefrina-L (50 cc y solución salina) comparado con placebo para reducir la gravedad clínica de CRUP en los niños en edad de 3 meses a 6 años?

Bibliografía: Eghbali A, Sabbagh A, Bagheri B, Taherahmadi H, Kahbazi M. Efficacy of nebulized L-epinephrine for treatment of croup: a randomized, double-blind study. *Fundam Clin Pharmacol.* 2016 Feb;30(1):70-5. doi: 10.1111/fcp.12158. Epub 2015 Nov 12. PMID: 26463007.

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
Puntuación de la gravedad -desde el min 0 a los 120 minutos									
1	Ensayos aleatorios	Muy serio _{a,b}	No es serio	No es serio	Muy serio ^c	Ninguno	Cambios en las puntuaciones del CRUP a los 0 min: Epinefrina MD 2.56 SD 1.56; Solución salina MD 2.02 SD 0.64 Cambios en las puntuaciones del CRUP a los 30 min: Epinefrina MD 1.62 SD 1.87; Solución salina MD 1.68 SD 0.85 Cambios en las puntuaciones del CRUP a los 60 min: epinefrina MD 0.94 SD 1.89; Solución salina MD 1.37 SD 0.89 Cambios en las puntuaciones del CRUP a los 90 min: Epinefrina MD 0.60 SD 1.85; Solución salina MD 0.70 SD 0.83 Cambios en las puntuaciones del CRUP a los 120 min: Epinefrina MD 0.42 SD 1.8; Solución salina MD 0.15 SD 0.60 P entre grupos: 0.009	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE
Frecuencia respiratoria - Desde el min 0 a los 120 minutos									
1	Ensayos aleatorios	Muy serio _{a,b}	No es serio	No es serio	Muy serio ^{c,d}	Ninguno	Frecuencia respiratoria (respiraciones/min) 0 min (epinefrina Mean 30 SD 4.20 solución salina Mean 27 SD 4.66) Frecuencia respiratoria (respiraciones/min) 30 min (epinefrina Mean 28 SD 3.56 solución salina Mean 27 SD 4.47) Frecuencia respiratoria (respiraciones/min) 60 min (epinefrina Mean 26 SD 4.20 solución salina Mean 26 SD 4.18) Frecuencia respiratoria (respiraciones/min) 90 min (epinefrina Mean 25 SD 3.29 solución salina Mean 26 SD 3.93) Frecuencia respiratoria (respiraciones/min) 120 min (epinefrina Mean 24 SD 2.97 solución salina Mean 26 SD 3.97) P=0.25	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
Frecuencia cardiaca - Desde el min 0 a los 120 minutos									
1	Ensayos aleatorios	Muy serio ^{a,b}	No es serio	No es serio	Muy serio ^c	Ninguno	Frecuencia cardiaca (latidos/min) a los 0 min epinefrina Media 114 SD 11.14 solución salina Media 114 SD 10.65 Frecuencia cardiaca (latidos/min) a los 30 min (epinefrina Mean 115 SD 10.44 solución salina Mean 114 SD 11.80) Frecuencia cardiaca (latidos/min) a los 60 min (epinefrina Mean 115 SD 11.94 solución salina Mean 114 SD 11.03) Frecuencia cardiaca (latidos/min) a los 90 min (epinefrina Mean 116 SD 9.87 solución salina Mean 113 SD 10.77) Frecuencia cardiaca (latidos/min) a los 120 min (epinefrina Mean 113 SD 16.13 solución salina Mean 114 SD 11.80) p=0.026	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE

CI: Intervalo de confianza

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Pregunta 5. ¿Cómo debe ser el manejo clínico (farmacológico) de un paciente con diagnóstico presuntivo de neumonía en una sala ERA?

No se generaron perfiles GRADE para esta pregunta. Toda la evidencia fue tomada de guías a partir de práctica clínica.

Pregunta 6. ¿Cómo debe ser el manejo clínico (farmacológico) de un paciente con diagnóstico presuntivo de crisis asmática (incluye síndrome bronco obstructivo) en una sala ERA?

Tabla 37. Perfil de evidencia GRADE, Payares-Salamanca (90)



Autor(es): APR Y DML

Pregunta: ¿Albuterol administrado mediante nebulización (NEB) comparado con el albuterol administrado mediante inhaladores de dosis medida con espaciador (MDI+S) en niños en edad de 3 meses a menores de 6 años con diagnóstico presuntivo de crisis asmática?

Bibliografía: Metered-dose inhalers versus nebulization for the delivery of albuterol for acute exacerbations of wheezing or asthma in children: A systematic review with meta-analysis Laura Payares-Salamanca MD, Sandra Contreras-Arrieta MD, MSc, Victor Florez-García MD, MSc, Alexander Barrios-Sanjuanelo MD, MSc, Ivan Stand-Niño MD.

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Albuterol administrado mediante nebulización (NEB)	Albuterol administrado mediante inhaladores de dosis medida con espaciador (MDI+S)	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Efectividad (evaluado con: saturación arterial de oxígeno)												

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Albuterol administrado mediante nebulización (NEB)	Albuterol administrado mediante inhaladores de dosis medida con espaciador (MDI+S)	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
6	Ensayos aleatorios	Serio ^a	No es serio	No es serio	Serio ^b	Ninguno	271	290	-	MD 0.13 más (0.26 menos a 0.51 más)	⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE

Puntuación de la gravedad (evaluado con : pulmonary index score (PIS))

3	Ensayos aleatorios	Serio ^a	No es serio	No es serio	Serio ^b	Ninguno	216	176	-	MD 0.63 menos (0.91 menos a 0.35 menos)	⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE
---	--------------------	--------------------	-------------	-------------	--------------------	---------	-----	-----	---	--	--------------	------------



Efectos adversos (evaluado con : Náuseas)

5	Ensayos aleatorios	Serio ^a	No es serio	No es serio	Serio ^b	Ninguno	619	622	-	MD 0.71 más (0.41 más a 1.22 más)	⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE
---	--------------------	--------------------	-------------	-------------	--------------------	---------	-----	-----	---	------------------------------------	--------------	------------

Efectos adversos (evaluado con: palpitaciones)

4	Ensayos aleatorios	Serio ^a	No es serio	No es serio	Serio ^b	Ninguno	514	515	-	MD 0.6 más (0.22 más a 1.64 más)	⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE
---	--------------------	--------------------	-------------	-------------	--------------------	---------	-----	-----	---	-----------------------------------	--------------	------------

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Albuterol administrado mediante nebulización (NEB)	Albuterol administrado mediante inhaladores de dosis medida con espaciador (MDI+S)	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Efectos adversos (evaluado con: temblor)												
4	Ensayos aleatorios	Serio ^a	No es serio	No es serio	Serio ^b	Ninguno	127	125	-	MD 0.45 más (0.14 más a 1.49 más)	⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE
Efectividad (evaluado con: frecuencia respiratoria (RR))												
4	Ensayos aleatorios	Serio ^a	No es serio	No es serio	Serio ^b	Ninguno	117	124	-	MD 6.47 menos (11.69 menos a 1.25 menos)	⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE
Eficacia (evaluado con: frecuencia cardíaca (FC))												
6	Ensayos aleatorios	Serio ^a	No es serio	No es serio	Serio ^b	Ninguno	204	204	-	MD 1.39 menos (4.8 menos a 2.02 más)	⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE

CI: Intervalo de confianza. MD: Diferencia media

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Explicaciones

- Seis estudios tuvieron alto riesgo de sesgo para el cegamiento debido a que son ensayos abiertos, dos tuvieron un riesgo incierto de sesgo en el cegamiento de los participantes y el personal.
- Tres estudios tuvieron un riesgo incierto de informe selectivo debido a la falta de claridad en el informe de algunos resultados de interés.

Tabla 38. Perfil de evidencia GRADE, Sawanyawisuth K (91)

Autor(es): APR Y DML



Pregunta: ¿Corticosteroides inhalados comparado con corticosteroides sistémicos en niños de 3 meses a menores de 6 años con diagnóstico presuntivo de crisis asmática?

Bibliografía: Sawanyawisuth, Kanlayanee et al. "Role of Inhaled Corticosteroids for Asthma Exacerbation in Children: An Updated Meta-Analysis." Journal of emergencies, trauma, and shock vol. 13,2 (2020): 161-166. doi:10.4103/JETS.JETS_116_19.

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Corticosteroides inhalados	Corticosteroides sistémicos	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		

Ingreso a urgencias - Tratamiento de las exacerbaciones del asma en total

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Corticosteroides inhalados	Corticosteroides sistémicos	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
11	Ensayos aleatorios	No es serio	Muy serio ^a	No es serio	No es serio	Ninguno	52/490 (10.6%)	81/522 (15.5%)	OR 0.63 (0.41 a 0.96)	51 menos por 1,000 (de 85 menos a 5 menos)	⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE

Ingreso a urgencias - Tratamiento de las exacerbaciones del asma leve a moderado

2	Ensayos aleatorios	No es serio	No es serio	No es serio	Serio ^b	Ninguno	4/80 (5.0%)	24/124 (19.4%)	OR 0.26 (0.08 a 0.79)	135 menos por 1,000 (de 175 menos a 34 menos)	⊕⊕⊕○ Moderado	IMPORTANTE
---	--------------------	-------------	-------------	-------------	--------------------	---------	-------------	----------------	---------------------------------	---	------------------	------------

Duración del tratamiento



19	Ensayos aleatorios	No es serio	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	Se puede usar corticosteroides inhalados en combinación con un broncodilatador nebulizado en el entorno de emergencia: los corticosteroides sistémicos son de acción lenta, tomando al menos 3-4 h después de la administración. Los corticosteroides inhalados actúan más rápido y muestran efectos tópicos en la reducción de la hiperrespuesta de las vías respiratorias en un plazo de 2 h.			⊕⊕⊕⊕ Alta	IMPORTANTE
----	--------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	---------	---	--	--	--------------	------------

CI: Intervalo de confianza. OR: Razón de momios

Explicaciones

a. I2=59% puede ser sustancialmente heterogénea.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

b. Tamaño de la muestra insuficiente para cumplir con el tamaño óptimo de la información.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Tabla 39. Perfil de evidencia GRADE, Cai, K.-J. 2021

Autor(es): APR Y DML0



Pregunta: Dexametasona comparado con Prednisolona/prednisona en niños en edad de 3 meses a menores de 6 años con diagnóstico presuntivo de crisis asmática.

Bibliografía: Dexamethasone Versus Prednisone or Prednisolone for Acute Pediatric Asthma Exacerbations in the Emergency Department A Meta-Analysis Kai-Jin Cai, MD,* Shi-Qing Su, MD,* Yao-Guo Wang, MD,* and Yi-Ming Zeng, MD†.

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Dexametasona	Prednisolona/prednisona	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Tolerabilidad - Riesgo de vómitos entre pacientes tratados con DEX y PRED												
10	Ensayos aleatorios	Serio ^{a,b,c,d,e}	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	19/1111 (1.7%)	66/1115 (5.9%)	RR 0.29 (0.18 a 0.48)	42 menos por 1,000 (de 49 menos a 31 menos)	⊕⊕⊕○ Moderado	CRÍTICO
Eficacia - Reingreso al servicio de urgencias												
10	Ensayos aleatorios	Serio ^{a,b,c,d,e}	Muy serio ^{f,g}	No es serio	Serio ^{h,i}	Ninguno	89/1616 (5.5%)	93/1592 (5.8%)	RR 0.94 (0.71 a 1.24)	4 menos por 1,000 (de 17 menos a 14 más)	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE

Duración de la estancia en urgencias

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz



Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Dexametasona	Prednisolona/prednisona	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
10	Ensayos aleatorios	Serio ^{a,b,c,d,e}	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	831	819	-	MD 0.16 más (0.03 más a 0.29 más)	⊕⊕⊕○ Moderado	IMPORTANTE
Mejoría en las puntuaciones de la escala del asma												
10	Ensayos aleatorios	Serio ^{a,b,c,d,e}	Muy serio ^{j,k}	No es serio	Serio ^l	Ninguno	651	651	-	SMD 0 SD (0.1 menos a 0.11 más)	⊕○○○ Muy baja	NO IMPORTANTE

CI: Intervalo de confianza. MD: Diferencia media. RR: Razón de riesgo. SMD: Diferencia media estandarizada

Explicaciones

- Cegamiento de la evaluación de resultados: 4 estudios alto riesgo de sesgo, 3 estudios riesgo incierto, 3 estudios con bajo riesgo.
- Cegamiento de participantes y/o personal: 7 estudios alto riesgo de sesgo, 3 estudios bajo riesgo de sesgo.
- Ocultamiento de la asignación: 1 estudio alto riesgo, 3 estudios riesgo incierto, 6 estudios bajo riesgo.
- Generador de secuencias aleatorias: 1 estudio alto riesgo, 9 estudios riesgo bajo.
- Evaluación de datos de resultado incompletos, informes selectivos y otros sesgos: todos los estudios tuvieron bajo riesgo de sesgo.
- En 8 estudios los resultados son consistentes con dexametasona y prednisolona, sugiriendo la necesidad de bajar por imprecisión.
- I²=23% puede ser bajo.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				



- h. El intervalo de confianza incluye posiblemente ambos brazos o beneficios.
- i. Amplitud de los intervalos de confianza.
- j. Todos los estudios sugieren que no hay diferencia entre los grupos tratados con dexametasona y prednisolona.
- k. $I2=0$ puede ser bajo.
- l. El intervalo de confianza no excluye el efecto nulo o el daño

Pregunta 7 ¿Cuáles son los criterios clínicos (signos y síntomas) de egreso en salas ERA de pacientes con enfermedad respiratoria aguda?

No se generaron perfiles GRADE para esta pregunta.

Pregunta 8 ¿Qué profesionales de la salud deben estar a cargo del manejo de pacientes que ingresan a salas ERA con diagnóstico presuntivo de bronquiolitis, laringotraqueítis, neumonía y crisis asmática?

No se generaron perfiles GRADE para esta pregunta.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				



Anexo 7. Síntesis de la evidencia

Dos revisores (APR y DML) realizaron la extracción de información a partir de las publicaciones originales de los documentos seleccionados, en la Tabla 40 se detallan los documentos incluidos.

Tabla 40. Documentos incluidos en la síntesis

Autor/Año	Tipos de estudio	Calidad metodológica o riesgo de sesgo
SIGN158 British guideline on the management of asthma(79)	GPC (Pregunta 5)	AGREE II: Independencia editorial 92% Rigor metodológico 86%
Guía Española para el Manejo del Asma/2021 (82)	GPC (Pregunta 1, 2, 6,7 y 8)	AGREE II: Independencia editorial 100% Rigor metodológico 100%
Bronchiolitis: diagnosis and management of bronchiolitis in children/2021(80)	GPC (Pregunta 1, 2, 3, 7 y 8)	AGREE II: Independencia editorial 100% Rigor metodológico 100%
Pneumonia (community-acquired): antimicrobial prescribing guideline/2019(81)	GPC (Pregunta 1, 2 y 4)	AGREE II: Independencia editorial 100% Rigor metodológico 100%
O'Brien, Sharon 2019(83)	RSL (Pregunta 1 y3)	ROBIS: Bajo riesgo de sesgo
Cai, K.-J. 2021(84)	RSL (Pregunta 6)	ROBIS: Bajo riesgo de sesgo
Wang, Z.-Y. 2019(85)	RSL (Pregunta 3)	ROBIS: Bajo riesgo de sesgo
Cai, Z. 2020(86)	RSL (Pregunta 1y 3)	ROBIS: Bajo riesgo de sesgo
Gates, A. and Gates, M. 2018(88)	RSL (Pregunta 1,2y 4)	ROBIS: Bajo riesgo de sesgo
Moreel, L 2020(89)	RSL (Pregunta 3)	ROBIS: Bajo riesgo de sesgo
Payares-Salamanca 2020(90)	RSL (Pregunta 6)	ROBIS: Bajo riesgo de sesgo
Guo, C. 2018(95)	RSL (Pregunta 1,6)	ROBIS: Bajo riesgo de sesgo
Sawanyawisuth, K 2020(91)	RSL (Pregunta 6)	ROBIS: Bajo riesgo de sesgo
Bjornson, C 2013(92)	RSL (Pregunta 4)	ROBIS: Bajo riesgo de sesgo
Aziz Eghbalia, 2016(93)	ECA (Pregunta 4)	ROBIS: Bajo riesgo de sesgo

Fuente: elaboración propia a partir de los estudios citados.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Síntesis de evidencia

A partir de las referencias seleccionadas, se resumió la evidencia que daba respuesta a cada una de las preguntas de investigación. El detalle de esta síntesis se presenta a continuación:



Guías de práctica clínica

La GPC, elaborada por la British Thoracic Society, SIGN158 British guideline on the management of asthma, 2019 (79), proporciona recomendaciones basadas en la evidencia actual para mejorar el manejo del asma en la práctica clínica en adultos, mujeres embarazadas, adolescentes y niños con asma. En las secciones 7 y 8 sobre el tratamiento farmacológico, se aborda también la predicción del riesgo futuro de ataques de asma, en cada uno la recomendación fue calificada y la evidencia de apoyo evaluada para adultos y adolescentes mayores de 12 años, niños de 5 a 12 años y niños menores de 5 años. La guía no cubre a los pacientes cuyo diagnóstico primario no es asma como por ej.: fibrosis quística. Aunque igual se pueden beneficiar en el manejo de sus síntomas con las recomendaciones que ofrece la guía.

La GPC, elaborada por Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, GEMA 5.1. Guía española para el manejo del asma 2021(82), es la guía de práctica clínica basada en la evidencia sobre asma que en esta versión incluye actualizaciones con respecto al abordaje del asma y COVID, y nuevos tratamientos para el asma no grave como son los antimuscarínicos de acción prolongada al tratamiento. Así como también algunas citas bibliográficas relevantes que refrescan los contenidos de la guía para mejorar el control y calidad de vida de las personas con asma mediante el incremento de la formación técnica de los profesionales de la salud que deben atenderles, particularmente en los aspectos relacionados con la prevención y valoración diagnóstica - terapéutica de la enfermedad.

La GPC, elaborada por la National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Bronchiolitis in children: diagnosis and management, publicada en junio de 2015 y actualizada en agosto de 2021(80), se centra en el diagnóstico y manejo de la bronquiolitis en bebés y niños. El objetivo es ayudar a los profesionales de la salud a diagnosticar la bronquiolitis en los bebés y niños que deben ser atendidos en el hogar o en el hospital. Describe tratamientos e intervenciones que se pueden utilizar para ayudar con los síntomas de la bronquiolitis. En la última actualización, revisan las pruebas y se actualizan las recomendaciones sobre los umbrales de saturación de oxígeno para la derivación al hospital, el ingreso, el tratamiento y el momento del alta.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Finalmente la GPC, elaborada por la National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Pneumonia (community-acquired): antimicrobial prescribing guideline 2019 (81), brinda una estrategia de prescripción de antimicrobianos para la neumonía adquirida en la comunidad. Está dirigida a los profesionales que haciendo uso de su criterio en cuanto a las necesidades, preferencias y valores individuales de sus pacientes o de las personas que utilizan su servicio puedan optimizar el uso de antibióticos y reducir la resistencia a los estos. En sus recomendaciones la guía aborda tratamiento, elección del antibiótico, advertencias y derivación y búsqueda de asesoramiento especializado.

Revisiones Sistemáticas de la literatura

Bronquiolitis

La primera RSL incluida, de bajo riesgo de sesgo, fue desarrollada por O'Brien S et al., 2019 (83), cuyo objetivo fue evaluar el uso de la cánula nasal de alto flujo en el manejo clínico de la bronquiolitis entre los lactantes menores de 2 años. Todos los estudios incluidos fueron ensayos clínicos abiertos, 3 de los 4 estudios tuvieron un tamaño de muestra pequeño. En el primer estudio, el resultado fue medido en puntos de tiempo diferentes sin ajuste para comparaciones múltiples, en el segundo estudio, no hubo comparador con control de la atención clínica estándar (ambos brazos fueron experimentales) y en el tercero, hubo pocos pacientes que tuvieron un verdadero requerimiento de oxígeno y en el último, el tamaño del efecto del resultado primario diferente en sitios con y sin unidad de cuidados intensivos. Los desenlaces evaluados fueron el uso y la duración de la oxigenoterapia, la estancia en urgencias y el fracaso al tratamiento de oxigenoterapia. La certeza en la evidencia fue baja.

Moreel, et al 2020 (89) buscó resumir la evidencia clínica relativa a la eficacia y seguridad de la cánula nasal de alto flujo (HFNC) en los lactantes con bronquiolitis y responder a la pregunta si La HFNC debe utilizarse desde el inicio del ingreso en caso de necesidad de oxígeno o como terapia intensificada. Comparan el HFNC con terapia de oxígeno estándar o presión positiva continua nasal en las vías respiratorias, esta última no se tuvo en cuenta por no ser usada en el contexto de salas ERA. De acuerdo con esto, este estudio uso los mismos estudios que O'Brien y llegando a las mismas conclusiones: duración de la oxigenoterapia: en caso de falla por oxigenoterapia estándar, el cambio a cánula nasal de alto flujo fue exitoso en el 61% de los niños (se ha demostrado que es un modo seguro de soporte respiratorio). Esta evaluación fue realizada en desenlaces de duración de la oxigenoterapia, estancia en urgencias y efectos secundarios en los que se obtuvo una certeza en la evidencia baja.



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

La duración de la estancia en urgencias y la duración de la oxigenoterapia no difirieron entre los grupos de tratamiento.

Para la RSL Wang, Z et al 2019 (85), con un riesgo de sesgo bajo, evaluó la solución salina hipertónica (SH) al 3% en bronquiolitis vs solución salina normal (SN) al 0.9%. Se realizaron 23 estudios con una población para intervención de 1722 y para control 1704, los efectos sobre la duración de la estancia en los lactantes entre 1 y 6 meses, tratados con nebulizadores de SH, tuvieron períodos de hospitalización menores vs los tratados con nebulizadores NS (DMP= -0,43; IC95%= -0,70 a 0,15). Además, el análisis de subgrupos de medicamentos demostró diferencias entre el nebulizador SH, con una DMP= -0,62 (IC 95% -0,90, a 0,33). Los cambios en la escala de severidad clínica (CSS), en el primer día de tratamiento y 7 en el segundo y tercer día, fueron reducción en la puntuación cuando el uso fue de SH vs SN (DME=-0,58; IC 95%=-0.85, -0.31), (DME=-0,92; IC95%=-1,36, -0,49) y (SMD=-0.93; IC95% =-1.55, -0.32) respectivamente. La certeza en la evidencia fue baja a muy baja.

La RSL realizada por Cai Z et al. 2020 (86), con riesgo de sesgo bajo, evaluó la eficacia del salbutamol en el tratamiento de los lactantes menores de 2 años con bronquiolitis. Incluyeron 13 estudios con un total de 977 participantes en el que compararon el salbutamol con placebo en niños con bronquiolitis. Los lactantes tratados con salbutamol experimentaron un aumento en la frecuencia respiratoria DMP 2,26 (IC del 95 %: 0,36 a 4,16). Se utilizó un modelo de efectos fijos para el análisis estadístico y no se encontró heterogeneidad significativa (I²=0,0%; P para heterogeneidad=0.492) y también mostró un aumento en la frecuencia cardíaca más alta en comparación con placebo DMP12,15 (IC del 95 %: 9,24 a 15,07). Utilizaron un modelo de efectos fijos para el análisis estadístico y se encontró heterogeneidad estadísticamente significativa entre estos estudios (I²=90,3%; P para heterogeneidad =0.000). Adicionalmente, no demostró mejoría en la puntuación de gravedad clínica y en la saturación de oxígeno. La certeza en la evidencia fue moderada a muy baja.

La RSL de Guo C, et al 2018 (87), con bajo riesgo de sesgo, es un metanálisis en red en el que se comparó placebo con 7 regímenes terapéuticos diferentes para el manejo de la bronquiolitis: agentes broncodilatadores (BA), soluciones hipertónicas (HS), agentes broncodilatadores más soluciones hipertónicas (BA ± HS), corticosteroides (CS), epinefrina (EP), epinefrina más corticosteroides (EP ± CS) y epinefrina más soluciones hipertónicas (EP ± HS). Se realizaron comparaciones directas e indirectas, esta revisión incluye 40 ECA, con un total de 4932 niños menores de 2 años. Evaluó como desenlace la puntuación de gravedad clínica y la duración de la estancia hospitalaria, en sus resultados establecen que los BA tuvieron un mejor desempeño



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

que los CS DME -0.36 (IC del 95%: -0.64 a -0.09) y, con respecto a la duración de la estancia hospitalaria la EP \pm CS, ocupó el primer lugar en mejorar la puntuación de gravedad clínica y el segundo, en la duración de la estancia hospitalaria EP MD -2,23 (IC 95%: -4,04 a -0,52); EP \pm HS MD -2,70 (IC del 95%, -4,81 a - 0,75). Certeza en la evidencia moderada a muy baja.

CRUP

Gates, A. et al 2018 (88), con bajo riesgo de sesgo, realizan múltiples comparaciones en el manejo de CRUP: glucocorticoides con placebo, epinefrina, comparaciones entre glucocorticoides (dexametasona, budesónida, prednisolona, fluticasona, betametasona, budesónida más dexametasona comparada con dexametasona y budesónida más dexametasona comparada con budesónida) y comparaciones de dosis entre glucocorticoides. En estas últimas, se evaluaron desenlaces tales como los cambios en puntuación de gravedad clínica desde el inicio del tratamiento hasta las 6 horas, reconsultas o reingresos, duración de la estancia en urgencias y eventos adversos como los desenlaces más relevantes para el alcance en salas ERA. Los corticosteroides son una excelente opción para tratar el CRUP, especialmente la dexametasona y la budesónida y garantizan una reducción de la estancia en urgencias para mejorar el cuadro clínico de los niños con CRUP. Certeza en la evidencia moderada a muy baja.

La RSL de Bjornson, C. at el 2013 (96), de riesgo de sesgo bajo, incluyó 8 ensayos clínicos aleatorizados con 225 participantes en edad de 6 meses a 3 años. estimaron la eficacia de la epinefrina nebulizada comparada con placebo y comparada con epinefrina L en niños con CRUP, evaluados en el servicio de urgencias y también en el hospitalario. Se evaluaron como desenlaces los cambios en la puntuación clínica del CRUP a los 30 minutos, obteniendo una SMD -1.03 (IC DEL 95%: -1.60 a -0.46) / 25 pacientes en el grupo Epinefrina y 29 pacientes en el grupo placebo. También, evaluaron la duración de la estancia en urgencias con una DM -1.8 (IC del 95%: -4.07 a 0.47) y mejoría del cuadro clínico de CRUP RR 1.46 (IC del 95%: 0.82 a 2.60). En estas dos últimas estimaciones no hubo diferencia. Finalmente, en la comparación de la epinefrina nebulizada y la epinefrina L, en relación con los cambios en la puntuación clínica de CRUP con una SMD 0.33 (IC del 95%: -0.42 a 1.08) a los 30 minutos y una SMD 0.87 (IC del 95%: 0.09 a 1.65) a las 2 horas no hubo diferencia, la certeza en la evidencia fue de baja a muy baja.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				



El ECA de Eghbalia, A. et al. 2016 (93), incluyó 174 participantes, comparó la epinefrina L (50 cc más solución salina) con placebo en el manejo de CRUP. A todos los niños le administraron dexametasona 0.6mg/kg dosis máxima 8mg. El estudio evaluó la puntuación de gravedad clínica, la frecuencia respiratoria y la frecuencia cardíaca desde el minuto 0 cada 30 minutos hasta los 120 minutos. Concluyeron que la epinefrina L redujo la puntuación de la enfermedad y la frecuencia respiratoria en la mejoría clínica de los niños CRUP leve y moderado y la administración de combinada de epinefrina más dexametasona es importante para reducir los eventos adversos. La certeza de la evidencia fue baja.

