

**RESPIRA**  
sin

Evita la IRA en ti  
Infecciones Respiratorias Agudas

# GUÍA

## DE PROMOCIÓN Y ATENCIÓN EN ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA (ERA)



## Alcaldía Mayor de Bogotá, D. C., Secretaría Distrital de Salud (SDS)

Alcalde Mayor de Bogotá  
Enrique Peñalosa Londoño

Secretario Distrital de Salud  
Luis Gonzalo Morales Sánchez

Subsecretaria de Salud Pública  
Patricia Arce Guzmán

Director de Epidemiología, Análisis  
y Gestión de Políticas  
Manuel González Mayorga

Subdirectora de Acciones Colectivas  
Luz Mery Vargas Gómez

Subdirectora de Determinantes de Salud  
María Claudia Franco Morales

### Coordinación Editorial

Oficina Asesora de Comunicaciones  
Ronald Ramírez López

Corrección de estilo  
Gustavo Patiño Díaz

Diseño y diagramación  
Manuel Francisco Díaz Rodríguez

Foto portada  
Alejandro Buitrago

© Secretaría Distrital de Salud  
Subsecretaría de Salud Pública  
Carrera 32 # 12-81, cuarto piso  
Conmutador: 364 9090  
Bogotá, D. C.  
2019  
[www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co)

## Autores

### Coordinadora general

Carmen Graciela Zamora Reyes

Pediatra. Profesional especializada, Secretaría Distrital de Salud.

### Grupo de consulta y apoyo para el consenso

Lina María Pedraza

Enfermera. Profesional especializada, Secretaría Distrital de Salud.

Karen Lisset Jiménez Rodríguez

Pediatra. Profesional especializada, Secretaría Distrital de Salud.

Catalina Vásquez

Neumóloga pediatra. Profesional, grupo Infección  
Respiratoria, Ministerio de Salud y Protección Social.

Alejandro Mojica

Infectólogo pediatra, Ministerio de Salud y Protección Social.

Martha Beltrán

Pediatra. Coordinadora de Pediatría,  
Clínica Colina y Clínica El Country.

Olga Patricia Panqueva

Neumóloga pediatra, Clínica La Colina.

### Grupo colaborador

#### Residentes de pediatría de la Universidad El Bosque

Silvia Lorena Carreño Corzo

Paula Andrea Falcón Acosta

Jéssica Paola Mora Blanco

Gabriel Iván Narváez Oviedo

Diva del Carmen Ruiz Cabrales

Andrés Mauricio Tavera Paredes

#### Residentes de pediatría de la Universidad de La Sabana

Rocío del Pilar Pereira Ospina

Viviana Rivera Domínguez

#### Internos de la Universidad de La Sabana

Maried Ariana Da Silva

Daniel Enrique Upegui Mojica

Yenny Catalina Durán Cárdenas

## Contenido

Introducción.....	9
Capítulo 1. Vigilancia de salas ERA.....	11
Capítulo 2. Aspectos conceptuales básicos.....	13
2.1. ¿Cuál es el propósito de una sala ERA?.....	13
2.2. ¿Qué es una sala ERA?.....	13
2.3. Infraestructura.....	15
2.3.1. Condiciones generales y recursos físicos requeridos para la implementación de una sala ERA de tipo institucional o permanente.....	15
2.3.1.1 Insumos con los que deben contar las salas ERA institucionales.....	15
2.3.1.2 Recurso humano necesario en sala ERA isntitucional, o permanente.....	18
2.3.2. Condiciones generales y recursos físicos requeridos para la implementación de una sala ERA de tipo funcional o temporal.....	19
2.3.2.1 Insumos con los que deben una sala ERA funcional.....	19
2.3.2.2 Recurso humano necesario en sala ERA funcional, o temporal.....	21
Capítulo 3. Enfoque inicial para el manejo de paciente con diagnóstico de ERA.....	23

3.1. Criterios de ingreso a la sala ERA.....	24
3.2. Procedimiento por seguir.....	26
Capítulo 4. Guías específicas de atención en sala ERA, ambulatorio y manejo inicial de patología grave.....	29
4.1. Laringotraqueítis o <i>crup</i> .....	29
4.1.1. Parámetros para clasificación.....	30
4.1.1.1 Escala de Westley (modificada por Fleisher).....	31
4.1.2. Diagnóstico diferencial de obstrucción de la VAS.....	30
4.1.3. Exámenes paraclínicos.....	32
4.1.4. Clasificación y manejo según la gravedad.....	32
4.1.4.1 <i>Crup</i> grave, o laringotraqueítis grave (puntuación de 9 o más).....	32
4.1.4.1.1 Enfoque terapéutico.....	32
4.1.4.2. <i>Crup</i> moderado (puntuación 5-8).....	34
4.1.4.2.1 Enfoque terapéutico: Manejo en sala ERA.....	34
4.1.4.3. <i>Crup</i> leve (puntuación < 5).....	36
4.2. Bronquiolitis.....	36
4.2.1. Parámetros para clasificación.....	37
4.2.1.1 Bronquiolitis grave.....	38
4.2.1.2 Enfoque terapéutico para el paciente con signos de dificultad respiratoria grave.....	39

4.2.2. Bronquiolitis leve.....	41
4.2.2.1 Enfoque terapeutico: Manejo en sala ERA.....	41
4.2.3. Bronquiolitis leve sin criterio de ingreso a salas ERA.....	42
4.2.3.1 Enfoque terapéutico: Manejo ambulatorio.....	42
4.3. Sibilante recurrente.....	43
4.3.1. Sibilancia grave o sibilancia recurrente grave (> 9 puntos).....	44
4.3.1.1 Enfoque terapeutico.....	44
4.3.2. Sibilancia o sibilancia recurrente (puntaje entre 5-8 puntos).....	45
4.3.2.1 Enfoque terapéutico: Manejo en sala ERA.....	45
4.3.3. Sibilancia o sibilancia recurrente (puntaje < 5 puntos).....	46
4.3.3.1 Enfoque terapéutico: Manejo ambulatorio.....	46
4.4. Asma.....	46
4.4.1. Antecedentes de síntomas respiratorios variables.....	47
4.4.2. Evidencia de una limitación del flujo de aire espiratorio.....	48
4.4.3. ¿Cómo evaluar a un paciente con asma?.....	48
4.4.3.1 Control del asma.....	48
4.4.4. Principios generales en el manejo del asma.....	49

4.4.5. Clasificación del asma según la gravedad y tratamiento.....	50
4.4.5.1. Asma que amenaza la vida (índice pulmonar > 7).....	50
4.4.5.1.1 Enfoque terapéutico.....	50
4.4.5.2. Asma aguda grave (índice pulmonar 5-6).....	51
4.4.5.2.1 Enfoque terapéutico.....	51
4.4.5.3 Asma leve o moderada (índice pulmonar < 4).....	52
4.4.5.3.1 Enfoque terapéutico: Manejo en sala ERA.....	52
4.4.6. Estrategias e intervenciones no farmacológicas.....	53
4.5 Neumonía.....	53
4.5.1. Neumonía muy grave en riesgo de sepsis (o enfermedad muy grave).....	57
4.5.1.1 Enfoque terapéutico.....	57
4.5.2. Neumonía grave.....	58
4.5.2.1 Enfoque terapéutico.....	58
4.5.3. Neumonía (de manejo ambulatorio).....	59
4.5.3.1 Enfoque terapéutico.....	60
Capítulo 5. Criterios para dar de alta a un paciente.....	62
5.1 Educación.....	62
5.1.1. Medidas para evitar que el niño se enferme.....	63

5.1.1.1 En el plano individual.....	63
5.1.1.2. En colegios, escuelas y jardines infantiles.....	65
5.1.2. Cómo cuidar al niño si está enfermo.....	65
5.1.2.1. Cuidadores.....	66
5.1.3. Cuándo consultar de inmediato al médico.....	67
5.1.3.1 Signos de alarma para volver de inmediato.....	67
5.1.4. Control de los factores relacionados con la transmisión de la infección asociada a las atenciones en salud.....	68
5.2 Seguimiento del paciente.....	69
Capítulo 6. Verificación de la estrategia de salas ERA.....	71
Referencias.....	74
Anexos.....	77
1. Técnica de uso del IDM con inhalocámara.....	77
2. Cómo verificar el contenido del inhalador.....	79
3. Cómo lavar la inhalocámara.....	80
4. Matriz de registro individual de niños atendidos en salas ERA.....	81
5. Instrumento de verificación a salas ERA .....	82

**Nota aclaratoria:** en este documento, cuando se haga referencia a niños o cuidadores se estará incluyendo también a las niñas y a las cuidadoras, respectivamente.

## Introducción

La enfermedad respiratoria aguda (ERA), y en especial lo que hace referencia a infección respiratoria aguda (IRA), continúa siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en menores de 5 años prevenibles e intervenibles en los ámbitos nacional y distrital.

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) reconoce la necesidad de implementar acciones permanentes para abordar dicha problemática, y de esta manera mitigar la aparición de brotes o situaciones de alerta por IRA; con fundamento en ello, en experiencias anteriores y en la ley estatutaria (Ley 1751 de 2015), la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) (Resolución 429 de 2016) y la Resolución 3202 de 2016, modificada por la Resolución 276 de 2019, relacionada con la adopción y la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud, así como lo definido en el Protocolo Nacional de Vigilancia en Salud Pública de la IRA, las guías, los protocolos, los lineamientos, las estrategias y las acciones plasmadas en las circulares 009 y 038 de 2012, imparte, a través de la Circular 023 de 2017, instrucciones de obligatorio cumplimiento en el ámbito nacional, dentro de las cuales se contempla la implementación del Programa Nacional para la Prevención, Manejo y Control de la Infección Respiratoria Aguda, cuyo fin es brindar orientaciones fundamentadas en la Atención Primaria en Salud que favorezcan un abordaje integral de la IRA en la población infantil.

El Programa Nacional para la Prevención, Manejo y Control de la Infección Respiratoria Aguda contempla cuatro componentes: 1) Gestión y planeación, 2) Atención para la salud, 3) Gestión del conocimiento y 4) Sistemas de información y seguimiento. Los componentes, a su vez, se

deben desarrollar desde tres estrategias (intersectorial, institucional y comunitaria) y deben articularse al Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), las estrategias de infancia Cero a Siempre, Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y al Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

En Bogotá, se establece mediante la Circular 009 de 2018 la implementación del Programa de Prevención, Manejo y Control de la Infección Respiratoria Aguda, con base en los lineamientos emanados del ámbito nacional, y se definen dentro de las estrategias prioritarias por fortalecer dentro del marco del programa las siguientes: salas ERA multimodales para promover la higiene de manos y etiqueta de tos, AIEPI, uso prudente de antibióticos y seguimiento a cohortes.

Hacer intervenciones para fortalecer los conocimientos de los trabajadores de la salud en guías y estrategias dirigidas a la infancia hace parte fundamental de la implementación de los componentes de Atención para la salud y gestión del conocimiento del programa a escala distrital; como parte de dicho proceso, la Secretaría Distrital de Salud (SDS) deja a disposición de los trabajadores de la salud el presente documento, que contempla aspectos relevantes para el manejo del paciente con ERA, haciendo especial énfasis en la estrategia de salas ERA.

En Bogotá, de acuerdo con la caracterización adelantada por la SDS en 311 instituciones prestadoras de los servicios de salud (IPS) (1) de la ciudad priorizadas para el fortalecimiento de la respuesta oportuna y pertinente a eventos de interés en salud pública (EISP), se identificaron 120 puntos de atención (38,5%) en los que se desarrolla la estrategia de salas ERA, distribuidos en el 68% y en el 32%, respectivamente, entre privados y públicos. En las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud que tienen carácter público se encuentra un mayor porcentaje en la Subred Norte (56%), seguida por la Subred Centro Oriente (17,5%), la Subred Suroccidente (17%) y la Subred Sur (10%).

## Capítulo 1.

### Vigilancia de las salas ERA

La vigilancia de la IRA en el Distrito Capital se realiza a partir de los criterios establecidos en el Protocolo Nacional de Vigilancia de IRA (2); sin embargo, para la morbilidad la estrategia de salas ERA forma parte de la vigilancia en Bogotá, D. C., en conjunto con la Línea Calidad de Aire, Ruido y REM (vigilancia sanitaria y ambiental), en lo que corresponde a notificación y comportamiento del evento. Para dicha vigilancia se debe diligenciar un formato estructurado, que permite identificar de forma individual a cada paciente, así como su diagnóstico, su manejo y su seguimiento, tal como se evidencia en el anexo 4.

La recolección de la información aportada por las salas se considera un evento de notificación obligatoria, que debe gestionarse siguiendo estas indicaciones:

- El envío del reporte de las bases de datos asociados a sala ERA debe hacerse de manera semanal los martes antes de las 5:00 p. m., a la SDS.
- Se debe diligenciar la totalidad de variables de la base.
- En la variable *diagnóstico* se debe diligenciar el diagnóstico de ingreso en concordancia con el tipo de patología para la cual fue destinada esta área de atención médica; es decir: laringotraqueítis o *crup*, bronquiolitis, sibilancia recurrente/asma, neumonía, rinofaringitis/infección de la vía aérea superior.

- La variable *seguimiento* requiere reporte estricto del seguimiento realizado a las 48 horas y a los 7 días posteriores al egreso del paciente.
- El *régimen de seguridad social* hace referencia al régimen de afiliación del paciente; es decir: subsidiado, contributivo, especial, pobre no asegurado. Además, debe ir acompañado del nombre de la entidad aseguradora.
- Se debe identificar el riesgo para seguimiento priorizado (prematuridad, bajo peso, comorbilidad, sibilancia recurrente).
- Cuando el seguimiento a las 48 horas o a los 7 días es negativo, se debe registrar con quién se articuló, para lograr el seguimiento (espacio vivienda, EAPB, IPS).

