

DIAGRAMA DE ATENCIÓN IRA (Infección Respiratoria Aguda)

Anexo 3



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

Alcalde Mayor de Bogotá
Enrique Peñalosa Londoño

Secretario Distrital de Salud
Luis Gonzalo Morales Sánchez

Subsecretaría de Salud Pública
Patricia Arce Guzmán

Coordinación General del Documento

Director de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva
Carlos Julio Pinto Iza

Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública
Sonia Esperanza Rebollo Sastoque

Autores

Subsecretaría de Salud Pública
Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento

Coordinación Editorial

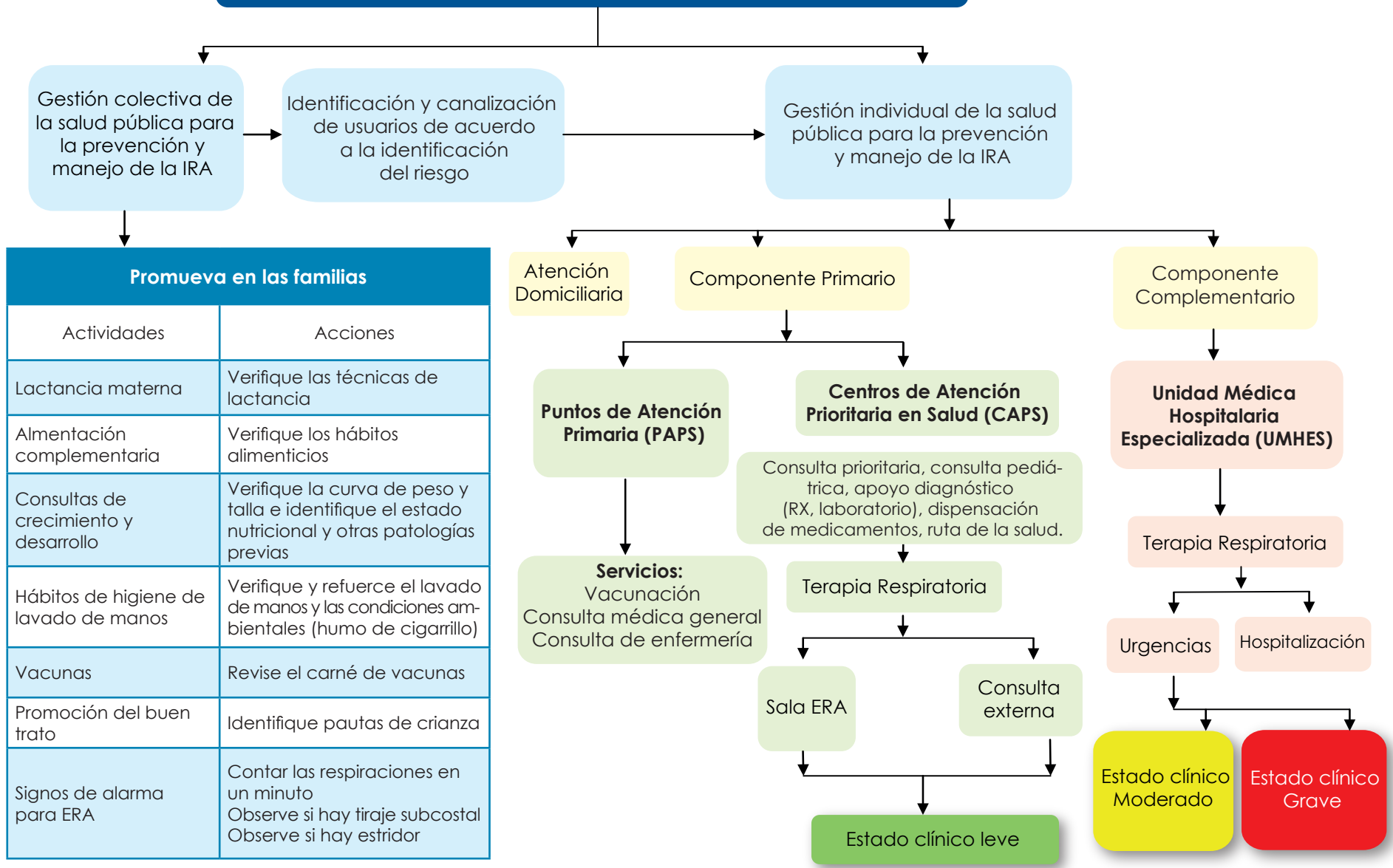
Oficina Asesora de Comunicaciones en Salud
Ronald Ramírez López

Diseño y Diagramación
Harol Giovanni León Niampira

Fotografía
www.saludcapital.gov.co

Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 # 12-81
Conmutador: 364 9090
Bogotá, D. C. - 2016
www.saludcapital.gov.co

Diagrama de atención a la infección respiratoria aguda (IRA) en las subredes integradas de servicios de salud del Distrito Capital