Crisis de asma

La RSL, realizada por Cai, K. et al 2021(84) y con riesgo de sesgo bajo, evaluó la eficacia y la tolerabilidad de la dexametasona como alternativa a la prednisolona en el tratamiento de las exacerbaciones del asma pediátrica en el servicio de urgencias. Se incluyeron 10 estudios con 3208 pacientes pediátricos con asma, de los cuales 1616 fueron tratados con dexametasona y 1592 tratados con prednisolona. En cuanto a los desenlaces, el riesgo de vomitar el fármaco fue menor en el grupo dexametasona que en el grupo prednisolona (cociente de riesgos, 0,29 (0,18 a 0,48) $P < 0,00001$) y para el reingreso servicio de urgencias RR 0.94 (0.71 a 1.24) a favor de la dexametasona. Certeza en la evidencia: moderada y muy baja.



En cuanto a la RSL de Payares Salamanca et al 2020 (90), tuvo un riesgo de sesgo bajo e incluyó 15 ECAS con un total de 2057 participantes en la exacerbación del asma, en la cual se hizo una comparación entre inhaladores de dosis medida (MDI+S) versus nebulización (NEB) para la administración de albuterol. Los resultados en cuanto a la administración de albuterol, por medio de inhaladores de dosis media, no fue superior a su administración a través de nebulización (NEB). Para tasa de ingreso hospitalario (RR 0,89; IC95 %, 0,55 a1,46), hubo reducción en la puntuación de índice pulmonar (PIS) con el uso de inhaladores de dosis medida MDI+S en comparación con NEB para administrar albuterol (DM -0,63; IC95 %, -0,91 a -0,35) y se presentó un aumento de la frecuencia cardíaca cuando el albuterol se administró mediante inhaladores de dosis medida (MDI+S) que cuando se administró mediante nebulización (NEB). La certeza en la evidencia para los desenlaces evaluados fue baja.

Para la RSL de Sawanyawisuth, K. et al 2020 (91), con un riesgo de sesgo bajo, se realizaron tres comparaciones corticosteroides inhalados (ICS) vs placebo, corticosteroides inhalados (ICS) vs corticosteroides sistémicos (SC), corticosteroides

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

inhalados (ICS) + corticosteroides sistémicos (SC) vs corticosteroides sistémicos (SC). El desenlace evaluado fue el ingreso a urgencias, el uso ICS para la exacerbación del asma moderada o moderada a grave tuvo una tasa de reducción en el ingreso hospitalario en comparación con el placebo (OR 0,63 IC95 % 0,41 a 0,96), los corticosteroides inhalados tuvieron cocientes de probabilidades significativos en comparación con corticosteroides sistémicos en general (exacerbación moderada o moderada grave) (0,63; IC95 %: 0,41 a 0,96), la razón de posibilidades para ICS más SC sobre SC fue de 0,75 (IC95 %: 0,57 a 0,99) con el I2 del 71 %. La certeza en la evidencia para los desenlaces evaluados fue moderada y baja.

A continuación, se resumen la evidencia específica por cada pregunta del lineamiento.



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Pregunta 1. ¿Cuáles son los criterios clínicos (signos y síntomas) para el ingreso de un paciente con enfermedad respiratoria aguda a una sala ERA?

Para responder a esta pregunta, se usaron 3 GPC y 4 RSL. El detalle de esta información se presenta a continuación:

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
British Thoracic Society, 2019(79) GPC Reino Unido	SIGN158 British guideline on the management of asthma.	<ul style="list-style-type: none"> Recomendación: realizar una evaluación clínica estructurada para evaluar la probabilidad inicial de asma: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Antecedentes de episodios recurrentes (ataques) de síntomas, idealmente corroborados por un flujo máximo variable cuando son sintomáticos y asintomáticos. ✓ Síntomas de sibilancias, tos, disnea y opresión en el pecho que varían con el tiempo. ✓ Observación grabada de sibilancias escuchadas por un profesional de la salud. ✓ Antecedentes personales/familiares de otras afecciones atópicas (en particular, eccema/dermatitis atópica, rinitis alérgica). ✓ No hay síntomas/signos que sugieran diagnósticos alternativos. 	Clasificación sistema SIGN: Certeza de la evidencia 2+ Grado de recomendación D Esta evidencia está basada en 4 estudios observacionales, en los cuales se incluyeron encuestas en colegios, cuestionarios para padres, consultorios de médicos generales, especialistas y un hospital especializado, con una población heterogénea de niños y adultos.	National Institute for Health Research Health Services and Delivery Research programme.
Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, 2021(82) GPC España	GEMA 5.1. Guía española para el manejo del asma.	<ul style="list-style-type: none"> Las crisis más leves pueden tratarse en casa por el propio paciente y en centros de Atención Primaria, siempre que se asegure una correcta valoración clínica, funcional respiratoria y de la respuesta al tratamiento en las primeras 2 horas. Crisis leve: PEF o FEV₁ ≥70% Debe sospecharse asma en un paciente con sibilancias, disnea (o dificultad respiratoria), tos y opresión torácica, de intensidad y frecuencia variable. 	Clasificación sistema GEMA: Certeza de la evidencia R2 Grado de recomendación D <i>Esta evidencia está basada en la edición previa (completa) de la GEMA2, 2015.</i>	No hay información.



La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>			
	<p>LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)</p>			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		<ul style="list-style-type: none"> La evaluación inicial del paciente con crisis de asma debe incluir el análisis del riesgo vital, del nivel de gravedad y del grado de obstrucción al flujo aéreo. 		
NICE 2015- Actualización 2021(80). GPC Reino Unido	Bronchiolitis in children: diagnosis and management	<ul style="list-style-type: none"> Al diagnosticar la bronquiolitis, tener en cuenta que ocurre en bebés y niños menores de 2 años de edad y más comúnmente en el primer año de vida, alcanzando su punto máximo entre los 3 y los 6 meses. Al diagnosticar la bronquiolitis, tener en cuenta que los síntomas generalmente alcanzan su punto máximo entre los 3 y los 5 días, y que la tos se resuelve en el 90% de los bebés dentro de las 3 semanas. Al diagnosticar la bronquiolitis, si el bebé o el niño tiene un pródromo de coriza que dura de 1 a 3 días, seguido de: <ul style="list-style-type: none"> Tos persistente. Taquipnea o recesión torácica (o ambas). Sibilancias o crepitaciones en la auscultación torácica (o ambas). Fiebre (en alrededor del 30% de los casos, generalmente de menos de 39 °C). Mala alimentación (generalmente después de 3 a 5 días de enfermedad). Apnea (en particular los menores de 6 semanas de edad). 	<p>Clasificación sistema GRADE: Certeza de la evidencia baja a muy baja</p> <p><i>Esta evidencia está basada en 1 RSL revisión sistemática de la literatura con metanálisis, 1 estudio de validación diagnóstica y 5 estudios de cohorte (4 estudios presentaron información de signos y síntomas asociados con bronquiolitis 1 estudio examinó la edad típica de ocurrencia, y 4 estudios examinaron la duración de los síntomas). No se identificaron estudios para identificar los cambios de síntomas en el curso y duración de la enfermedad.</i></p>	No hay información
O'Brien, Sharon 2019 (83) RSL Australia	Rational use of high-flow therapy in infants with bronchiolitis. What do the latest trials tell us? A Pediatric Research in Emergency Departments	<ul style="list-style-type: none"> Necesidad oxígeno suplementario. Ritmo cardíaco anormal. Frecuencia respiratoria anormal. Disminución de SpO2, o aumento del trabajo respiratorio. 	Certeza en la evidencia: baja.	No hay información.



La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	



Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
	International Collaborative perspective.			
Cai, Z. 2020 (86) RSL China	Efficacy of salbutamol in the treatment of infants with bronchiolitis.	<ul style="list-style-type: none"> Fiebre, tos, sibilancias, taquipnea, y esfuerzo respiratorio aumentado. En los hallazgos fisiopatológicos, incluye inflamación aguda, edema mucoso y submucoso y necrosis del epitelio. 	Certeza en la evidencia: baja.	No hay información.
Gates, A. 2018 (88) RSL Canadá	Glucocorticoids for croup in children (Review).	<ul style="list-style-type: none"> Ronquera, tos perruna y estridor inspiratorio. Estos síntomas se cree que ocurre como resultado del edema de la laringe y la tráquea, que ha sido desencadenada por una infección viral reciente. 	Certeza en la evidencia: baja .	No hay información.
Guo, C. 2018(94) RSL China	Network Meta-Analysis Comparing the Efficacy of Therapeutic Treatments for Bronchiolitis in Children	<ul style="list-style-type: none"> Fiebre de baja a moderada. Tos, goteo nasal sibilancias y estornudos. 	Certeza en la evidencia.	No hay información.
Contexto local: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá Guía de atención (18) Colombia	Guía de promoción y atención en enfermedad respiratoria aguda (ERA)	<p>Desde la guía de promoción y atención en enfermedad respiratoria aguda (ERA) de la Secretaría Distrital de Salud ingresaran a SALA ERA los niños con cuadros respiratorios con los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pacientes entre 2 y 3 meses edad que presenten un cuadro respiratorio agudo no mayor de diez días, sin dificultad respiratoria, sin signos de gravedad. Pacientes entre 3 meses y 5 años de edad, con cuadro de dificultad respiratoria de leve Intensidad. 	Certeza en la evidencia: muy baja (basada en expertos).	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2020 (97) Colombia	Documento de Lineamientos para la atención en la Estrategia de Salas ERA en el	<p>Serán atendidos con la estrategia de Salas ERA aquellos pacientes con cuadros clínicos respiratorios, que a criterio médico que realiza la evaluación inicial, cumpla con:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tener una edad mayor de 2 meses. 	No aplica.	No aplica.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
	contexto de la epidemia de COVID-19 en Colombia. Gestión de las intervenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Bogotá D.C., Colombia, Colombia; 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Presentar una dificultad respiratoria de leve intensidad, que requiera suministro de Oxígeno a menos de 1 litro por minuto por cánula nasal, para lograr saturación de Oxígeno adecuada para la altitud. • No presentar ningún signo de gravedad ni de peligro (vomita todo, no come nada, alteración de la conciencia, convulsiones). • No tener factores de riesgo que le generen de por sí, connotación de gravedad a cualquier episodio de dificultad para respirar así sea de leve intensidad (bajo peso al nacer, prematurez, desnutrición, esquema de vacunación incompleto, entre otros). • Estar en capacidad de ingerir líquidos vía oral, sin necesidad de administración de líquidos intravenosos. • Requerir, a juicio del médico atención por un período breve (máximo 6 horas), para lograr una respuesta satisfactoria. • Deben usar medicación convencional y continuar con su tratamiento controlado. 		



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Pregunta 2. ¿Cuál es la clasificación de enfermedad respiratoria que debe abordarse en edad de 3 meses a menores de 6 años en una sala ERA?

Para responder a esta pregunta, se usaron 2 GPC y 1 RSL. El detalle de esta información se presenta a continuación:

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
British Thoracic Society, 2019(79) GPC Reino Unido	SIGN158 British guideline on the management of asthma.	Asma aguda moderado Capacidad de hablar oraciones con coherencia. SpO2 ≥92% Flujo espiratorio máximo ≥50% mejor o prevista. Frecuencia cardíaca ≤140/min en niños en edad comprendida entre 1–5 años ≤125/min en niños >5 años. Frecuencia respiratoria ≤40/min en niños en edad comprendida entre 1–5 años ≤30/min en niños >5 años.	Clasificación SIGN: Certeza de la evidencia 1+ Grado de recomendación A Esta evidencia de la guía British guideline on the management of asthma se tomó a partir de 4 estudios observacionales, en los cuales se incluyeron encuestas en colegios, cuestionarios para padres, consultorios de médicos generales, especialistas y un hospital especializado, con una población heterogénea de niños y adultos.	National Institute for Health Research Health Services and Delivery Research programme .
Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, 2021(82) GPC	GEMA 5.1. Guía Española para el Manejo del Asma.	Dependiendo de los signos y grado de obstrucción al flujo aéreo, se debe clasificar al paciente con crisis de asma en uno de sus cuatro niveles de gravedad: leve, moderada, grave y vital.	Clasificación sistema GEMA: Certeza de la evidencia R1 Grado de recomendación A Esta evidencia está basada en la edición previa (completa) de la GEMA2, 2015	No hay información.
NICE, 2015-actualización 2021(80). GPC Reino Unido	Bronchiolitis in children: diagnosis and management.	Para la clasificación del grado de severidad de la bronquiolitis, se utiliza la escala de puntuación de alerta temprana pediátrica que por sus siglas en inglés es "paediatric early warning score (PEWS)". Que establece una puntuación de 0 a 3, entre los siguientes factores conducta, cardiovascular y respiratorio. Conducta: 0(jugando/apropiada), 1 (durmiendo),2 (irritable), 3(letárgico/confuso ó respuesta reducida al dolor).	No aplica , es una escala ampliamente utilizada en el Reino Unido, país que elaboro la guía.	Gobierno del Reino Unido.



La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		<p>Cardiovascular: 0 (rosado o llenado capilar de 1-2 segundos); 1 (pálido o llenado capilar de 3 segundos); 2 (gris o llenado capilar de 4 segundos o taquicardia o frecuencia cardíaca \geq a 20 latidos por minuto por encima de la frecuencia cardíaca normal); 3 (gris y moteado o llenado capilar \geq a 5 segundos o taquicardia \geq a 30 latidos por minuto por encima de la frecuencia cardíaca normal o bradicardia),</p> <p>Respiratorio: 0 (dentro de los parámetros normales, no retracciones o tiraje traqueal); 1 (frecuencia respiratoria mayor o igual a 10 respiraciones por minuto por encima de los parámetros normales, utilizando músculos accesorios o 30%+ FIO2 (FIO2 mayor del 30% o 3 +L/min (más de 3 L/min); 2 (frecuencia respiratoria mayor o igual a 20 respiraciones por minuto por encima de los parámetros normales, retracciones, tiraje traqueal, o 40%+FIO2 o 6+L/min; 3 (frecuencia respiratoria de 5 respiraciones por minuto por debajo de la frecuencia respiratoria normal con retracciones y/o gruñido o 50%+ FIO2 o 8+L/min. Esta escala es cada vez más empleada de forma genérica en la práctica pediátrica en el Reino Unido y en otros países. Sin embargo, refieren la necesidad de evaluar la eficacia de las puntuaciones PEWS para predecir el deterioro de los lactantes con bronquiolitis.</p>		
Siraj, S. (98) 2021	An Assessment of Face Value, Usability, and Interrater Reliability of the Bronchiolitis Severity Score (BSS) for	Para clasificar el grado de severidad de la bronquiolitis, se utiliza esta escala, que establece una puntuación de 0 a 3 evaluando los siguientes factores: Frecuencia respiratoria: 0 (ausente); 1(\leq 60, \leq 50, \leq 40); 2(61-59, 51-59, 41-44) y 3(\geq 70, \geq 60, \geq 45).	No aplica.	



La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
	Children with Acute Bronchiolitis.	<p>Retracciones: 0(ninguna); 1(subcostal o intercostal); 2(2 de los siguientes: subcostal, intercostal, subesternal o aleteo nasal); 3 (3 de los siguientes: subcostal, intercostal, subesternal, supraesternal, supraclavicular, o aleteo nasal/moviendo la cabeza).</p> <p>Disnea: 0 (alimentación, vocalización y actividad normal); 1 (1 de los siguientes: dificultad para alimentarse, disminución de la vocalización o agitación); 2 (de los siguientes: dificultad para alimentarse, disminución de la vocalización o agitación); 3 (no come nada, no habla, o somnoliento y confuso).</p> <p>Auscultación: 0 (respiración normal, no sibilancias); 1(sibilancias al final de la espiración solamente); 2(sibilancias espiratorias solamente, (mayores que las sibilancias al final de la espiración); 3(sibilancias inspiratorias y espiratorias o disminución de los sonidos respiratorios o ambos).</p>		
Rivas, C. (44)	A comparison of two clinical scores for bronchiolitis. A multicentre and prospective study conducted in hospitalised infants.	<p>La evaluación adecuada de la bronquiolitis aguda es de gran importancia para el pediatra y los actores en la atención de los pacientes en sala ERA. Para la evaluación de la bronquiolitis y predecir la severidad de esta se ha hecho frecuente el uso en la práctica clínica de dos escalas: ESBA y Wood Downes Ferres.</p> <p>La escala de WDF Wood Downes Ferres fue designada para pacientes para evaluar falla respiratoria aguda en pacientes con asma severa, publicada en 1972, a partir de una evaluación en solo 18 pacientes pediátricos con crisis de asma. No contempla la evaluación de crepitos, o la medición de la saturación de oxígeno y frecuentemente se asocia con un alto porcentaje de falsos negativos en la determinación de pacientes con bronquiolitis severa.</p> <p>La escala ESBA escala para la Severidad de la Bronquiolitis Aguda, propuesta por un grupo español, es una escala exclusivamente designada para la aplicación en pacientes con bronquiolitis. Evalúa signos como las sibilancias y los</p>	No Aplica.	



La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz



Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		<p>crepitancias y sibilancias, además de datos objetivos de frecuencias respiratoria y cardíacas.</p> <p>Un estudio reciente, por C. Rivas-Juesas et y colaboradores en 201 pacientes pediátricos, demostró una alta sensibilidad y especificidad para ambos instrumentos, especialmente para la determinación de bronquiolitis severa y la anticipación de hospitalización y falla respiratoria. Pero no demostró que un instrumento sea mejor que otro en la diferenciación de casos severos de bronquiolitis.</p> <p>Escala Wood-Downes-Ferres Sibilancias: 0(no); 1(al final de la espiración); 2(durante la espiración) 3(inspiración y espiración). Retracción: 0(no); 1(subcostal + intercostal inferior); 2 (subcostal + intercostal inferior + supraclavicular); 3(subcostal + intercostal inferior + supraclavicular + intercostal superior + supraesternal). Entrada de aire: 0 (buena simétrica); 1(regular simétrica); 2(altamente disminuida); 3(tórax silencioso sin sibilancias). Cianosis respiratoria: 0(no) 1(si). Frecuencia respiratoria: 0(menos de 30); 1(31-45); 2(46-60); 3(mayor de 60). Frecuencia cardíaca: 0(menos de 120); 1(mayor de 120). Crisis leve 1-3 puntos, crisis moderada (4-7 puntos), crisis severa (8-14 puntos).</p>		
Gates, A. 2018 (88) RSL Canadá	Glucocorticoids for croup in children.	<p>Para la clasificación del grado de severidad, se utiliza la escala de Westley, que establece una puntuación de 0 a 17 entre los siguientes factores: estridor, tiraje, ventilación, cianosis y nivel de conciencia.</p> <p>La puntuación se asigna de la siguiente manera: (2,3,6).</p>	Certeza en la evidencia: moderada , algunos estudios tenían problemas con los métodos, con los informes o con ambos.	Fondos de Ciencias Naturales de la provincia de Fujian. (número 2015J01448)

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		<p>Estridor inspiratorio: 0 (ausente), 1 (en reposo, audible con estetoscopio), 2 (en reposo audible sin estetoscopio). Tiraje: 0 (ausente), 1 (leve), 2 (moderado), 3 (grave). Murmullo vesicular: 0 (normal), 1 (disminuido), 2 (muy disminuido). Cianosis: 0 (ausente), 4 (con la agitación), 5 (en reposo). Nivel de conciencia: 0 (normal), 5 (alterado). -Una puntuación igual o mayor a dos indica crup leve, entre tres a cinco puntos cursa con crup moderado, entre seis a once puntos, crup severo y mayor o igual a doce puntos equivale a un crup con inminente fallo respiratorio (3,5).</p>		Fondos de Proyectos del Plan de Ciencia y Tecnología de la ciudad de Quanzhou (número 2015Z34).
Contexto local: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (18) Colombia	Guía de promoción y atención en enfermedad respiratoria aguda (ERA).	<p>Desde la guía de promoción y atención en enfermedad respiratoria aguda (ERA) de la Secretaría Distrital de Salud recomiendan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar la Escala de Westley (modificada por Fleisher) para valorar la dificultad respiratoria en niños con laringotraqueítis la cual da unos puntajes 0-4: leve; 5-6: leve a moderada; 7-8: moderada y más de 9: grave. • Para la bronquiolitis se sugiere la escala de Wood-Downes-Ferres modificada y su interpretación según el puntaje es 0-4: Leve; 5-8: moderada y más de 9: grave. • En cuanto al asma se debe tener en cuenta el índice pulmonar y su interpretación es 0-4: Leve; 5-8: moderada y más de 9: grave. • En neumonía presentan una clasificación de acuerdo con signos y síntomas respiratorios neumonía muy grave, neumonía grave y neumonía de manejo ambulatorio. 	Certeza en la evidencia: muy baja (basada en expertos).	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Pregunta 3. ¿Cómo debe ser el manejo clínico (farmacológico y no farmacológico) de un paciente con diagnóstico presuntivo de Bronquiolitis en una sala ERA?

Para responder a esta pregunta, se usaron 1 GPC y 5 RSL. El detalle de esta información se presenta a continuación:

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
NICE, 2015-actualización 2021(80). GPC Reino Unido	Bronchiolitis in children: diagnosis and management.	No farmacológico		Gobierno del Reino Unido
		<ul style="list-style-type: none"> No realizar fisioterapia torácica en bebés y niños con bronquiolitis que no tengan comorbilidades relevantes (por ejemplo, atrofia muscular espinal, traqueomalacia grave). 	Clasificación GRADE: Certeza de la evidencia moderada a muy baja. Esta evidencia está basada en: 7 ensayos clínicos aleatorizados, la calidad de la evidencia varió principalmente por la falta de descripción del método de asignación al azar o la ocultación de asignación e imprecisión en los resultados debido principalmente a que los intervalos de confianza del 95% son: amplio o no reportado. La variación en las intervenciones utilizadas significó que no eran adecuadas para el metanálisis.	
		<ul style="list-style-type: none"> Considerar solicitar una evaluación de fisioterapia torácica en bebés y niños que tienen comorbilidades relevantes (por ejemplo, atrofia muscular espinal, traqueomalacia grave) cuando puede haber dificultad adicional para eliminar las secreciones. 	Esta evidencia está basada en: 7 ensayos clínicos aleatorizados, la calidad de la evidencia varió principalmente por la falta de descripción del método de asignación al azar o la ocultación de asignación e imprecisión en los resultados debido principalmente a que los intervalos de confianza del 95% son: amplio o no reportado. La variación en las intervenciones utilizadas significó que no eran adecuadas para el metanálisis.	
		<ul style="list-style-type: none"> No realizar de forma rutinaria la aspiración de las vías respiratorias superiores en bebés o niños con bronquiolitis. Considerar la posibilidad de aspirar las vías respiratorias superiores en bebés y niños que tienen dificultad respiratoria o dificultades para alimentarse debido a las secreciones de las vías respiratorias superiores. Realizar la aspiración de las vías respiratorias superiores en bebés y niños con bronquiolitis que presentan apnea, incluso si no hay secreciones evidentes de las vías respiratorias superiores. 	✓ Recomendación del comité desarrollador de la guía. No hay estudios que cumplan criterios de inclusión.	