## Capítulo 2.

### Aspectos conceptuales básicos

#### 2.1. ¿Cuál es el propósito de una sala ERA?

Se propone la denominación *salas ERA* porque en ellas se deben atender tanto los casos de IRA como los demás casos de ERA, incluyendo agudizaciones de cuadros recurrentes, o bien, de cuadros crónicos, como el asma.

Su propósito es disminuir la morbilidad y la mortalidad por ERA en niños manejando tempranamente y de manera estandarizada los casos, con base en protocolos y en guías de práctica clínica (GPC), donde se incluye el diagnóstico oportuno, la clasificación de la severidad y la identificación de factores de riesgo, para así racionalizar la hospitalización, el uso de paraclínicos, el uso de antibióticos y las medidas de higiene bronquial.

Así mismo, una sala ERA tiene como prioridad la educación al paciente y a sus cuidadores para el manejo del paciente en casa, si reúne las condiciones para ello; la identificación de signos de alarma, para consultar de inmediato a un servicio de salud, y el seguimiento de los casos atendidos en sala ERA, para detectar oportunamente una evolución desfavorable.

#### 2.2. ¿Qué es una sala ERA?

Las salas ERA son áreas ubicadas en un servicio hospitalario de urgencias o de consulta externa, para la atención de pacientes menores de 5 años con un cuadro respiratorio

agudo o con algún componente de dificultad respiratoria leve, que puedan ser manejados con esquemas terapéuticos básicos, sin los requerimientos de una sala de observación en urgencias u hospitalización, y que no requieren, para el manejo de su cuadro agudo, una estancia de más de cuatro o seis horas.

La sala ERA puede ser implementada de manera permanente (institucional) o temporal (funcional) por el prestador, dependiendo de las necesidades del servicio y de las características de los pacientes que habitualmente atiende.

- **Salas ERA institucionales, o permanentes:** Para las instituciones de salud que manejan un alto volumen de niños con ERA, dichas salas están ubicadas en un servicio de urgencias o de consulta prioritaria. Una sala ERA institucional, o permanente, es un área dedicada exclusivamente a la atención de estos casos. Para una oportuna y adecuada atención, cuenta con una terapeuta respiratoria o una enfermera las 24 horas.
- **Salas ERA funcionales, o temporales:** Surgen de la adecuación de áreas dispuestas cotidianamente para otras funciones: por ejemplo, una sala de procedimientos que cumpla los requisitos de bioseguridad. Se las recomienda para las instituciones de salud donde se atiende consulta externa, y que manejan un escaso número de niños con ERA, por lo cual no se justifica que tengan un área exclusiva dedicada a la atención de estos casos. De igual manera, deben contar con profesionales de la salud adecuadamente capacitados para aplicar las Guías de Manejo definidas, y contar con los insumos necesarios para suministrar esta modalidad de atención

## 2.3. Infraestructura

### 2.3.1. Condiciones generales y recursos físicos requeridos para la implementación de una Sala ERA de tipo institucional, o permanente

- Área física exclusiva, delimitada, de circulación restringida, señalizada de forma clara y visible para los usuarios, incluyendo los horarios de atención.
- Los pisos, los cielos rasos, techos, las paredes y los muros, al igual que los muebles dentro del área, deben ser de fácil limpieza y desinfección.
- Ventilación natural o artificial.
- Iluminación natural o artificial.
- Disponibilidad de lavamanos y de unidad sanitaria.

#### 2.3.1.1 Insumos con los que deben contar las salas ERA institucionales

Los prestadores de servicios de salud deberán llevar registros con la información de todos los dispositivos médicos requeridos en la estrategia sala ERA; dichos registros deben incluir: la descripción genérica; la marca del dispositivo; la serie del dispositivo, cuando aplique (después de 2009); la presentación comercial; el registro sanitario vigente; el permiso de comercialización, cuando aplique; la clasificación del riesgo (información consignada en el registro sanitario o en el permiso de comercialización, o suministrada por el ingeniero biomédico), y la vida útil.

Puede ser instaurado el formato de control de dispositivos médicos de la estrategia sala ERA, presentado en la tabla 1, incluyendo el control de máximos y mínimos.

**Tabla 1. Formato, control de dispositivos médicos de la estrategia sala ERA**

Dispositivo médico (nombre o marca comercial)	Presentación comercial	Registro sanitario	Número de lote	Clasificación de riesgo	Fecha de vencimiento	Vida útil
Cánula nasal (para diferentes edades)						
Inhalocámara						
Humidificador desechable						
Jeringas (especificar volumen)						
Tapabocas						
Kit de micronebulización						
Guantes de nitrilo						

Fuente: Grupo de provisión de servicios de la SDS para el seguimiento a salas ERA 2017.

- Sillas para la atención de niños con menor compromiso respiratorio. Estas deben ser ubicadas a una distancia entre sí que minimice el riesgo de infección cruzada: por lo menos, a 1 m de distancia entre una y otra.
- Sillas para los padres o los cuidadores. Fonendoscopios, tensiómetro y termómetro. Oxímetro de pulso (idealmente, dicho oxímetro debe mostrar la curva del pulso; si se atiende a menores de 2 años, debe tener sensores adecuados para esas edades).
- Cánulas nasales para las diferentes edades. Kit de nebulización de uso de acuerdo con el protocolo (incluidos en el plan de beneficios). Inhalocámaras (incluidas en el plan de beneficios). Guantes, batas, tapabocas, toallas de papel, jabón hospitalario, alcohol glicerinado.

Para iniciar el manejo de cuadros obstructivos de vía área superior alta o baja, se requiere tener acceso a los medicamentos que se mencionarán a continuación. No necesariamente todos se deben aplicar en sala ERA, pero la institución los debe administrar en un servicio destinado para tal fin (inyectología u observación), previamente al ingreso a salas ERA.

Para la aplicación de los medicamentos y de los dispositivos médicos, se deberán seguir los procesos institucionales establecidos para su uso adecuado, y asegurarse la vigilancia permanente de estos por parte del servicio farmacéutico de la institución.

- Oxígeno (en balas o por sistema dispensador de pared).
- Prednisolona: tabletas de 5 mg y de 50 mg.
- Salbutamol IDM 100 µg/dosis.
- Amoxicilina suspensión × 250 mg/5 cm<sup>3</sup> en casos de coinfección.
- Adrenalina ampollas 1/1000.
- Ampollas de agua destilada.
- Dexametasona, ampollas de 4-8 mg/2 ml.
- Beclometasona IDM × 50 µg/dosis, bronquial.
- Beclometasona IDM × 250 µg/dosis bronquial.
- Acetaminofén jarabe 150 mg/5 ml.

Es importante recordar que todos los medicamentos que se indican para el manejo de los eventos con criterio de ingreso a salas ERA están cubiertos por el Plan de Beneficios con Cargo a la Unidad de Pago por Capitación (PBSUPC).

Los medicamentos que sean de dosis múltiples —por ejemplo, inhaladores o jarabes que se inicien en la sala ERA— deben ser entregados al paciente para continuar con su medicamento en casa. Los demás medicamentos para el manejo en casa deben formularse para que sean reclamados de manera prioritaria en la farmacia de la IPS correspondiente.

Se debe ser estricto en el uso de elementos de protección personal, aplicando las medidas de precaución estándar y de aislamiento por contacto y gotas, y enfatizando la distancia entre uno y otro caso de al menos 1 m; también, el empleo de tapabocas para todos los casos sintomáticos y el estricto lavado de manos.

En la sala ERA, y, en general, dentro de la estrategia ERA, se debe contar con medidas requeridas de bioseguridad que disminuyan al máximo los riesgos de infecciones asociadas a las atenciones en salud (IAAS), de acuerdo con lo establecido en la Resolución 2003 de 2014 (3).

### **2.3.1.2 Recurso humano necesario en sala ERA institucional, o permanente**

- Médico general o pediatra, con entrenamiento básico en las Guías de Manejo de Enfermedad Respiratoria. Debe hacer la valoración inicial y definir el esquema de manejo en salas ERA, así como determinar la conducta al dar de alta de la sala, o referir a otro nivel de atención, si es necesario.
- Terapeuta respiratoria o enfermera profesional, con entrenamiento especial en las estrategias del programa.

### **2.3.2. Condiciones generales y recursos físicos requeridos para la implementación de una sala ERA de tipo funcional o temporal**

El área adaptable para permitir el manejo de los casos debe reunir las condiciones para disminuir al máximo los riesgos de infección cruzada, con un espacio entre sitio y sitio de ubicación de los niños de 1 m, como mínimo; además debe incluir:

- Área física delimitada y de circulación restringida.
- Los pisos, los cielos rasos, los techos, las paredes y los muros, al igual que los muebles dentro del área, deben ser de fácil limpieza y desinfección.
- Ventilación natural o artificial.
- Iluminación natural o artificial.
- Disponibilidad de lavamanos y de unidad sanitaria.

#### **2.3.2.1 Insumos con los que debe contar una sala ERA funcional**

Para el registro y el control de los insumos se deben tener en cuenta las especificaciones de la tabla 1, referidas en las salas ERA permanentes.

- Sillas para atención de niños con menor compromiso respiratorio.
- Sillas para los padres o los cuidadores.
- Fonendoscopio, tensiómetro, termómetro.
- Oxímetro de pulso (idealmente, dicho oxímetro debe mostrar la curva del pulso; si se atiende a menores de

2 años, también debe tener sensores adecuados para esas edades).

- Cánulas nasales para las diferentes edades.
- Kit de nebulización de uso de acuerdo con el protocolo (incluido en el plan de beneficios).
- Inhalocámaras (incluidas en el plan de beneficios).
- Guantes, batas, tapabocas, toallas de papel, jabón hospitalario y alcohol glicerinado.

Tener acceso a los siguientes medicamentos, requeridos para iniciar manejo en sala ERA:

- Oxígeno (en balas o por sistema dispensador de pared).
- Prednisolona: tabletas de 5 mg y de 50 mg.
- Salbutamol IDM 100 µg/dosis.
- Amoxicilina suspensión × 250 mg/5 cm<sup>3</sup> en casos de coinfección.
- Adrenalina ampollas 1/1000.
- Ampollas de agua destilada.
- Dexametasona, ampollas de 4-8 mg/2 ml.
- Beclometasona IDM × 50 µg/dosis, bronquial.
- Beclometasona IDM × 250 µg/dosis bronquial.
- Acetaminofén jarabe 150 mg/5 ml.

### 2.3.2.2 Recurso humano necesario en sala ERA funcional, o temporal

- Médico general o pediatra, con entrenamiento básico en las Guías de Manejo de Enfermedad Respiratoria. Deben realizar la valoración inicial y definir el esquema de manejo en salas ERA, así como determinar la conducta al dar de alta de la sala o referir a otro nivel de atención, si es necesario.
- Enfermera profesional, con entrenamiento especial en las estrategias del programa, y disponible para asumir el manejo de los niños que así lo requieran. Según las condiciones del punto de atención, estas funciones las puede cumplir una auxiliar muy bien entrenada, con la adecuada supervisión de una enfermera profesional.

Nota aclaratoria: Las salas ERA deberían funcionar en todos los niveles de atención, pues si bien su grupo objetivo son casos de baja complejidad, es muy frecuente que en los niveles de mayor complejidad se atienda a pacientes con ese tipo de patologías; en dicha estrategia se tiene una oportunidad para racionalizar las hospitalizaciones en esos niveles de atención.

Consecuentemente con lo anterior, las guías que acá se describen van dirigidas a orientar la valoración y el manejo de niños con ERA con dificultad respiratoria leve; es claro que en todos los casos —pero, especialmente, los manejados en niveles de mayor complejidad—, directamente por pediatra, dicho profesional deberá evaluar, con la mayor objetividad posible, qué tanto se puede aplicar la guía a dicho niño en particular, o si amerita una conducta diferente que se justifique y se sustente en las notas de la historia clínica.

Más que insistir en nivel de complejidad donde se atienden los casos, se debe entender que las salas ERA son una modalidad de atención en la cual se cumplen las premisas básicas planteadas en la estrategia de atención, de manera que esta sea oportuna y adecuada.

### Capítulo 3.

#### Enfoque inicial para el manejo de paciente con diagnóstico de ERA

Es importante tener claro que la atención en modalidad de salas ERA no está planteada para la atención de menores de 2 meses ni para casos que tengan factores de riesgo que le generen de por sí connotación de gravedad a cualquier episodio de enfermedad respiratoria, así sea leve. Este tipo de casos deben ser valorados a profundidad y manejados en los servicios de urgencias por pediatra. Si se atiende en el nivel primario, donde no se cuente con este apoyo, el paciente debe ser atendido por el médico de mayor experiencia y conocimiento ante este tipo de casos. Dependiendo de cada paciente, deberá definir la necesidad de remisión a un nivel complementario.

Todo paciente con ERA que consulte, ya sea por urgencias, consulta externa o consulta prioritaria, a las instituciones en las que se haya implementado el programa será atendido, en principio, en el área definida para la valoración médica, siempre con enfoque de AIEPI y basado en las GPC del MSPS para el manejo de bronquiolitis y de neumonía y la GPC para asma. Según dicha valoración, el médico definirá la conducta por seguir, así:

- a. **Manejo ambulatorio:** Cuando se trate de un paciente sin ningún compromiso de esfuerzo respiratorio, y a quien, de acuerdo con los diferentes criterios de severidad de la estrategia AIEPI, se clasifique como de bajo riesgo.