Promueva en las familias	
Actividades	Acciones
Lactancia materna	Verifique las técnicas de lactancia
Alimentación complementaria	Verifique los hábitos alimenticios
Consultas de crecimiento y desarrollo	Verifique la curva de peso y talla e identifique el estado nutricional y otras patologías previas
Hábitos de higiene de lavado de manos	Verifique y refuerce el lavado de manos y las condiciones ambientales (humo de cigarrillo)
Vacunas	Revise el carné de vacunas
Promoción del buen trato	Identifique pautas de crianza
Signos de alarma para ERA	Contar las respiraciones en un minuto Observe si hay tiraje subcostal Observe si hay estridor

Acciones**

*Promover el ejercicio del derecho a la salud, *Medidas de Prevención, *Educación para la salud, *Promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud., *Identificar la presencia de sucesos vitales (enfermedad o muerte), *Promover la construcción de estrategias de afrontamiento frente a estrategias vitales, *Identificación individual del riesgo.

BRONQUIOLITIS

Primer episodio de sibilancias en un niño menor de 2 años

Estado clínico leve

1. Continúe vía oral y refuerce lactancia materna.
2. Inicie manejo en sala ERA a los mayores de 2 meses, en los prestadores primarios o complementarios.
3. No realice exámenes ni rayos X de tórax.
4. No ordene terapia respiratoria.
5. Suministre salbutamol IDM así:
 - » De 2 a 12 meses de edad: 3 pulverizaciones.
 - » Mayor de 12 meses: 4 pulverizaciones.
 - » Realice un ciclo cada 20 minutos durante 1 hora, luego cada hora durante 3 horas y revalore.
6. Si no mejora, remita al menor.
7. Si cumple criterios de egreso, dé salida y garantice el seguimiento telefónico durante las primeras 48 horas.
8. Entregue el folleto de educación y explique claramente los signos de alarma.
9. Remita a los menores que cumplen criterios de bronquiolitis de alto riesgo al prestador complementario.

Estado clínico moderado

1. Hospitalizar y remitir a cuidado intermedio pediátrico.
2. Suspender vía oral e iniciar líquidos endovenosos con DAD al 5 % con 20 cm³ de cloruro de sodio y 5 cm³ de cloruro de potasio, si diuresis, a una velocidad de infusión de acuerdo con el peso (4 cm³/kg/h, como mínimo).
3. Considere paso de bolo de solución salina de acuerdo con el estado hemodinámico (10-20 cm³/kg).
4. Inicie micronebulizaciones con solución salina hipertónica en menores de 2 meses, no en ciclo, con periodicidad cada 8 horas y b2 adrenérgico en los mayores de 2 meses.
5. Si no hay respuesta considere esteroide endovenoso metilprednisolona o hidrocortisona.
6. Según respuesta considere aminofilina bolo de 5 mg por kilo, continuar de 0,5 a 1 mg/kilo/hora.
7. Considere iniciar sulfato de magnesio.
8. Considere iniciar ventilación mecánica no invasiva si se requiere.

Estado clínico grave

1. Hospitalizar y remitir a cuidado intensivo pediátrico.
2. Suspender vía oral e iniciar líquidos endovenosos con DAD al 5 % con 20 cm³ de cloruro de sodio y 5 cm³ de cloruro de potasio, si diuresis a una velocidad de infusión de acuerdo al peso.
3. Considere paso de bolo de solución salina de acuerdo con el estado hemodinámico.
4. Inicie micronebulizaciones con solución salina hipertónica.
5. Considere iniciar esteroide endovenoso.
6. Tome gases arteriales si FiO₂ mayor al 50 %.
7. Inicie ventilación mecánica no invasiva o invasiva según se requiera.

Criterios de egreso

Tolera vía oral	No fiebre
No dificultad respiratoria	Saturación mayor a 88 %
Compromiso del cuidador	Fácil desplazamiento

Si cumple algún criterio para bronquiolitis de alto riesgo hospitalice y remita a Prestador Complementario (Tunal, Meissen o Tunjuelito UMI El Carmen):

Menor de 2 meses, prematuridad (definida por peso <2000 gramos al nacer) en <6 meses, cuidadores no confiables, dificultad para el desplazamiento, enfermedades congénitas cardiovasculares y repercusión clínica, displasia broncopulmonar, fibrosis quística, trastornos congénitos de las vías respiratorias inferiores, inmunodeficiencias, trasplante, enfermedades congénitas con compromiso pulmonar y/o cardiovascular, enfermedad neurológica moderada a grave, síndrome de Down, presencia de apneas, desnutrición aguda grave o mayor de 2 meses con estado clínico moderado o grave, signos de enfermedad grave según AIEPI a cualquier edad. El menor de 1 mes que requiera UCI Neonatal remita a Tunal y Meissen. Siempre inicie trámite de remisión si no hay disponibilidad de camas.