La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		<ul style="list-style-type: none"> No realizar rutinariamente análisis de gases en sangre en bebés o niños con bronquiolitis. 		
		Farmacológico		
		<p>No usar ninguno de los siguientes para tratar la bronquiolitis en bebés o niños:</p> <ul style="list-style-type: none"> No usar antibióticos. <p>La evidencia no demostró ningún beneficio claro en el uso rutinario de antibióticos en niños que acuden a atención primaria o secundaria con empeoramiento de la bronquiolitis.</p>	<p>Clasificación GRADE: Certeza de la evidencia moderado a muy baja.</p> <p>Esta evidencia está basada en: 7 ensayos clínicos aleatorizados con antibióticos. La calidad de la evidencia varío de moderada a muy bajo, la razón principal fue la imprecisión; no se disponía de datos para la mayoría de los resultados especificados por el Comité: tasas de readmisión, el uso de oxígeno y la duración del uso de oxigenoterapia se informaron cuando estuvieron disponibles.</p> <p>Los resultados no se utilizaron directamente por las siguientes razones: la revisión Cochrane incluyó datos tomados de figuras gráficas que no proporcionaron desviaciones estándar, y los datos se combinaron para los brazos de placebo y atención estándar del ensayo que se consideraron inapropiados. Mínimamente importantes.</p>	
		<ul style="list-style-type: none"> No usar soluciones hipertónicas: <p>El uso de solución hipertónica no ofrece ninguna reducción de la estancia hospitalaria en comparación con ningún tratamiento.</p>	<p>Clasificación GRADE: Certeza de la evidencia moderado a muy baja.</p> <p>Esta evidencia está basada en 17 ensayos clínicos aleatorizados, con algunos sesgos potenciales todos los estudios se publicaron en los últimos 10 años a la</p>	



La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		<p>Además, es un tratamiento relativamente económico en comparación con la solución salina normal. Su uso se asoció con menos reingresos y una menor necesidad de ventilación mecánica que requiere ingreso en una UCI y, menor necesidad de alimentación por sonda. Sin embargo, hubo una incertidumbre considerable en los resultados del análisis de rentabilidad, por lo que se desconocen los beneficios para la salud y el uso de recursos en el mundo real.</p>	<p>publicación de la guía, informaron de potenciales sesgos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los métodos de asignación al azar y ocultación de la asignación no siempre se describieron en detalle. • El uso discrecional de tratamientos adicionales es una fuente potencial de sesgo. • Los diferentes contextos (pacientes hospitalizados, ambulatorios y del servicio de urgencias) y los broncodilatadores adicionales nebulizados con las soluciones del estudio afectaron la interpretación de los hallazgos. 	
		<ul style="list-style-type: none"> • No use Adrenalina (nebulizada). <p>Los estudios incluidos no realizaron análisis de subgrupos según la gravedad de la enfermedad y que esto sería importante para comprender el efecto de la adrenalina específicamente en bronquiolitis.</p>	<p>Clasificación GRADE: Certeza de la evidencia de alta a muy baja.</p> <p>Esta evidencia está basada en 3 ensayos clínicos aleatorizados: Todos los estudios compararon la adrenalina con placebo. Entre los sesgos potenciales que se informaron fueron: no informaron el método de aleatorización, se notificó impresiones serias y muy serias cuando el intervalo de confianza cruza 1 y hasta 2 diferencias mínimamente importantes predeterminadas, así como también se presentó alta heterogeneidad.</p>	
		<ul style="list-style-type: none"> • No usar albuterol/salbutamol: 	<p>Clasificación GRADE:</p>	



La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz



Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		<p>Los resultados de la revisión (incluido un metanálisis en red) no pudieron demostrar que el salbutamol fuera efectivo en comparación con el placebo.</p>	<p>Certeza de la evidencia moderado a muy baja.</p> <p>Esta evidencia está basada en: 11 ensayos clínicos aleatorizados: Todos los estudios compararon el albuterol/salbutamol con placebo. Entre los sesgos potenciales que se informaron fueron: no informo el método de aleatorización, definición poco clara de bronquiolitis; se declararon impresiones serias y muy serias cuando el intervalo de confianza cruza 1 y hasta 2 diferencias mínimamente importantes predeterminadas; también, se presentaron inconsistencias muy serias dada la alta heterogeneidad.</p>	
		<ul style="list-style-type: none"> No usar bromuro de ipratropio: <p>El bromuro de ipratropio inhalado se ha propuesto como un posible tratamiento para la bronquiolitis, con base en su eficacia establecida en el broncoespasmo debido al asma. Sin embargo, la evidencia disponible no apoyó su efectividad en la bronquiolitis.</p>	<p>Clasificación GRADE: Certeza de la evidencia moderada a muy baja. Esta evidencia está basada en: 2 ensayos clínicos aleatorizados.</p> <p>La calidad de la evidencia vario de moderada a muy baja debido a: aleatorización y ocultación de la asignación no descritas en detalle o no claramente descritas, así como también definición poco clara de bronquiolitis: se encontró imprecisión grave cuando el intervalo de confianza cruza la diferencia mínimamente importante predeterminada y muy seria cuando el intervalo de confianza cruza 2 diferencias mínimamente importante predeterminadas</p>	
		<ul style="list-style-type: none"> No usar corticoides inhalados. <p>La revisión no encontró diferencias en el efecto de los corticosteroides inhalados en comparación con el placebo.</p>	<p>Clasificación GRADE: Certeza de la evidencia baja y muy baja Esta evidencia está basada en: 2 ensayos clínicos aleatorizados. La certeza de la evidencia varia de baja a muy baja porque los ensayos clínicos aleatorizados no mostraron</p>	

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		<ul style="list-style-type: none"> No usar corticosteroides sistémicos: Para los corticosteroides sistémicos (administración oral e intramuscular), los ECA individuales encontraron que este tratamiento se asoció con una duración reducida de la estancia hospitalaria y una reducción de la gravedad de la enfermedad en ciertos momentos, pero no en otros. Además, tienen en cuenta los eventos adversos de esta terapia. 	<p>diferencias en las tasas de ingreso, las tasas de readmisión, la duración de la estancia o la puntuación clínica de los lactantes que recibieron corticosteroides inhalados en comparación con los lactantes que recibieron placebo.</p> <p>Clasificación GRADE: Certeza de la evidencia baja y muy baja. Esta evidencia está basada en: 4 ensayos clínicos aleatorizados para corticosteroides sistémicos. La calidad de la evidencia inicialmente fue alta y se fue degradando en función de las posibles fuentes de sesgo como por ej.: variación del tratamiento dentro del protocolo, permitieron un tratamiento adicional y la mayoría de los niños fueron tratados con broncodilatadores, métodos de aleatorización y ocultación no explicado, imprecisión muy grave, simple ciego.</p>	
		<ul style="list-style-type: none"> No usar montelukast: Debido a la evidencia limitada y contradictoria, existe la necesidad de más investigación sobre su uso. 	<p>Clasificación GRADE: Certeza de la evidencia muy baja. Esta evidencia está basada en: 2 ensayos clínicos aleatorizados. La calidad de la evidencia inicialmente fue alta y se fue degradando en función de las posibles fuentes de sesgos como por ej.: La principal fuente de sesgo fue la inclusión de niños de hasta 24 meses en los estudios. Además, el Comité destacó que las poblaciones de estudio de estos estudios podrían incluir niños con asma, observó inconsistencia en la evidencia informada entre los estudios y señaló que no se realizó ningún análisis temporal sobre el resultado primario de la duración de la estancia.</p>	

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				



Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		<ul style="list-style-type: none"> No usar una combinación de corticosteroides sistémicos y adrenalina nebulizada. <p>La incertidumbre sobre la efectividad de la terapia combinada fue consistente con la experiencia de los miembros del Comité. El Comité comentó que los padres y cuidadores a menudo están menos preocupados por la terapia con corticosteroides inhalados que por los sistémicos porque el riesgo de efectos adversos es menor. Sin embargo, el Comité consideró que las pruebas eran insuficientes para recomendar el uso de una combinación de broncodilatadores y corticosteroides.</p>	<p>Clasificación GRADE: Certeza de la evidencia baja a muy baja.</p> <p>Esta evidencia está basada en: 4 ensayos clínicos aleatorizados con corticosteroides sistémicos y 3 ensayos clínicos aleatorizados con epinefrina. La calidad de la evidencia inicialmente fue alta y se fue degradando en función de las posibles fuentes de sesgos como por ej.: variaciones del tratamiento dentro del protocolo, permitieron un tratamiento adicional en la mayoría de los niños que fueron tratados con broncodilatadores, el método de aleatorización y ocultación no explicado, el grado de imprecisión grave y muy grave, simple ciego.</p>	
		<ul style="list-style-type: none"> Administrar suplementos de oxígeno a bebés y niños con bronquiolitis si su saturación de oxígeno es: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Persistentemente menos del 90%, para niños de 6 semanas o más ✓ Persistentemente menos del 92%, para bebés menores de 6 semanas o niños de cualquier edad con problemas de salud subyacentes. 	<p>Clasificación GRADE: Certeza de la evidencia baja a muy baja.</p> <p>Esta evidencia está basada en: 3 ensayos clínicos aleatorizados. La calidad de la evidencia inicialmente fue alta y se fue degradando en función de las posibles fuentes de sesgos como por ej.: los estudios identificados tenían tamaños de muestra pequeños, por lo que hubo una imprecisión muy grave.</p>	

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
Wang, Z. 2019 (85) RSL China	Efficacy of 3% hypertonic saline in bronchiolitis: A meta-analysis.	<p>Esta RSL, incluye 23 ECA que evaluaron, la solución salina hipertónica (SH) al 3% en bronquiolitis vs, salina normal (SN) al 0.9% encontrado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <u>Efectos sobre la duración de la estancia:</u> 14 ECA, los lactantes tratados con nebulizadores de SH tuvieron períodos de hospitalización menores vs los tratados con nebulizadores NS (DMP= -0,43; IC95%= -0,70 a -0,15). Además, el análisis de subgrupos de medicamentos demostró diferencias entre el nebulizador SH, con una DMP=-0,62 (IC del 95%= -0,90, -0,33). <u>Efectos en la puntuación de gravedad clínica (CSS):</u> 8 ECA proporcionaron datos de puntuaciones CSS en el primer día de tratamiento y 7 en el segundo y tercer día, encontrando reducción en la puntuación cuando el uso fue de SH vs SN (DME=-0,58; IC 95%=-0,85, -0,31), (DME=-0,92; IC95%=-1,36, -0,49) y (SMD=-0,93; IC95% =-1,55, -0,32) respectivamente. <u>Re-admisión:</u> 5 ECA analizaron los efectos de los nebulizadores de SH en la tasa de reingreso. El resultado agrupado indicó un efecto beneficioso de los nebulizadores HS en la disminución de la tasa de reingreso en comparación con los nebulizadores SN (RR = 0,93; IC del 95 % = 0,70, 1,23). 	<p>Certeza de la evidencia muy baja.</p> <p>Certeza de la evidencia muy baja.</p>	No se recibió financiación.
O'Brien, Sharon 2019 (83) RSL Australia	Rational use of high-flow therapy in infants with bronchiolitis. What do the latest trials tell us? A Paediatric Research in	Una revisión Cochrane (Beggs 2014) identificó solo un ECA (n = 19 recién nacidos), después de esta revisión ha habido cuatro ECA con 1891 recién nacidos (Campana 2014, Franklin 2018, Kepreotes 2017, Milesi 2017). 2 ECA (Franklin 2018, Kepreotes 2017; n=1.674) que utilizan cánula nasal de alto flujo (HFNC) en pacientes ingresados	Certeza de la evidencia baja.	No hay información



La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz



Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
	Emergency Departments International Collaborative perspective.	<p>en el hospital no han encontrado un beneficio en términos de duración de la estancia hospitalaria o ingreso en la UCI el ensayo de Milesi fue hecho en ámbito de UCI, por lo tanto, no se tuvo en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <u>Campaña et al</u> compararon cánula nasal de oxígeno+ epinefrina+ salina 3% vs HFNC+ epinefrina+ salina 0.9%, encontrando que no hubo diferencias en el tiempo de estancia hospitalaria en días (4.5 (3–6) vs 5 (3–7) p=0.80), ni en transferencia a UCI (5/42 vs 5/32 p=0.50) <u>Kepreotes et al</u> compararon cánula nasal de oxígeno+ vs HFNC, sin encontrar diferencias en el tiempo de uso (horas) de terapia de oxígeno (24.0 (18.0–28.0) vs 20.0 (17.0–34.0) p= 0.61), estancia hospitalaria en días (2.0 (1.0–3.0) vs 2 (1–3) p= 0.99), ni en transferencia a UCI (12/101 vs 14/101 P=0.41). <u>Franklin et al.</u> compararon cánula nasal de oxígeno+ vs HFNC, sin encontrar diferencias en el tiempo de uso (horas) de terapia de oxígeno (44.9±50.2 vs 43.4±52.3 p= 0.61), estancia hospitalaria en días (2.94± 2.73 vs 3.12± 2.43 p= 0.19), ni en transferencia a UCI (65/733 vs 87/739 p=0.08). Sin embargo, la HFNC, cuando se utiliza como terapia de rescate en lactantes que han fracasado con la oxigenoterapia subnasal estándar, parece tener éxito. 		
Moreel, L 2020 (89) RSL Bélgica	High flow nasal cannula as respiratory support in treating infant	Esta RSL busco resumir la evidencia clínica relativa a la eficacia y seguridad de HFNC en bebés con bronquiolitis y responder a la pregunta si La HFNC debe utilizarse desde el inicio del ingreso en caso de necesidad de oxígeno o	Certeza de la evidencia baja.	No hay información

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	



Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
	bronchiolitis: a systematic review.	<p>como terapia intensificada. Comparan el HFNC con terapia de oxígeno estándar o presión positiva continua nasal en las vías respiratorias, esta última no se tuvo en cuenta por no ser usada en el contexto de salas ERA. De acuerdo con esto este estudio uso los mismos estudios que O'Brien y llegando a las mismas conclusiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Duración de la oxigenoterapia: En caso de falla por oxigenoterapia estándar, el cambio a cánula nasal de alto flujo fue exitoso en 61% de los niños (se ha demostrado que es un modo seguro de soporte respiratorio). • La duración de la oxigenoterapia y la duración de la estancia en urgencias fueron similar para ambos grupos. • La duración de la estancia en urgencias y la duración de la oxigenoterapia no difirieron entre los grupos de tratamiento. <p>Efectos secundarios: no se informaron eventos adversos graves o problemas de seguridad.</p>		
Cai, Z. 2020 (86) RSL China	Efficacy of salbutamol in the treatment of infants with bronchiolitis.	<p>Trece ECA, incluidos en esta RSL, con un total de 977 participantes, se evaluaron. Los resultados indicaron que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento con salbutamol para la bronquiolitis en lactantes provocó un aumento de la frecuencia respiratoria en 5 ECA (DMP=2.26; IC95% 0.36,4.16 (I2=0.0%)) y una frecuencia cardíaca más alta (DMP= 12.15; IC95% 9.24,15.07 (I2=90.3%), en el análisis de sensibilidad el resultado no cambió). 	Certeza de la evidencia moderada a muy baja.	Yan Lin

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>			
	<p>LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)</p>			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		<ul style="list-style-type: none"> Como agonista B2 selectivo, en 6 ECA, el salbutamol no mejoró la puntuación de gravedad clínica de los lactantes con bronquiolitis comparado con no tener tratamiento (DMP= -0.11; IC IC95% -0.26, 0.03 (I2=40.5%)), la duración de la estancia hospitalaria no se redujo, en 4 ECA ni nebulizado ni oral (DMP=0.12 IC95% -0.32, 0.56 (I2=0.0%)) o la saturación de oxígeno (DMP= 0.20; IC95% -0.35, 0.75). 		
Guo, C. 2018 (94) RSL China	Network Meta-Analysis Comparing the Efficacy of Therapeutic Treatments for Bronchiolitis in Children.	<p>Este estudio tiene como objetivo comparar el placebo (PBO) y 7 regímenes terapéuticos, a saber, agentes broncodilatadores (BA), solución salina hipertónica (SH), BA ± HS, corticosteroides (CS), epinefrina (EP), EP ± CS y EP ± HS —para determinar el tratamiento óptimo de la bronquiolitis. Este metanálisis en red incluyó 40 artículos de 1995 a 2016, encontraron lo siguiente:</p> <p><u>Puntuación de gravedad clínica (CSS)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> los 7 regímenes terapéuticos no mostraron diferencia de PBO con respecto a CSS. Entre las 7 terapias, los BA fueron mejores que los corticosteroides CS (DME= -0.36; IC95% -0.64, -0.09). <p><u>Estancia hospitalaria</u></p> <ul style="list-style-type: none"> EP y EP+ HS tuvieron una ventaja sobre PBO (EP: DM= -2.23; IC95%:-4.04, , -0.52; EP ± HS: DM= -2.70; IC95 % -4.81, -0.75). Además, EP y EP ± HS también fueron más eficientes que BA (EP: MD= -1.89; IC95% -3.65 a -0.17; EP ± HS: DM= -2.37; IC95% -4.42 a -0.38) <p>Cuando se trata de este desenlace estas 2 terapias (EP y EP+ HS) tuvieron una mejor eficacia que las otras.</p>	Certeza de la evidencia moderada a baja.	No declarado.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				



Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		EP ± CS y EP ± HS tuvieron un rendimiento de eficacia sobresaliente en términos de CSS y LHS y debe ser la primera elección de tratamiento de la bronquiolitis en niños. Sin embargo, esta NMA no analizó los efectos adversos de estas 2 terapias combinadas; por lo tanto, aún se requiere más investigación requerido.		

Pregunta 4. ¿Cómo debe ser el manejo clínico (farmacológico y no farmacológico) de un paciente con diagnóstico presuntivo de laringotraqueítis o CRUP en una sala ERA?

Para responder a esta pregunta, se usaron 2 RSL y 1 ECA. El detalle de esta información se presenta a continuación:

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
Gates, A. (88) RSL Canadá	Glucocorticoids for croup in children (Review).	Una revisión Cochrane conformada por 43 ensayos clínicos aleatorizados con 4565 participantes, revisa la efectividad de los glucocorticoides comparado con placebo, epinefrina y diversas combinaciones de glucocorticoides como: dexametasona, budesónida, fluticasona, beclometasona, en el manejo clínico del CRUP. Los glucocorticoides redujeron los síntomas de CRUP desde las dos horas posteriores al tratamiento.		O El gobierno (12 %), el instituto académico o de investigación (7 %), la industria (19 %) o las fundaciones (7 %). Más de la mitad de los estudios (56%) no informaron las
		Cambios en las puntuaciones clínicas de CRUP (7 ECA)	Certeza de la evidencia muy baja.	



La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		Glucocorticoide (230) comparado con Placebo (196), seguimiento a las 2 horas. SMD -0.65 (IC del 95%: -1.13 a -0.18), P<0.0001; I2 = 81%		fuentes de financiación.
		<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en las puntuaciones clínicas de CRUP (4 ECA) Budesónida (135) comparada con placebo (111), seguimiento a las 2 horas. SMD -1.01 (IC del 95%: -1.71 a -0.3), I2=84%; p=0 	Certeza de la evidencia muy baja.	
		<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en las puntuaciones clínicas de CRUP (3 ECA) Dexametasona (86) comparada con Placebo (77), seguimiento a las 2 horas. SMD -0.49 (IC del 95%: -1 a 0.03), I2=61%; p=0.08 	Certeza de la evidencia muy baja.	
		<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en las puntuaciones clínicas de CRUP (1 ECA) Fluticasona (9) comparada con Placebo (8), seguimiento a las 2 horas. SMD 0.45 (IC del 95%: -0.52 a 1.42), P=0.36 	Certeza de la evidencia baja.	
		Cambios en las puntuaciones clínicas de CRUP (3 ECA) Glucocorticoides (139) comparados con placebo (97), seguimiento a las 6 horas SMD -0.84 (-1.11 a -0.56), I2=0%, P=0.91	Certeza de la evidencia baja.	
		<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en las puntuaciones clínicas de CRUP (5 ECA) Budesónida (188) comparada con placebo (145), seguimiento a las 6 horas. SMD -0.81 (-1.04 a -0.58), I2=0%, P=0.69 	Certeza de la evidencia moderada.	



La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz



Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		<ul style="list-style-type: none"> Cambios en las puntuaciones clínicas de CRUP (6 ECA) Dexametasona comparada (295) con Placebo (272), seguimiento a las 6 horas. SMD -0.62 (IC del 95%: -1.17 a -0.08), I2=84%, P<0.0001 	Certeza de la evidencia baja.	
		<ul style="list-style-type: none"> Cambios en las puntuaciones clínicas de CRUP (1 estudio) Fluticasona (9) comparada con placebo (8), seguimiento a las 6 horas, SMD 0.06 (IC del 95%: -0.89 a 1.02), P=0.9 	Certeza de la evidencia muy baja.	
		<ul style="list-style-type: none"> Cambios en las puntuaciones clínicas de CRUP (1 estudio) Prednisolona (25) comparada con placebo (17), seguimiento a las 6 horas SMD -1.87 (IC del 95%: -2.62 a -1.13), P<0.0001 	Certeza de la evidencia moderada.	
		Reconsultas y reingresos (7 ECA) Glucocorticoide (100/746) comparada con placebo (143/610), atención ambulatoria RR= 0.53 (IC del 95%: 0.35 a 0.80); I2=61%; p=0.02	Certeza de la evidencia baja.	
		Reconsultas y reingresos, CRUP leve (3 ECA) Glucocorticoide (52/578) comparada con placebo (79/490), RR= 0.54 (IC del 95%: 0.30 a 0.95), I2=47%; P=0.15	Certeza de la evidencia baja.	
		Reconsultas y reingresos, CRUP moderado (7 ECA) Glucocorticoide (54/338) comparada con placebo (76/273), RR= 0.48 (IC del 95%: 0.26 a 0.86), I2=60%; P=0.02	Certeza de la evidencia muy baja.	

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	



Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		Reconsultas y reingresos (4 ECA) Budesónida (23/130) comparada con Placebo (33/95), RR= 0.42 (IC del 95%: 0.19 a 0.90), I2=29%; P=0.24	Certeza de la evidencia moderada.	
		<ul style="list-style-type: none"> Reconsultas y reingresos (8 ECA) Dexametasona (83/786) comparada con Placebo (123/688) RR= 0.53 (IC del 95%: 0.34 a 0.81), I2=54%; P=0.03 	Certeza de la evidencia baja.	
		Duración en la estancia en urgencias (8 ECA) Glucocorticoides comparados con placebo DM: -14.9 (-23.58 a -6.22), I2=54%, P=0.03	Certeza de la evidencia muy baja.	
		Duración en la estancia en urgencias (2 ECA) Budesónida comparada con placebo DM: -15.29 (-26.89 a -3.69), I2=0%, P=0.35	Certeza de la evidencia muy baja.	
		Duración en la estancia en urgencias (6 ECA) Dexametasona comparada con placebo DM: -18.25 (-27.87 a -8.62), I2=41%, P=0.13	Certeza de la evidencia muy baja.	
		Duración en la estancia en urgencias (1 ECA) Fluticasona comparada con placebo DM: 4.8 (-12.34 a -21.94), I2=100%, P<0.0001	Certeza de la evidencia muy baja.	
		Eventos adversos: glucocorticoides comparados con placebo (4 ECA) <ul style="list-style-type: none"> 7 casos de neumonía: 3/359 (0.83%) en el grupo de dexametasona y 4/361 (1.11%) en el grupo placebo. 1 caso de neutropenia 1/28 (3.57%) consistente con traqueítis bacteriana en el grupo dexametasona. 7 infecciones bacterianas secundarias (neumonía, sinusitis, otitis media) que requirieron tratamiento con 	Certeza de la evidencia moderada.	

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		antibiótico 5/35 (14%) en el grupo de dexametasona y 2/16 (12.5%) en el grupo placebo. <ul style="list-style-type: none"> 2 casos de neumonía en el grupo dexametasona 2/16 (12.5%) y 1 caso de neumonitis en el grupo placebo. 		
		Eventos adversos: budesónida comparada con placebo (1 ECA) <ul style="list-style-type: none"> Grupo budesónida: un caso de síntomas exacerbados, cinco niños con angustia emocional, dos con vómitos y un caso de irritación ocular (9/42, 21.4%) Grupo placebo: tres casos de síntomas exacerbados, seis niños con angustia emocional, tres con vómitos, dos erupciones cutáneas y un caso de irritación ocular e irritación de la lengua (16/40, 40%). 	Certeza de la evidencia moderada.	
		Cambios en la puntuación clínica del CRUP (2 ECA) Glucocorticoide (39) comparado con epinefrina (25), - seguimiento a las 2 horas. SMD 1.29 (IC del 95%: 0.73 a 1.84); I2= 100% P<0.0001	Certeza de la evidencia muy baja.	
		Cambios en la puntuación clínica del CRUP (3 ECA) Glucocorticoides (74) comparado con epinefrina (56), - budesónida, dexametasona y beclometasona - seguimiento a las 2 horas. SMD 0.88 (IC del 95%: 0.13 a 1.63), I2=72%; P=0.03 Hay diferencia entre los grupos	Certeza de la evidencia muy baja.	
		<ul style="list-style-type: none"> Cambios en la puntuación clínica del CRUP (1 ECA) Budesónida (35) comparado con epinefrina (31), seguimiento a las 2 horas. SMD 0.26 (IC del 95%: 0.22 a 0.75). 	Certeza de la evidencia muy baja.	



La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz



Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		<ul style="list-style-type: none"> Cambios en la puntuación clínica del CRUP (1 ECA) Dexametasona (19) comparada con Epinefrina (12), - seguimiento a las 2 horas, SMD 1.13 (IC del 95%: 0.35 a 1.91) Hay diferencia entre los grupos. 	Certeza de la evidencia muy baja.	
		<ul style="list-style-type: none"> Cambios en la puntuación clínica del CRUP (1 ECA) Beclometasona (20) comparada con Epinefrina (13), - seguimiento a las 2 horas, SMD 1.41 (IC del 95%: 0.62 a 2.19) Hay diferencia entre los grupos. 	Certeza de la evidencia muy baja.	
		Cambios en la puntuación clínica del CRUP (2 ECA) Glucocorticoide (32) comparada con epinefrina (31), - seguimiento a las 6 horas. SMD -0.1 (IC del 95%: -0.18 a 0.97), I2=78%; P=0.03 No hay diferencia entre los grupos.	Certeza de la evidencia muy baja.	
		Reconsultas y reingresos (2 ECA) Glucocorticoides (0/74) comparada con epinefrina (0/56), RD 0 (IC del 95%: -0.04 a 0.04), I2=0%; P=1 No hay diferencia entre grupos.	Certeza de la evidencia baja.	
		Duración de la estancia en urgencias (1 ECA) Glucocorticoides (16) comparada con epinefrina (16), atención ambulatoria. DM -10 (IC del 95%: -33.89 a 13.89). No hay diferencia entre grupos.	Certeza de la evidencia muy baja.	
		Eventos adversos, Glucocorticoides comparada con Epinefrina (4 ECA). <ul style="list-style-type: none"> Grupo con dexametasona: 5 casos de infecciones bacterianas secundarias (neumonía, sinusitis, otitis) 	Certeza de la evidencia moderada	

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	



Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		<p>media) que requirieron manejo con antibióticos (5/16, 31.3%).</p> <ul style="list-style-type: none"> Grupo con epinefrina: 4 casos con temblor y taquicardia (4/25, 16%) 		
		<p>Cambios en la puntuación clínica del CRUP (2 ECA) Dexametasona (116) comparada con Budesónida (113), - seguimiento a las 6 horas. SMD -0.46 (IC del 95%: -0.79 a -0.13); I2=51%; P=0.11</p>	Certeza de la evidencia muy baja.	
		<p>Reconsultas y reingresos (3 ECA) Dexametasona (16/194) comparada con Budesónida (22/180), - atención ambulatoria, RR 0.69 (IC del 95%: 0.40 a 1.22), I2=0%</p>	Certeza de la evidencia muy baja.	
		<p>Duración de la estancia en urgencias Dexametasona comparada con budesónida SMD -0.29 (-0.72 a 0.14)</p>	Certeza de la evidencia muy baja.	
		<p>Eventos adversos: Dexametasona comparada con budesónida.</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 caso de candidiasis oral en el grupo de budesónida (1/65, 1.5%) 1 caso de urticaria y 1 caso de comportamiento violento en el grupo de dexametasona (2/69, 2.9%) 	Certeza de la evidencia baja.	
		<p>Cambios en la puntuación del CRUP (1 ECA) Dexametasona (26) comparada con Betametasona (26), seguimiento a las 2 horas, MD -1.38 (IC del 95%: -2.58 a -0.18) Hay diferencia entre los grupos</p>	Certeza de la evidencia muy baja.	
		<p>Cambios en la puntuación del CRUP (1 ECA) Dexametasona (26) comparada con Betametasona (26), seguimiento a las 6 horas, MD -1.53 (IC del 95%: -2.75 a -0.31)</p>		

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	



Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		Hay diferencia entre los grupos		
		Reconsultas y reingresos (1 ECA) Dexametasona (18/26) comparada con Betametasona (19/26), atención ambulatoria. RR 0.95 (IC del 95%: 0.67 a 1.34)		
		Cambios en la puntuación clínica de CRUP (1 estudio) Dexametasona (65) comparada con prednisolona (34), atención ambulatoria - seguimiento a las 6 horas, MD 0.19 (IC del 95%: -0.17 a 0.55) No hay diferencia entre los grupos	Certeza de la evidencia muy baja.	
		Reconsultas y reingresos (3 ECA) Dexametasona (13/171) comparada con Prednisolona (27/135). RR 0.39 (IC del 95%: 0.19 a 0.79)	Certeza de la evidencia muy baja.	
		Duración de la estancia en urgencias (1 ECA) Dexametasona comparada con prednisolona DM: 0.5 (-0.55 a 1.55)	Certeza de la evidencia baja.	
		Eventos adversos Dexametasona comparada con Prednisolona No se reportaron eventos adversos serios.	Certeza de la evidencia moderada.	
		Cambios en la puntuación clínica del CRUP (3 ECA) Budesónida y dexametasona (89) comparada con Dexametasona (94), atención ambulatoria - seguimiento a las 6 horas. SMD 0.03 (IC del 95%: -0.32 a 0.39); I2=25%; P=0.25 No hay diferencia entre los grupos.	Certeza de la evidencia muy baja.	
		Re-consultas y reingresos (3 ECA) Budesónida y dexametasona (11/124) comparada con Dexametasona (13/130).	Certeza de la evidencia muy baja	