- b. **Manejo en la modalidad de salas ERA:** Cuando se trate de un paciente con cuadro de dificultad respiratoria leve, que reúne los criterios enumerados más adelante, o casos de dificultad respiratoria moderada si es un caso con crisis de asma, o de exacerbación de un cuadro sibilante recurrente con antecedente de respuesta rápida al esquema de manejo definido en la guía.
- c. **Manejo en observación de urgencias:** Cuando el paciente tiene un compromiso mayor del estado general, requiere valoración más estricta por médico y tiene una mayor posibilidad de hospitalización.
- d. **Hospitalización:** desde el inicio, cuando se considere que la severidad del cuadro y la duración del tratamiento previsto así lo ameritan.
- e. **Remisión a una institución de nivel superior:** Cuando las características del niño corresponden a la clasificación grave y ameritan este tipo de atención.

### 3.1. Criterios de ingreso a la sala ERA

Serán atendidos en la modalidad de salas ERA los niños con cuadros respiratorios que, a juicio del médico que realiza la evaluación inicial, cumplan con los siguientes criterios:

- Pacientes entre 2 y 3 meses edad: Pacientes que cumplan criterio de manejo en sala ERA; es decir, que presenten un cuadro respiratorio agudo no mayor de diez días, sin dificultad respiratoria, sin signos de gravedad según AIEPI (vomita todo; no come nada; evidencia alteración de la conciencia, convulsiones, apnea). Se debe asegurar 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. En caso de no contar con un especialista en la institución, todos los menores de 3 meses deben ser manejados en un servicio de observación u hospitalización en un nivel complementario; no en la sala ERA, por el alto riesgo de complicaciones.

- Pacientes entre 3 meses y 5 años de edad:
  - Tener un cuadro de dificultad respiratoria de leve intensidad, que requiera suministro de oxígeno a menos de 1 L por minuto por cánula nasal, para lograr saturación de oxígeno > 88% (para la altura de Bogotá).
  - No presentar ningún signo de gravedad según la estrategia AIEPI (vomita todo; no come nada; evidencia alteración de la conciencia, convulsiones, apnea). No tener factores de riesgo que le generen de por sí connotación de gravedad a cualquier episodio de enfermedad respiratoria que presente dificultad para respirar, así sea de leve intensidad, como son: prematuridad/bajo peso al nacer en menores de 6 meses, enfermedades congénitas cardiovasculares o de las vías respiratorias inferiores, fibrosis quística, displasia broncopulmonar, inmunodeficiencias, enfermedad neurológica de moderada a grave, presencia de apneas o desnutrición (4). Estar en capacidad de ingerir líquidos vía oral, sin necesidad de administración de líquidos intravenosos.
  - En quienes se prevea que requieren manejo médico por un periodo breve (máximo, seis horas) para lograr una respuesta satisfactoria de acuerdo con los puntajes de severidad.

–Como ya se expresó, se manejarán cuadros de moderada intensidad solo cuando se trate de crisis de asma o exacerbaciones de cuadros sibilantes recurrentes, con antecedente de respuesta a los esquemas de manejo definidos en la guía.

**Nota:** en caso de cumplir los criterios de ingreso y manejo del paciente en la modalidad de sala ERA, esto se hará con base en los Protocolos del Ministerio de Salud y la Secretaría Distrital de Salud para cada entidad clínica, buscando siempre involucrar el componente de IRA de la estrategia AIEPI, tanto en la aplicación de los indicadores de severidad como en la valoración integral de todos los niños allí atendidos.

### 3.2. Procedimiento por seguir

En la figura 1 se muestra el proceso de manejo de estos pacientes.

- **Valoración inicial:** Debe ser realizada por el médico, quien debe asegurar la clasificación de la severidad de la enfermedad de acuerdo con AIEPI y definir la conducta por seguir. La valoración inicial debe hacerse de manera integral, evaluando todos los riesgos a los cuales se expone el niño, y buscando prevenir posibles complicaciones (incluidos riesgo nutricional, antecedentes de comorbilidades u otras).
- El profesional de terapia o de enfermería, según como se haya definido en cada sala ERA, es el responsable de *iniciar el manejo ordenado por el médico*, diligenciar los registros de evolución clínica correspondientes e informar al médico sobre la evolución del paciente.
- Según la evolución, el médico *define la conducta final:* manejo ambulatorio, con la formulación co-

rrespondiente, si la evolución es adecuada; en caso contrario, podrá ordenar:

–Manejo en observación de urgencias.

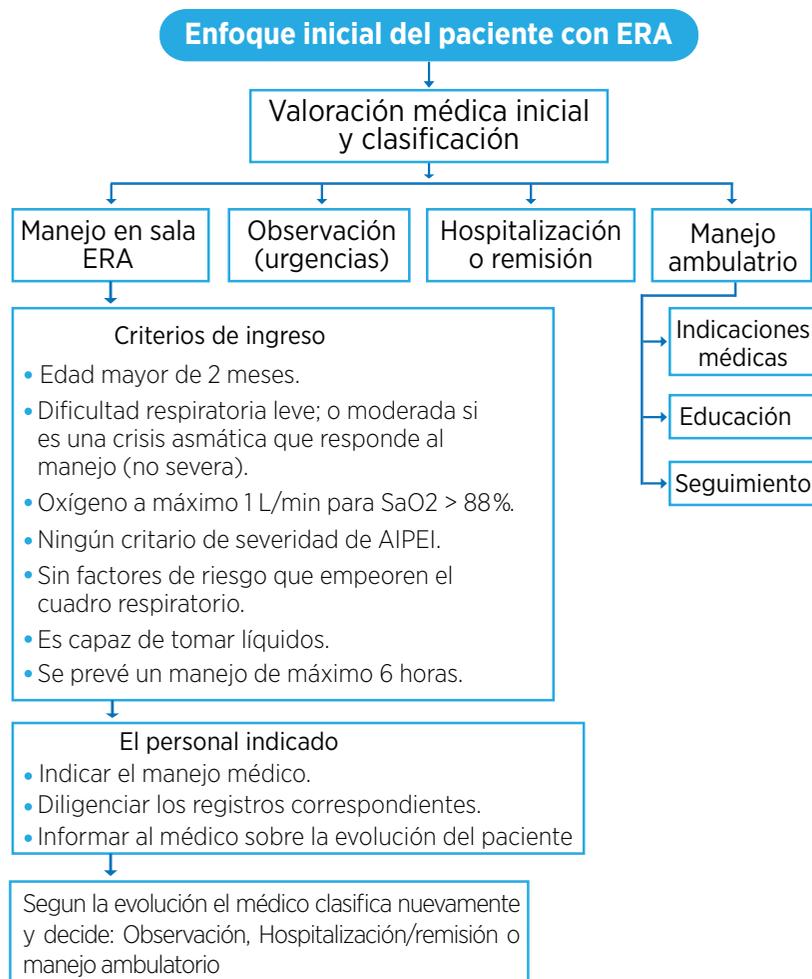
–Hospitalización en la misma institución, o remisión a una institución de nivel complementario.

- Todo paciente que ingrese a salas ERA, además del manejo médico, debe recibir educación al cuidador del niño; sobre todo, en lo referente a medidas de soporte y apoyo en el hogar; también, de recomendaciones para la inhaloterapia, para la limpieza de la inhalocámara y para la identificación de signos de alarma que indiquen la necesidad de una nueva consulta al servicio de urgencias en el menor tiempo posible, así como reforzar las medidas preventivas, con el fin de evitar nuevos episodios.
- Como se explicará más adelante, a todo niño que sea atendido en salas ERA y sea dado de alta se le debe asegurar un programa de seguimiento, con el fin de identificar la necesidad de revaloración médica o reingreso al servicio de salud.

Como ya se comentó, el profesional a cargo de la atención directa en la modalidad de salas ERA (terapeuta, enfermera o auxiliar de enfermería debidamente entrenada) debe tener siempre la posibilidad de lograr apoyo presencial por médico general; y el médico general, idealmente, debe tener apoyo telefónico o presencial por pediatra, según las características de cada caso o el protocolo definido en cada institución. El médico debe estar muy atento a la posibilidad de que un niño atendido en la modalidad de salas ERA u observación de urgencias presente signos que hagan sospechar riesgo de sepsis, para que se inicie el manejo respectivo con la mayor brevedad.

Se espera que con los tratamientos instaurados en las instituciones que logren implementar el programa de salas ERA, se logre disminuir el número de hospitalizaciones y se resuelva un gran porcentaje de episodios de IRA, o agudizaciones de enfermedad respiratoria recurrente (ERR), para continuar el manejo ambulatorio, o, según el caso, el ingreso a programas de Hospital Día u Hospital en Casa, sin dejar de estar atentos a las demás entidades que hacen parte de la estrategia AIEPI.

**Figura 1. Proceso de manejo de pacientes con ERA**



## Capítulo 4.

### Guías específicas de atención en sala ERA, ambulatorio y manejo inicial de patología grave

#### 4.1. Laringotraqueítis o *crup*

Se define como el cuadro agudo de dificultad respiratoria de intensidad variable, con ruidos altos transmitidos, generalmente de predominio inspiratorio, secundario a una inflamación difusa, eritema y edema de las paredes de la tráquea, y que afecta la motilidad de las cuerdas vocales y ocasiona dificultad respiratoria y el característico estridor. Se presenta con tos perruna o metálica en grado variable, disfonía, estridor y dificultad respiratoria. El trastorno de base es un edema subglótico que provoca disfonía y compromiso de la vía aérea superior (5). Es la causa más frecuente de obstrucción de la vía respiratoria superior en la infancia; especialmente, en niños de 3 meses a 3 años de edad. Se transmite de persona a persona o por secreciones infectadas.

Es causada la mayoría de las veces por virus, dentro de los que se encuentran el virus *Parainfluenzae* tipos 1, 2 y 3, virus sincitial respiratorio (VSR), virus de la influenza A y B o adenovirus, y, menos a menudo, por bacterias como *Mycoplasma pneumoniae*.

### 4.1.1. Parámetros para clasificación

Dentro del marco del diagnóstico, es importante determinar la gravedad de la obstrucción de la vía aérea con una escala clínica sugerida, como la siguiente:

#### 4.1.1.1 Escala de Westley (modificada por Fleisher)

Se utiliza para la valoración clínica de la dificultad respiratoria en niños con laringotraqueítis, pero es aplicable a todas las formas de obstrucción de vías aéreas superiores (VAS) (tabla 2).

**Tabla 2. Escala de Westley**

Cuadro	0	1	2	3
Estridor	Ninguno	Solo con la agitación	Leve en reposo	Grave en reposo
Retracción	Ninguno	Leve	Moderada	Grave
Entrada de aire (auscultación)	Ninguno	Leve disminución	Moderada disminución	Marcada disminución
Nivel de conciencia	Ninguno	Inquieto cuando se molesta	Inquieto aún sin molestarlo	Letárgico

Interpretación: 0-4: leve; 5-6: leve a moderada; 7-8: moderada y más de 9: grave.

### 4.1.2. Diagnóstico diferencial de obstrucción de la VAS

Es necesario conocer los diagnósticos diferenciales que se deben tener en cuenta cuando se sospecha una obstrucción de la vía aérea superior (tabla 3).

**Tabla 3. Diagnósticos diferenciales de laringotraqueítis aguda**

	<b>Crup viral laringotraqueítis</b>	<b>Epiglotitis</b>	<b>Traqueítis bacteriana</b>	<b>Crup espasmódico</b>
<b>Historia</b>				
Edad	2 meses-4 años	3-6 años	2-4 años	Antecedente:
Pródromos	Gripales o (-)	Ninguno	Gripal	atopia
Inicio	Gradual	Fulminante	Variable	Niños 1-12 años
Disfagia	+ o-	+++	+ o-	Inusual gripal Rápido
<b>Signos</b>				
Fiebre	Baja	Elevada-tóxica	Elevada-tóxica	Inusual
Estridor	+++	++	+++	++
Babeo	-	+++	+ o-	-
Postura	Yacente	Sentado	Variable	Sin importancia
<b>Puebas</b>				
Leucocitos	< 10.000	> 10.000	> 10.000	< 10.000
Rx	Estrechamiento subglótico y dilatación de la hipofaringe.	Epiglotis edematizada	Irregularidad subglótica	Usualmente, sin hallazgos especiales
Cultivos	Parainfluenza, VSR	<i>H. Influenzae</i> , <i>E. Pyogenes</i>	<i>S. Aureus</i>	Negativos

Fuente: Temprano, Hinojal (5).

Siempre se debe tener presente la posibilidad de cuerpo extraño en las vías aéreas; especialmente, en niños entre los 10 meses y los 3 años que presentan un cuadro agudo sin síntomas respiratorios altos; para ello, ante esta posibilidad hay que interrogar siempre a los cuidadores.

Además, tener en cuenta otras opciones, como son el absceso periamigdalino, la ingestión de corrosivos y el angioedema.

### 4.1.3. Exámenes paraclínicos

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, y no suelen precisarse pruebas complementarias. Solo son necesarias ante situaciones particulares; por ejemplo:

- Rayos X de tórax y broncoscopia ante sospecha de cuerpo extraño.
- Cuadro hemático y proteína C reactiva ante sospecha de cuadro bacteriano.
- Estudio para reflujo gastroesofágico (selectivo) ante laringotraqueítis recurrente con cuadro clínico compatible con reflujo gastroesofágico (RGE).

### 4.1.4. Clasificación y manejo según la gravedad

#### 4.1.4.1 Crup grave o laringotraqueítis grave (puntuación de 9 o más)

Pacientes con estridor agudo que ingresan con alguno de los siguientes signos de gravedad: alteración del estado de conciencia (somnoliento, confuso o agitado), tiraje subcostal o supraclavicular, SaO<sub>2</sub> al aire ambiente baja, estridor en reposo, edad menor de 3 meses.

##### 4.1.4.1.1 Enfoque terapéutico

- Iniciar trámites de hospitalización o referencia a mayor nivel de atención.
- Monitorización constante de signos vitales.