Estado clínico leve

1. Continúe vía oral y refuerce lactancia materna.
2. Realice hemograma y Rx de tórax.
3. Remita a prestador complementario a menores de 4 meses.
4. Mayores de 4 meses, si requiere hospitalización, remita a la UMHES.
5. Manejo ambulatorio con amoxicilina a 90 mg/kg/día hasta completar 7 días.

Estado clínico moderado

1. Hospitalice y remita a cuidado intermedio pediátrico.
2. Suspenda vía oral e inicie líquidos endovenosos con DAD al 5 % con 20 cm³ de cloruro de sodio y 5 cm³ de cloruro de potasio, si diuresis, a una velocidad de infusión de acuerdo al peso y estado de hidratación (4 cm³/kg/h como mínimo).
3. Considere paso de bolo de solución salina de acuerdo con el estado hemodinámico (10-20 cm³/kg).
4. Realice hemograma, PCR y Rx de tórax.
5. En menores de 1 mes, tome hemocultivos, inicie ampicilina + gentamicina y remita a URN.
6. En mayor de 1 mes y menor de 4 meses inicie ampicilina.
7. Mayor de 4 meses inicie penicilina cristalina 250.000 UI/kg/día o ampicilina a 200mg/kg/día.
8. Si presenta deterioro clínico realice hemocultivos en número 2, cambie antibiótico a ampicilina sulbactam y remita a cuidado intensivo.

Estado clínico grave

1. Hospitalice y remita a cuidado intensivo pediátrico.
2. Suspenda vía oral e inicie líquidos endovenosos con DAD al 5 % con 20 cm³ de cloruro de sodio y 5 cm³ de cloruro de potasio, si diuresis a una velocidad de infusión de acuerdo con el peso.
3. Considere paso de bolo de solución salina de acuerdo con el estado hemodinámico.
4. Tome gases arteriales si FiO₂ mayor al 50 %.
5. Inicie ventilación mecánica no invasiva o invasiva según se requiera.
6. Cambie antibiótico de acuerdo con el germen aislado o del perfil microbiológico de la institución.

Recuerde que a todo menor de 5 años que egresa del servicio de urgencias y hospitalización con diagnóstico de bronquiolitis o neumonía, se le debe garantizar seguimiento y control a más tardar a las 72 horas, así como explicar signos de alarma, aclarar dudas y entregar material educativo.

CRUP

Estridor Agudo

Estado clínico leve

1. Continúe vía oral y refuerce lactancia materna.
2. No realice exámenes ni Rx de tórax.
3. No ordene terapia respiratoria. Descarte cuerpo extraño.
4. Inicie dexametasona así:
 - » Dexametasona 0,6 mg/kg IM
5. Clasifique la severidad del CRUP y continúe manejo y observación en el servicio según la clasificación.
6. Inicie manejo en sala ERA a los mayores de 3 meses, en los prestadores primarios o complementarios.
7. Realice NB con Adrenalina:
 - » Adrenalina común 0,5 ml/kg de solución 1:1000 diluido en 3 ml de SSN, máxima dosis 2,5 ml/dosis, revalore a las 2 horas.
8. Si no mejora hospitalice el menor.
9. Si cumple criterios de egreso dé salida y garantice seguimiento telefónico las primeras 48 horas.
10. Entregue folleto de educación y explique claramente los signos de alarma.
11. Si presenta deterioro remita a prestador complementario.

Estado clínico moderado

1. Hospitalice y remita a cuidado intermedio pediátrico.
2. Suspnda vía oral e inicie líquidos endovenosos con DAD al 5 % con 20 cm³ de cloruro de sodio y 5 cm³ de cloruro de potasio, si diuresis, a una velocidad de infusión de acuerdo al peso y estado de hidratación (4 cm³/kg/h como mínimo).
3. Considere paso de bolo de solución salina de acuerdo con el estado hemodinámico (10-20 cm³/kg).
4. Inicie dexametasona así:
 - » 0,6 mg/kg IM
5. Realice NBZ con adrenalina:
 - » Adrenalina común 0,5 ml/kg de solución 1:1000 diluido en 3 ml de SSN, máxima dosis 2,5 ml/dosis cada 8 horas.
6. Si no mejora hospitalice el menor.
7. Considere iniciar ventilación mecánica no invasiva, si se requiere.

Estado clínico grave

1. Hospitalice y remita a cuidado intensivo pediátrico.
2. Suspnda vía oral e inicie líquidos endovenosos con DAD al 5 % con 20 cm³ de cloruro de sodio y 5 cm³ de cloruro de potasio, si diuresis a una velocidad de infusión de acuerdo con el peso.
3. Considere paso de bolo de solución salina de acuerdo con el estado hemodinámico.
4. Considere iniciar micronebulizaciones con adrenalina común 0,5 ml/kg de solución 1:1000 diluido en 3 ml de SSN, máxima dosis 2,5 ml/dosis.
5. Considere iniciar esteroide endovenoso.
6. Tome gases arteriales si FiO₂ mayor al 50 %.
7. Inicie ventilación mecánica no invasiva o invasiva según se requiera.