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	



Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		RR 0.91 (IC del 95%: 0.45 a 1.83); I2=0%; P=0.76		
		Duración de la estancia en urgencias (1 ECA) Budesónida y dexametasona comparada con dexametasona DM: 0.45 (IC del 95%: -0.04 a 0.94)	Certeza de la evidencia baja	
		Cambios en la puntuación clínica del CRUP (1 ECA) Budesónida y dexametasona comparada con budesónida DM: -0.2 (IC del 95%: -0.59 a 0.19)	Certeza de la evidencia baja	
		Reconsultas y reingresos (1 ECA) Budesónida y dexametasona (64) comparada con budesónida (65). RD 0 (IC del 95%: -0.03 a 0.03)		
		Duración de la estancia en urgencias (1 ECA) Budesónida y dexametasona (64) comparada con budesónida (65). DM 0.25 (IC del 95%: -0.36 a 0.86)		
		Eventos adversos Budesónida y dexametasona comparada con budesónida: <ul style="list-style-type: none"> Grupo budesónida: 1 caso de candidiasis oral (1/65, 15%). Grupo de budesónida y dexametasona: ningún evento adverso reportado. 		
		Reconsultas y reingresos Dexametasona oral comparada con la dexametasona intramuscular RR 0.81 (IC del 95%: 0.58 a 1.12)	Certeza de la evidencia baja.	
		Reconsultas y reingresos (1 estudio) Dexametasona oral (7/85) comparada con dexametasona nebulizada (19/91), atención ambulatoria, RR 0.39 (IC del 95%: 0.17 a 0.89)	Certeza de la evidencia muy baja	

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				



Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		Reconsultas y reingresos (1 estudio) Dexametasona 0.30 mg/kg (1/31) comparada con dexametasona 0.15mg/kg (1/29), atención ambulatoria, RR 0.94 (IC del 95%: 0.06 a 14.27)	Certeza de la evidencia muy baja	
		Reconsultas y reingresos (1 ECA) Dexametasona 0.60mg/kg (3/31) comparada con Dexametasona 0.30mg/kg (2/29). RR 1.40 (IC del 95%: 0.25 a 7.81)	Certeza de la evidencia muy baja	
		Cambios en la puntuación clínica del CRUP (2 ECA) Dexametasona 0.60mg/kg (67) comparado con 0.15mg/kg (70)- seguimiento a las 6 horas DM -0.07 (IC del 95%: -0.5 a 0.35) No hay diferencia entre los grupos	Certeza de la evidencia baja.	
		Reconsultas y reingresos (2 ECA) Dexametasona 0.30 mg/kg (17/63) comparada con dexametasona 0.15mg/kg (19/66) RR 0.92 (IC del 95%: 0.54 a 1.55), I2=0%		
		Duración de la estancia en urgencias (1 ECA) Dexametasona 0.60mg/kg (36) comparado con 0.15mg/kg (36) MD 2 (IC del 95%: -2.16 a 6.16) No hay diferencia entre los grupos.	Certeza de la evidencia baja.	
Bjornson, C. 2013 (96) RSL Canadá	Nebulized epinephrine for croup in children (Review).	Esta RSL incluyó 8 ensayos clínicos aleatorizados con 225 participantes en el que evaluaron la eficacia de la epinefrina nebulizada versus placebo en niños con CRUP, evaluados en el servicio de urgencias y también en el hospitalario. Cambios en la puntuación del CRUP (1 ECA) Epinefrina nebulizada (25) combinado con, Placebo (29), seguimiento a los 30 minutos.	Certeza de la evidencia moderada.	No hay información

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	



Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		SMD -1.03 (IC del 95%: -1.60 a -0.46) Hay diferencia entre los grupos.		
		Duración de la estancia en urgencias (1 ECA) Epinefrina nebulizada (25) combinado con Placebo (29). DM -1.8 (IC del 95%: -4.07 a 0.47)	Certeza de la evidencia baja.	
		Mejoría del cuadro clínico del CRUP (2 ECA) Epinefrina nebulizada (22/39) combinado con Placebo (13/35). RR 1.46 (IC del 95%: 0.82 a 2.60), I ² =17%	Certeza de la evidencia muy baja.	
		Cambios en la puntuación del CRUP (1 ECA) Epinefrina nebulizada racémica (14) combinado con, epinefrina-L (14), seguimiento a los 30 min. SMD 0.33 (IC del 95%: -0.42 a 1.08) No hay diferencia entre los grupos.	Certeza de la evidencia muy baja.	
		Cambios en la puntuación del CRUP (1 ECA) Epinefrina nebulizada racémica (14) combinado con, epinefrina-L (14), seguimiento a las 2 horas. SMD 0.87 (IC del 95%: 0.09 a 1.65) Hay diferencia entre los grupos.	Certeza de la evidencia baja.	
Eghbali, A. 2016 (93) ECA Irán	Efficacy of nebulized L-epinephrine for treatment of croup: a randomized, doubleblind study.	Este ensayo clínico aleatorizado, busco comparar el efecto de epinefrina-L más dexametasona para el tratamiento del CRUP versus placebo (174 participantes en total). L-epinefrina (jeringas de 0.5 cc/kg/dosis de epinefrina L y solución salina) más Dexametasona (0,6 mg/kg, IM, dosis máxima 8 mg) a todos los pacientes (87/87). Media (SD) de las variables antes y después de las intervenciones desde el tiempo cero hasta los 120 min.	Certeza de la evidencia baja.	El presente estudio se realizó gracias a una beca del vicerrector de investigación de la Universidad de Ciencias Médicas de Arak.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		<p>Puntuación de la gravedad a los 0 min epinefrina Mean 2.56 SD 1.56 solución salina Mean 2.02 SD 0.64</p> <p>Puntuación de la gravedad a los 30 min epinefrina Mean 1.62 SD 1.87 solución salina Mean 1.68 SD 0.85</p> <p>Puntuación de la gravedad a los 60 min epinefrina Mean 0.94 SD 1.89 solución salina Mean 1.37 SD 0.89</p> <p>Puntuación de la gravedad a los 90 min epinefrina Mean 0.60 SD 1.85 solución salina Mean 0.70 SD 0.83</p> <p>Puntuación de la gravedad a los 120 min epinefrina Mean 0.42 SD 1.8 solución salina Mean 0.15 SD 0.60</p> <p>P=0.009</p>		
		<p>Frecuencia respiratoria (respiraciones/min) a los 0 min epinefrina Media 30 SD 4.20 solución salina Media 27 SD 4.66</p> <p>Frecuencia respiratoria (respiraciones/min) a los 30 min epinefrina Media 28 SD 3.56 solución salina Media 27 SD 4.47</p> <p>Frecuencia respiratoria (respiraciones/min) a los 60 min epinefrina Media 26 SD 4.20 solución salina Media 26 SD 4.18</p>	Certeza de la evidencia baja	



La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		Frecuencia respiratoria (respiraciones/min) a los 90 min epinefrina Mean 25 SD 3.29 solución salina Mean 26 SD 3.93 Frecuencia respiratoria (respiraciones/min) a los 120 min epinefrina Media 24 SD 2.97 solución salina Media 26 SD 3.97 P=0.25		
		Frecuencia cardiaca (latidos/min) a los 0 min epinefrina Media 114 SD 11.14 solución salina Media 114 SD 10.65 Frecuencia cardiaca (latidos/min) a los 30 min (epinefrina Mean 115 SD 10.44 solución salina Mean 114 SD 11.80) Frecuencia cardiaca (latidos/min) a los 60 min (epinefrina Mean 115 SD 11.94 solución salina Mean 114 SD 11.03) Frecuencia cardiaca (latidos/min) a los 90 min (epinefrina Mean 116 SD 9.87 solución salina Mean 113 SD 10.77) Frecuencia cardiaca (latidos/min) a los 120 min (epinefrina Mean 113 SD 16.13 solución salina Mean 114 SD 11.80) P=0.026	Certeza de la evidencia baja	

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Pregunta 5. ¿Cómo debe ser el manejo clínico (farmacológico y no farmacológico) de un paciente con diagnóstico presuntivo de neumonía en una sala ERA?

Para responder a esta pregunta, se usaron 1 GPC. El detalle de esta información se presenta a continuación:



Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
NICE 2019 (81) GPC Reino Unido	Pneumonia (community-acquired): antimicrobial prescribing.	<p>Iniciar el tratamiento con antibióticos lo antes posible después de establecer un diagnóstico de neumonía y ciertamente dentro de las 4 horas.</p> <p>La presentación oral de antibiótico es la primera elección para niños de 1 mes o más si los signos o síntomas no son graves (según juicio clínico).</p> <p>Amoxicilina: Tasa de cura (Moderada); tasa de fracaso (Baja)</p> <ul style="list-style-type: none"> Desde 1 mes a 11 meses: Amoxicilina oral 125mg o 15 mg/kg cada 8 horas (tres veces al día) por 5 días. Desde 1 año a 4 años: 250 mg tres veces al día por 5 días. Desde 5 años a 17 años: 500 mg tres veces al día por 5 días. 125mg o 15 mg/kg cada 8 horas (tres veces al día) de amoxicilina: tasa de cura clínica (Moderada); tasa de recaída (Muy baja). 250 mg tres veces al día por 5 días o 500 mg tres veces al día por 5 días: tasa de cura (Baja); Tasa de empeoramiento (Moderado) 5 días de amoxicilina: cura clínica (Moderada); tasa de fracaso (Muy bajo). 	<p>Certeza de la evidencia moderada, baja y muy baja, hubo inconsistencia e imprecisión.</p> <p>Esta evidencia surge de 1 revisión sistemática y metanálisis de ECAs (incluye 29 ECAs en 14.188 en niños) y 2 ECAs (el primero con n=161 y el segundo con n=40) <u>en niños y jóvenes menores de 18 años con neumonía adquirida en la comunidad no grave.</u> Evaluaron los siguientes antibióticos para la neumonía no grave, incluyendo dosis y esquemas terapéuticos (azitromicina claritromicina, eritromicina, amoxicilina, clotrimazol, cefpodoxima, cloranfenicol).</p>	United Kingdom

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		<p>Antibióticos alternativos orales si los signos y síntomas no son graves (según el juicio clínico) para la alergia a la penicilina o si la amoxicilina no es adecuada:</p> <p>Claritromicina: Tasa de cura (Alta); tasa de éxito clínico (Alta); tasa de fracaso (Baja).</p> <ul style="list-style-type: none"> Desde 1 mes a 11 años: para niños por debajo 8 kg, 7.5 mg/kg dos veces al día por 5 días. Desde 8 kg a 11 kg, 62.5 mg dos veces al día por 5 días. Desde 12 kg a 19 kg, 125 mg dos veces al día por 5 días. Desde 20 kg a 29 kg, 187.5 mg dos veces al día por 5 días. Desde 30 kg a 40 kg, 250 mg dos veces al día por 5 días. 	<p>Certeza de la evidencia alta y baja, no presenta riesgo de sesgos serios,</p> <p>Esta evidencia de la guía está basada en: 1 revisión sistemática y metanálisis de ensayos clínicos aleatorizados (incluye 29 ensayos clínicos aleatorizados en 14.188 en niños) y 2 ensayos clínicos aleatorizados (el primero con n=161 y el segundo con n=40) niños y jóvenes menores de 18 años con neumonía adquirida en la comunidad no grave. Evaluaron los siguientes antibióticos para la neumonía no grave, incluyendo dosis y esquemas terapéuticos (azitromicina claritromicina, eritromicina, amoxicilina, clotrimazol, cefpodoxima, cloranfenicol).</p>	



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Pregunta 6. ¿Cómo debe ser el manejo clínico (farmacológico y no farmacológico) en una sala ERA de un paciente con diagnóstico presuntivo de crisis asmática (incluye síndrome bronco obstructivo) en una sala ERA?

Para responder a esta pregunta, se usaron 2 GPC y 4 RSL. El detalle de esta información se presenta a continuación:



Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
British Thoracic Society, 2019 (79) GPC Reino Unido	SIGN158 British guideline on the management of asthma.	No farmacológico		National Institute for Health Research Health Services and Delivery Research programme
		Prevención primaria: <ul style="list-style-type: none"> Evitar los ácaros del polvo o los animales domésticos, o a alérgenos alimentarios aislados. Los profesionales sanitarios no deben ofrecer consejos sobre la tenencia de animales de compañía como estrategia para prevenir el asma infantil. La lactancia materna debe fomentarse por sus numerosos beneficios, entre ellos un efecto protector potencial en relación con el asma precoz. 	Clasificación sistema SIGN: Certeza de la evidencia 1++ Grado de recomendación A Esta evidencia de la guía estaba basada en 1 Revisión RSL, que comparaban intervenciones únicas (seis ECA) o múltiples (tres con un control sin cambios ambientales para reducir la exposición a los alérgenos inhalados).	
		Prevención secundaria: <ul style="list-style-type: none"> Reducir los niveles de ácaros del polvo doméstico en el hogar (incluidos los acaricidas, las fundas para colchones, la limpieza con aspiradora, la calefacción, ventilación, congelación, lavado, filtración del aire e ionizadores) no deben ser recomendados de forma rutinaria por los profesionales sanitarios para el tratamiento del asma. 	Clasificación sistema SIGN: Certeza de la evidencia 1+ Grado de recomendación A Esta evidencia está basada en 4 RSL, que sintetizan las pruebas de fuentes de datos superpuestas: Estudios de cohortes de nacimiento y estudios de cohortes longitudinales.	
			Clasificación SIGN:	

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz



Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		<ul style="list-style-type: none"> Se deben considerar intervenciones de pérdida de peso (incluidos los programas dietéticos y basados en el ejercicio) para niños con sobrepeso y obesidad para mejorar el control del asma. 	Certeza de la evidencia 1+ Grado de recomendación B Esta evidencia está basada en: Una Revisión Sistemática de la literatura (RSL) con 72 estudios (64 ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y ocho no ECAS. 37 estudios que evaluaban intervenciones únicas. 30 estudios que evaluaban estrategias multicomponentes.	
		Farmacológico		
		<ul style="list-style-type: none"> Antes de iniciar una nueva terapia farmacológica, los profesionales deben verificar la adherencia con las terapias existentes, verificar la técnica del inhalador y eliminar los factores desencadenantes. <p><u>Terapia de alivio intermitente</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Prescribir un agonista β_2 de acción corta inhalado como terapia de alivio a corto plazo para todos los pacientes con asma sintomática. 	Clasificación SIGN: Certeza de la evidencia 1+ Grado de recomendación A Esta evidencia está basada en un estudio multicéntrico, doble ciego, controlado con placebo, de grupos paralelos. 18 ensayos clínicos controlados (ECAS), con placebo en >8000 niños (de 0 a 17 años de edad) con asma para evaluar la monoterapia con corticosteroides inhalados, 13 estudios doble ciego de corticosteroides inhalados versus placebo y 5 estudios controlados que compararon corticosteroides inhalados a un agente antiinflamatorio no esteroideo.	

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz



Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		<p>Terapia preventiva regular</p> <p><u>Corticoides inhalados</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Los corticosteroides inhalados son el fármaco preventivo más eficaz para los adultos y los niños para alcanzar los objetivos generales del tratamiento. Los corticosteroides inhalados deben considerarse para los adultos, los niños de 5 a 12 años y niños menores de cinco años con alguna de las siguientes características: Uso de agonistas β_2 agonistas tres veces por semana o más; pacientes sintomáticos tres veces por semana o más o despertar una noche a la semana. <p>Frecuencia de dosificación de los corticoides inhalados</p> <ul style="list-style-type: none"> Administrar inicialmente corticoides inhalados dos veces al día (excepto Ciclesonida, que se administra una vez al día). Pueden considerarse los corticosteroides inhalados una vez al día, a la misma dosis diaria total, si se establece un buen control. <p>Otras terapias preventivas</p> <ul style="list-style-type: none"> Los corticoides inhalados son el fármaco preventivo de primera elección. Los antagonistas de los receptores de leucotrienos (ARL) tienen algún efecto clínico beneficioso. En los niños menores de cinco años que no pueden tomar corticosteroides (CSI), los antagonistas de los receptores de 	<p>Clasificación SIGN: Certeza de la evidencia1++ Grado de recomendación A</p> <p>Esta evidencia está basada en 1 ensayo clínico aleatorizado (ECA), doble ciego, controlado con placebo, de 44 semanas de duración, inscribimos a niños y adolescentes con asma persistente leve de 5 a 18 años de edad.</p>	
		<ul style="list-style-type: none"> En los niños menores de cinco años que no pueden tomar corticosteroides (CSI), los antagonistas de los receptores de 	<p>Clasificación SIGN: Certeza de la evidencia1++ Grado de recomendación B</p> <p>Esta evidencia surge de: Un estudio cruzado, aleatorizado, doble ciego en 16 niños con asma con una edad media de $10,3 \pm 0,4$ años, duración</p>	

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz



Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		<p>leucotrienos pueden utilizarse como tratamiento preventivo alternativo.</p> <p>Tratamiento inicial complementario</p> <ul style="list-style-type: none"> Una proporción de pacientes con asma puede no estar adecuadamente controlada con dosis bajas de corticosteroides (CSI). Antes de iniciar un nuevo tratamiento farmacológico, los profesionales deben volver a comprobar la adherencia, la técnica del inhalador y eliminar los factores desencadenantes. Si no hay respuesta al tratamiento, debe suspenderse el fármaco. <p>Agonista β2 de acción prolongada inhalado</p> <ul style="list-style-type: none"> La adición de un agonista β2 de acción prolongada (LABA) inhalado al corticosteroide (CSI), mejora la función pulmonar y los síntomas, disminuyendo las crisis de asma en adultos y niños. En los niños de cinco años o más, un agonista β2 de acción prolongada inhalado o un antagonista de los receptores de los leucotrienos puede considerarse un como tratamiento inicial complementario. <p>Inhaladores combinados de corticoides inhalados/agonistas β2 de acción prolongada</p> <ul style="list-style-type: none"> En la práctica clínica, se considera generalmente que los inhaladores combinados ayudan a la adherencia y tienen la 	<p>de la acción del formoterol inhalado, un nuevo agonista β 2 selectivo de acción prolongada, con el salbutamol inhalado y el placebo, ensayos controlados aleatorios (ECA) realizados en adultos o niños con asma recurrente que se trató con CSI junto con una dosis fija de LABA o LTRA durante un mínimo de cuatro semanas.</p> <p>Clasificación SIGN: Certeza de la evidencia1++ Grado de recomendación B</p> <p>1 estudio cruzado, aleatorizado, doble ciego en niños con asma recurrente que se trató con CSI junto con una dosis fija de LABA o LTRA.</p>	

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		ventaja de garantizar que los agonistas beta2 adrenérgicos de acción larga (LABA) no se tomen sin el corticosteroide (CSI).		
Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, 2021(2) GPC España	GEMA 5.1. Guía Española para el Manejo del Asma.	<ul style="list-style-type: none"> La vía inhalatoria es la primera elección para el tratamiento del asma. El paciente debe participar en la elección del dispositivo para inhalación. En las crisis de asma leves se recomienda el tratamiento de broncodilatadores de acción corta agonistas beta-2 (SABA), administrados con una antelación de unos 10-15 min, son los medicamentos de elección para prevenir la broncoconstricción inducida por el ejercicio físico. El tratamiento de elección en el asma persistente leve (escalón 2) es un GCI (Glucocorticoide inhalado) a dosis bajas utilizado diariamente. Se pueden considerar como tratamiento alternativo los ARLT (Los antagonistas de los receptores de leucotrienos) En el asma persistente moderada se recomienda, como tratamiento de elección, la combinación de un (Glucocorticoide inhalado) GCI a dosis bajas (escalón 3) o medias (escalón 4) con un agonista beta2 adrenérgicos de acción larga (LABA) inhalados. Los agonistas beta2 adrenérgicos de acción larga (LABA) son un tratamiento que se puede considerar en niños mayores de 	<p>Clasificación sistema GEMA: Certeza de la evidencia R1 Grado de recomendación A</p> <p>Esta evidencia está basada en Revisiones Sistemáticas de la Literatura (RSL) Ensayos controlados aleatorizados (ECAS), que compararon la adición de LABA a ICS con 3 estrategias de corticosteroides inhalados: (1) una dosis similar (n = 4312 sujetos), (2) una dosis más alta n = 4951) y (3) una dosis similar. 1 ensayo de 6 meses, doble ciego, doble simulación, aleatorizado, de grupos paralelos, con un período de preinclusión de 4 semanas, los pacientes con asma leve se asignaron al azar para recibir uno de cuatro tratamientos inhalados.</p> <p>Clasificación sistema GEMA: Certeza de la evidencia R2</p>	No hay información



La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>			
	<p>LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)</p>			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz



Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		<p>4 años, siempre que se asocien a glucocorticoides (GCI), nunca deben administrarse como monoterapia.</p> <ul style="list-style-type: none"> La administración de forma precoz y repetida de dosis altas de broncodilatadores de acción corta agonistas beta-2 (SABA) constituye la primera línea de tratamiento de la crisis de asma en el niño. En las crisis moderadas de asma se recomienda emplear un glucocorticoide sistémico de forma precoz; en las leves se recomienda una valoración individual de su uso. Es recomendable utilizar un solo tipo de inhalador o al menos inhaladores similares. En el escalón 1 puede emplearse budesónida/formoterol, beclometasona/formoterol y beclometasona/salbutamol a demanda. Montelukast puede ensayarse como alternativa a glucocorticoides (GCI) en el tratamiento de mantenimiento del asma. 	<p>Grado de recomendación B</p> <p>Esta evidencia surge de: Un estudio multicéntrico de grupos paralelos, doble ciego, controlado con placebo, de 3 semanas de duración comparó montelukast 5 mg comprimidos masticables diarios y placebo en pacientes de 6 a 14 años de edad, 1 estudio doble ciego, evaluó los efectos de agregar formoterol inhalado a dosis más bajas y más altas del glucocorticoide budesónida inhalado, 1 ensayo clínico aleatorizado que compararon la combinación de LABA inhalados y ICS con una dosis más alta de corticosteroides inhalados, en niños a partir de los 2 años y en adultos con asma.</p>	
Cai, K. 2021 (84) RSL China	Dexamethasone Versus Prednisone or Prednisolone for Acute Pediatric Asthma Exacerbations in the Emergency Department.	<p>Esta revisión identificó 10 ECA (n = 3208 pacientes pediátricos con asma: 1616 tratados con dexametasona y 1592 tratados con prednisolona. Evaluando la eficacia y la tolerabilidad de la dexametasona como alternativa a la prednisona/prednisolona para el tratamiento de asma pediátrico en el servicio de urgencias.</p> <p>Comparación de dexametasona con prednisolona:</p> <ul style="list-style-type: none"> La dexametasona es mejor que la prednisolona en cuanto a tolerabilidad, duración de tratamiento, incidencia de vómitos, tasa de recaídas y la tasa de reingreso a urgencias. <p>Tolerabilidad RR 0,29 (IC 0,18 a 0,48) P < 0,00001 Reingreso servicio de urgencias RR 0.94 (0.71 a 1.24)</p>	Certeza en la evidencia baja	<p>-Fondos de Ciencias Naturales de la provincia de Fujian. (número 2015J01448)</p> <p>-Fondos de Proyectos del Plan de Ciencia y Tecnología de la ciudad de Quanzhou (número 2015Z34).</p>

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
Manti, S. 2021 (99) RSL Italia	Management of asthma exacerbations in the pediatric population: A systematic review.	<p>Duración de la estancia en urgencias MD 0.16(IC 0.03 a 0.29)</p> <p>En esta RSL se incluyeron 16 guías de práctica clínica de exacerbaciones las cuales revisaron sistemáticamente las pautas disponibles que brindan recomendaciones para el diagnóstico y manejo terapéutico de las exacerbaciones del asma en la población pediátrica.</p> <p>Farmacológico Tratamiento de las exacerbaciones del asma según la gravedad: Agonistas β 2</p> <ul style="list-style-type: none"> El salbutamol inhalado se recomendó sistemáticamente para el tratamiento de las exacerbaciones del asma leves. <p>Corticosteroides</p> <ul style="list-style-type: none"> Para las exacerbaciones leves y moderadas. Se sugirió el uso de corticoides orales. <p>Sulfato de magnesio</p> <ul style="list-style-type: none"> se propuso el sulfato de magnesio inhalado para el tratamiento de las exacerbaciones leves y moderadas en una guía. <p>Dosis de fármacos según cada una de las guías incluidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Salbutamol a través de un nebulizador, la dosis más comúnmente informada fue de 2,5 a 5,0 mg hasta tres veces cada 20 minutos, durante la primera hora. Bromuro de ipratropio, las dosis recomendadas variaron de cuatro a ocho inhalaciones cada 20 min y luego cada 4 a 6 h según sea necesario a través de MDI con espaciador. Bromuro de ipratropio se recomendó en un rango de 0,25 a 5 mg cada 20 min por tres dosis por vía nebulizada, seguido de cada 4 a 6 h según sea necesario por nebulización. Dexametasona fue de 0,6 mg·kg 24 h Hidrocortisona fue de 4 a 7 mg·kg (hasta un máximo de 40 mg) por 24 h durante 3 a 5 días 	Certeza en la evidencia baja.	No hay información.



La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	



Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		<ul style="list-style-type: none"> • Prednisolona fue de 1-2 mg·kg (hasta un máximo de 40 mg) cada 24 h durante 3-5 días • Prednisona fue de 30-50 mg·día durante 7 días. • Con respecto a la suplementación con oxígeno, los niveles de saturación arterial de oxígeno objetivo diferían entre las pautas, y oscilaban entre el 92 % y el 95 %. 		
Payares Salamanca, L. 2020 (90) RSL Colombia	Metered-dose inhalers versus nebulization for the delivery of albuterol for acute exacerbations of wheezing or asthma in children: A systematic review with meta-analysis	<p>Esta RSL incluyó 15 ECAS con un total de 2057 participantes.</p> <p>Comparación entre Inhaladores de dosis medida (MDI+S) versus nebulización (NEB) para la administración de albuterol</p> <p>La administración de albuterol, por medio de Inhaladores de dosis medida (MDI+S), no fue superior a su administración a través de nebulización (NEB) en cuanto a las tasas de ingreso hospitalario (RR 0,89; IC del 95 %, 0,55-1,46).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se encontró una reducción en la puntuación de índice pulmonar (PIS), con el uso de Inhaladores de dosis medida MDI+S en comparación con NEB para administrar albuterol (DM 0,63; IC del 95 %, -0,91 a -0,35). • Hubo un aumento significativamente menor de la frecuencia cardiaca cuando el albuterol se administró mediante inhaladores de dosis medida (MDI+S) que cuando se administró mediante nebulización (NEB) (DM -6,47; IC del 95 %: -11,69 a -1,25). 	Certeza en la evidencia baja.	No hay información.
Sawanyawisuth, K. 2020 (91). RSL Tailandia	Role of inhaled corticosteroids for asthma exacerbation in children: An updated meta-Analysis	<p>Esta revisión incluyó 4 ECAs y 3 metanálisis y el objetivo fue revisar la importancia de los corticosteroides inhalados para la exacerbación del asma en niños. Comparación entre:</p> <p>Corticosteroides inhalados versus placebo. Corticosteroides inhalados versus Corticosteroides sistémicos. Corticosteroides inhalados + Corticosteroides sistémicos versus Corticosteroides sistémicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El uso de ICS tuvo una reducción significativa en el ingreso hospitalario en comparación con el placebo (OR 0,63 IC 95 % 0,41-0,96) y en el grupo de moderado a grave (OR 0,17 IC del 95 % 0,05-0,51). 	Certeza en la evidencia moderada.	No hay información.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		<ul style="list-style-type: none"> • En comparación con los corticosteroides sistémicos (SC), ICS tuvo ingresos hospitalarios más bajos en general y en el grupo leve a moderado (OR de 0,63 y OR 0,26 respectivamente). • La combinación de ICS y SC tuvo una razón de probabilidad de 0,75 (IC del 95 %: 0,57-0,99) sobre SC en la exacerbación del asma de moderada a grave. • Los Corticosteroides inhalados presentaron efectos benéficos solo en la exacerbación del asma de leve a moderada. • En las exacerbaciones de moderado a grave en comparación con los corticosteroides sistémicos no hubo beneficio. • Se recomienda usar corticosteroides inhalados (ICS) en la exacerbación del asma moderada, puede usarse de inmediato en el servicio de urgencia en combinación con un broncodilatador nebulizado. 		