- Control de la vía aérea. Si está indicado, intubación orotraqueal; establecer y asegurar la vía aérea sin esperar a que se presente una falla ventilatoria que represente con posterioridad un mayor riesgo para el paciente.
- Mínima alteración: evitar estímulos que aumenten la ansiedad (uso de bajalenguas). Administre oxígeno humidificado con sistemas de bajo o alto flujo buscando saturación > 90%.
- Manejo de fiebre.
- Líquidos basales endovenosos o manejo de la deshidratación, si la hay.
- Administración de dexametasona dosis 0,6 mg/kg/ dosis única IM (tabla 4).

**Tabla 4. Dosis de dexametasona de acuerdo con el peso**

Peso	Dosis
4-6 kg	3 mg
7-9 kg	5 mg
10-12 kg	7 mg
13-15 kg	8 mg
> 16 kg	10 mg

Fuente: Temprano, Hinojal (5).

- Nebulizaciones con adrenalina o epinefrina racémica:

–Adrenalina: en dosis de 0,25-0,5 mg/kg máximo hasta 2,5 ampollas en menores de 2 años, y hasta 5 ampollas en mayores de 2 años, bajo monitorización.

–Epinefrina racémica: 0,05 ml/kg de solución al 2,25% diluida en 3 ml de solución salina normal (SSN). Dosis máxima: 0,5 ml cada 30 minutos, bajo monitorización; vigilar taquicardia grave, según la edad. Si después de 3 dosis en 90 minutos no hay una mejoría significativa, se debe considerar intubación.

- En caso de contar con budesonida, se puede considerar otra alternativa al tratamiento (no está incluida en el plan de beneficios).
- Nebulización con corticoide (budesonida): a dosis de 0,25-2 mg cada 12 horas.
- Indicaciones para intubación: intensidad creciente de las retracciones, empeoramiento del estridor, jadeo respiratorio, alteración del sensorio.
- No están indicados los antibióticos.

#### 4.1.4.2. **Crup moderado (puntuación 5-8)**

Paciente con estridor agudo, sin alteración del estado de conciencia, sin tiraje subcostal ni supraclavicular, SaO<sub>2</sub> al aire ambiente normal, mayor de 3 meses de edad.

##### 4.1.4.2.1. **Enfoque terapéutico: Manejo en sala ERA**

- Administre oxígeno humidificado con sistemas de bajo flujo buscando saturación > 90% (5).
- Manejo de fiebre.

- Administración de dexametasona dosis 0,6 mg/kg/ dosis única IM (según tabla 4).

- Nebulizaciones con adrenalina o epinefrina racémica:

–Adrenalina: en dosis de 0,25-0,5 mg/kg máximo hasta 2,5 ampollas en menores de 2 años, y hasta 5 ampollas en mayores de 2 años, bajo monitorización.

–Epinefrina racémica: 0,05 ml/kg de solución al 2,25% diluida en 3 ml de SSN. Dosis máxima: 0,5 ml, bajo monitorización; vigilar taquicardia grave, según la edad.

- En caso de contar con budesonida, se la puede considerar otra alternativa al tratamiento:

–Nebulización con corticoide (budesonida): a dosis de 0,25-2 mg cada 12 horas (no se encuentra en el plan de beneficios).

- Clasificar la severidad del *crup* en cada revaloración y continuar manejo en el servicio según la clasificación.
- Educación al cuidador: es importante que el personal de esta área enseñe al cuidador el curso de la enfermedad, la no necesidad de medicamentos, a cuidar el niño en casa y los signos de alarma, para regresar de inmediato.
- No se debe dar el alta hasta no haber completado seis horas de observación.
- Seguimiento en dos días, si cumple criterio de egreso.

### 4.1.4.3. Crup leve (puntuación < 5)

El paciente con estridor agudo con el llanto, con puntaje en escala de Wesley < 5 puntos y que no cumpla con los criterios clínicos de las clasificaciones previas tiene indicación de manejo ambulatorio, siempre y cuando el cuidador esté en capacidad de hacerlo y haya recibido una educación apropiada por parte del personal de salud.

- Dosis única de esteroide IM (dexametasona 0,6 mg/kg) u oral.
- Medidas de soporte básico: analgésicos y antitérmicos que mejoren el bienestar del niño, dieta fraccionada y abundantes líquidos. Educación en curso de la enfermedad, manejo en casa, signos de alarma para regresar de inmediato y medidas preventivas para evitar nuevos episodios.
- Control dos días después según evolución.

## 4.2. Bronquiolitis

La bronquiolitis hace referencia al primer episodio broncoobstructivo en niños menores de 2 años, el cual se caracteriza por signos de infección de las vías respiratorias superiores, dos o tres días previos, seguidos por la aparición de respiración sibilante o crepitantes finos inspiratorios de tono sibilante. Se presenta con inflamación aguda, edema, necrosis de las células epiteliales, infiltración linfomonocitaria de la mucosa e hipersecreción que conlleva atrapamiento de aire y producción de áreas de atelectasia; a la auscultación se encuentran estertores crepitantes inspiratorios finos o sibilancias espiratorias.

Puede o no estar acompañado de fiebre; en los casos severos se produce cianosis. En lactantes pequeños con antecedente de prematuridad suele presentarse con un episodio de apnea como primera manifestación de la enfermedad (7).

En el 60% de los casos es causada por el VSR; con menor frecuencia puede ser causada por parainfluenza, adenovirus, micoplasma e influenza tipo A. Tiene una alta capacidad de contagio y genera especial riesgo para niños con enfermedad severa de base, situación que debe tenerse en cuenta cuando estos niños requieran hospitalización, caso en el cual se deben generar áreas de aislamiento, y así evitar infecciones cruzadas.

Es un problema de primera magnitud, por su elevada incidencia estacional, así como por el consumo de recursos que genera. Es la primera causa de ingreso hospitalario por problemas respiratorios en niños menores de 1 año, con pico entre los 2-6 meses de edad.

### 4.2.1. Parámetros para clasificación

Dentro del marco del diagnóstico, es importante determinar la gravedad de la obstrucción de la vía aérea con una escala clínica sugerida, como la relacionada en la tabla 5.

**Tabla 5. Escala de Wood-Downes-Ferres modificada**

Parámetro	Puntaje			
	0	1	2	3
Sibilancias	No	Al final de la espiración	Durante toda la espiración	Tanto en espiración como en inspiración

Parámetro	Puntaje			
	0	1	2	3
Músculos accesorios	No	Subcostal e intercostal inferior	Subcostal + intercostal inferior + supraclavicular + aleteo nasal	Lo anterior + supraesternal
Fr < 6 meses	< 40	41-55	56-70	> 70
Fr > 6 meses	< 30	31-45	46-60	> 60
Frecuencia cardiaca	< 120	> 120	Muy disminuida simétrica	
Entrada de aire	Buena	Regular simétrica		Tórax silente
Cianosis	No	Sí		

Interpretación: 0-4: Leve; 5-8: moderada y más de 9: grave.

Fuente: Rivas-Juevas (8).

### 4.2.1.1 Bronquiolitis grave

Si el paciente presenta uno de los siguientes signos: tiraje subcostal, respiración rápida, apneas, SaO<sub>2</sub> al aire ambiente baja, deshidratación, mal estado general, desnutrición severa o moderada, refiera para manejo hospitalario; el cuadro clínico puede empeorar en cuestión de horas y requerir manejo en UCI; por lo tanto, se debe referir de forma urgente a un nivel complementario.

En esta clasificación también se contempla a todo menor de 3 meses, pero menor de 6 meses con antecedente de prematuridad, síndrome de Down o enfermedades congénitas con compromiso cardiovascular o pulmonar y abandono social, los cuales, aunque pueden no tener dificultad respiratoria ni criterio de manejo en UCI, requieren una vigilancia más cercana en un servicio de observación u hospitalización, por el riesgo de complicación.

### 4.2.1.2 Enfoque terapéutico para el paciente con signos de dificultad respiratoria grave

- Monitorización de signos vitales, incluida SaO<sub>2</sub>.
- Administración de oxígeno hasta lograr saturación > 90%.
- Administración de líquidos endovenosos.
- Si el paciente tolera la vía oral, aumente la ingesta de líquidos y de leche materna.
- Si el niño es mayor de 6 meses y tiene índice predictivo de asma (IPA) positivo, inicie prueba terapéutica con β<sub>2</sub> agonistas en inhalador de dosis medida con inhalocámara (9).
- Si la prueba terapéutica con β<sub>2</sub> agonistas fue favorable, inicie esteroides (prednisolona 1-2 mg/kg/día dosis matutina).
- No use antibióticos, excepto si hay suficientes elementos clínicos y paraclínicos para pensar en coinfección bacteriana.
- Radiografía de tórax: se justifica en un paciente que presenta cuadro de dificultad respiratoria de moderado a grave, siempre y cuando se disponga del equipo adecuado, de la técnica de toma adecuada y un profesional de la salud capacitado para su correcta interpretación. Usualmente se identifican infiltrados intersticiales difusos, atrapamiento de aire, edema peribronquial y diferentes grados de atelectasia. Evalúe silueta cardiaca y pedículo vascular; evalúe volumen intravascular y compromiso miocárdico (cardiopatía o miocarditis).

- Prueba rápida para panel viral, muestra tomada por hisopado faríngeo: está indicada para apoyar programas de vigilancia epidemiológica; desde el punto de vista de apoyo en diagnóstico clínico, se justifica en todos los casos que por su severidad ameriten atención en unidad de cuidados intermedios o en UCI. Es importante tomar la muestra de forma adecuada, con hisopo flexible, y no con escobillón, y ser muy estricto en su conservación y en su correcto traslado a un laboratorio clínico que tenga desarrollado este tipo de pruebas diagnósticas.
- Gases venosos periféricos: en casos severos, permiten evaluar el estado ácido-base, el lactato y la perfusión tisular.
- Ventilación mecánica: en general, se debe plantear en todo paciente que muestre dificultad respiratoria progresiva, sin respuesta a la terapia establecida, con requerimientos de  $O_2$  a más del 50%, para lograr saturación  $> 90\%$ , o si en los gases arteriales se obtienen los siguientes datos: pH 7,25;  $PCO_2 > 60$ ,  $PO_2 < 60$  con  $FIO_2$  del 40%, o una  $PCO_2$  que aumente a pesar del tratamiento, con persistencia de la clínica. Adicionalmente, en caso de apneas o ante inminencia de fatiga muscular. En niños con bronquiolitis severa, el manejo en UCI pediátrica debe ser cada vez más precoz; especialmente, cuando el cuadro clínico haga sospechar evolución hacia falla respiratoria.

**Nota aclaratoria:** los niños que no tienen DR, pero fueron clasificados como pacientes con bronquiolitis grave por los factores de riesgo asociados (edad, prematuridad, riesgo social) serán manejados en el servicio de observación u hospitalización, según se indica en el apartado Bronquiolitis leve, y tendrán un seguimiento estricto por médico pediatra, quien, según la evolución clínica,

definirá el servicio de atención (hospitalización, unidad de cuidados intensivos pediátricos [UCIP]) o el alta.

## 4.2.2. Bronquiolitis leve

Niño menor de 2 años de edad con primer episodio sibilante precedido de cuadro gripal dos o tres días antes, y que no tiene tiraje subcostal, ni presenta respiración rápida, sin apneas,  $SaO_2$  al aire ambiente normal, mayor de 3 meses de edad, sin antecedentes de prematuridad o prematuro mayor a 6 meses de edad, ausencia de síndrome de Down y sin enfermedades congénitas cardiovasculares o pulmonares.

### 4.2.2.1 Enfoque terapéutico: Manejo en sala ERA

Si el niño es mayor de 6 meses y tiene IPA positivo:

- Oxígeno con cánula nasal, máximo a 1 L/min, si el paciente lo requiere por  $SaO_2$  al aire ambiente limítrofe o baja, hasta lograr saturación  $> 90\%$ . Mantenerlo en una posición adecuada; idealmente, sentado.
- Seguimiento cuidadoso de signos como frecuencia respiratoria (FR), intensidad de los tirajes, signos auscultatorios, oximetría de pulso y frecuencia cardíaca (FC) según escala de Wood-Downes u otro score clínico, según el protocolo de la institución.
- Aseo nasal con suero fisiológico, según la necesidad.
- Aumentar la ingesta de líquidos y de leche materna.
- $\beta_2$  agonistas en inhalador de dosis medida (IDM), 3-4 dosis cada 10 minutos, 3 veces; luego, cada 20 minutos, 3 veces; luego, cada hora, 3 veces. Se debe ser

muy crítico al evaluar si hay o no respuesta terapéutica después de un periodo máximo de 2 horas de una adecuada administración, para mantener esquemas con  $\beta_2$  o, en su defecto, suspenderlos.

- Educación en curso de la enfermedad, manejo en casa, signos de alarma para regresar de inmediato y medidas preventivas para evitar nuevos episodios.
- Seguimiento en dos días, si se cumple criterio de egreso.

### 4.2.3. Bronquiolitis leve sin criterio de ingreso a salas ERA

Menor de 2 años de edad con primer episodio sibilante, precedido de cuadro gripal dos o tres días antes, y que no tiene signos generales de peligro, no luce mal, no presenta signos de dificultad respiratoria (respiración rápida, tirajes, desaturación en la toma de pulsioximetría), no presenta apneas, no está desnutrido, tiene cuidadores receptivos y es evidente que recibe buenos cuidados, sin antecedentes de hospitalizaciones previas por cuadros respiratorios recurrentes, sin prematuridad en el menor de 6 meses, en ausencia de síndrome de Down u otras enfermedades congénitas cardiovasculares o pulmonares, y mayor de 6 meses con IPA negativo.

#### 4.2.3.1 Enfoque terapéutico: Manejo ambulatorio

- Tratar la fiebre: acetaminofén 10-15 mg/kg/dosis cada seis a ocho horas. Alimentación haciendo énfasis en líquidos fraccionados o leche materna, si es el caso. Aliviar los síntomas (obstrucción nasal y tos) con aseo nasal y bebidas endulzadas. Enseñar al cuidador a manejar al niño en casa.