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Pregunta 7. ¿Cuáles son los criterios clínicos (signo y síntomas) de egreso en salas ERA de pacientes con enfermedad respiratoria aguda?

Para responder a esta pregunta, se usaron 3 GPC y 4 RSL. El detalle de esta información se presenta a continuación

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
British Thoracic Society, 2019(79) GPC Reino Unido	SIGN158 British guideline on the management of asthma.	<ul style="list-style-type: none"> Se debe ofrecer educación para el autocuidado, que debe incluir un plan de acción personalizado escrito para el asma y estar respaldado por una revisión profesional regular. Es esencial, que la práctica de atención primaria del paciente sea informada dentro de las 24 horas posteriores al alta del departamento de emergencias u hospital después de un ataque de asma, idealmente, esta comunicación debe ser directamente con el responsable de la atención del asma dentro de la práctica. 	Clasificación SIGN: ✓ Mejores prácticas recomendadas basadas en la experiencia clínica del grupo de desarrollo de guías.	National Institute for Health Research Health Services and Delivery Research programme.
Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, 2021(82) GPC España	GEMA 5.1. Guía Española para el Manejo del Asma.	<ul style="list-style-type: none"> Debe educarse a los pacientes en la técnica de inhalación de los dispositivos y supervisarla periódicamente. Se recomienda proporcionar a los pacientes con asma un plan de acción por escrito, con el objetivo de detectar precozmente el agravamiento del asma y poder instaurar acciones para su rápida remisión. Se recomienda la educación del niño con asma y su familia, pues aumenta su calidad de vida y reduce el riesgo de exacerbaciones y el coste sanitario. Es imprescindible determinar el grado de adhesión al tratamiento en cada paciente. Se recomienda utilizar para ello métodos validados como el cuestionario TAI (test de adhesión a los inhaladores) y el registro electrónico de la retirada de fármacos en la farmacia. 	Clasificación sistema GEMA: ✓ Opinión de expertos GEMA 5.1. Guía Española para el Manejo del Asma,	No hay información.



La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda que, tras una crisis, el paciente sea valorado por su médico de familia antes de 5 días y, si lo precisare, por el especialista antes de un mes. 		
NICE 2015- Actualización 2021 (80) GPC Reino Unido	Bronchiolitis in children: diagnosis and management.	<p>Tener en cuenta los factores que podrían afectar la capacidad de un cuidador para cuidar a un niño con bronquiolitis en casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Circunstancias sociales La habilidad y confianza del cuidador en el cuidado de un niño con bronquiolitis en el hogar. Confianza en poder detectar síntomas que empeoren el cuadro clínico del niño. Distancia a la asistencia sanitaria en caso de deterioro. <p>Al decidir el momento del alta de los bebés y niños, asegurarse de que:</p> <ul style="list-style-type: none"> Son clínicamente estables. Están tomando líquidos orales adecuados. Han mantenido una saturación de oxígeno en el aire en los siguientes niveles durante 4 horas, incluido un período de sueño: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Más del 90%, para niños de 6 semanas o más. ✓ Más del 92%, para bebés menores de 6 semanas o niños de cualquier edad con problemas de salud subyacentes. Proporcione información de seguridad clave para que los padres y cuidadores se la lleven como referencia para reconocer los signos y síntomas de gravedad del cuadro clínico del paciente: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Empeoramiento del trabajo respiratorio (por ejemplo, gruñidos, aleteo nasal, marcada disminución de la capacidad torácica). ✓ La ingesta de líquidos es del 50% al 75% de lo normal o no moja el pañal durante 12 horas. ✓ Apnea o cianosis. 	<p>Certeza en la evidencia: baja a muy baja. Había datos muy limitados, por lo que las recomendaciones se basan en la experiencia colectiva del Comité.</p>	No hay información.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Agotamiento (por ejemplo, no responde normalmente a las señales sociales, se despierta solo con estimulación prolongada). • No deben fumar en la casa del bebé o del niño porque aumenta el riesgo de síntomas más graves en la bronquiolitis. • Solicitar o acudir de manera inmediata en caso de signos y síntomas que muestren deterioro del menor. • Programación de consulta de seguimiento. 		
Manti, S. 2021(99) RSL Italia	Management of asthma exacerbations in the pediatric population: A systematic review.	<p>Criterios de alta por exacerbación del asma</p> <ul style="list-style-type: none"> • Al momento del alta es importante organizar un plan de atención domiciliar de seguimiento, junto con una preparación de un plan de acción por escrito para el asma. • Previo al alta, garantizar una estabilidad clínica del paciente en cuanto a: mejor nivel de saturación de oxígeno y función pulmonar, expresada en términos de FEV 1 y PEF, como criterios para el alta. • La frecuencia respiratoria normal y la ausencia de tiraje de la pared torácica como guía para el alta. 	Certeza en la evidencia baja.	

Pregunta 8. ¿Qué profesionales de la salud deben estar a cargo del manejo de pacientes que ingresan a salas ERA con diagnóstico de bronquiolitis, laringotraqueítis, neumonía, síndrome bronco-obstructivo y crisis asmática?

Para responder a esta pregunta, se usaron 2 GPC. El detalle de esta información se presenta a continuación:



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Financiación
Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, 2021(82) GPC España	GEMA 5.1. Guía española para el manejo del asma.	Profesionales de la salud: enfermera, médico y un farmacéutico comunitario tiene un impacto positivo en la salud del paciente, mejorando el conocimiento que tiene de su enfermedad, su calidad de vida, la adhesión al tratamiento y el control de la enfermedad.	No aplica.	No hay información.
NICE, 2015-actualización 2021(80). GPC Reino Unido	Bronchiolitis in children: diagnosis and management.	Es vital que los profesionales de la salud conozcan y puedan reconocer aquellas características clínicas que pueden predecir el deterioro para garantizar un manejo adecuado de las personas en riesgo y mejorar los resultados de salud..	Certeza de la evidencia vario de moderada a muy baja , está basada en 8 estudios observacionales que tienen varios sesgos potenciales asociados a ellos. Sin embargo, otro sesgo importante fue la exclusión de niños con factores de riesgo de enfermedad grave y la imprecisión en los resultados debido a la incertidumbre del efecto.	Gobierno del Reino Unido.
Contexto local Normatividad Ministerio de Salud y Protección Social (97,100) Colombia	Resolución 3100 de 2019 y Documento de Lineamientos para la atención en la Estrategia de Salas ERA en el contexto de la epidemia de COVID-19 en Colombia. Gestión de las intervenciones. individuales y colectivas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Bogotá D.C., Colombia, Colombia; 2020.	De acuerdo con la Resolución 3100 de 2019 Las Salas ERA, hacen parte del servicio de consulta externa general o urgencias-baja complejidad y precisa: "Cuando se oferte la estrategia para el maneja de la Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA), el servicio tiene disponibilidad de: <ul style="list-style-type: none"> • Profesional de la medicina. • Profesional de la enfermería o terapia respiratoria o fisioterapia". Según la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), los profesionales de la salud a cargo de las SALAS ERA deben ser médico, enfermera, terapeuta respiratoria o fisioterapeuta, una auxiliar de enfermería entrenada y supervisada por un enfermero jefe. Esto también depende de los tipos de SALA ERA institucionales o funcionales.	No aplica.	No aplica.

Sistema GRADE: Alta: hay una confianza alta en que el verdadero efecto está cercano del estimativo del efecto. Moderada: hay una confianza moderada en el estimativo del efecto: el verdadero efecto es probable que esté cercano al estimativo del efecto, pero hay una posibilidad que sea sustancialmente diferente. Baja: la confianza en el estimativo del efecto es limitada:

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguaràn, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

el verdadero efecto puede ser sustancialmente diferente del estimativo del efecto. Muy baja: se tiene muy baja confianza en el estimativo del efecto: el verdadero efecto es probable que sea sustancialmente diferente al estimativo del efecto (22).



Sistema SIGN: Certeza de la evidencia 1++: Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo; 1+: Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo. 1-: Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo. 2++: Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal. 2+: Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal. 2-: Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causa. 3: Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos. 4: Opinión de expertos.

Grados de recomendación de la evidencia: A. Al menos un metanálisis, revisión sistemática o ECA calificado como 1++, y directamente aplicable a la población objetivo o conjunto de pruebas que consisten principalmente en estudios calificados como 1+, directamente aplicables a la población objetivo, y que demuestran la consistencia general de los resultados. B. Un conjunto de pruebas que incluye estudios calificados como 2++, directamente aplicables a la población objetivo y que demuestran la consistencia general de los resultados; o Evidencia extrapolada de estudios calificados como 1++ o 1+. C. Un conjunto de pruebas que incluye estudios calificados como 2+, directamente aplicables a la población objetivo y que demuestran la consistencia general de los resultados; o Evidencia extrapolada de estudios calificados como 2++ D. Nivel de evidencia 3 o 4; o Evidencia extrapolada de estudios calificados como 2+. ✓ Mejores prácticas recomendadas basadas en la experiencia clínica del grupo de desarrollo de guías.

Grados de recomendación de la evidencia: robustas (R1), que representan aquellas en las que el grupo elaborador de la guía confía que conlleven más beneficios que riesgos; y recomendaciones débiles (R2), en aquellas en las que existe incertidumbre sobre si su aplicación conllevará más beneficios que riesgos. Para efectuar esta distribución en R1 o R2, se ponderó la calidad de la información (a partir de la clasificación mencionada), el balance entre los riesgos y los beneficios de las intervenciones, los costes (según literatura especializada disponible), así como los valores y preferencias de los pacientes (mediante la participación de miembros de la FENAER). La categorización del nivel de recomendación se estableció mediante consenso, primero entre todos los redactores y finalmente, con los revisores (mediante método Delphi), cuya opinión fue vinculante para la redacción final de todas las recomendaciones.

Sistema GEMA: Certeza de la evidencia: Categoría A Revisiones Sistemáticas de ECA con o sin metaanálisis y ECA con bajo riesgo de sesgo. La evidencia proviene de un número sustancial de estudios bien diseñados con resultados consistentes. Categoría B Revisiones Sistemáticas de ECA con o sin metaanálisis; y ECA con moderado riesgo de sesgo. La evidencia proviene de un número limitado de estudios y/o resultados inconsistentes. Categoría C La evidencia proviene de estudios no aleatorizados, observacionales o no controlados. Categoría D Experiencia clínica o literatura científica que no puede incluirse en la categoría.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Anexo 8. Informe de participación panel de definición de lineamientos



Introducción

“La participación como práctica social se vincula con los mecanismos a través de los cuales la sociedad posibilita la integración funcional y simbólica a los diferentes grupos que la componen” (1). De manera específica, la participación en salud, al ser interdependiente de la realización efectiva del derecho a la salud, permite a los diferentes actores sociales asumir la responsabilidad y el compromiso de hacer parte de las deliberaciones y discusiones sobre los problemas en salud que afectan a la comunidad (1).

Dentro de los diferentes mecanismos y modalidades de participación existentes, la participación consultiva constituye una forma en la que los actores expresan voluntaria y libremente sus ideas, opiniones y posturas respecto de un tema en particular. Se busca, que estos conocimientos, intercambios y argumentos sean insumos para orientar los procesos de toma de decisiones en salud (2). Más aún, el involucramiento de expertos configura una participación muy importante, en la medida en que representan grupo de actores clave para la obtención de datos relevantes en la definición de aspectos centrales del proceso y que no son necesariamente identificables en la literatura. Así, es una participación claramente intencionada y definida alrededor de un tema o dato muy particular de la evaluación, por ejemplo: preguntas sobre patrones de práctica clínica, preferencias, procesos de adquisición o datos económicos; en términos generales, se espera que los expertos aporten datos cuantitativos, cualitativos, experiencia o juicios de valor (3).

En este punto, es necesario mencionar que los expertos son considerados como personas eruditas en un tema o método que cuentan con la formación y trayectoria suficiente y adecuadamente soportada para ser reconocidos como conocedores en profundidad. Ellos no hacen parte del grupo desarrollador (4).

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente informe describe de manera sintética el proceso de gestión del espacio participativo incluyendo la convocatoria realizada de los actores clave identificados, así como el rol y el involucramiento de estos en la sesión realizada.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Objetivo

Realizar consenso formal de expertos para la definición de Lineamientos de orientación clínica para la atención Integral en Salas ERA de pacientes con enfermedad respiratoria aguda.

Metodología

Todo proceso de gestión de espacios participativos comienza con un mapeo de actores involucrados, de acuerdo con la Red Europea de Evaluación de Tecnologías (EUnetHAT, por su sigla en inglés). Estos actores corresponden a grupos u organizaciones que pueden proveer información relevante sobre la perspectiva de los grupos que representan, y que serán afectados por la decisión, o como aquellos grupos u organizaciones que pueden, en un rol consultivo, contribuir a las acciones u objetivos de una organización, proyecto o política de ETES (5). El mapeo inicia con la identificación de los actores clave conforme el objetivo del espacio y la temática. Para el caso particular, este proceso de identificación se desarrolla en tres momentos: en un primer momento, se identifican las sociedades a incluir en el proceso; en un segundo momento, se hace la verificación de los delegados de dichas sociedades, buscando asegurar la representatividad y la adecuada participación; y en un tercer momento, se adoptan acciones correctivas, en caso de que ni la participación de los delegados, ni la representatividad de los actores esté asegurada.



A continuación, se describen las actividades adelantadas.

Identificación de los actores

La convocatoria de participación se inició a partir de la definición las sociedades científicas requeridas para el proceso:

- Asociación Colombiana de Neumología Pediátrica –ACNP
- Sociedad Colombiana de Pediatría – SCP
- Colegio Colombiano de Terapeutas Respiratorios – CCTR
- Consejo Nacional de Trabajo Social
- Asociación Colombiana de Psiquiatría – ACP
- Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia – ANEC
- Organización Colegial de Enfermería – OCE

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

- Sociedad Colombiana de Médicos Generales – SOCOMEG
- Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional – TOCOLOMBIA
- Asociación Nacional de Internos y Residentes – ANIR
- Colegio Médico Colombiano – CMC

Convocatoria

Con esta identificación, se procedió con la convocatoria para obtener los nombres y los datos de contacto de los delegados de esta sociedad científica. Luego de tener la respuesta de los delegados, se procedió con el contacto individual para asegurar la participación activa en el proceso. Para asegurar mayor representatividad, también se contactaron expertos individuales con conocimiento en el tema.

Desarrollo de los espacios de participación

A continuación, se presenta la trazabilidad de la participación de los delegados de las sociedades convocadas:

Actores invitados y asistentes como expertos del grupo desarrollador.

No.	Organización	Delegado	Perfil
1	Experto Independiente	Gabriel Oscar Sifontes Rodríguez	Médico cirujano. Especialista en psiquiatría. Experto en atención a personas que consumen SPA.
2	Experto Independiente	Martha Catalina Vásquez Sagra	Médico cirujano. Especialista en neumología y pediatría
3	Experto Independiente	Fabio Rodríguez Morales	Médico Pediatra. Especialista en Neumología Pediátrica

Fuente: IETS, 2021.

Panel de presentación de la evidencia encontrada para la definición de los protocolos, alcance y votación de estos

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Posterior a la conformación del grupo desarrollador, se procedió con el primer panel de expertos: los delegados de las sociedades científicas convocadas participaron en la primera sesión de panel el día 1 de marzo de 2022 a las 6:00 p.m. El panel se llevó a cabo por la plataforma de Zoom. La agenda fue la siguiente:

- Presentación del alcance y dimensiones propuestas.
- Presentación de la Evidencia.
- Apertura a comentarios y retroalimentación de los asistentes.



El objetivo de este panel fue realizar consenso de expertos para votar los contenidos del protocolo.

A continuación, se presenta la tabla de trazabilidad de la asistencia al panel:

Trazabilidad asociaciones y delegados asistentes al primer panel

No	Sociedad / Asociación	Delegado	Perfil	Participa Sí / No
1	Asociación Colombiana de Neumología Pediátrica-ACNP	Santiago Ucrós Rodríguez	Médico Pediatra. Especialista en Neumología Pediátrica	Sí
2	Organización Colegial de Enfermería - OCE	Karen Yesenia Rodríguez Carranza	Enfermera. Magister en Educación	Sí
3		María Marlen Catama Ramos	Enfermera. Máster en Cuidados Especializados en Pediatría. Doctorado en Ciencias de la Educación	Sí
4	Colegio Colombiano de Terapeutas Respiratorios-CCTR	María Angélica Castañeda Pulido	Psicóloga. Especialista en Gerencia de Servicios de Salud	Sí
5		Fabián Hernán Hernández Piratoba	Terapeuta Respiratorio	No

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

6		Carlos Duvan Paéz Mora	Terapeuta Respiratorio. Magister en Salud pública y Desarrollo Social	Sí
7	Sociedad Colombiana de Pediatría -SCP	Oscar Uriel Barón Puentes	Médico Cirujano. Neumólogo Pediatra. Especialista en docencia Universitaria	Sí
8		Natalia Restrepo Centeno	Médico. Pediatra Neonatología	Sí
9	Experto Independiente	Juan Sebastián Calderón Cárdenas	Médico. Especialista en Pediatría y Epidemiología	No
10	Experto Independiente	Eduardo Acuña de la Rosa	Médico. Especialista En Pediatría	Sí
11	Experto Independiente	Marcela Murillo Galvis	Médico-Pediatra	No
12	Fundación Colombiana para Fibrosis Quística y Otras Enfermedades Respiratorias (FIQUIRES)	Claudia Esperanza Jiménez Villalobos	Terapeuta Respiratoria	Sí



Fuente: IETS, 2021

El panel concluye con el acuerdo con la votación de Lineamientos. Por consenso formal entre todos los asistentes se programa un segundo encuentro para realizar la votación de los protocolos pendientes, con el compromiso de enviar la información a los expertos para previa revisión.

Panel para realizar votación de los lineamientos pendientes

Luego de la primera sesión de panel en la que se inició la votación de los protocolos, los delegados de las sociedades científicas y demás expertos clínicos convocados participaron en la segunda sesión de panel que se realizó el día 8 de marzo de 2022

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

a las 6:00 p.m. El panel se llevó a cabo por la plataforma de Zoom. En este panel se presentó:



- Presentación de las 5 preguntas pendientes de votación.
- Votación y consenso formal para la definición de los lineamientos.

A continuación, se presenta la trazabilidad de la participación de los delegados de las sociedades convocadas:

Trazabilidad asociaciones y delegados asistentes al segundo panel

No	Sociedad / Asociación	Delegado	Perfil	Participa Sí / No
1	Experto Independiente	Gabriel Oscar Sifontes Rodríguez	Médico cirujano. Especialista en psiquiatría. Experto en atención a personas que consumen SPA.	Sí
2	Experto Independiente	Martha Catalina Vásquez Sagra	Médico cirujano. Especialista en neumología y pediatría	Sí
3	Experto Independiente	Fabio Rodríguez Morales	Médico Pediatra. Especialista en Neumología Pediátrica	Sí
4	Asociación Colombiana de Neumología Pediátrica-ACNP	Santiago Ucrós Rodríguez	Médico Pediatra. Especialista en Neumología Pediátrica	Sí
5	Organización Colegial de Enfermería - OCE	Karen Yesenia Rodríguez Carranza	Enfermera. Magister en Educación	Sí
6		María Marlen Catama Ramos	Enfermera. Máster en Cuidados Especializados en Pediatría. Doctorado en Ciencias de la Educación	Sí
7	Colegio Colombiano de Terapeutas Respiratorios-CCTR	María Angélica Castañeda Pulido	Psicóloga. Especialista en Gerencia de Servicios de Salud	Sí

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

8		Fabián Hernán Hernández Piratoba	Terapeuta Respiratorio	No
9		Carlos Duvan Paéz Mora	Terapeuta Respiratorio. Magister en Salud pública y Desarrollo Social	Sí
10	Sociedad Colombiana de Pediatría -SCP	Oscar Uriel Barón Puentes	Médico Cirujano. Neumólogo. Especialista en docencia Universitaria	No
11		Natalia Restrepo Centeno	Médico. Pediatra Neonatología	Sí
12	Experto Independiente	Juan Sebastián Calderón Cárdenas	Médico. Especialista en Pediatría y Epidemiología	No
13	Experto Independiente	Eduardo Acuña de la Rosa	Médico. Especialista En Pediatría	Sí
14	Experto Independiente	Marcela Murillo Galvis	Médico-Pediatra	No
15	Fundación Colombiana para Fibrosis Quística y Otras Enfermedades Respiratorias (FIQUIRES)	Claudia Esperanza Jiménez Villalobos	Terapeuta Respiratoria	Sí



Fuente: IETS, 2021.

El equipo Técnico del proyecto que acompañó el panel se lista a continuación:

Equipo técnico del proyecto

No.	Nombre	Perfil
-----	--------	--------

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				



1	Aní Cortes	Epidemióloga de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias
2	Juan Camilo Vargas	Epidemiólogo de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias
3	Eliana Rodríguez	Epidemióloga de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias
4	Adriana Rodríguez	Epidemióloga de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias
5	Diana Marcela López	Epidemióloga de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias
6	Luis Gerardo Cano	Epidemiólogo de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias
7	Luís López	Epidemiólogo de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias
8	Andrea Lara	Especialista de participación de la Jefatura de Métodos Cualitativos e Investigación Social
9	Sandra Bernal Piratoba	Asistente de participación de la Jefatura de Métodos Cualitativos e Investigación Social
10	Lorena Mesa Melgarejo	Líder de la Unidad de Métodos Cualitativos e Investigación Social

Una vez presentados los resultados de la votación para cada uno de los lineamientos, se realizó una sesión de comentarios y preguntas relacionadas con el tema, las cuales fueron resueltas sin ninguna novedad adicional por parte del grupo técnico.

Aplicación de la Política de transparencia del IETS

Para garantizar la transparencia de los procesos, conforme lo establecido en la normatividad, todos los actores involucrados en los diferentes proyectos adelantados por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) deben declarar sus intereses, mediante el diligenciamiento del formato establecido para ello, disponible en la página web del Instituto en el siguiente

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

enlace: <http://herramientas.iets.org.co/declaracion/home.aspx>. En este enlace, además de anexar una copia de su hoja de vida actualizada, se firma el acuerdo de confidencialidad.

Los formatos diligenciados con los intereses declarados por los participantes de cada proyecto son analizados por un comité conformado para tal fin, el cual emite una calificación sobre los potenciales intereses en conflicto identificados, estableciendo si corresponden a conflictos inexistentes, probables o confirmados y de acuerdo con la calificación define el alcance de la participación de los actores en el proceso. A continuación, se detallan las categorías de participación:



Tabla 4. Categorías de participación

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Categoría	Definición	Implicación
A	Identifica el conflicto como INEXISTENTE. Esta condición ocurre cuando la persona no declara ningún interés particular o cuando se declara algún interés que no guarda ninguna relación con el tema en discusión o en deliberación.	Se permite la participación de la persona en la totalidad de las actividades para las que fue convocada o requerida.
B	Identifica el conflicto como PROBABLE. Esta condición ocurre cuando la persona declara un interés particular que, a consideración del comité, podría afectar la independencia de la persona de alguna manera, pero que no le impide completamente su participación en algunas etapas del proceso.	Se permite una participación limitada en los procesos en los que se identifique que su participación no estará afectada por el conflicto.
C	Identifica el conflicto como CONFIRMADO. Esta situación ocurre cuando el comité identifica un claro conflicto de los intereses de la persona con el proceso en cuestión.	No se permite la participación de la persona en el desarrollo de una temática específica o de todas las temáticas debido a la naturaleza de sus intereses.

Fuente: IETS, 2019.

Para el caso particular, a todos los delegados se les asignó la categoría de participación A.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Anexo 9. Resultados votación de los lineamientos



En este anexo, se describe el detalle del proceso llevado a cabo para la definición de lineamientos, este consistió en la presentación de un lineamiento propuesta basado en la evidencia consultada y presentada en el Anexo 7, sobre el cual los miembros del panel opinaban sobre la pertinencia de la propuesta o si se requería algún tipo de modificación, una vez se agotaban los comentarios se procedía a realizar la votación y definición de los lineamientos.

A continuación, se detalla este proceso para cada pregunta.

Pregunta 1: ¿Cuáles son los criterios clínicos (signos y síntomas) para el ingreso a una sala ERA de un paciente con enfermedad respiratoria aguda?



Lineamiento propuesto	<p>Los criterios ingreso a cualquier sala ERA de pacientes con sintomatología respiratoria son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes entre 3 meses y 5 años de edad • Pacientes entre 2 y 3 meses, deben ser atendidos en salas ERA con disponibilidad de médico pediatra • Los pacientes que ingresan a salas ERA, deben presentar cuadros respiratorios agudos no mayor de quince días, dificultad respiratoria leve o moderada (en casos de crisis asmática) sin signos de gravedad¹ o pacientes con cuadros crónicos agudizados. • Signos y síntomas presuntivos de enfermedad respiratoria: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sibilancias, roncus y crépitos en la auscultación torácica (pueden presentarse una o varias). ✓ Tos ✓ Disnea, opresión de intensidad y frecuencia variable (crisis asmática) ✓ Taquipnea o aumento del trabajo respiratorio (retracción torácica) (o ambas), ✓ Fiebre ✓ Rinorrea ✓ Requerir, a juicio del médico atención por un período breve (máximo 6 horas), para lograr una respuesta satisfactoria <p>Pacientes que no deben ingresar a sala ERA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menores de 2 meses o mayores de 5 años, salvo crisis asmática que serán objeto de atención hasta los 8 años. • Pacientes con prematurez, con un peso menor a 2000 gramos en los primeros 6 meses de vida.
------------------------------	---

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	



Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Comentarios	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades congénitas, cardiovasculares o pulmonares, displasia broncopulmonar, fibrosis quística, inmunodeficiencias, trasplantes, enfermedad neurológica o neuromuscular. <p>1Notas: signos de gravedad o de peligro: vomitar todo, no comer nada, alteración de la conciencia, convulsiones, presencia de apneas</p> <p>En primera instancia, las apreciaciones del panel de expertos fueron en torno a los pacientes que NO deben ingresar a una sala ERA, pacientes con prematuridad, con un peso menor de 2000 gramos en los primeros 6 meses de vida. Se ajustó y se aclaró que los niños con las siguientes características: antecedente de prematuridad y/o peso menor de 2500 gramos al nacer y además se encuentren en los primeros 6 meses de vida, se considera un antecedente de exclusión para ser atendidos en sala ERA. Si el niño tuvo alguno de los antecedentes mencionados, pero tiene edad superior a los 6 meses pueden recibir atención en sala ERA.</p> <p>En segunda instancia, la consideración del panel de expertos fue con respecto a la edad, “pacientes entre 2 y 3 meses, deben ser atendidos en sala ERA con disponibilidad de médico pediatra”. Los expertos precisan que de acuerdo con la disponibilidad no es siempre posible y es mejor precisar pacientes entre los 3 meses y menores de 6 años son los que podrían ser atendidos en una sala ERA. Justificado en relación con revisiones previas en población infantil en la que requieren una observación más prolongada y es el grupo etario con mayor problema de mortalidad infantil.</p> <p>En tercera instancia, las consideraciones fueron con respecto a cómo se está definiendo la cantidad de oxígeno suplementario y con base a que valores de oximetría. Que de acuerdo con el lineamiento presentado refiere que cualquier paciente con enfermedad respiratoria aguda que a juicio médico requiera más de 1 litro para su manejo o para saturar 90% debe ser excluido de atención en sala ERA. Uno de los expertos refiere RSL en el que se define los parámetros de saturación en niños a la altura de Bogotá y en resumen refiere que en los niños hasta los 4 meses el límite inferior normal de la saturación es 86 dormidos y 88 despiertos; a partir de los 4 meses hasta los 6 meses se nivela 90 dormidos y 90 despiertos y a partir del año es 90 dormidos y 92 despiertos. Algunos expertos refieren que se debe dejar saturaciones superiores al 86% con un litro de oxígeno. Finalmente, el panel de expertos estuvo de acuerdo en incluir la información de las saturaciones teniendo en cuenta las condiciones en la ciudad de Bogotá, suministradas por la RSL del Dr. Ucros (20–23).</p> <p>En cuarta instancia los expertos refieren que en la propuesta del lineamiento “requerir, a juicio del médico atención por un periodo breve (máximo 6 horas) para lograr una respuesta satisfactoria” se debe precisar que el paciente no este canalizado, teniendo en cuenta que es una estrategia dinámica y costo efectiva. En muchas ocasiones dentro de la práctica clínica los pacientes están llegando canalizados y tiene paraclínicos pendientes de resultado. Lo que implica una atención superior al tiempo máximo establecido de 6 horas en sala ERA, por esta razón no es conveniente que los niños lleguen a sala ERA canalizados.</p> <p>En quinta instancia los expertos refieren que se debe precisar un poco en los signos y síntomas: “opresión de intensidad y frecuencia variable”, refieren que se entiende mejor “sensación de opresión torácica” y en signos de dificultad respiratoria o de trabajo</p>
--------------------	--

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Lineamiento consensuado	<p>respiratorio es mejor aclarar con otros signos que pueden ayudar al médico a identificar esos signos de dificultad respiratoria como: aleteo nasal, retracciones intercostales, retracciones supraclaviculares, retracciones supraesternales, disociación toraco-abdominales.</p> <p>Por último, se realizan comentarios con respecto a los instrumentos con los cuales se toma la saturación de oxígeno en niños, porque los oxímetros de pinza dan muchas oximetrías falsas bajas. Se aclara que esta observación esta fuera del alcance del lineamiento de sala ERA.</p> <p>Los criterios de ingreso a una sala ERA, deben ser basados en los signos y síntomas del paciente y cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signos y síntomas presuntivos de enfermedad respiratoria: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sibilancias, roncus y crépitos en la auscultación torácica (pueden presentarse una o varias) . ✓ Tos. ✓ Disnea ✓ Sensación de opresión torácica ✓ Síntomas de crisis asmática de frecuencia e intensidad variable ✓ Taquipnea o signos de dificultad respiratoria leve. ✓ Rinorrea • Pacientes entre 3 meses y menores de 6 años de edad • Pacientes que ingresan a salas ERA con cuadros respiratorios agudos no mayor de quince días, dificultad respiratoria leve o moderada (en casos de crisis asmática), sin signos de gravedad¹ o pacientes con cuadros crónicos agudizados. • Requerir, a juicio del médico atención por un período breve (máximo 6 horas), para lograr una respuesta satisfactoria (paciente no canalizado). <p>Los pacientes con las siguientes características no deben ingresar a sala ERA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menores de 3 meses o mayores de 6 años, salvo crisis asmática que serán objeto de atención hasta los 11 años (de acuerdo RIA). • Pacientes con antecedente de prematuridad y/o con un peso al nacer menor a 2500 gramos (en los primeros 6 meses de vida). • Pacientes con antecedentes de: enfermedades congénitas, cardiovasculares o pulmonares, displasia broncopulmonar, fibrosis quística, inmunodeficiencias, trasplantes, enfermedad neuromuscular, neurodegenerativa de la niñez u otra enfermedad neurológica severa. • Que el paciente necesite más de un litro para saturar 90%¹ (Tabla 2). <p style="text-align: center;">Tabla 2. Límite inferior normal de la SatO₂ a la altura de Bogotá por rangos de edad</p>
--------------------------------	--

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

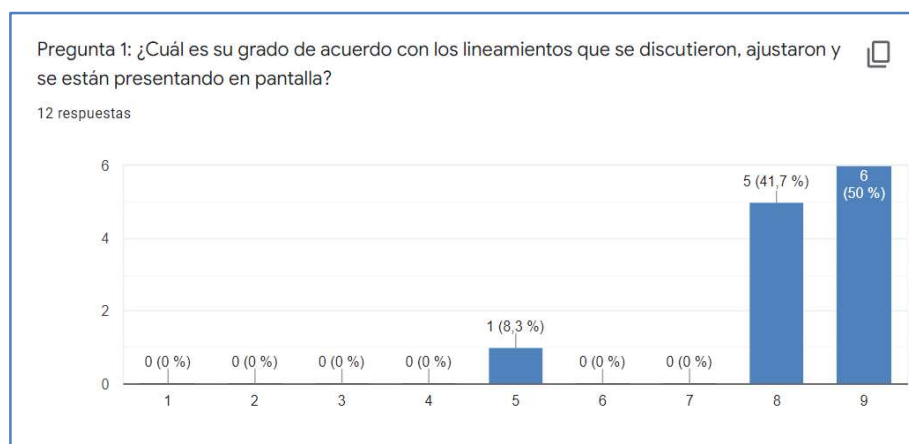
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Edad	Vigilia	Sueño
0 – 4 meses	88%	86%
4 – 12 meses	90%	90%
1 – 10 años	92%	90%

Fuente: tomado de Ucros et al (20–23)

¹Nota: Para este criterio, tenga en cuenta las condiciones de la ciudad de Bogotá (Tabla 2).

Figura 2. Resultado votaciones lineamientos de pregunta 1





Resultados: el 91.7% de los 12 votos estuvieron entre 7 y 9, por lo que se aprobó el lineamiento para la pregunta 1.

Pregunta 2: ¿Cuál es la clasificación de enfermedad respiratoria que debe abordarse en una sala ERA en edad de 3 meses a menores de 6 años?

Lineamiento propuesto	La clasificación de enfermedad respiratoria que debe abordarse en una sala ERA en pacientes con edad de 3 meses a menores de 6 años, de acuerdo con diagnóstico presuntivo, corresponde a: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Crisis asmática, síndromes broncoobstructivos agudizados: leve y moderada ✓ Neumonía: leve o no grave ✓ CRUP: leve o moderado
------------------------------	--

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

<p style="text-align: center;">✓ Bronquiolitis: leve (desde los 3 meses hasta los 6 meses y moderada (6 meses hasta 2 años).</p> <p>Dependiendo de los signos y síntomas, la clasificación del síndrome respiratorio puede realizarse así:</p> <ul style="list-style-type: none"> Crisis asmática y síndrome bronco obstructivo agudizado: dependiendo de los signos y grado de obstrucción al flujo aéreo, se debe tener en cuenta el índice pulmonar y su interpretación es 0-4: Leve; 5-8: moderada y más de 9: grave Neumonía: clasificación de acuerdo con signos y síntomas respiratorios: neumonía muy grave, neumonía grave y neumonía de manejo ambulatorio. CRUP: escala de Westley, que establece una puntuación de 0 a 17 entre los siguientes factores: estridor, tiraje, ventilación, cianosis y nivel de conciencia, puntajes 0-4: leve; 5-6: leve a moderada; 7-8: moderada y más de 9: grave Bronquiolitis: para bronquiolitis se han establecido diferentes escalas para clasificar su severidad (Wood-Downes-Ferres modificada, ESBA, Bronchiolitis Severity Score (BSS) y Paediatric Early Warning Score (PEWS)), por lo que es pertinente usar la escala de preferencia pero que este validada para este uso. <p>La puntuación del índice pulmonar modificado¹ (PIS)</p> <ul style="list-style-type: none"> Es un método cuantitativo para evaluar las condiciones respiratorias en sujetos asmáticos que fue propuesto por Carroll et al, en 2005. Este método consta de 6 ítems de evaluación, que son importantes para la evaluación de la disnea y son relativamente fácil de evaluar en la práctica clínica, a saber, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, uso de músculos accesorios, relación de flujo inspiratorio-espирatorio, grado de sibilancias y saturación de oxígeno en el aire ambiente. <p>¹Nota: Estas formas de evaluar la severidad dentro de los diferentes síndromes respiratorios son regularmente usadas, no obstante, pueden existir otras alternativas, en esos casos si va a usar una escala diferente, garantice que sea una escala validada.</p>	<p>Comentarios</p> <p>Antes de dar apertura a la discusión se precisa que la búsqueda estuvo orientada en cómo es la clasificación de enfermedad respiratoria aguda o estos síndromes específicamente los 4 (bronquiolitis, crup, neumonía, crisis asmática-síndrome bronco-obstructivo) que son objeto de interés en el desarrollo de este lineamiento. Sea leve o moderado de acuerdo con los criterios establecidos por los expertos del grupo desarrollador.</p> <p>Con respecto a las escalas, este lineamiento no tiene como objeto evaluar la exactitud diagnóstica, por eso no va orientado, en afirmar cual es la mejor escala sino solamente presenta cuales son las escalas más utilizadas en la práctica clínica de cada una de las enfermedades incluidas dentro del lineamiento.</p> <p>En primera instancia las apreciaciones del panel de expertos refieren que se debe dejar las escalas validadas para clasificar el nivel leve o moderado. Además, precisan que se apliquen las escalas para clasificar la severidad de la enfermedad, con el fin de derivar oportunamente a una atención superior los niños que tienen cuadros clínicos fuera del alcance de manejo en sala ERA y de esta evitar mayores complicaciones.</p>
---	---

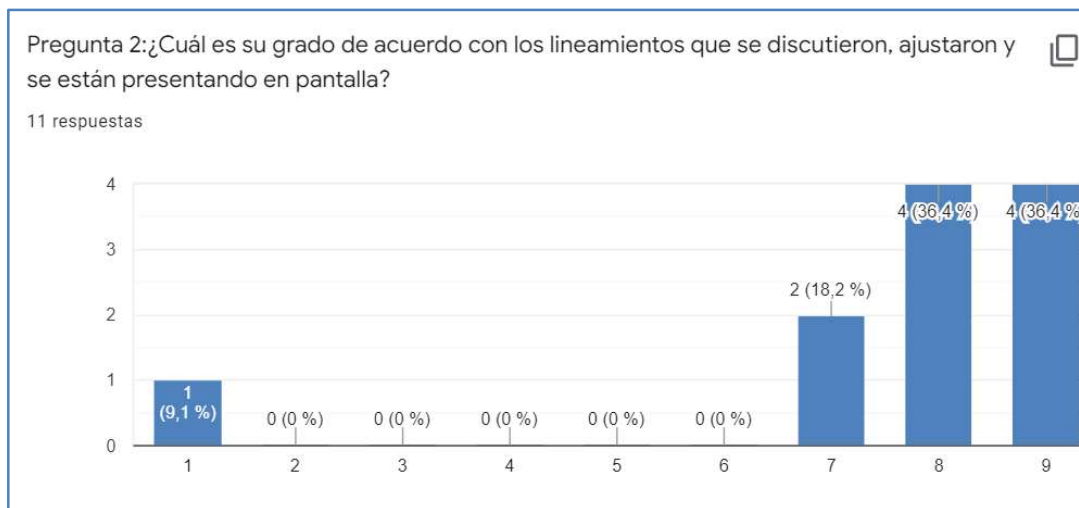
 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>			
	<p>LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)</p>			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
<p>Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz</p>				

<p>Lineamiento consensuado</p>	<p>En segunda instancia los expertos refieren porque la edad límite del lineamiento son los niños menores de 6 años y para crisis asmática si amplía a los 8 años. Que se debería ampliar el rango de los 8 años para todas las patologías. Se aclara que por parte del grupo desarrollador no podemos exceder el límite de edad para todas las patologías, solamente logramos exceder para crisis asmática porque hay una normatividad del ministerio que para crisis asmática se logra extender el grupo de edad hasta los 11 años.</p> <p>En tercera instancia se ajusta a solicitud de los expertos la clasificación de la escala de índice pulmonar que aparece en la guía de promoción y atención en enfermedad respiratoria aguda (ERA)(8) porque la interpretación no corresponde con la escala de índice pulmonar global que se utiliza en crisis asmática.</p> <p>En cuarta instancia los expertos comentan que para realizar la clasificación de enfermedad respiratoria aguda debe incluirse los niveles de saturación para decidir si el niño debe estar o no en una sala ERA. Si el niño tiene menos de 90-92% no debe estar en sala ERA. Los expertos concluyen que la saturación es solo uno de los criterios que deben evaluarse antes de decidir el ingreso de los niños a sala ERA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La clasificación de enfermedad respiratoria que debe abordarse en una sala ERA en pacientes con edad de 3 meses a menores de 6 años, de acuerdo con diagnóstico presuntivo, corresponde a: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Crisis asmática, síndromes broncoobstructivos agudizados: leve y moderada. ✓ Neumonía: leve o no grave. ✓ CRUP: leve o moderado. ✓ Bronquiolitis: leve (desde los 3 meses hasta los 6 meses y moderada) (6 meses hasta 2 años). • Dependiendo de los signos y síntomas, la clasificación del síndrome respiratorio puede realizarse así: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Crisis asmática y síndrome broncoobstructivo agudizado: dependiendo de los signos y grado de obstrucción al flujo aéreo, se puede tener en cuenta el índice pulmonar y su interpretación: 0-3 crisis leve, 4-6 moderada a leve, 7-9 grave. ✓ Neumonía: clasificación de acuerdo con signos y síntomas respiratorios neumonía muy grave, neumonía grave y neumonía de manejo ambulatorio. ✓ CRUP: escala de Westley, que establece una puntuación de 0 a 17 entre los siguientes factores: estridor, tiraje, ventilación, cianosis y nivel de conciencia, puntajes 0-4: leve; 5-6: leve a moderada; 7-8: moderada y más de 9: grave. ✓ Bronquiolitis: para bronquiolitis se han establecido diferentes escalas para clasificar su severidad (Wood-Downes-Ferres modificada, ESBA, escala TAL, Bronchiolitis Severity Score (BSS) y Paediatric Early Warning Score (PEWS)), por lo que es pertinente usar la escala de preferencia pero que esté validada para este uso. <p>Nota: Siempre se debe usar una escala para realizar la clasificación de severidad</p>
---------------------------------------	--

Figura 3. Resultado votaciones lineamientos de pregunta 2

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz





Resultados: el 90,9% de los 11 votos estuvieron entre 7 y 9, por lo que se aprobó el lineamiento para la pregunta 2

Pregunta 3: ¿Cómo debe ser el manejo clínico (farmacológico y no farmacológico) en una sala ERA de un paciente con diagnóstico presuntivo de Bronquiolitis?



Lineamiento propuesto	<p>Tratamiento no farmacológico</p> <ul style="list-style-type: none"> • No realizar fisioterapia torácica ni aspiración de las vías aéreas superiores con sonda en pacientes con bronquiolitis que ingresen en salas ERA • Considere la posibilidad de lavado nasal en pacientes con bronquiolitis con o sin dificultad respiratoria⁸ debido al riesgo de obstrucción de las vías aéreas superiores. • No realice rutinariamente análisis de gases en sangre en pacientes con bronquiolitis.
------------------------------	--

⁸ Este rango se considera debido a las particularidades de altura de la ciudad de Bogotá (Tabla 2)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				



Tratamiento farmacológico	<p>En el manejo farmacológico de niños con diagnóstico presuntivo de bronquiolitis considere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar suplementos de oxígeno (oxigenoterapia por cánula nasal convencional de hasta 1 L/min para mantener las saturaciones de oxígeno) en pacientes con bronquiolitis si su saturación de oxígeno es menor de 88-90% • No usar como tratamiento farmacológico, en salas ERA: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Antibióticos ✓ Solución salina hipertónica ✓ adrenalina (nebulizada) ✓ salbutamol ✓ montelukast ✓ bromuro de ipratropio ✓ corticosteroides sistémicos o inhalados ✓ una combinación de corticosteroides sistémicos y adrenalina nebulizada. • Considerar de manera individualizada una prueba terapéutica con salbutamol si hay evidencia de sibilancias recurrentes o sospecha de asma <p>Nota: Nota: no usar cánula nasal de alto flujo⁹ a no ser que se evidencie fracaso con la oxigenoterapia por cánula nasal convencional</p>
Comentarios	<p>En primera instancia, los comentarios del panel de expertos fueron en torno al tratamiento no farmacológico de la bronquiolitis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar lavado nasal en pacientes con bronquiolitis con o sin dificultad respiratoria con el fin de evitar la obstrucción de las vías aéreas superiores: refieren que es importante llegar a un consenso de cómo hacer la limpieza nasal y que debe realizarse con un frasco- gotero y no con jeringas a presión. Es difícil encontrar evidencia sobre este tema. • Revisando el contenido de la evidencia compartida, los expertos sugieren es en la pregunta 3 con el lavado nasal un experto consideró que, se debería especificar No utilizar jeringas con solución salina ya que por experiencia madres cuidadores y profesionales realizan este método con demasiada presión donde hacen sangrar al niño y también el caso contrario donde colocan solo gotas que no sirven por lo que sugieren que el lineamiento contemple utilizar los frascos de spray nasal con solución salina y que se especifique cuantas veces por cada fosa nasal.

⁹ Este rango se considera debido a las particularidades de altura de la ciudad de Bogotá (Tabla 2).

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Lineamiento consensuado	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar la continuación de la lactancia materna e ingesta de líquidos en niños con dificultad respiratoria leve. • No aparece relacionado en la evidencia científica, pero consideran importante incluir en el manejo no farmacológico la monitorización de signos vitales y patrón respiratorio, así como el seguimiento de las escalas aplicadas en el diagnóstico. La causa que lo lleva a disminuir sus niveles de oxigenación no se va a solucionar en menos de 6 horas. <p>En segunda instancia, los comentarios con respecto al tratamiento farmacológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerar: administrar suplemento de oxígeno (oxigenoterapia por cánula nasal convencional de hasta 1 L/min para mantener las saturaciones de oxígeno) en pacientes con bronquiolitis si su saturación de oxígeno es menor de 86-90%) Un niño/a que esté hipoxémico a su ingreso a la sala ERA siempre deberá hospitalizarse. Estos son los puntos de corte para definir hipoxemia (Tabla 2). • Administrar suplementos de oxígeno (oxigenoterapia por cánula nasal convencional de hasta 1 L/min para mantener las saturaciones de oxígeno) en pacientes con bronquiolitis si su saturación de oxígeno es menor de 86 90%. Indicar prueba terapéutica con bronco-dilatador en niños lactantes mayores de 12 meses con bronquiolitis. Descenso del uso de broncodilatadores en el manejo de la bronquiolitis tras aplicar iniciativas de mejora (101). • Recomiendan tener un punto de corte claro para la altitud de 2600mts sobre nivel del mar menor de 88% (es un lineamiento que debe ser práctico para su uso por médicos generales, enfermeras y pediatras) es cierto que hay discusiones sobre el valor oximétrico, pero se trata de una estrategia de atención en infancia y de impacto en salud pública. • Consideración: Administrar oxígeno suplementario. Nota: En pacientes con bronquiolitis que necesiten oxígeno suplementario evaluar su ingreso hospitalario como criterio de exclusión de la sala ERA • No realizar rutinariamente análisis de gases en sangre de pacientes con bronquiolitis: si se menciona esto, se debería también anotar que no requiere de rutina tampoco radiografía de tórax, hemograma ni PCR (solo solicitarlos si el paciente después de 6 horas no ha presentado mejoría o ha presentado deterioro, para lo cual se debe ubicar en un área diferente a sala ERA (102).
	Tratamiento no farmacológico

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				



	<ul style="list-style-type: none"> • Puede realizar lavado nasal en pacientes con bronquiolitis con o sin dificultad respiratoria con el fin de evitar la obstrucción de las vía aérea superior¹⁰. • No realizar técnicas de vibropercusión ni aspiración de las vías aéreas superiores con sonda en pacientes con bronquiolitis que ingresen en salas ERA <p>Nota: Para el lavado nasal no utilizar jeringas a presión con solución salina, se pueden utilizar frascos de spray nasal.</p> <p>Tratamiento farmacológico</p> <p>En el manejo farmacológico de niños con diagnóstico presuntivo de bronquiolitis considere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar suplementos de oxígeno (oxigenoterapia por cánula nasal convencional de hasta 1 L/min para mantener las saturaciones de oxígeno) en pacientes con bronquiolitis si su saturación de oxígeno es menor de 86-90%¹¹ • No usar como tratamiento farmacológico en salas ERA: Antibióticos, Solución salina hipertónica, adrenalina (nebulizada), salbutamol¹², montelukast, bromuro de ipratropio, corticosteroides sistémicos o inhalados, una combinación de corticosteroides sistémicos y adrenalina nebulizada.
--	---

Figura 4. Resultados votaciones lineamientos de pregunta 3

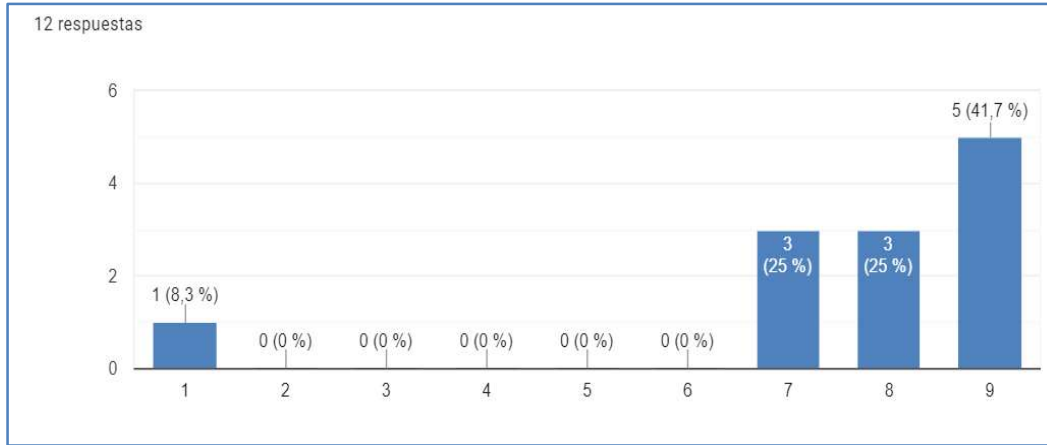
¹⁰ **Nota:** Para el lavado nasal no utilizar jeringas a presión con solución salina, se pueden utilizar frascos de spray nasal.

¹¹ Este rango se considera debido a las particularidades de altura de la ciudad de Bogotá (Tabla 2).

¹² Considerar de manera individualizada una prueba terapéutica (con bronco-dilatador en niños lactantes mayores de 12 meses con bronquiolitis) si hay evidencia de sibilancias recurrentes o sospecha de asma.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz





Resultados: el 91.7% de los 12 votos estuvieron entre 7 y 9, por lo que se aprobó el lineamiento para la pregunta 3

Pregunta 4: ¿Cómo debe ser el manejo clínico (farmacológico y no farmacológico) en una sala ERA de un paciente con diagnóstico presuntivo de laringotraqueítis o CRUP?

Lineamiento propuesto	<p>Tratamientos no farmacológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Niño en ambiente tranquilo: no quitárselo a la mama, evitar que llore (el stress del niño agudiza los síntomas) Hidratación <p>Tratamientos farmacológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Como primera medida, para reducir la dificultad respiratoria, se debe administrar adrenalina nebulizada (epinefrina) en forma general o racémica diluida en suero fisiológico, con un flujo de aire u oxígeno de al menos 6-8 l/min. El tratamiento de primera línea en los pacientes con crup leve es dexametasona intramuscular dosis única de 0.15mg/kg – 0.3mg/kg. Crup moderado: dexametasona intramuscular de 0.15mg/kg a 0.3 mg/kg y adicionar manejo con adrenalina nebulizada 0.5 ml/kl o considerar budesónida en el caso de que exista contraindicaciones o intolerancia a la adrenalina nebulizada. Como primera medida, para reducir la dificultad respiratoria, se debe administrar adrenalina nebulizada (epinefrina) en forma general o racémica diluida en suero fisiológico, con un flujo de aire u oxígeno de al menos 6-8 l/min.
------------------------------	---



La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

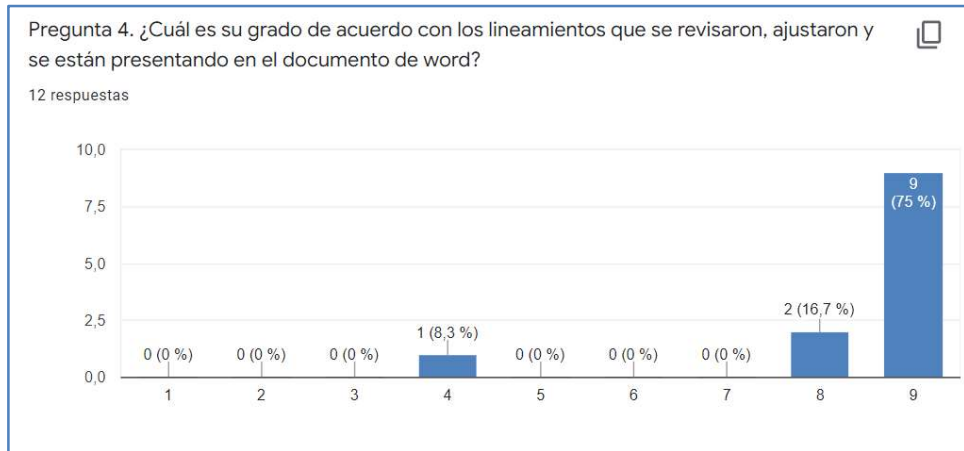
	<ul style="list-style-type: none"> La dosis estándar de dexametasona es de 0,6 mg/kg, pero los estudios han demostrado el valor de dosis más bajas (0,15–0,3 mg/kg), por lo que recomendamos dosis más bajas en casos leves a moderados. La budesónida nebulizada a 2 mg es igualmente efectiva y se recomienda. <p>Nota: Budesónida considerar en casos de halla intolerancia a la adrenalina (pacientes con hipertiroidismo, hipertensión, taquicardia, cardiopatías, arritmias) o limitaciones para su uso.</p>
Comentarios	<p>En primera instancia, los comentarios del panel de expertos fueron en torno al tratamiento no farmacológico:</p> <ol style="list-style-type: none"> Especificar en el segundo punto del tratamiento no farmacológico el tipo de hidratación, continuar la lactancia materna y/o la ingesta de líquidos Incluir en la redacción del primer punto del tratamiento no farmacológico, la no realización de procedimientos como toma de laboratorios o toma de imágenes diagnósticas. Aclarar qué tipo de hidratación, ya que el niño en sala ERA no debe tener acceso venoso <p>En segunda instancia, los comentarios del tratamiento farmacológico fueron:</p> <ol style="list-style-type: none"> Es recomendable definir la dosis máxima de levo-adrenalina nebulizada en una sala ERA : (La adrenalina estándar (adrenalina L) se presenta en ampollas de 1 ml al 1:1.000 (o 0,1 %); es decir, contiene 1 mg por cada ml. La dosis es de 3-6 mg (2,5-5 ampollas) o 0,5 ml/kg (máximo 5 viales) disuelta con suero fisiológico dependiendo la máscara de nebulización que en la mayoría de las veces tiene un volumen hasta 5ml aunque algunos fabricantes pueden producirlas con volúmenes hasta llegar a 10 ml(103). Consideración: Corregir redacción de la nota. Nota: budesónida- considerar en casos de contraindicación a la adrenalina (pacientes con hipertiroidismo, hipertensión, taquicardia, cardiopatías, arritmias) ó en presencia de limitaciones para su uso.
Lineamiento consensuado	<p>Tratamiento no farmacológico</p> <ul style="list-style-type: none"> Niño en ambiente tranquilo: no quitárselo a la mamá, evitar que llore (el stress del niño agudiza los síntomas). Administrar líquidos vía oral. <p>Tratamiento farmacológico</p> <ul style="list-style-type: none"> El tratamiento de primera línea en los pacientes con CRUP leve es dexametasona intramuscular en bajas dosis de 0.15mg/kg – 0.3mg/kg. CRUP moderado: dexametasona intramuscular de 0.15mg/kg a 0.3 mg/kg y adicionar manejo con adrenalina nebulizada 0.5 ml/kg/dosis o considerar budesónida en el caso de que existan contraindicaciones o intolerancia a la adrenalina nebulizada. ✓ Dosis máxima de levo-adrenalina nebulizada en una sala ERA: adrenalina estándar (adrenalina L), dosis de 3-5 mg (2,5-5 ampollas) o 0,5 ml/kg (máximo 5 viales) disuelta con suero fisiológico dependiendo la máscara de nebulización.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Nota: Budesónida: Considerar en los casos en que haya intolerancia a la adrenalina (pacientes con hipertiroidismo, hipertensión, taquicardia, cardiopatías, arritmias) o en presencia de limitaciones para su uso.