- Enseñar al cuidador los signos de alarma para regresar de inmediato.
- Control dos días después del egreso.

### 4.3. Sibilante recurrente

Se define como sibilante recurrente a todo niño con más de un episodio sibilante en quien no se ha confirmado, ya sea por edad o por cuadro clínico, el diagnóstico de asma (10).

La palabra sibilancia proviene del latín *sibilare*, con origen, a su vez, en la raíz indoeuropea de tipo onomatopéyico *swe* (silbar, emitir silbidos). Como palabra médica, fue documentada del francés desde 1871.

Para la clasificación de la severidad del paciente con sibilancia recurrente se debe tener en cuenta el índice pulmonar (tabla 6).

**Tabla 6. Índice pulmonar para la valoración clínica del asma**

Puntuación	Frecuencia respiratoria <6 años > 6 años	Sibilancias	Uso de músculos accesorios
0	< 30 < 20	No	No
1	31-45 21-35	Final de la espiración (estetoscopio)	Incremento leve

Puntuación	Frecuencia respiratoria <6 años > 6 años	Sibilancias	Uso de músculos accesorios
2	46-60 36-50	Toda la espiración (estetoscopio)	Aumentado
3	> 60 > 50	Inspiración y espiración sin estetoscopio	Actividad máxima

Interpretación: 0-4: Leve; 5-8: moderada y más de 9: grave.  
Fuente: Rivas-Jueas (8).

### 4.3.1. Sibilancia grave o sibilancia recurrente grave (>9 puntos)

Se considerará dentro de esta clasificación a todos los pacientes que presenten alguna de estas características:

- Es incapaz de hablar o de beber.
- Está somnoliento, confuso o agitado. Puntaje > 9 según el índice pulmonar.
- Saturación de oxígeno al ingreso  $\leq 84\%$ .
- Apneas.

#### 4.3.1.1. Enfoque terapéutico

- Hospitalice o remita. Administre oxígeno para garantizar saturaciones > 90%.
- Administración de líquidos endovenosos.
- Administre un  $\beta_2$  agonista; en el paciente grave o somnoliento debe manejarse con MNB por score:

-Salbutamol: 0,25 ml en el lactante, 0,5 ml en el escolar y 1 ml en el adolescente.

-Dosis: 0,1-0,15 mg/kg/dosis; 0,5 ml para nebulizar equivalen a 2,5 mg de salbutamol diluido en 3 ml de SSN.

- En el paciente consciente: 2-3 dosis cada 20 minutos por 3 veces; luego, cada 20 minutos por 3 veces; luego, cada hora por 3 veces.
- Administre la primera dosis de corticoide oral o endovenoso:

-Metilprednisolona: 1mg/kg/dosis.

-Prednisolona: 1mg/kg/día, según como tolere la vía oral y según el estado de conciencia.

- Realice lavado nasal cada vez que sea necesario.

### 4.3.2. Sibilancia o sibilancia recurrente (puntaje entre 5-8 puntos)

Se considerará dentro de esta clasificación a todos los pacientes que presenten alguna de estas características:

- Puede hablar y beber. No presenta alteración de conciencia. Saturación de oxígeno al ingreso > 84%.

#### 4.3.2.1 Enfoque terapéutico: Manejo en sala ERA

- Oxígeno, en caso de que el paciente lo requiera (no > 1 L/min).
- Esquema de  $\beta_2$  agonista 2-3 dosis cada 20 min por una hora; luego, cada hora por 3 horas (según la edad, pueden ser de 3-6 dosis).

- Administrar la primera dosis de corticoide oral (prednisona 1 mg/kg/día) por 3-5 días.
- Revalorar al paciente y reclasificar.

### 4.3.3. Sibilancia o sibilancia recurrente (puntaje < 5 puntos)

Se considerará dentro de esta clasificación a todo paciente que presente alguna de estas características:

- Puede hablar y beber. No presenta alteración de la conciencia.
- No presenta dificultad respiratoria. Saturación de oxígeno al ingreso > 90%.

#### 4.3.3.1. Enfoque terapéutico: Manejo ambulatorio

- Esquema de  $\beta_2$  agonista 3-4 dosis cada 20 minutos por 3 dosis; luego, cada hora por 3 horas; luego, cada 2 horas por 6 horas; luego, cada 4 horas, según la respuesta, hasta suspenderlo. Administre la primera dosis de corticoide oral (prednisona 1mg/kg/día) por 3-5 días. Realice lavado nasal cada vez que sea necesario. Control con pediatra en 2 días después del egreso.

## 4.4. Asma

El asma es una enfermedad crónica frecuente y potencialmente grave que supone una carga considerable para los pacientes, sus familias y la sociedad. Los síntomas que puede presentar el paciente asmático corresponden no solo a síntomas respiratorios, sino, también, a limitación de la actividad física y exacerbaciones (crisis o ataques) que en ocasiones requieren asistencia médica urgente y pueden ser mortales. Afortunadamente, el asma puede

tratarse de manera efectiva, y la mayoría de los pacientes puede lograr un buen control de esta (10).

Dentro de los síntomas que presenta se encuentran: sibilancias, dificultad respiratoria, opresión torácica y tos, que varían a lo largo del tiempo en cuanto a su presencia, su frecuencia y su intensidad según el grado de obstrucción del flujo de aire espiratorio variable (estrechamiento de las vías respiratorias), engrosamiento de las paredes de las vías respiratorias y aumento de la mucosidad e hiperreactividad bronquial.

No obstante lo anterior, cuando el asma está bien controlada los pacientes pueden:

- No presentar síntomas molestos durante el día ni durante la noche.
- Necesitar poca o ninguna medicación sintomática.
- Llevar una vida productiva y físicamente activa.
- Tener una función pulmonar normal o casi normal.
- No presentar exacerbaciones graves.

Dentro de los criterios para establecer el diagnóstico de asma están:

### 4.4.1 Antecedentes de síntomas respiratorios variables

Los síntomas típicos son sibilancias, dificultad respiratoria, opresión torácica y tos.

En general, las personas asmáticas manifiestan más de uno de estos síntomas. Los síntomas aparecen de forma

variable a lo largo del tiempo y varían en intensidad. Los síntomas aparecen o empeoran con frecuencia por la noche o al despertarse. Los síntomas suelen ser desencadenados por el ejercicio, la risa, los alérgenos o el aire frío.

Los síntomas aparecen o se agravan a menudo con las infecciones víricas.

#### 4.4.2. Evidencia de una limitación del flujo de aire espiratorio

- Al menos una vez durante el proceso diagnóstico, cuando el FEV1 es bajo, se documenta que el cociente FEV1/FVC está reducido ( $< 0,70$ ). El cociente FEV1/FVC normalmente es  $> 0,75-0,80$  en los adultos y de  $0,90$  en los niños. Se documenta que la variación de la función pulmonar es mayor que en las personas sanas.
- Cuanto mayor es la variación, o cuantas más veces se observa una variación excesiva, mayor seguridad se puede tener en el diagnóstico.
- Es posible que se deban repetir las pruebas durante los síntomas, a primera hora de la mañana o después de interrumpir los broncodilatadores.
- Puede no darse reversibilidad con broncodilatadores durante las exacerbaciones graves o infecciones víricas.

#### 4.4.3. ¿Cómo evaluar a un paciente con asma?

##### 4.4.3.1. Control del asma

Evaluación del control de los síntomas y factores de riesgo:

- Evaluar la presencia de síntomas durante las cuatro últimas semanas.

- Identificar otros factores de riesgo para una evolución desfavorable.
- Medir la función pulmonar antes de iniciar el tratamiento, al cabo de tres a seis meses, y luego, periódicamente: por ejemplo, una vez al año.

a. Aspectos relacionados con el tratamiento:

- Registrar el tratamiento del paciente y preguntar acerca de posibles efectos secundarios. Observar al paciente mientras utiliza el inhalador, para comprobar su técnica.
- Mantener una conversación empática abierta acerca del cumplimiento del tratamiento. Comprobar que el paciente cuenta con un plan de acción por escrito contra el asma. Preguntar al paciente sobre sus actitudes y sus objetivos en relación con el asma.

b. ¿Existen enfermedades concomitantes?

- Indague por rinitis, rinosinusitis, enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), obesidad, apnea obstructiva del sueño, depresión y ansiedad. Las enfermedades concomitantes deben identificarse a tiempo, porque pueden contribuir a los síntomas respiratorios y a una calidad de vida deficiente (10).

#### 4.4.4. Principios generales en el manejo del asma

Los objetivos a largo plazo del tratamiento del asma son el control adecuado de los síntomas, la reducción del riesgo de complicaciones secundarias (reduciendo la carga para el paciente y el riesgo de sufrir exacerbacio-

nes, evitar deterioro en las vías respiratorias y los efectos secundarios de la medicación) y estimular la participación del paciente durante el tratamiento.

Las decisiones terapéuticas tomadas para el abordaje del paciente deben tener en cuenta tanto el fenotipo como las características individuales que permitan predecir una probable respuesta del paciente al tratamiento, además de las preferencias del paciente y aspectos prácticos (la técnica de inhalación, el cumplimiento y el costo). La colaboración entre el paciente, los cuidadores y los profesionales sanitarios es importante para lograr un manejo efectivo del asma.

Para la clasificación de la severidad del paciente con asma se debe tener en cuenta el índice pulmonar (tabla 6).

#### 4.4.5. Clasificación del asma según la gravedad y tratamiento

##### 4.4.5.1. Asma que amenaza la vida (índice pulmonar > 7)

- El paciente que se halla dentro de esta clasificación presenta alguno de los siguientes síntomas o signos: SATO<sub>2</sub> < 90% FEP < 33% del mejor o predicho. "Tórax silencioso": ausencia de ruidos respiratorios a la auscultación, lo cual es secundario a broncoobstrucción severa y generalizada. Cianosis. Pobre esfuerzo respiratorio. Hipotensión. Agotamiento. Confusión.

##### 4.4.5.1.1. Enfoque terapéutico

- Realice todas las medidas necesarias de estabilización para el paciente, y remita a UCI. Administre oxígeno para saturaciones > 94%; ponga el oxígeno a la máxima FiO<sub>2</sub> posible, máscara de no reinhalación

y venturi alto; o si es posible, asegure la vía aérea, en caso de ser necesario. Asegure un acceso venoso y líquidos necesarios para mantenimiento del paciente. Administre corticoide endovenoso: metilprednisolona 1-2 mg/kg/dosis.

##### 4.4.5.2. Asma aguda grave (índice pulmonar 5-6)

Se considerará dentro de esta clasificación al paciente que presente alguna de estas características:

- Habla con palabras sueltas; es incapaz de completar una frase en una sola respiración o de comer, a causa de la disnea. Se sienta encorvado hacia delante y agitado (posición de trípode). FEP: 33%-50% del mejor o predicho. Frecuencia respiratoria aumentada según la edad (FR > 40 x' en niños de 2-5 años; FR > 30 x' en niños mayores de 5 años). Uso de músculos accesorios. Frecuencia del pulso aumentada según la edad (FC > 140 x' en niños de 2-5 años; FC > 125 lpm x' niños mayores de 5 años). SaO<sub>2</sub> (con aire ambiente) < 90%.

##### 4.4.5.2.1 Enfoque terapéutico

- Si está en centro de atención complementario, hospitalice. Si está en un centro de atención primaria, refiera. Administre O<sub>2</sub> para saturaciones entre el 94% y el 98%, y evite las desaturaciones.
- Asegure un acceso venoso. Inicie manejo con β<sub>2</sub> agonistas en IDM inhalado 3-6 inhalaciones cada 20 minutos por una hora, o nebulización con salbutamol y anticolinérgico de acción corta (bromuro de ipratropio). Administre corticoide sistémico: metilprednisolona 1-2 mg/kg/dosis o prednisolona 1 mg/kg/día.

- Revalore de manera permanente y vigile el patrón respiratorio.

#### 4.4.5.3 Asma leve o moderada ( índice pulmonar < 4)

Se considera dentro de esta clasificación al paciente que presente alguna de estas características:

- Habla con frases completas en una respiración. FEP:  $\geq 50\%$  del mejor o predicho. No está agitado.
- Frecuencia respiratoria aumentada según la edad (FR > 40 x' en niños de 2-5 años; FR > 30 x' en niños mayores de 5 años).
- Frecuencia del pulso aumentada según la edad (FC > 140 x' en niños de 2-5 años; FC > 125 x' niños mayores de 5 años). SaO<sub>2</sub> (con aire ambiente) < 90%.

##### 4.4.5.3.1. Enfoque terapéutico: Manejo en sala ERA

- Oxígeno con flujo controlado, siempre desde el inicio: para saturaciones > 94%.
- Inicie manejo con  $\beta_2$  IDM 3-6 dosis cada 20 min por una hora; luego, cada hora, por 3 horas. Prednisolona: 1-2 mg/kg/día, primera dosis; continuar con ciclo corto por 4-5 días al egreso de salas ERA. Lavado nasal, en caso de ser necesario. Revaloración por médico para determinar la conducta por seguir y reclasificar al paciente. Si se considera egreso, indique control en 2 días. Si presenta síntomas respiratorios persistentes no controlados previos al cuadro agudo, deje beclometasona 200-400 mg, inhalador de dosis medida, hasta el control con el médico.

#### 4.4.6. Estrategias e intervenciones no farmacológicas

Puede contemplarse el uso de otros tratamientos y estrategias, según corresponda, para facilitar el control de los síntomas y la reducción del riesgo de exacerbaciones. Dentro de dichas estrategias se pueden indicar:

- Evite el contacto con fumadores: en cada visita, estimule de manera activa a los familiares fumadores a dejar dicho hábito. Ofrezca acceso a asesoramiento y recursos. Aconseje a los padres y a los cuidadores que eviten fumar en las habitaciones o los vehículos en los que haya niños asmáticos, y establezca tiempos mínimos de interacción con el niño posteriores al uso de tabaco.
- Actividad física: estimule a las personas asmáticas a realizar actividad física regular explicando los beneficios de esta para la salud en general.
- AINE: recomiende evitar su uso.