Figura 5. Resultado votaciones lineamientos de pregunta 4



La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Resultados: el 91,7% de los 12 votos estuvieron entre 7 y 9, por lo que se aprobó el lineamiento para la pregunta 4.

Pregunta 5: ¿Cómo debe ser el manejo clínico (farmacológico y no farmacológico) en una sala ERA de un paciente con diagnóstico presuntivo de neumonía?

Lineamiento propuesto	<p>Tratamiento no farmacológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Administrar líquidos para la hidratación ✓ Lavados nasales para desobstruir las vías aéreas superiores. ✓ Desaconsejar(disuadir) el uso de jarabes para la tos <p>Tratamiento farmacológico</p> <p>En el manejo farmacológico de niños con diagnóstico presuntivo de neumonía leve o no grave en salas ERA, considere:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Controlar la fiebre. ✓ Iniciar tratamiento con antibióticos lo antes posible después de establecer un diagnóstico de neumonía. ✓ El antibiótico de elección es amoxicilina a 90mg/kg/día dividido en 2-3 dosis como antibiótico oral. ✓ Como alternativa a la amoxicilina se podría usar claritromicina 15mg/kg/día dividido en 2 dosis en casos de alergia a la penicilina.
Comentarios	<p>En primera instancia, las apreciaciones del panel de expertos se hicieron en torno a las dosis de los antibióticos, en donde se recomendó incluir la duración del tratamiento por 5 días</p> <p>En segunda instancia las consideraciones fueron con respecto al tratamiento no farmacológico, para lo cual se considera especificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tipo de líquidos que se deben administrar para la hidratación del paciente, en este caso solo vía oral ya que en salas ERA el niño no debe tener acceso venoso y si el niño por su condición clínica puede beber o tomar leche materna. ✓ En cuanto a los lavados nasales realizarlos a necesidad para desobstruir las vías aéreas superiores ✓ No usar jarabes para la tos. <p>En tercera instancia hubo apreciaciones sobre el tratamiento farmacológico, en el cual se solicitan especificar el medicamento y la dosis con la que se va a controlar la fiebre, la recomendación que dieron fue acetaminofén 10-15 mg/Kg/dosis c/8 horas</p>
Lineamiento consensuado	<p>Tratamiento no farmacológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar líquidos vía oral. • Lavados nasales para desobstruir las vías aéreas superiores.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

	<ul style="list-style-type: none"> • Desaconsejar(disuadir) el uso de jarabes para la tos <p>Tratamiento farmacológico</p> <p>En el manejo farmacológico de niños con diagnóstico presuntivo de neumonía leve o no grave en salas ERA, considere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar la fiebre: Acetaminofén 10-15 mg/Kg/dosis cada 6 horas, máximo 500mg por dosis. • Iniciar tratamiento con antibióticos lo antes posible después de establecer un diagnóstico de neumonía. • El antibiótico de elección es amoxicilina a 90mg/kg/día dividido en 2-3 dosis como antibiótico oral por 5 días. • Como alternativa a la amoxicilina se podría usar claritromicina 15mg/kg/día dividido en 2 dosis en casos de alergia a la penicilina por 5 días.
--	--

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.



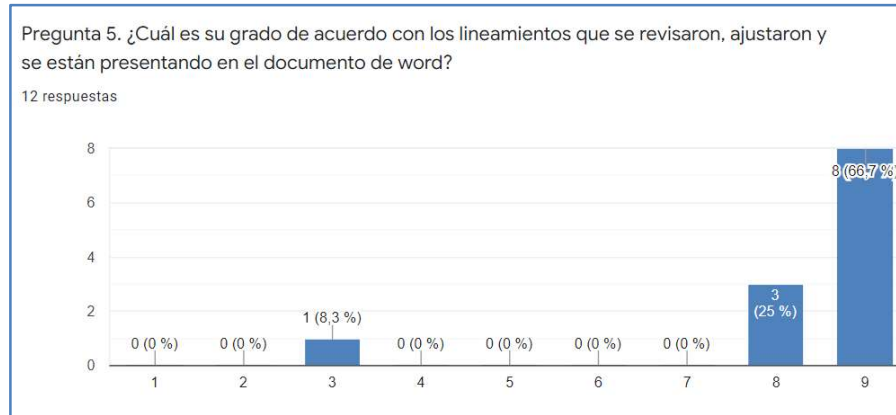
 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>			
	<p>LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)</p>			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
<p>Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz</p>				

Figura 6. Resultado votaciones lineamientos de pregunta 5





Resultados: el 91,7% de los 12 votos estuvieron entre 7 y 9, por lo que se aprobó el lineamiento para la pregunta 5

Pregunta 6: ¿Cómo debe ser el manejo clínico (farmacológico y no farmacológico) en una sala ERA de un paciente con diagnóstico presuntivo de crisis asmática (incluye síndrome bronco obstructivo)?

Lineamiento propuesto	<p>Tratamiento no farmacológico</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ No se recomienda terapia respiratoria mientras el paciente tenga signos de obstrucción bronquial. ✓ Reconocer y educar en evitar los desencadenantes de la crisis de asma ✓ Lavados nasales para desobstruir las vías aéreas superiores. <p>Tratamiento farmacológico</p> <p>En el manejo farmacológico de niños con diagnóstico presuntivo de crisis asmática considere:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Usar de manera temprana la prednisolona de 1 mg/kg (hasta un máximo de 50 mg) cada 24 h durante 3-5 días. ✓ Iniciar Salbutamol a través de un inhalador de dosis medida con inhala cámara, 4 inhalaciones entre cada 10-20 min durante la 1 hora para crisis leve o moderada. Según la respuesta, disminuir progresivamente la frecuencia hasta dar de alta, teniendo en cuenta que la estancia máxima de un paciente en sala ERA es de 6 horas.
------------------------------	---



La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

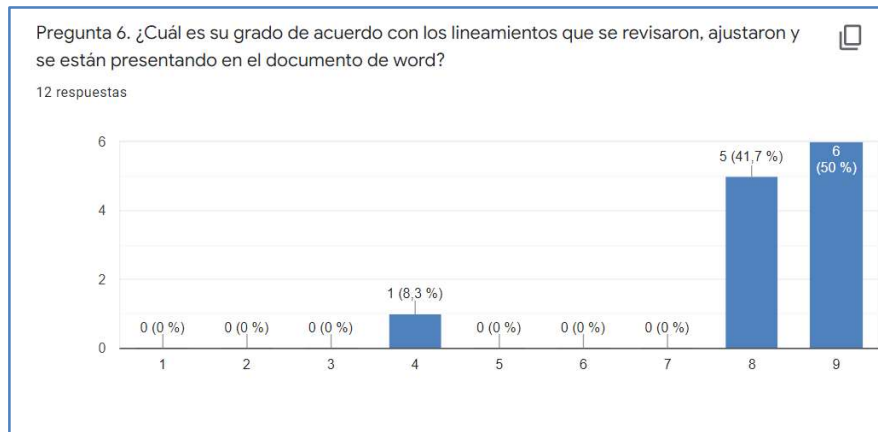
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ En caso de no respuesta al salbutamol durante la primera hora; considere usar bromuro de ipratropio, a través de inhaladores de dosis medida con espaciador. ✓ Como una alternativa a la presentación de la prednisolona en tabletas utilizar jarabe en niños con peso inferior a 10 kilos
Comentarios	<p>En primera instancia, las apreciaciones del panel de expertos se hicieron en torno a las dosis de administración para el salbutamol, debido a que administrar dosis altas de salbutamol aumenta los efectos secundarios sin un claro beneficio terapéutico.</p> <p>En segunda instancia, las consideraciones fueron con respecto al tratamiento no farmacológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educar sobre el reconocimiento de los factores desencadenantes de la crisis de asma y las alternativas para evitarlos. • Educar sobre el correcto uso de los inhaladores e inhalocámara, esto para promover la adherencia al tratamiento. • Educar en identificar y evitar los desencadenantes de la crisis de asma • No se recomienda terapia respiratoria mientras el paciente tenga signos de obstrucción bronquial. • Lavados nasales para desobstruir las vías aéreas superiores. <p>Por último, como una alternativa a la presentación de la prednisolona en tabletas se puede utilizar jarabe en niños que tengan un peso inferior a 10 kilos</p>
Lineamiento consensuado	<p>Tratamiento no farmacológico</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se recomienda terapia respiratoria mientras el paciente tenga signos de obstrucción bronquial. • Educar en identificar y evitar los factores desencadenantes de la crisis de asma y las alternativas para evitarlos. • Lavados nasales para desobstruir las vías aéreas superiores. <p>Tratamiento farmacológico</p> <p>En el manejo farmacológico de niños con diagnóstico presuntivo de crisis asmática considere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usar de manera temprana la prednisolona de 1 mg/kg (hasta un máximo de 50 mg) cada 24 h durante 3-5 días. • Iniciar Salbutamol a través de un inhalador de dosis medida con inhalocámara, de 2 a 4 inhalaciones cada 10-20 min durante la primera hora para crisis leve o moderada. Según la respuesta, disminuir progresivamente la frecuencia hasta dar de alta, teniendo en cuenta que la estancia máxima de un paciente en sala ERA es de 6 horas. Esta dosis se debe según la gravedad y ajustar según la respuesta del paciente. • En caso de no respuesta al salbutamol durante la primera hora; considere usar bromuro de ipratropio, a través de inhaladores de dosis medida con inhalocámara.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Como una alternativa a la presentación de la prednisolona en tabletas se puede utilizar jarabe en niños con peso inferior a 10 kilos.

Figura 7. Resultado votaciones lineamientos de pregunta 6





Resultados: el 91,7% de los 12 votos estuvieron entre 7 y 9, por lo que se aprobó el lineamiento para la pregunta 6

Pregunta 7: ¿Cuáles son los criterios clínicos (signos y síntomas) de egreso en salas ERA de pacientes con enfermedad respiratoria aguda?

Lineamiento propuesto	<p>Los criterios de egreso de un paciente que ingresó a sala ERA son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientes que están clínicamente estables ▪ Están tomando líquidos orales ▪ Han mantenido una saturación de oxígeno durante 4 horas, incluido un período de sueño mayor del 88-90% <p>Si un paciente va a realizar el egreso de la sala ERA es importante:</p> <p>Ofrecer educación a los cuidadores relacionados con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los tres mensajes claves del Ministerio de Salud, relacionados con: como evitar que mi hijo se enferme, como es el manejo en casa y cuando consultar.
-----------------------	--

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Comentarios	<ol style="list-style-type: none"> 2. Educar a los pacientes, padres y cuidadores en la técnica de inhalación de los inhaladores dosis medida con inhalocámara y como lavar la inhalocámara. 3. Fomentar la lactancia materna (en los casos que aplica), por sus numerosos beneficios, entre ellos un efecto protector potencial en relación con el asma precoz. 4. Fomentar la vacunación completa 5. Desaconsejar sobre el consumo de tabaco en áreas cerradas y ofrecer consejería breve a cuidadores que fumen, porque aumenta el riesgo de síntomas más graves 6. Reconocer y educar en evitar los desencadenantes de la crisis de asma: los ácaros del polvo o los animales domésticos, o alérgenos alimentarios aislados. 7. Los profesionales sanitarios no deben ofrecer consejos sobre la tenencia de animales de compañía como estrategia para prevenir el asma infantil. 8. Incluir un plan de acción personalizado escrito para el asma y estar respaldado por una revisión profesional regular (incluir plan de acción). 9. Programar consulta de seguimiento conformada por 2 citas: <ul style="list-style-type: none"> • 1ra consulta: telefónica en las próximas 24 a 48 horas • 2da consulta presencial: dentro de los 5 días siguientes al alta 10. Se deben considerar intervenciones de pérdida de peso (incluidos los programas dietéticos y basados en el ejercicio) para niños con sobrepeso y obesidad con asma para mejorar el control del asma <p>Proporcionar información de seguridad clave para que los padres y cuidadores se la lleven como referencia para reconocer los signos y síntomas de gravedad del cuadro clínico del paciente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Empeoramiento del trabajo respiratorio (por ejemplo, gruñidos, aleteo nasal, marcada disminución de la capacidad torácica) 2. La ingesta de líquidos es del 50% al 75% de lo normal o no moja el pañal durante 12 horas 3. Apnea o cianosis 4. Agotamiento (por ejemplo, no responde normalmente a las señales sociales, se despierta solo con estimulación prolongada). 5. Educar en el manejo y control de la fiebre. 6. Alimentación igual 7. Lavado de manos 8. Desaconsejar el uso de jarabes para la tos 9. Realizar lavado nasal para desobstruir las vías aéreas superiores.
	<p>En primera instancia, los comentarios del panel de experto fueron en torno a los criterios de egreso en salas ERA de pacientes con enfermedad respiratoria aguda:</p>



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES
RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE
DE SALAS ERA)

Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	1
---------	----------------	----------	---

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz



- Tener en cuenta la oxigenación y para ello se sugiere los parámetros mencionados de límite inferior normal de la SatO₂ a la altura de Bogotá por rangos de edad (Tabla 2)
- Pacientes que han mantenido una saturación de oxígeno durante 4 horas, (incluidos periodos de sueño) mayor del 88-90%
- El termino gruñidos es un término que se puede prestar para confusión, en otros contextos se emite por parte de la comunidad: "hervidera de pecho" como la más representativa en el sistema de creencias en salud.
- Pacientes que clínicamente estables (evaluar la presencia de signos de dificultad respiratoria antes del egreso)
- Pacientes con adecuada tolerancia a la vía oral.

En segunda instancia, los comentarios fueron con respecto a las orientaciones educativas que se les debe proporcionar a padres y/o cuidadores de niños con enfermedad respiratoria aguda:

- También se debe tener presente al aumento de las respiraciones en un minuto por encima de lo normal para el rango de edad del menor (en sala ERA se debe educar en signos de alarma)
- Especificar medidas preventivas para evitar cuadros de tos o dificultad para respirar AIEPI
- Educar a los padres acerca de la continuidad de los medicamentos en casa (dosis e intervalos)
- Quejido, silbidos en el pecho
- De acuerdo con los criterios de egreso.

Frente a las recomendaciones de egreso mencionadas, cambiar la redacción de algunos puntos:

- ✓ Enseñar signos de alarma para consultar nuevamente o acudir a servicios de urgencias
- ✓ Enseñar medidas preventivas
- ✓ Enseñar manejo en casa (alimentación, manejo de secreciones, manejo de medicamentos y dispositivos para su administración)
- ✓ Adicionar en el punto de la lactancia materna, la importancia de una alimentación complementaria saludable para los casos que aplique
- ✓ Cambiar la redacción del punto 6 por: "educar sobre el reconocimiento de los factores desencadenantes de la crisis de asma (los ácaros del polvo o los animales domésticos, o alérgenos alimentarios aislados) y las alternativas para evitarlos".
- ✓ Considerar: En pacientes con enfermedad respiratoria aguda la educación es fundamental para prevenir hospitalizaciones innecesarias o muertes al no reconocer a tiempo los signos de alarma. Esta educación debe apoyarse con el uso de estrategias de comunicación en salud que contengan los 3 temas principales:
 - Como evito que el niño se enferme.
 - Como lo cuido en casa si enferma.
 - Como detectar los signos de alarma para llevarlo a urgencias.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

Lineamiento consensuado	<p>Recomendaciones de la guía nacional de prevención, manejo y control de la enfermedad respiratoria aguda."</p> <p>Los criterios de egreso de un paciente que ingresó a sala ERA son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pacientes que están clínicamente estables (evaluar la presencia de dificultad respiratoria antes del egreso). ✓ Pacientes con adecuada tolerancia a la vía oral. ✓ Pacientes que han mantenido una saturación de oxígeno durante 4 horas (incluidos períodos de sueño) mayor del 86-90%¹ <p>¹Nota: tener en cuenta los parámetros de la ciudad de Bogotá (Tabla 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si un paciente va a realizar el egreso de la sala ERA es importante: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ofrecer educación a los cuidadores relacionados con: <ol style="list-style-type: none"> 1. Como evitar que el niño se enferme, como lo cuidó en casa si está enfermo y como detectar signos de alarma para consultar urgencias. 2. Educar a los padres acerca de la continuidad de los medicamentos en casa (dosis e intervalos) 3. Educar a los pacientes, padres y cuidadores en la técnica de inhalación de los inhaladores dosis medida con inhalocámara y cómo lavar la inhalocámara. 4. Fomentar la lactancia materna (en los casos que aplica), por sus numerosos beneficios, entre ellos un efecto protector potencial en relación con el asma precoz. 5. Fomentar la vacunación completa 6. Disuadir sobre el consumo de tabaco en áreas cerradas y ofrecer consejería breve a cuidadores que fumen, porque aumenta el riesgo de síntomas graves 7. Educar en identificar y evitar los desencadenantes de la crisis de asma: los ácaros del polvo o los animales domésticos², o alérgenos alimentarios aislados 8. Incluir un plan de acción personalizado escrito para el asma y estar respaldado por una revisión profesional regular (incluir plan de acción). 9. Programar consulta de seguimiento conformada por 2 citas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 1ra consulta: telefónica en las próximas 24 a 48 horas ✓ 2da consulta presencial: dentro de los 5 días siguientes al egreso de la sala ERA. 10. Se deben considerar intervenciones de pérdida de peso (incluidos los programas dietéticos y los basados en el ejercicio) para niños con sobrepeso y obesidad con asma para mejorar el control del asma. <p>²Nota: Los profesionales sanitarios no deben ofrecer consejos sobre la tenencia de animales de compañía como estrategia para prevenir el asma infantil.</p>
-------------------------	--

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**

SECRETARÍA DE SALUD

PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL

LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES
RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE
DE SALAS ERA)

Código:

SDS-PSS-LN-043

Version:

1



Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

- ✓ Proporcionar información de seguridad clave para que los padres y cuidadores se la lleven como referencia para reconocer los signos y síntomas de gravedad del cuadro clínico del paciente:
 1. Empeoramiento del trabajo respiratorio (por ejemplo, sibilancias, aleteo nasal, marcada disminución de la capacidad torácica y aumento de las respiraciones en un minuto).
 2. La ingesta de líquidos es del 50% al 75% de lo normal o no moja el pañal durante 12 horas
 3. Apnea o cianosis
 4. Agotamiento (por ejemplo, no responde normalmente a las señales sociales, se despierta solo con estimulación prolongada).
 5. Educar en el manejo y control de la fiebre.
 6. Alimentación igual
 7. Lavado de manos
 8. Desaconsejar el uso de jarabes para la tos
 9. Realizar lavado nasal para desobstruir las vías aéreas superiores



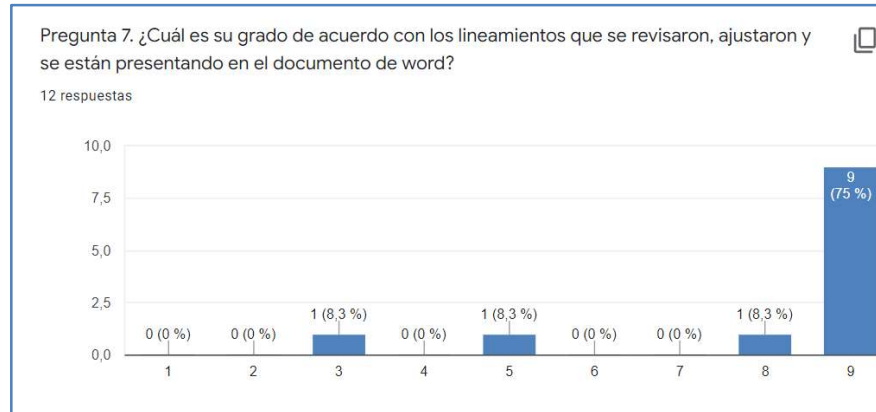
 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Figura 8. Resultado votaciones lineamientos de pregunta 7





Resultados: el 83,3% de los 12 votos estuvieron entre 7 y 9, por lo que se aprobó el lineamiento para la pregunta 7.

Pregunta 8: ¿Qué profesionales de la salud deben estar a cargo del manejo de pacientes que ingresan a salas ERA con diagnóstico presuntivo de bronquiolitis, laringotraqueítis, neumonía y crisis asmática?

Lineamiento propuesto	<ul style="list-style-type: none"> • Todas las salas ERA deben contar con personal de salud capacitado en el manejo de pacientes con sintomatología respiratoria entre 3 meses y 5 años de edad. • El personal mínimo con el que debe contar una sala ERA es: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Médico ▪ Enfermera ▪ Terapeuta respiratoria o fisioterapeuta ▪ Auxiliar de enfermería entrenada y supervisada por un enfermero jefe
Comentarios	<p>En primera instancia, los comentarios del panel de expertos fueron en torno a los profesionales que harán parte de las enfermedades que son manejadas en sala ERA (bronquiolitis, crup, neumonía y crisis asmática, esta última incluye el síndrome bronco-obstructivo):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El diagnóstico de neumonía no se atiende en sala ERA (recomiendo retirar este término en este apartado) ya que la neumonía es un diagnóstico de sospecha cuando el paciente que ingresa a sala ERA por: Bronquiolitis, sibilancia recurrente CRUP o ASMA no mejora

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Lineamiento consensuado	<p>2. La administración de medicamentos es competencia específica del profesional de enfermería ningún lineamiento contempla al auxiliar, se puede delegar, pero la responsabilidad es del profesional de enfermería</p> <p>3. De acuerdo con el lineamiento, sin embargo, propongo cambiar el término “jefe” es un término de uso común, pero realmente las titulaciones en el país no lo incluyen, por lo que este último punto quedaría mejor como: Auxiliar de enfermería entrenado y supervisado por un profesional de enfermería.</p> <p>4. Todas las salas ERA deben contar con personal de salud capacitado en el manejo y educación de pacientes con sintomatología respiratoria entre los 3 meses y 6 años de edad.</p> <p>El personal mínimo con el que debe contar una sala ERA es:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Médico ▪ Enfermera ▪ Terapeuta respiratoria o fisioterapeuta ▪ Auxiliar de enfermería entrenada y supervisada por un enfermero jefe
Lineamiento consensuado	<ul style="list-style-type: none"> • Todas las salas ERA deben contar con personal de salud capacitado en el manejo y educación de pacientes con sintomatología respiratoria entre 3 meses y los niños menores de 6 años de edad. • El personal mínimo con el que debe contar una sala ERA es: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Médico ✓ Enfermera ✓ Terapeuta respiratoria o fisioterapeuta ✓ Auxiliar de enfermería entrenada y supervisada por un profesional de enfermería



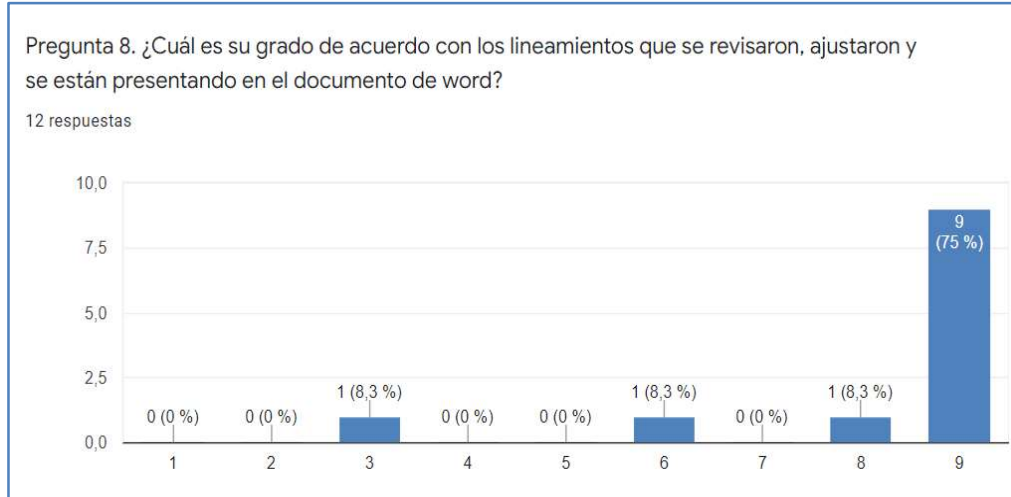


 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

Figura 9. Resultado votaciones lineamientos de pregunta 8





Resultados: el 83,3% de los 12 votos estuvieron entre 7 y 9, por lo que se aprobó el lineamiento para la pregunta 8