#### 4.5. Neumonía

A pesar de que la neumonía en sí no tiene criterios de ingreso a sala ERA, si se asocia a cuadro broncoobstrutivo en ausencia de criterios de severidad, se considerará su manejo en sala ERA (11).

La neumonía es un proceso inflamatorio agudo del parénquima pulmonar, generalmente de etiología infecciosa (ya sea viral o bacteriana); se presenta con ocupación del espacio aéreo, intersticial, y, en algunas oportunidades, de la pleura, secundaria a alteraciones de los mecanismos de defensa de la vía aérea inferior, lo cual permite la acción de un patógeno que desencadenará activación de la respuesta inmune e inflamatoria, y así

generará acumulación de fluido, leucocitos, y desechos celulares en el alveolo, con posterior disminución de la compliancia pulmonar, aumento de la resistencia, colapso alveolar y alteración de la ventilación-perfusión, lo que, a su vez, dará lugar a los síntomas y los signos típicos. Esta entidad es reconocible clínica y radiológicamente; sin embargo, la clínica depende de la edad, del huésped, del momento epidémico, de la presencia o no de vacunación, de la etiología y de la gravedad del cuadro clínico. Es una causa frecuente de morbilidad y mortalidad en el mundo entero. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció que cada año mueren 7,6 millones de niños menores de 5 años, y que la neumonía es una de las principales causas, con una incidencia mundial estimada entre 1000 y 12.000 por 100.000 niños, con porcentajes importantes de hospitalización.

Existen algunos factores de riesgo para el desarrollo de neumonía, tales como pobre lactancia materna o la ausencia de esta durante los primeros dos años de vida, exposición al humo de tabaco, desnutrición o condiciones de pobreza, y comorbilidades como la prematurez, el bajo peso al nacer, las cardiopatías congénitas, el reflujo gastroesofágico y el inmunocompromiso, entre otras (12).

Al examen físico en la evaluación inicial de menores de 5 años con tos, la estrategia AIEPI recomienda tener en cuenta la taquipnea como un signo muy sensible para el diagnóstico de neumonía; se encuentran otros signos a la auscultación, los cuales, si bien son menos sensibles, pueden orientar al diagnóstico. Estos últimos son: crépitos no cambiantes, frémito vocal aumentado, soplo tubárico y percusión de matidez o submatidez.

El enfoque terapéutico de todos los niños con neumonía, sea cual sea su clasificación, debe ser individualizado, tomando en cuenta el contexto de los niveles de

atención y la situación particular de cada paciente, tal como lo propone la estrategia AIEPI, que se orienta a una clasificación de severidad (más que a la clasificación nosológica), buscando de forma rápida y práctica orientar una conducta terapéutica inmediata. Adicionalmente, debido a que es difícil establecer un diagnóstico etiológico, la antibioticoterapia se inicia de forma empírica, tomando en cuenta el grupo etario y los patógenos más frecuentes (tabla 7) (12).

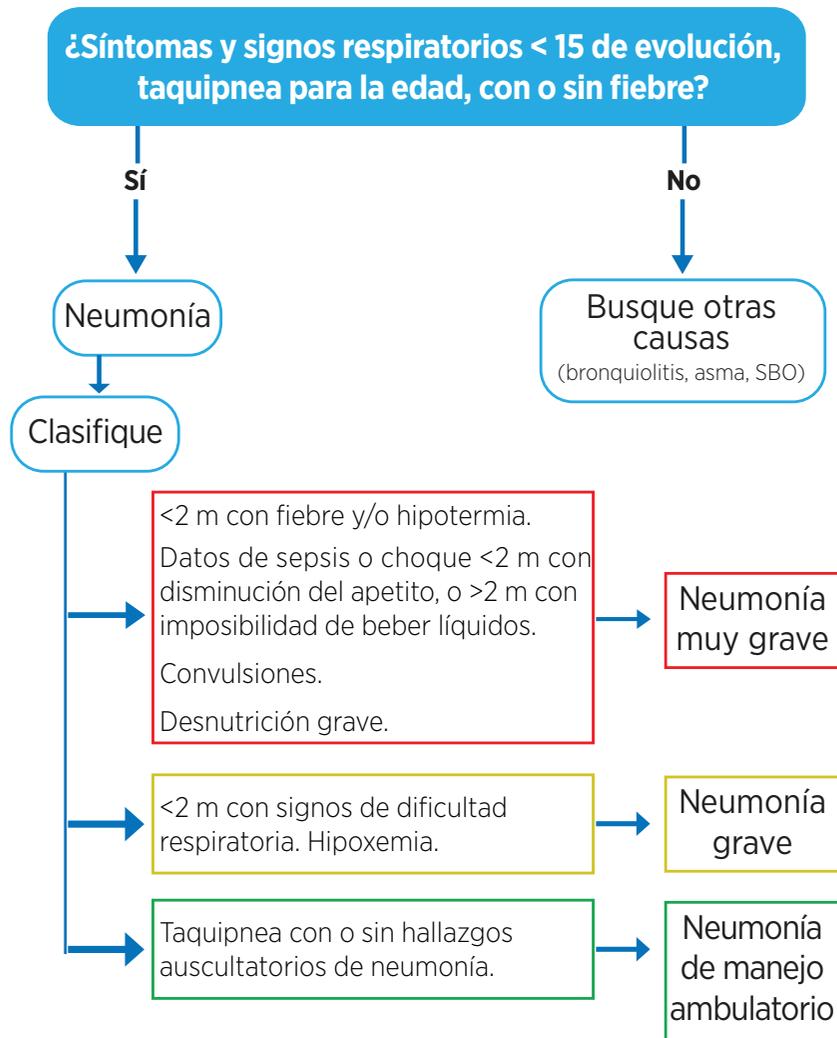
**Tabla 7. Etiología de la neumonía adquirida en comunidad según edad**

Recién nacido	3 semanas a 3 meses	4 meses a 4 años	Mayores de 5 años
<b>Bacterias</b> - <i>Streptococcus</i> beta Hemolítico del grupo B - <i>Escherichia coli</i> - <i>Listeria monocytogenes</i> - <i>S. aureus</i>	<b>Bacterias</b> - <i>S. pneumoniae</i> - <i>C. trachomatis</i> - <i>Bordetella pertussis</i> - <i>S. aureus</i> - <i>Listeria monocytogenes</i>	<b>Bacterias</b> - <i>S. pneumoniae</i> - <i>H. influenzae</i> no tipables - <i>H. influenzae</i> tipo b - <i>M. pneumoniae</i>	<b>Bacterias</b> - <i>M. pneumoniae</i> - <i>S. pneumoniae</i> - <i>C. pneumoniae</i>
<b>Virus</b> - Sincitial Respiratorio (VSR) - Citomegalovirus	<b>Virus</b> - VSR - Parainfluenza	<b>Virus</b> (son los principales agentes causales) - VRS - Parainfluenza - Influenza A y B - Adenovirus - Rhinovirus - Metapneumovirus (<2a.)	<b>Virus</b> - Influenza A y B

Fuente: Consenso de la Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica (SLIPE) sobre Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC), Publicado en sitio web de SLIPE el 8 de septiembre del 2010.

En cuanto se establezca el diagnóstico radiológico o clínico, si no se puede tomar la radiografía, se debe proceder a la clasificación de la gravedad, la cual definirá el tratamiento por iniciar y la necesidad o no de remitir al paciente (figura 2).

**Figura 2. Flujograma de clasificación de la neumonía de acuerdo con la gravedad**



### 4.5.1. Neumonía muy grave en riesgo de sepsis (o enfermedad muy grave)

Se considerará dentro de esta clasificación a todos los pacientes con tos y uno o más de los siguientes signos:

- Menores de 2 meses con fiebre o hipotermia.
- Signos compatibles con riesgo de sepsis o choque (taquicardia, llenado capilar lento, alteración de la conciencia, gasto urinario bajo, hipotensión).
- Menores de 2 meses con disminución del apetito, o mayores de 2 meses con imposibilidad de comer o de beber líquidos.
- Convulsiones.
- Desnutrición grave.

#### 4.5.1.1 Enfoque terapéutico

- Estabilice; los pacientes deben ser manejados en instituciones de mayor complejidad; inicie la remisión.
- Oxigenoterapia independiente de la oximetría.
- Asegure la monitorización continua.
- Administre líquidos endovenosos para mejorar la perfusión.
- Inicie antibiótico empírico según la edad durante las primeras horas:

–**Menores de 1 mes:** ampicilina: 200 mg/kg/día c/6 horas, durante 7 días; gentamicina: 4 mg/kg/día, o amikacina 15 mg/k/día, por 3 días.

-**Niños entre 1 y 4 meses:** si tiene menos de 2 dosis de vacuna para *Haemophilus influenzae* tipo B, se recomienda el uso de ampicilina a 200 mg/kg/día cada 6 horas, por 7 días.

Considere agregar ceftriaxona a dosis de 100 mg/kg/día cada 12 horas en pacientes con sepsis severa o sospecha de meningitis.

-**Mayores de 4 meses:** ampicilina 200 mg/kg/día, repartido en 4 dosis durante 7 días.

**Nota:** en todos los casos, considerar la opción de claritromicina a 7,5 mg/kg/dosis c/12 horas por 7 días, o azitromicina a 10 mg/kg/día por 5 días ante la sospecha de tosferina (síndrome coqueluchoide); notifique y tome muestra con hisopo flexible de secreción nasofaríngea, y envíe al Laboratorio de Salud Pública de la SDS para PCR en tiempo real.

#### 4.5.2. Neumonía grave

Si el niño no presenta ninguno de los criterios para neumonía muy grave, evalúe:

- Niños mayores de 2 meses con signos de dificultad respiratoria (tirajes subcostales con o sin taquipnea; puede acompañarse de aleteo nasal y quejido). Hipoxemia: saturación de  $O_2 < 90\%$  al aire ambiente, a la altura de Bogotá.

##### 4.5.2.1 Enfoque terapéutico

- Hospitalizar en la institución que corresponda, según los criterios ya anotados.
- Medidas de soporte: semejantes a los de la neumonía muy grave.

- Oxigenoterapia independiente de la oximetría.
- Antibioticoterapia:

-**Menores de 2 meses:** ampicilina: 200 mg/kg/día c/6 horas durante 7 días.

Gentamicina: 4 mg/kg/día, o amikacina 15 mg/kg/día, por 3 días.

-**Mayores de 2 meses:** Penicilina cristalina 200.000 U/kg/día cada 4 horas. En caso de no contar con penicilina, iniciar ampicilina 200 mg/kg/día cada 6 horas, por 1-3 días (aplicar vía parenteral el menor tiempo posible). Luego, continuar con amoxicilina vía oral 80-100 mg/kg/día c/8 horas, hasta completar 10 días.

-Si el paciente es hospitalizado principalmente por requerimiento de oxígeno, sin compromiso del estado general y tolera bien la vía oral, debe evaluarse la posibilidad de manejarlo desde un comienzo con amoxicilina oral, en la dosis ya anotada.

**Nota:** en todos los casos, considere la opción de claritromicina a 7,5 mg/kg/dosis c/12 horas por 7 días, o azitromicina a 10 mg/kg/día por 5 días; ante la sospecha de tosferina (síndrome coqueluchoide), notifique y tome muestra con hisopo flexible de secreción nasofaríngea, y envíe al Laboratorio de Salud Pública de la SDS, para PCR en tiempo real.

#### 4.5.3. Neumonía (de manejo ambulatorio)

Se considerará dentro de esta clasificación a todos los pacientes que presenten alguna de estas características:

- Presencia de taquipnea: de 2-11 meses, 50 o más respiraciones por minuto; de 1-4 años, 40 o más respiraciones por minuto, con o sin hallazgos auscultatorios para neumonía (sibilancias o crépitos de alta tonalidad/gruesos al final de cada inspiración, o soplo tubárico), sin ninguno de los indicadores de neumonía grave o neumonía en paciente séptico y en ausencia de componente broncoobstructivo.
- Oximetrías normales (saturación de  $O_2 > 90\%$  al aire ambiente, a la altura de Bogotá). En los menores con saturación de  $O_2$  limítrofes al ambiente, la decisión de manejar de forma ambulatoria vs. hospitalizar dependerá de la clasificación AIEPI, la edad y los factores sociales y geográficos, entre otros.

**Nota:** independientemente de que se aplique esta clasificación con base en la severidad, todo caso de IRA manejado por médico debe conllevar una aproximación al diagnóstico nosológico, complementado con la información que sea relevante en cada caso en particular. La neumonía puede distinguirse de otras infecciones del tracto respiratorio por el uso de signos clínicos simples, tales como la frecuencia respiratoria y el tiraje.

#### 4.5.3.1 Enfoque terapéutico

Si las condiciones del entorno y las propias del hogar lo permiten, el manejo debe ser ambulatorio.

- Antibioticoterapia: amoxicilina (80-100 mg/kg/día), repartida en 2-3 dosis, por 5-7 días.
- Medidas de soporte en casa: manejo de la fiebre con acetaminofén de 10-15 mg/kg/dosis cada 6-8 horas.
- Continúe alimentación; hidratación oral, con líquidos fraccionados.

- Lavado nasal frecuente, según la necesidad.
- No se recomienda el uso de tratamientos sintomáticos (antihistamínicos, antitusígenos, descongestionantes, mucolíticos, vaporizaciones ni maniobras de higiene bronquial).
- Informe sobre signos de alarma y recomiende acudir a consulta inmediatamente si aparece alguno de ellos.
- Control dos días después del egreso.



## Capítulo 5.

### Criterios para dar de alta a un paciente

Se considera que el niño con manejo en sala ERA que cumpla con los siguientes criterios puede ser dado de alta:

- Se evidencia evolución hacia la mejoría de su cuadro clínico, así no esté completamente recuperado de su enfermedad. No requiere antibióticos parenterales. No presenta ninguno de los signos generales de peligro según AIEPI. No luce tóxico; llenado capilar > 2 segundos, sin palidez o moteado de la piel. Oximetría de pulso normal al aire ambiente.
- Sin signos de dificultad respiratoria: tirajes, frecuencia respiratoria elevada, aleteo nasal, apnea.
- Tolera líquidos por vía oral. Los cuidadores son aptos para brindar la atención necesaria, identifican los signos de alarma y cuentan con los recursos para brindar atención en el hogar.

#### 5.1. Educación

Las actividades de educación están dirigidas de tal forma que permitan a los padres o los cuidadores comprender lo referente a medidas de soporte y apoyo en el hogar y medidas de prevención para evitar nuevos eventos, así como la identificación oportuna de los signos de alarma para consultar de inmediato. Para ello, se utilizarán los tres mensajes clave:

1. ¿Cómo evitar que el niño/adulto mayor se enferme?
2. ¿Cómo cuidar al niño/adulto mayor en casa?
3. ¿Cuándo consultar al médico?

#### 5.1.1. Medidas para evitar que el niño se enferme

##### 5.1.1.1 En el plano individual

- Evite el contacto con personas que tengan gripa o tos.
- Haga lavado *frecuente* de manos; asegúrese de que tanto los cuidadores como los niños estén usando una técnica adecuada.
- Evite llevar a niños menores de 3 meses a sitios públicos o a otros lugares con aglomeración de personas.
- Evite cambios bruscos de temperatura; tape la boca y la nariz del niño cuando vaya a cambiar de temperatura; principalmente, en las mañanas y en las noches.
- Ofrezca lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, y como alimentación complementaria, mínimo, hasta los 2 años de edad. Complete el esquema de vacunación de acuerdo con el PAI en niños, padres, cuidadores y adultos mayores. Se recomienda la inmunización anual contra la influenza para todos los mayores de 6 meses.

- Facilite la iluminación y la ventilación naturales de la vivienda. Si hay una ventilación pobre, saque al sol la ropa, los cojines, las cobijas y los colchones, para evitar la humedad y los hongos.
- Evite la acumulación de polvo en la casa limpiando con paños húmedos las superficies.
- Evite el contacto del niño con fumadores; no debe existir humo de cigarrillo dentro del hogar donde vive un niño. Si alguno de los padres o familiares fuma, se les debe indicar que fumen fuera del hogar, al aire libre, y, ojalá, que no tengan contacto con el niño hasta dos horas después de haber fumado. Si la madre tiene gripa y está lactando a su hijo, puede seguir haciéndolo protegiendo su propia boca y nariz en el momento de la lactancia, mediante el uso de un tapabocas.
- Las personas con infección respiratoria deben usar tapabocas o mascarilla para evitar la dispersión de sus propias secreciones.
- Cúbrase la boca y la nariz al estornudar o toser, con el pliegue de su antebrazo, o póngase un pañuelo de papel desechable o papel higiénico sobre la boca y la nariz; después de usarlo, bótelo a la basura y lávese las manos.
- Al limpiarse la nariz, prefiera usar pañuelos desechables.
- Evite escupir o arrojar secreciones al piso.
- Evite congestionar los servicios de salud consultando por situaciones que no ameriten atención médica, pero permanezca alerta frente a la aparición de cualquiera de los signos de alarma.

### 5.1.1.2 En colegios, escuelas y jardines infantiles

- El niño que está enfermo debe ser cuidado en la casa; no debe salir ni estar en contacto con otros niños. Es importante que no asista a clase, si es posible, los primeros tres días posteriores al inicio de los síntomas.
- Mantenga ambientes ventilados.
- Si el niño tiene gripa y es indispensable que asista al colegio o al jardín, se sugiere que los docentes organicen actividades diferentes en espacios distintos para los niños que presenten síntomas y los que no los tienen. Igualmente, los profesores y las jardineras deben estar atentos ante la aparición de signos de alarma, y si aparecen, notificar inmediatamente al responsable del niño (padre o cuidador).

### 5.1.2. Cómo cuidar al niño si está enfermo

Medidas básicas de soporte: “F. A. L. T. A. N”:

- **F-Fiebre:** manejo adecuado de la fiebre  $> 38,3^{\circ}\text{C}$  con acetaminofén 10-15 mg/kg/dosis cada 6 horas, con intervalo mínimo de 4 horas. Si no hay mejoría, bañe al niño con agua tibia y manténgalo con ropa ligera; evite el exceso de abrigo.
- **A-Alimentación-líquidos:** continúe la alimentación del niño de forma fraccionada y con mayor frecuencia; en especial, leche materna. Adminístrele líquidos para mantener una hidratación adecuada.
- **L-Lavado de manos:** una medida de vital importancia es el lavado de manos con agua y jabón, para evitar de manera efectiva la transmisión de la infección (13).

- **T-Tos:** no se recomienda ningún antitusivo: la tos es un mecanismo de defensa. Se deben dar bebidas endulzadas para aliviar la tos.
- **A-Alarma:** se deben explicar los signos de alarma para consultar de forma inmediata.
- **N-Nariz:** se debe indicar la limpieza nasal con suero fisiológico cuantas veces sea necesario.

### 5.1.2.1 Cuidadores

Los cuidadores deben estar capacitados para:

- Tomar todas las medidas de soporte en casa (F. A. L. T. A. N.) Administrar con la técnica adecuada los inhaladores de dosis medida (IDM) usando una inhalocámara apropiada para la edad del paciente. El uso de IDM con inhalocámara simplifica la técnica, mejora la penetración y el depósito del medicamento en los pulmones, evita que el medicamento quede compactado en la garganta, disminuye la sensación de frío del inhalador y previene las infecciones por hongos.

**Nota:** es importante seleccionar el tipo de inhalocámara según la edad del paciente.

- Se recomienda el empleo de inhaladores con cámara espaciadora con máscara para niños de 0-3 años.
- Se recomienda el empleo de la cámara espaciadora con boquilla para niños de 4-7 años.
- Es importante informar a los padres acerca de la técnica del uso del inhalador dosis medida con in-

halocámara (anexo 1) y cómo verificar el contenido del inhalador (anexo 2).

- Lavar la inhalocámara en casa (anexo 3).

### 5.1.3. Cuándo consultar de inmediato al médico

Los prestadores de servicios de salud deben recordar a los padres que todas las enfermedades tienen la posibilidad de empeorar en casa, a pesar del tratamiento; si el cuidador conoce los signos de alarma y consulta de nuevo a tiempo, el niño recibirá oportunamente la atención que necesita.

La madre debe conocer los signos que indican si su hijo ha empeorado, porque si consulta a tiempo puede salvarle la vida.

#### 5.1.3.1 Signos de alarma para volver de inmediato

- Cualquier niño enfermo que:
  - No puede beber ni tomar el pecho. Vomita todo. Empeora o no se ve bien. Aparece fiebre (si no la tenía).
- Si el niño tiene alguna enfermedad respiratoria aguda, regrese si presenta:
  - Respiración rápida. Dificultad para respirar (hundimiento de las costillas, aleteo nasal, coloración azul en la boca o la piel, su respiración se detiene).

#### 5.1.4. Control de los factores relacionados con la transmisión de la infección asociada a las atenciones en salud

Un grupo de casos de ERA que se manejan en las instituciones de salud presentan infecciones asociadas a las atenciones en salud, que generan complicaciones importantes y, en un alto porcentaje de casos, la muerte. Por lo tanto, es imprescindible insistir en las medidas para controlar o disminuir la transmisión de la enfermedad. Entre ellas debemos resaltar:

- Lavado de manos, o enjuague de estas con alcohol glicerinado en los 5 momentos (después de toser, después de ir al baño, después de cambiar pañales, antes de comer y antes de preparar los alimentos).
- Uso de guantes, batas y tapabocas; en particular, durante los periodos de picos respiratorios, en casos de especial severidad que se comporten como cuadros de riesgo alto para otros pacientes.
- Aseo rutinario para equipos como los fonendoscopios o, preferiblemente, que cada cama tenga uno propio.
- En condiciones ideales, todo paciente a quien se atiende en una institución de salud debería usar un tapabocas quirúrgico, mínimo, durante los primeros cuatro días de su estancia en la institución —mucho más, si se requiere hospitalización y puede tolerar dicho tapabocas—.
- Medidas de limpieza, desinfección y esterilización de los equipos de terapia respiratoria, así como de todos los elementos utilizados en la atención. Técnicas de antisepsia.

- Ambiente debidamente ventilado.
- Evite el hacinamiento de pacientes; asegúrese de que el espacio entre cama y cama sea de, mínimo, 1 m.
- Precauciones de aislamiento; en especial para casos sospechosos o confirmados de gérmenes que se transmitan por contacto y por gotas, o en casos de cepas productoras de betalactamasa de espectro extendido. Reglas para la circulación del personal y de los visitantes. Disminuya tanto como sea posible la cantidad de personal circulante por las salas de atención, de los familiares de los niños, de los estudiantes y de los trabajadores de la salud. Manejo integral de residuos hospitalarios.

#### 5.2. Seguimiento del paciente

Es fundamental buscar estrategias de seguimiento que apoyen la continuidad del tratamiento y la recuperación del niño; se debe asegurar que haya control del paciente presencial o telefónico entre las 48 y las 72 horas después de la atención.

Todo niño que sea atendido bajo la modalidad de salas ERA, que responda al manejo inicial o al manejo de observación de urgencias, y de quien se decida continuar su tratamiento ambulatoriamente debe tener algún mecanismo de seguimiento a lo largo de las siguientes 48 horas; idealmente, por parte de algún trabajador de la salud capacitado, que podría ser una enfermera, un terapeuta o un auxiliar de enfermería entrenados en identificar síntomas que sugieran deterioro clínico, y, por lo tanto, la necesidad de reingreso; o, incluso, a través de un sistema de llamadas desde un centro de comunicación dispuesto para tal fin, con base en una lista de chequeo definida, para identificar necesidad de

revaloración o reingreso. Este seguimiento es de mayor importancia en los menores de 6 meses o en los casos con algún factor de riesgo especial, como antecedente de prematuridad, bajo peso al nacer, enfermedad respiratoria grave en el periodo neonatal o antecedente de hospitalización previa, entre otros.

**Nota:** es importante explicar a los padres que los síntomas asociados a las infecciones virales del tracto respiratorio inferior, y particularmente la tos, por lo general se resuelven en menos de un mes en bebés y niños sanos, pero pueden durar hasta tres o cuatro meses.

## Capítulo 6.

### Verificación de la estrategia de salas ERA

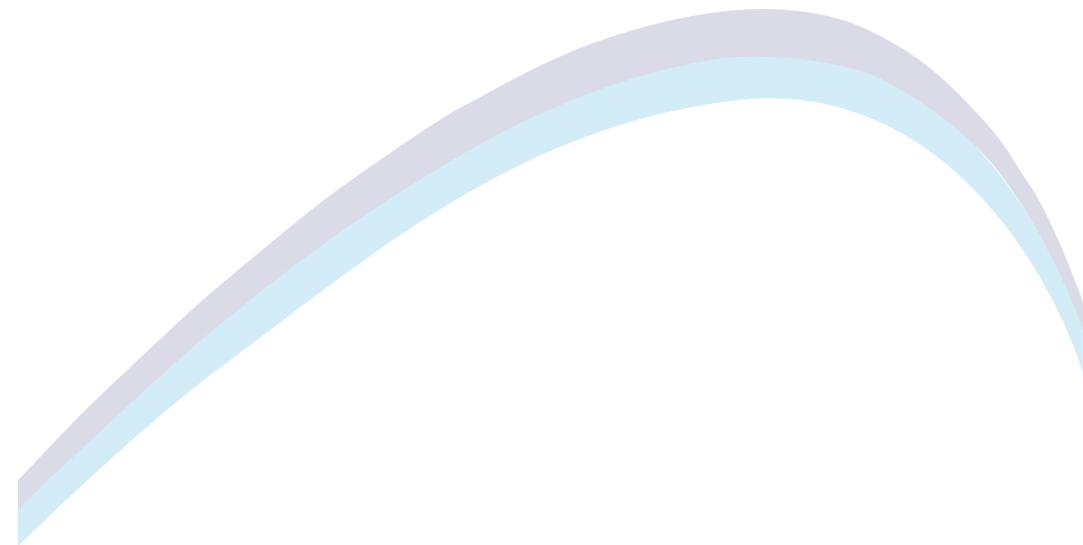
El seguimiento a la estrategia salas ERA en las diferentes IPS públicas y privadas asegura el cumplimiento y la calidad de la atención a los niños con ERA; pretende verificar todos los aspectos que se incluyen, desde la implementación del Programa para la prevención, detección, manejo y control de la infección respiratoria aguda en menores de 5 años, los procesos de atención en salas ERA, los criterios de ingreso, el manejo instaurado según el diagnóstico, el uso de antibióticos, la solicitud de paraclínicos, la educación en inhaloterapia, las medidas de prevención, los signos de alarma y el seguimiento posterior al manejo en salas ERA, las fichas comunicacionales y el seguimiento al programa (anexo 5).

Criterios para tener en cuenta:

- El plan de respuesta para la atención de enfermedad respiratoria de la institución se encuentra implementado dentro del plan de EIS. La sala ERA cuenta con material educativo. La sala ERA cuenta con los insumos para la atención de pacientes con ERA. En las salas ERA hay insumos para asegurar las medidas de bioseguridad. La institución cuenta con estrategias implementadas para el seguimiento de los niños que asisten a salas ERA.
- Se identifica el abordaje integral de los niños con ERA garantizando, como parte de la atención, la promoción y la prevención. Se identifican factores de riesgo y se proponen seguimiento y manejo acordes a estos.