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

7 BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud y Protección. Resolución 3100 de 2019. 2019.
2. Schünemann H, Brożek J, Guyatt G, Oxman A (2013). Manual GRADE para calificar la calidad de la evidencia y la fuerza de la recomendación (1ª Ed. en español). In: PA Orrego & MX Rojas (Trans) Mar 2017 [Internet]. Available from: <http://gdt.guidelinedevelopment.org/app/handbook/handbook.html>
3. INAHTA, Avalia-t, Health Technology Assessment International, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. INAHTA Hea Health Technology Assessment International (HTAi) [Internet]. 2009. Available from: [http://htaglossary.net/INAHTA+\(es\)](http://htaglossary.net/INAHTA+(es))
4. Schünemann H, Brożek J, Guyatt G, Oxman A. McMaster University, Evidence Prime. GRADEpro GDT: GRADEpro Guideline Development Tool [Software] [Internet]. [Internet]. Original. 2021. Available from: <https://www.gradepro.org/>
5. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. Rev Española Cardiol [Internet]. 2021 Sep;74(9):790–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300893221002748>
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social. 2014 [cited 2022 Jan 12]. Available from: https://gpc.minsalud.gov.co/recursos/Documentos/compartidos/Guia_Metodologica_Web.pdf
7. INS. Infeccion respiratoria aguda. Bol Epidemiol Sem - Sem Epidemiol 40 [Internet]. 2019 [cited 2021 Nov 10];1–31. Available from: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2019_Boletin_epidemiologico_semana_40.pdf
8. Carmen Graciela Zamora Reyes, Lina María Pedraza, Karen Lisset Jiménez Rodríguez, Catalina Vásquez, Alejandro Mojica, Martha Beltrán, et al. Guía de promoción y atención en enfermedad respiratoria aguda (ERA) [Internet]. [cited 2021 Nov 8]. Available from: http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Guia_de_Atención_ERA.pdf
9. INS. Infeccion respiratoria aguda. Bol Epidemiol Sem - Sem Epidemiol 40. 2019;1–31.
10. Ros B, Mendoza Pinzón M. Characterization of severe respiratory infection in children 5 years of the hospital in Medellín-Colombia. 2018 [cited 2021 Nov 10];81–9. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v32n2/0120-8705-cesm-32-02-81.pdf>
11. Gustavo Aristizabal Duque, Ana Marcela González Barrera, Nancy Carolina Mariño, Sara Zamora Vásquez, Maritza Ruiz Zapata, Luisa Fernanda Moyano Ariza. Programa Nacional de Prevención, Manejo y Control de la Infección Respiratoria Aguda en Colombia [Internet]. 2014 [cited 2021 Nov 9]. 1–79 p. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/PREVENCIÓN->



La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

MANEJO-CONTROL-IRA-MENORES-5-ANOS-2015.pdf



12. Gustavo Aristizabal Duque, Ana Marcela González Barrera, Nancy Carolina Mariño, Sara Zamora Vásquez, Maritza Ruiz Zapata, Luisa Fernanda Moyano Ariza. Programa Nacional de Prevención, Manejo y Control de la Infección Respiratoria Aguda en Colombia. 2014. 1–79 p.
13. Inmunoprevenibles E, Carolina Malo Sánchez Sandra Lucero Bonilla Molano D, Barbosa Ramírez J, Lucía Ospina Martínez M, Edwin Prieto Alvarado F, Marcela Walteros Acero D, et al. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública - Infección Respiratoria Aguda (IRA) [Internet]. Versión 03. Equipo Inmunoprevenibles, Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública, Dirección de Vigilancia y, Análisis del Riesgo en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud, editors. Bogotá; 2020 [cited 2021 Nov 7]. 1–47 p. Available from: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Infección_respiratoria_aguda.pdf
14. SURA. Atención en la estrategia de Salas ERA [Internet]. 2020 May [cited 2021 Nov 10]. Available from: https://www.segurosura.com.co/boletincovid191/Accesos-directos-salud/Documentos/atencion_adultos/Atención_en_la_estrategia_de_sala_ERA.pdf
15. SURA. Atención en la estrategia de Salas ERA. 2020 May.
16. Carmen Graciela Zamora Reyes, Lina María Pedraza, Karen Lisset Jiménez Rodríguez, Catalina Vásquez, Alejandro Mojica, Martha Beltrán, et al. Guía de promoción y atención en enfermedad respiratoria aguda (ERA).
17. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la atención en la estrategia de salas ERA en el contexto de la epidemia de COVID-19 en Colombia [Internet]. Bogotá; 2020. 1–16 p. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos_y_procedimientos/GIPS19.pdf
18. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C- Secretaría Distrital de Salud(SDS). Guía de promoción y atención en enfermedad respiratoria aguda (ERA). [Internet]. [cited 2022 Feb 23]. Available from: www.saludcapital.gov.co
19. García D, Borda C, Tovar S, Luque R, Arciniegas L, Ocampo J, et al. ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA A T E N C I Ó N I N T E G R A L A L A P R I M E R A I N F A N C I A OFICINA REGIONAL PARA LAS [Internet]. Serie 3. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social, Organización Panamericana de la Salud; 2015 [cited 2021 Dec 13]. 1–800 p. Available from: http://www2.udea.edu.co/webmaster/unidades_academicas/medicina/nacer/0813-aiop-clinico-2016.pdf
20. Duenas-Meza E, Bazurto-Zapata MA, Gozal D, González-García M, Durán-Cantolla J, Torres-Duque CA. Overnight polysomnographic characteristics and oxygen saturation of healthy infants, 1 to 18 months of age, born and residing at high altitude (2,640 meters). Chest. 2015;148(1):120–7.
21. Ucrós S, Granados C, Parejo K, Guillén F, Ortega F, Restrepo S, et al. Oxygen saturation, periodic breathing and apnea during sleep in infants 1 to 4 month old living at 2,560 meters above sea level. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2015;113(4):341–4. Available from: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2015/v113n4a10.pdf>

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

22. Ucros S, Granados C, Hill C, Castro-Rodríguez JA, Ospina JC. Normal values for respiratory sleep polygraphy in children aged 4 to 9 years at 2,560 m above sea level. *J Sleep Res* [Internet]. 2021;30(5):e13341. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jsr.13341>
23. Ucrós S, Granados CM, Castro-Rodríguez JA, Hill CM. Oxygen saturation in childhood at high altitude: a systematic review. *High Alt Med Biol.* 2020;21(2):114–25.
24. Directrices de la Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de las infecciones respiratorias agudas con tendencia epidémica y pandémica durante la atención sanitaria . WHO [Internet]. 2014 [cited 2021 Nov 7];1–156. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/2014-cha-prevencion-control-atencion-sanitaria.pdf>
25. Inmunoprevenibles E, Carolina Malo Sánchez Sandra Lucero Bonilla Molano D, Barbosa Ramírez J, Lucía Ospina Martínez M, Edwin Prieto Alvarado F, Marcela Walteros Acero D, et al. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública - Infección Respiratoria Aguda (IRA). Versión 03. Equipo Inmunoprevenibles, Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública, Dirección de Vigilancia y, Análisis del Riesgo en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud, editors. Bogotá; 2020. 1–47 p.
26. Story L. Pathophysiology - A Practical Approach. Third Edit. 2018. 117–160 p.
27. Alvarez F, Garcia M. Asma: concepto, fisiopatología, diagnóstico y clasificación [Internet]. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. 2021 [cited 2021 Nov 10]. Available from: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2021-03/asma-concepto-fisiopatologia-diagnostico-y-clasificacion/>
28. Richardson B. Pediatric Primary Care [Internet]. fourth edi. 2020. 325–371 p. Available from: <https://www.jblearning.com/catalog/productdetails/9781284149425>
29. Monzó MA. Mesa redonda Crisis de asma. *Rev Pediatr Aten Primaria Supl* [Internet]. 2017 [cited 2021 Nov 13];(26):17–25. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v19s26/1139-7632-pap-19-s26-00017.pdf>
30. Marcos M, Torres MC. Laringitis, crup y estridor [Internet]. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. 2017 [cited 2021 Nov 10]. Available from: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-10/laringitis-crup-y-estridor-2/>
31. Richardson B. Pediatric Primary Care. fourth edi. 2020. 325–371 p.
32. Ridao M. Bronquiolitis y bronquitis [Internet]. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. 2021 [cited 2021 Nov 10]. p. 21–8. Available from: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2021-01/bronquiolitis-y-bronquitis/>
33. Gonzalo de Liria C. Neumonía y neumonía recurrente [Internet]. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. 2021 [cited 2021 Nov 10]. Available from: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2021-01/neumonia-y-neumonia-recurrente-2/>
34. Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) [Internet]. [cited 2021 Nov 9]. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Infecciones-Respiratorias-Agudas-\(IRA\).aspx](https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Infecciones-Respiratorias-Agudas-(IRA).aspx)

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

35. Sanchez E, Garcia L. Actuacion en el niño preescolar con sibilancias recurrentes. Soc Española Neumol Pediatr [Internet]. 2017 [cited 2021 Nov 11];265–71. Available from: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/17_sibilancias_preescolar.pdf
36. Alvarez F, Garcia M. Asma: concepto, fisiopatología, diagnóstico y clasificación. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. 2021.
37. Sanchez E, Garcia L. Actuacion en el niño preescolar con sibilancias recurrentes. Soc Española Neumol Pediatr. 2017;265–71.
38. Luvecce C. Síndrome bronquial obstructivo [Internet]. Biblioteca digital dinámica para estudiantes y profesionales de la salud. 2016 [cited 2021 Nov 17]. Available from: <https://sintesis.med.uchile.cl/index.php/profesionales/informacion-para-profesionales/medicina/condiciones-clinicas2/pediatria/73-2-01-1-028>
39. Luvecce C. Síndrome bronquial obstructivo. Biblioteca digital dinámica para estudiantes y profesionales de la salud. 2016.
40. Marcos M, Torres MC. Laringitis, crup y estridor. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. 2017.
41. Ridao M. Bronquiolitis y bronquitis. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. 2021. p. 21–8.
42. Gonzalo de Liria C. Neumonía y neumonía recurrente. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. 2021.
43. Bennett J, Dolin R, Blaser M. Mandell, Douglas and Bemmett's Principles and practice of infectious diseases. Eighth. elsevier; 2015. 1–4908 p.
44. Rivas-Juesas C, Rius Peris JM, García AL, Madramany AA, Peris MG, Álvarez LV, et al. A comparison of two clinical scores for bronchiolitis. A multicentre and prospective study conducted in hospitalised infants. Allergol Immunopathol (Madr) [Internet]. 2018 Jan;46(1):15–23. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0301054617300617>
45. Monzó MA. Mesa redonda Crisis de asma. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2017;(26):17–25.
46. Jaimes-García J, Gallardo-Díaz RP, Ocaña-Servín HL, García-Rillo A, De Revisión A. La crisis asmática: fisiopatología The asthma crisis: physiopathology. Univ Auton del Estado México [Internet]. 2018 [cited 2021 Nov 30];6(1):39–45. Available from: [http://r.diauaemex.com/pdf/2018/enero/5.- La crisis asmática fisiopatología.pdf](http://r.diauaemex.com/pdf/2018/enero/5.-La%20crisis%20asmática%20fisiopatología.pdf)
47. Rodríguez-Martínez CE, Sossa-Briceño MP, Acuña-Cordero R. Quality assessment of acute viral bronchiolitis clinical practice guidelines. J Eval Clin Pract [Internet]. 2017 Feb 1 [cited 2021 Nov 22];23(1):37–43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26346971/>
48. Andrés Martín A, Moreno-Pérez D, Alfayate Miguélez S, Couceiro Gianzo JA, García García ML, Korta Murua J, et al. Etiología y diagnóstico de la neumonía adquirida en la comunidad y sus formas complicadas. An Pediatría [Internet]. 2012 Mar 1 [cited 2021 Nov 30];76(3):162.e1-162.e18. Available from: <https://www.analesdepediatria.org/es-etilogia-diagnostico-neumonia->



La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

adquirida-comunidad-articulo-S1695403311004875



49. SEMI. Asma [Internet]. Sociedad Española de Medicina Interna. [cited 2021 Nov 29]. Available from: <https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/asma>
50. Long S, Prober C, Fischer M. Pediatric Infectious Diseases [Internet]. Fifth Edit. Philadelphia, Pennsylvania: Elsevier USA; 2018. 1–8816 p. Available from: <https://www.sciencedirect.com/book/9780323401814/principles-and-practice-of-pediatric-infectious-diseases>
51. Long S, Prober C, Fischer M. Pediatric Infectious Diseases. Fifth Edit. Philadelphia, Pennsylvania: Elsevier USA; 2018. 1–8816 p.
52. FIRS. Foro de las Sociedades Respiratorias Internacionales El impacto mundial de la Enfermedad Respiratoria [Internet]. 2da ed. 2017 [cited 2021 Dec 6]. 1–48 p. Available from: https://www.who.int/gard/publications/The_Global_Impact_of_Respiratory_Disease_ES.pdf
53. SDS. Proporción de demanda de consulta por enfermedad respiratoria en niños menores de 14 años atendidos en el servicio de urgencias en Bogotá D.C. | SALUDATA [Internet]. Salud Data. 2019 [cited 2021 Dec 6]. Available from: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/salud-ambiental/consultaurgencias14anos/>
54. FIRS. Foro de las Sociedades Respiratorias Internacionales El impacto mundial de la Enfermedad Respiratoria. 2da ed. 2017. 1–48 p.
55. La neumonía infantil: todo lo que debes saber | UNICEF [Internet]. [cited 2021 Dec 6]. Available from: <https://www.unicef.org/es/historias/neumonia-infantil-lo-que-debes-saber>
56. La neumonía infantil: todo lo que debes saber | UNICEF.
57. Carolina D, Paola M, Pulido A. INFORME DE EVENTO INFECCION RESPIRATORIA AGUDA, COLOMBIA, 2017 [Internet]. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2018 [cited 2021 Nov 25]. 1–31 p. Available from: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/Informe_IRA_Final_2017.pdf
58. Carolina D, Paola M, Pulido A. INFORME DE EVENTO INFECCION RESPIRATORIA AGUDA, COLOMBIA, 2017. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2018. 1–31 p.
59. Tasa de Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en Menores de 5 años - Georeferenciado [Internet]. Así Vamos en Salud. 2021 [cited 2021 Dec 6]. Available from: <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/enfermedades-transmisibles/tasa-de-mortalidad-por-infeccion-respiratoria-aguda-ira-en>
60. SDS. Enfermedades Respiratorias en Niños Menores de 5 Años | SALUDATA [Internet]. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. 2020 [cited 2021 Nov 25]. Available from: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/enfermedades-trasmisibles/enfrespiratoriasmenores5anos/>
61. SDS. Enfermedades Respiratorias en Niños Menores de 5 Años | SALUDATA. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. 2020.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

62. Whiting P, Savović J, Higgins JPT, Caldwell DM, Reeves BC, Shea B, et al. ROBIS: A new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. *J Clin Epidemiol.* 2016 Jan;69:225–34.
63. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Guía metodológica Adopción - Adaptación de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia. Bogotá; 2017.
64. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Can Med Assoc J.* 2010 Dec;182(18):E839 LP-E842.
65. Higgins JPT, Altman DG, Gøtzsche PC, Jüni P, Moher D, Oxman AD, et al. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ.* 2011;343.
66. Carrasquilla G, Pulido A, De la Hoz A, Alviar K, Muñoz O, Guerrero R. Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano Versión completa final. Bogotá,.
67. O'Brien S, Borland ML, Cotterell E, Armstrong D, Babl F, Bauert P, et al. Australasian bronchiolitis guideline. *J Paediatr Child Health [Internet].* 2019 Jan;55(1):42–53. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpc.14104>
68. Royal Collage of Paediatrics and Child Health. National guidance for the management of children with bronchiolitis (2021) [Internet]. England and Wales and in Scotland; 2021. 1–22 p. Available from: <https://www.rcpch.ac.uk/resources/national-guidance-management-children-bronchiolitis-during-covid-19>
69. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention [Internet]. 2016. 1–89 p. Available from: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2016/04/GINA-Appendix-2016-final.pdf>
70. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis aguda en niñas y niños y en el primer nivel de atención [Internet]. Mexico D.F.; 2016. 1–48 p. Available from: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/032GER.pdf>
71. Institute for Clinical Systems Improvement. Diagnosis and Treatment of Respiratory Illness in Children and Adults [Internet]. Bloomington; 2017. 1–77 p. Available from: <https://www.icsi.org/wp-content/uploads/2019/01/Resplllness.pdf>
72. Government of South Australia. South Australian Paediatric Clinical Practice Guidelines Croup [Internet]. 2018. 1–13 p. Available from: https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/0dc0488040d03df596cabe40b897efc8/Croup_Paed_v2_0.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-0dc0488040d03df596cabe40b897efc8-nKL.mx0
73. Government of South Australia. Acute Asthma in Children [Internet]. 2021. 1–26 p. Available from: https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/8169868040d035a79695be40b897efc8/Acute+Asthma+in+Children_Paed_v3_3.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPA

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

CE-8169868040d035a79695be40b897efc8-nKKggJi

74. Government of South Australia. Bronchiolitis in Children [Internet]. 2018. 1–13 p. Available from: https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/0a3fd50040d03f4d96fbbbe40b897efc8/Bronchiolitis+in+Children_Aug2013.pdf?MOD=AJPERES
75. Yang CL, Hicks EA, Mitchell P, Reisman J, Podgers D, Hayward KM, et al. Canadian Thoracic Society 2021 Guideline update: Diagnosis and management of asthma in preschoolers, children and adults. *Can J Respir Crit Care, Sleep Med* [Internet]. 2021 Nov 2;5(6):348–61. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/24745332.2021.1945887>
76. Excellence NI for H and C. Cough (acute): antimicrobial prescribing [Internet]. 2019. 1–42 p. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng120/resources/cough-acute-antimicrobial-prescribing-pdf-66141652166341>
77. Chou C-C, Shen C-F, Chen S-J, Chen H-M, Wang Y-C, Chang W-S, et al. Recommendations and guidelines for the treatment of pneumonia in Taiwan. *J Microbiol Immunol Infect* [Internet]. 2019 Feb;52(1):172–99. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1684118218304833>
78. Al-Moamary M, Alhaider S, Alangari A, Idrees M, Zeitouni M, Al Ghobain M, et al. The Saudi Initiative for Asthma - 2021 Update: Guidelines for the diagnosis and management of asthma in adults and children. *Ann Thorac Med* [Internet]. 2021;16(1):4. Available from: <http://www.thoracicmedicine.org/text.asp?2021/16/1/4/307054>
79. BTS. SIGN158 British guideline on the management of asthma [Internet]. Revised ed. London; 2019. 1–214 p. Available from: <https://www.sign.ac.uk/media/1773/sign158-updated.pdf>
80. NICE. Bronchiolitis: diagnosis and management of bronchiolitis in children [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2021. 1–296 p. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng9>
81. NICE. Pneumonia (community-acquired): antimicrobial prescribing [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2019. 1–225 p. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng138/evidence/evidence-review-september-2019-6903413533?tab=evidence>
82. SEPAR. Guía Española para el Manejo del Asma [Internet]. 2021. 1–216 p. Available from: https://drive.google.com/file/d/1rumbczLxolKBMg7SYSwxK0_EQqZHSmSu/view
83. O'Brien S, Craig S, Babl FE, Borland ML, Oakley E, Dalziel SR. 'Rational use of high-flow therapy in infants with bronchiolitis. What do the latest trials tell us?' A Paediatric Research in Emergency Departments International Collaborative perspective. *J Paediatr Child Health* [Internet]. 2019 Jul;55(7):746–52. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpc.14496>
84. Cai K-J, Su S-Q, Wang Y-G, Zeng Y-M. Dexamethasone Versus Prednisone or Prednisolone for Acute Pediatric Asthma Exacerbations in the Emergency Department. *Pediatr Emerg Care* [Internet]. 2021 Dec;37(12):e1139–44. Available from: <https://journals.lww.com/10.1097/PEC.0000000000001926>
85. Wang Z, Li X, Sun A, Fu X. Efficacy of 3% hypertonic saline in bronchiolitis: A meta-analysis.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

- Exp Ther Med [Internet]. 2019 Jun 18; Available from: <http://www.spandidos-publications.com/10.3892/etm.2019.7684>
86. Cai Z, Lin Y, Liang J. Efficacy of salbutamol in the treatment of infants with bronchiolitis. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2020 Jan;99(4):e18657. Available from: <https://journals.lww.com/10.1097/MD.00000000000018657>
 87. Guo C, Sun X, Wang X, Guo Q, Chen D. Network Meta-Analysis Comparing the Efficacy of Therapeutic Treatments for Bronchiolitis in Children. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2018 Jan;42(1):186–95.
 88. Gates A, Gates M, Vandermeer B, Johnson C, Hartling L, Johnson DW, et al. Glucocorticoids for croup in children. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2018 Aug 22;2018(8). Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001955.pub4>
 89. Moreel L, Proesmans M. High flow nasal cannula as respiratory support in treating infant bronchiolitis: a systematic review. *Eur J Pediatr* [Internet]. 2020 May 31;179(5):711–8. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00431-020-03637-0>
 90. Payares-Salamanca L, Contreras-Arrieta S, Florez-García V, Barrios-Sanjuanelo A, Stand-Niño I, Rodríguez-Martínez CE. Metered-dose inhalers versus nebulization for the delivery of albuterol for acute exacerbations of wheezing or asthma in children: A systematic review with meta-analysis. *Pediatr Pulmonol* [Internet]. 2020 Dec 25;55(12):3268–78. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ppul.25077>
 91. Sawanyawisuth K, Chattakul P, Khamsai S, Boonsawat W, Ladla A, Chotmongkol V, et al. Role of inhaled corticosteroids for asthma exacerbation in children: An updated meta-analysis. *J Emerg Trauma Shock* [Internet]. 2020;13(2):161. Available from: <http://www.onlinejets.org/text.asp?2020/13/2/161/286226>
 92. Johnson DW, Bjornson C, Durec T, Vandermeer B, Russell KF, Klassen TP. Nebulized epinephrine for croup in children. In: Johnson DW, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2013. Available from: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006619>
 93. Eghbali A, Sabbagh A, Bagheri B, Taherahmadi H, Kahbazi M. Efficacy of nebulized L-epinephrine for treatment of croup: a randomized, double-blind study. *Fundam Clin Pharmacol* [Internet]. 2016 Feb;30(1):70–5. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/fcp.12158>
 94. Guo C, Sun X, Wang X, Guo Q, Chen D. Network Meta-Analysis Comparing the Efficacy of Therapeutic Treatments for Bronchiolitis in Children. *JPEN J Parenter Enter Nutr* [Internet]. 2018;Jan;42(1):186–95. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29388676/>
 95. Guo C, Sun X, Wang X, Guo Q, Chen D. Network Meta-Analysis Comparing the Efficacy of Therapeutic Treatments for Bronchiolitis in Children. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2021 Nov 22];42(1):186–95. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29388676/>
 96. Johnson DW, Bjornson C, Durec T, Vandermeer B, Russell KF, Klassen TP. Nebulized

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

epinephrine for croup in children. In: Johnson DW, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2007. Available from: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006619>



97. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la atención en la Estrategia de Salas ERA en el contexto de la epidemia de COVID-19 en Colombia. [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 23]. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos_y_procedimientos/GIPS19.pdf
98. Siraj S, Stark W, McKinley SD, Morrison JM, Sochet AA. The bronchiolitis severity score: An assessment of face validity, construct validity, and interobserver reliability. *Pediatr Pulmonol* [Internet]. 2021 Jun 8;56(6):1739–44. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ppul.25337>
99. Manti S, Licari A, Leonardi S, Marseglia GL. Management of asthma exacerbations in the paediatric population: a systematic review. *Eur Respir Rev* [Internet]. 2021 Sep 30;30(161):200367. Available from: <http://err.ersjournals.com/lookup/doi/10.1183/16000617.0367-2020>
100. Ministerio de Salud y Protección. Resolución 3100 de 2019 [Internet]. 2019. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3100-de-2019.pdf>
101. Andina Martínez D, Escalada Pellitero S, Viaño Nogueira P, Alonso Cadenas JA, Martín Díaz MJ, de la Torre-Espi M, et al. Descenso del uso de broncodilatadores en el manejo de la bronquiolitis tras aplicar iniciativas de mejora. *An Pediatría* [Internet]. 2021 Jun; Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1695403321001879>
102. Ochoa Sangrador C, González de Dios J. Conferencia de Consenso sobre Bronquiolitis Aguda (III): diagnóstico en la bronquiolitis aguda. Revisión de la evidencia científica. *An Pediatría* [Internet]. 2010 Apr;72(4):284.e1-284.e23. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1695403310000755>
103. Arroba M. Laringitis aguda (Crup). *An Pediatría* [Internet]. 2003;01(1):55–61. Available from: [https://www.analesdepediatría.org/es-laringitis-aguda-crup--articulo-13054787#:~:text=La%20adrenalina%20est%25C3%25A1ndar%2520\(adrenalina%20L,hasta%2520llegar%25\)20a%252010%2520ml.](https://www.analesdepediatría.org/es-laringitis-aguda-crup--articulo-13054787#:~:text=La%20adrenalina%20est%25C3%25A1ndar%2520(adrenalina%20L,hasta%2520llegar%25)20a%252010%2520ml.)

BIBLIOGRAFIA ANEXOS

Anexo 3

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2063 de 2017, por medio de la cual se adopta la Política de Participación Social en Salud.
2. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS. Manual de Participación y Deliberación [Internet]. 2014. 85 p. Available from: <http://www.iets.org.co/Archivos/65/Manual Participacion.pdf>



La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

3. Hunger T., Schnell-Inderst P., Sahakyan N., Siebert U. Using expert opinion in health technology assessment: A guideline review. *Int J Technol Assess Health Care*. 2016; 32(3):131–9.
4. Mesa L., Estrada K. Guía para el involucramiento de actores en las evaluaciones de tecnología en salud. Bogotá, Colombia: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud 2020. p. 26.
5. EUnetHTA. Stakeholder Involvement Policy EUnetHTA Joint Action 2010-2012. 2012;(October 2010):1-7.

Anexo 10

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2063 de 2017, por medio de la cual se adopta la Política de Participación Social en Salud.
2. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS. Manual de Participación y Deliberación [Internet]. 2014. 85 p. Available from: <http://www.iets.org.co/Archivos/65/Manual Participacion.pdf>
3. Hunger T., Schnell-Inderst P., Sahakyan N., Siebert U. Using expert opinion in health technology assessment: A guideline review. *Int J Technol Assess Health Care*. 2016; 32(3):131–9.
4. Mesa L., Estrada K. Guía para el involucramiento de actores en las evaluaciones de tecnología en salud. Bogotá, Colombia: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud 2020. p. 26.
5. EUnetHTA. Stakeholder Involvement Policy EUnetHTA Joint Action 2010-2012. 2012;(October 2010):1-7.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (INCLUYE COMPONENTE DE SALAS ERA)			
	Código:	SDS-PSS-LN-043	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por: María Vargas Umaña, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Daibeth Elena Henríquez Iguarán, Beatriz Helena Guerrero Africani, Luis Gerardo Cano Villate, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz				

8 CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	RAZÓN DE ACTUALIZACIÓN
1	23/02/2023	Este documento se elabora con el fin de Establecer las actividades mínimas que se deben asegurar a la población mayor de 18 años diagnosticada con asma en Bogotá Distrito Capital, desde las intervenciones poblacionales y colectivas, hasta la prestación de servicios de salud individuales, incorporando los enfoques poblacionales, diferencial y de género, para aplicación por parte de las EAPB autorizadas a operar en la ciudad y de la red prestadora de servicios de salud contratada)

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.