- Los niños que ingresan a las salas ERA cumplen con los criterios definidos para su atención en dicho espacio. Se identifican tempranamente los criterios de severidad, y se remite de manera oportuna al paciente al prestador complementario.
- Se hace educación en salas ERA a la madre o al cuidador sobre las recomendaciones para el tratamiento en el hogar. La institución cuenta con un plan de respuesta inmediata para responder de forma oportuna al incremento de la demanda. La institución aplica las medidas de bioseguridad para controlar la transmisión de la infección respiratoria.
- La institución cuenta con un plan de egreso de salas ERA que asegure la continuidad del tratamiento y el seguimiento del niño con ERA. Se hace seguimiento, como mínimo, al 75% de los egresos de salas ERA.
- Se hace contrarreferencia a la empresa promotora de salud, a la administradora de régimen subsidiado, o las que se asimilen, para garantizar la continuidad del tratamiento y el seguimiento.
- Existe articulación con el servicio de atención extramural para hacer un efectivo seguimiento de los pacientes que lo requieran, por inasistencia al control en salas ERA.
- La institución cuenta con mecanismos de articulación con otros actores sociales para apoyar la solución de situaciones problemáticas identificadas, y de esta forma poder dar continuidad a la atención. Existen evaluación y monitoreo permanentes de los avances y de los resultados en la implementación de planes de respuesta y de contingencia. La institución cuenta

con un plan de capacitación a los funcionarios, y su respectiva evaluación sobre la atención integrada a niños con ERA.



## Referencias

1. Secretaría Distrital de Salud. Documento Implementación de acciones de fortalecimiento institucional en los prestadores de servicios de salud del Distrito Capital, para dar respuesta a los eventos de interés en salud pública (EISP). Bogotá; 2017.
2. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de infección respiratoria aguda. Coordinador grupo de eventos inmunoprevenibles [internet]. 2016 [citado 2018 sep. 18]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/PROTOCOLO%20ESI-IRAG.pdf>
3. Resolución 2003 de 2014, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
4. Guía de Práctica Clínica para la evaluación del riesgo y manejo inicial de la neumonía en niños y niñas menores de 5 años y bronquiolitis en niños y niñas menores de 2 años. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014.
5. Temprano MM, Hinojal MCT. Pediatría integral. Laringitis aguda. Concepto [internet]. 2017 [citado 2018 sep. 20]. Disponible en: [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi07/02/n7-458-464\\_CarmenTorres.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi07/02/n7-458-464_CarmenTorres.pdf)

6. Ministerio de salud y Protección social. Atención integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia-AIEPI. Libro Clínico.Colombia-2012
7. Bacharier LB. Viral-induced wheezing episodes in pre-school children: Approaches to therapy. *Curr Opin Pulmoary Med.* 2010;16(1):31-5. <http://doi.org/10.1097/MCP.0b013e32833303e6>
8. Rivas-Juesas C, et al. A comparison of two clinical scores for bronchiolitis. A multicentre and prospective study conducted in hospitalised infants. *Allergol Inmunopathol (Madr).* 2017
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica (GPC) para el diagnóstico, atención integral y seguimiento de niños y niñas con diagnóstico de asma, 1–240 [internet]. 2013 [citado 2018 sep. 18]. Disponible en: [http://gpc.minsalud.gov.co/gpc\\_sites/Repositorio/Conv\\_500/GPC\\_asma/GPC\\_Comp\\_Asma.pdf](http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_asma/GPC_Comp_Asma.pdf)
10. Global Initiative for Asthma. (2016). Guía de bolsillo para el manejo y la prevención del asma. Guía de bolsillo para profesionales de la Salud [internet]. 2016 [citado 2018 sep. 18]. Disponible en: <http://ginasthma.org/wp-content/uploads/2016/10/WMS-Spanish-Pocket-Guide-GINA-2016-v1.1.pdf>
11. Leung A, Wong A, Hon KL. Community-acquired pneumonia in children. *Recent Patents on Inflammation & Allergy Drug Discovery* [internet]. 2018 [citado 2018 sep. 27]. <https://doi.org/10.2174/1872213X12666180621163821>

12. Gupta S, Lodha R, Kabra SK. Antimicrobial therapy in community-acquired pneumonia in children. *Curr Infect Dis Rep*. 2018;20(11):47.
13. Ministerio de Salud y Protección Social. Subdirección de Enfermedades Transmisibles. Lineamientos para la prevención, diagnóstico, manejo y control de casos de Influenza, 1–34 [internet]. 2018 [citado 2018 sep. 20]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/lineamientos-prevencion-diagnostico-manejo-control-casos-influenza.pdf>

## Anexos

### 1. Técnica de uso del IDM con inhalocámara

La formulación de los inhaladores debe ir acompañada de instrucciones claras sobre su uso correcto, seguidas por una demostración sobre la técnica inhalatoria:

- Retire la tapa del inhalador.
- Agite fuertemente el inhalador durante unos 30 segundos.
- Conecte el inhalador a la inhalocámara.
- Ponga la máscara de la inhalocámara cubriendo herméticamente la nariz y la boca del paciente.
- A veces, en los niños mayores de 4 años se puede sustituir la máscara por una boquilla, en cuyo caso esta boquilla debe ponerse entre los dientes del niño y cerrar sus labios herméticamente alrededor de esta.
- Oprima el inhalador una vez.
- Deje que el niño haga diez respiraciones, o que respire durante quince segundos.
- Retire la inhalocámara con máscara o boquilla. Si por indicación médica se deben hacer dos o tres atomizaciones, espere un minuto y repita todos los pasos anteriores para cada atomización.

### Recomendaciones generales:

- Los inhaladores son de uso personal.
- Guárdelos en un lugar seco y a temperatura ambiente.
- No los exponga al fuego.
- Límpielos frecuentemente.

## 2. Cómo verificar el contenido del inhalador

Los nuevos inhaladores tienen un contador de dosis que indica el consumo de estas, y es fácil verificar cuando se están acabando. Sin embargo, si no se cuenta con dicho mecanismo, es recomendable llevar un conteo de las dosis consumidas para saber cuándo se agotan las dosis que contiene el inhalador.

Como los IDM contienen un propelente gaseoso, este puede seguir disparando, a pesar de que el medicamento se haya consumido. Por tal razón, es ideal llevar el conteo de las dosis para cambiarlo en el momento preciso.

*Sumergir el inhalador en un recipiente con agua para ver qué tanto flota, no es recomendable, pues se trata de una medición inexacta y puede dañar el orificio de salida del inhalador.*

### 3. Cómo lavar la inhalocámara

- Lave la inhalocámara, mínimo, una vez a la semana.
- Desarme la inhalocámara.

**Durante 20 minutos, sumerja las piezas de la inhalocámara en agua jabonosa limpia (usando jabón líquido suave); verifique que todas las piezas queden cubiertas. Después, enjuague con abundante agua la boquilla o la máscara y solamente el exterior de la inhalocámara (no lave ni restriegue por dentro la cámara).**

- Deje secar al aire en un lugar limpio (no seque la inhalocámara con papel, toallas ni paños de tela).
- Reensamble la inhalocámara una vez seca.
- Guarde en un lugar limpio, seco y a temperatura ambiente, dentro de una bolsa plástica limpia y sellada.



### 4. Matriz de registro individual de niños atendidos en salas ERA

#### Secretaría Distrital de Salud - Sala ERA

Campos de selección							0	Total en Riesgo :
RIESGO.	SEMANA EPIDEMIOLOGICA	CODIGO HABILITACION UPGD (Ej. 11001xxxxxx)	UPGD			PRIMER NOMBRE PACIENTE	SEGUNDO NOMBRE PACIENTE	
			NOMBRE DE UPGD	TIPO DE NOTIFICACION	SERVICIO DE ATENCION SALA ERA			

0 Total en Sin Riesgo : 0

DATOS DEL PACIENTE						
PRIMER APELLIDO PACIENTE	SEGUNDO APELLIDO PACIENTE	FECHA NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)	FECHA DE INGRESO (DD/MM/AAAA)	SEXO M - Masculina : 0 F - Femenino : 0	TIPO IDENTIFICACION PACIENTE (RC - Registro Civil; RNV - Registro de Nacido Vivo; PAS - Pasaporte; MS - Menor Sin Documento)	NUMERO IDENTIFICACION PACIENTE

EDAD EN MESES	GRUPO DE EDAD	NOMBRE DEL CUIDADOR	PARENTESCO	No. IDENTIFICACION COTIZANTE	TIPO REGIMEN SEGURIDAD SOCIAL	NOMBRE ENTIDAD ASEGURADORA	LOCALIDAD RESIDENCIA	DIRECCION
0								
0								
0								

FECHA DE EGRESO (DD/MM/AAAA)	DIAGNOSTICO INGRESO	RECIBIO IDM/NBZ	FORMULARON ANTIBIOTICOS	TOMARON LABORATORIOS	TOMARON RX	DESTINO AL EGRESO	NUMERO DE TELEFONO DEL CUIDADOR	SEGUIMIENTO A LAS 48 HORAS EFECTIVO

SEGUIMIENTO A LOS 7 DIAS DEL EGRESO EFECTIVO	ACCIONES EDUCATIVAS	FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADO	SEGUIMIENTO POR	OBSERVACIONES

## 5. Instrumento de verificación a salas ERA

### Visita Sala ERA

<b>FECHA DE LA VISITA</b>	<b>DD/MM/AÑO</b>
<b>NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD VISITADA:</b>	
<b>SALA ERA</b> _____	<b>CARACTERIZACIÓN</b> _____ <b>SEGUIMIENTO</b> _____
<b>NOMBRE Y CARGO DE LA(S) PERSONAS QUE ATIENDEN LA VISITA POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN VISITADA:</b>	
<b>1. Componente de Planeación</b>	
<b>ASPECTOS A VERIFICAR</b>	<b>CALIFICACIÓN</b>
	<b>C</b>
1. ¿La institución elaboró y envió plan de respuesta para la atención de enfermedad respiratoria a la Dirección de Provisión de Servicios de la Secretaría Distrital de Salud?	
2. ¿El plan de respuesta para la atención de enfermedad respiratoria de la institución se encuentra implementado?	
3. La Sala ERA cuenta con material didáctico?	
4. La Sala ERA cuenta con guantes, batas y tapabocas?	
5. La Sala ERA cuenta con toallas de papel, jabón hospitalario, alcohol glicerinado?	
6. Cuentan con estrategias implementadas de seguimiento a los niños y niñas que asisten a salas ERA?	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>0</b>
<b>OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:</b>	

<b>2. Componente de Ejecución</b>	
<b>ASPECTOS A VERIFICAR</b>	<b>CALIFICACIÓN</b>
	<b>C</b>
7. Se identifica abordaje integral (tiene en cuenta: estado nutricional, antecedentes patológicos, riesgo psicosocial) en el niño o niña con enfermedad respiratoria y se garantiza de igual manera la promoción y la prevención?	
8. Se identifican factores de riesgo y se propone seguimiento y manejo acorde a los mismos?	
9. ¿Las niñas o niños que ingresan a la sala ERA cumplen con los criterios definidos, como son: <ul style="list-style-type: none"> <li>Tener un cuadro de dificultad respiratoria leve( score 5 puntos). Solamente se manejaran cuadros de moderada intensidad (score 6-8) cuando se trate de cuadros bronco obstructivos recurrentes.</li> <li>Saturación de oxígeno 85 a 88%.</li> <li>Requerir suministro de oxígeno a menos de 1 litro por minuto por cánula nasal, hasta lograr saturación mayor de 90%</li> <li>Estar en capacidad de ingerir líquidos vía oral, sin necesidad de administración de líquidos intravenosos.</li> <li>Se calcula que requiera un manejo hospitalario, por un período breve (máximo 3 a 4 horas), para lograr una respuesta satisfactoria.</li> </ul>	
10. ¿Se remiten oportunamente a prestador complementario, teniendo en cuenta los criterios de severidad establecidos : <ul style="list-style-type: none"> <li>Niña o niño menor de tres meses con bronquiolitis o neumonía.</li> <li>Requerir oxígeno a más de 1 litro por minuto con cánula nasal para lograr saturación de oxígeno mayor de 90%.</li> <li>No responder rápidamente al manejo indicado.</li> <li>No tolerar la vía oral</li> <li>Presentar cualquier signo de peligro.</li> </ul>	
11. ¿Se encuentra documentado en la Historia Clínica la educación que se realiza en la Sala ERA, a la madre o cuidador sobre recomendaciones para el tratamiento en el hogar en: <ul style="list-style-type: none"> <li>Signos de alarma para consultar de inmediato.</li> <li>Enseñar el esquema con el inhalador de dosis medida y el buen uso de la inhalocámara.</li> <li>Lavado de manos y de nariz.</li> <li>Aumento en el consumo de líquidos.</li> <li>Recomendaciones para no uso de antitusivos ni antibióticos no prescritos.</li> <li>Medidas preventivas específicas para la tos o resfriado.</li> </ul>	
12. Dispone la institución de un plan de contingencia para los momentos de pico epidémico por ERA que responda al incremento de la demanda en forma oportuna?	
13. ¿La institución aplica las medidas de bioseguridad para controlar la transmisión de la infección respiratoria, los más importantes son: <ul style="list-style-type: none"> <li>lavado de manos o enjuague con alcohol glicerinado antes y después de examinar cada niño.</li> <li>Uso de guantes, batas y tapabocas.</li> <li>Limpieza y desinfección y esterilización de equipos de terapia respiratoria.</li> <li>No hacinamiento de pacientes.</li> <li>Aislamiento de pacientes en casos confirmados de gérmenes altamente infecciosos</li> </ul>	



