



PROTOCOLO	CÓDIGO:
	VERSIÓN: 01
MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA ALTA Y BAJA	PAGINA: 1 DE
	FECHA: 19/10/2017

DEFINICION

Son enfermedades de las vías respiratorias, causadas en su mayor parte por virus y bacterias; se adquieren por el aire o por el contacto directo con personas enfermas. La población más expuesta son los niños. Sus síntomas son: Tos, rinorrea, flema, odinofagia, eritema faríngeo, disfonía, otalgia y, en algunos casos, fiebre. Pueden durar hasta 15 días, entre ellas están: El resfriado común, bronquiolitis, la Neumonía y el Asma.

OBJETIVO:

La presente guía está dirigida a los médicos generales, pediatras, enfermeras y en general a todo el equipo de salud de urgencias Inversiones Clínica del Meta S.A. y pretende manejar en forma precisa y eficaz los cuadros de compromiso respiratorio causado por diversas patologías, en niños menores de 5 años.

ALCANCE:

Desde el Triage detectar en forma oportuna, ágil y adecuada a los pacientes con síntomas y signos clínicos compatibles con una enfermedad Respiratoria Aguda para diagnosticar e iniciar tratamiento adecuado según corresponda a su gravedad, para disminuir las complicaciones y la morbimortalidad de esta patología.

DIAGNOSTICO CLINICO

1. Tos
2. Rinorrea
3. Expectoración
4. Odinofagia,
5. Eritema faríngeo,
6. Disfonía,
7. Otalgia
8. Fiebre.
9. Tirajes intercostales, subxifoideos y supraclaviculares

DIAGNOSTICO COMPLEMENTARIO:

1. Radiografía de tórax PA y Lateral
2. Hemograma, VSG, PCR
3. Gases arteriales
4. Hemocultivos, para confirmación de etiología infecciosa



PROTOCOLO	CÓDIGO:
	VERSIÓN: 01
MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA ALTA Y BAJA	PAGINA: 1 DE
	FECHA: 19/10/2017

COMPLICACIONES:

1. Sobreinfección bacteriana.
2. Falla ventilatoria aguda.
3. Sepsis
4. Derrames pleurales
5. Abscesos pulmonares.

TRATAMIENTO:

Inicia cuando el paciente pediátrico con clínica compatible con Enfermedad Respiratoria Aguda, ingresa a urgencias y es evaluado por médico quien ordena realizar el manejo pertinente en la sala E.R.A. El personal asistencial encargado del funcionamiento de esta área pondrá en marcha el protocolo de atención dispuesto.

BRONQUIOLITIS

Oxígeno por cánula nasal hasta 1 litro/ minuto, si requiere más remítalo a observación.

1. Líquidos orales abundantes y fraccionados
2. Manejo de fiebre, y medidas de soporte y apoyo
3. Aseo nasal con suero fisiológico cada 3 a 4 horas.
4. Inhalador de dosis medida en el siguiente esquema: Salbutamol inhalado 3 puff cada 10 minutos por 30 minutos, luego cada 20 minutos por 1 hora, luego 3 puff cada hora por tres horas y luego según evaluación, pero mínimo 3 puff cada tres horas durante la estancia. (más clara su indicación si hay antecedentes familiares y/o personales de atopia)

Evalúe en forma estricta posible si hay o no respuesta clínica, para continuarlo o suspenderlo.

NOTA:

El inhalador, siempre se debe aplicar, con espaciador de mínimo 15 centímetros de longitud y con un volumen mínimo de 450cc. (Inhalocámara de fabricación industrial, o de fabricación casera tipo botella desechable de agua).



PROTOCOLO	CÓDIGO:
	VERSIÓN: 01
MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA ALTA Y BAJA	PAGINA: 1 DE
	FECHA: 19/10/2017

No se recomienda la nebulización, sino el uso de inhaladores de dosis medida a través de inhalocámara

5. NO USAR ANTIBIOTICO

SÍNDROME BRONCOOBSTRUCTIVO AGUDIZADO POR IRA DE TIPO VIRAL

1. Oxígeno por cánula nasal hasta 2 litros por minuto, o usando cámara cefálica hasta 40% FIO₂.
2. Inhalador de dosis medida en el esquema anotado y con espaciador.
3. Corticoide oral prednisona 1mg k/d por cinco días.
4. NO USAR ANTIBIOTICO.
5. Si tolera vía oral, en lo posible evitar líquidos parenterales.

ASMA

MEDICAMENTOS

I-IDM: (Inhaladores de Dosis Medida) (Salbutamol)

Aplicar con espaciador adecuado para la edad.

3-4 inhalaciones cada dosis

La frecuencia depende del estado clínico, en general 2 cada 10 minutos por 30 minutos, luego cada 20 minutos durante 1 hora, luego cada hora durante 3-4 horas, luego cada 2 horas durante 6-8 horas, luego cada 3 horas por 1 a 2 días, luego según evolución

II- MNB : b2 Agonistas de Acción corta (terbutalina o Salbutamol) 0,15mg/kg de peso diluidas en 4 cc de SSN, en la misma frecuencia de los inhaladores de dosis medida, se debe administrar con máscara de inhaloterapia en menores, o sistema de tubo en T para mayores, Solo se debe usar cuando no sea posible el esquema con IDM, y en especial en pacientes con inminencia de falla respiratoria. De todas maneras en la mayoría de los casos se puede manejar con inhaladores de dosis medida, según lo descrito.

II- Esteroide Oral: Debe ser siempre la primera opción antes de CS parenterales: Prednisona 1-2 mg/k/día (1 sola dosis matutina preferiblemente) por 3 a 5 días. En los niños pequeños por su mal sabor las pastillas deben triturarse y mezclarse con algún alimento de muy buen sabor para el niño (mermelada, arequipe, compota, etc.).

III- Esteroide Parenteral: Ante intolerancia de CS orales Metilprednisona 1-2 mg/k/dosis cada 8 horas las primeras 24h. Luego 1-2 mg/k/día en 1-2 dosis, pero tan pronto sea posible debe, pasarse a vía oral.

Atropínicos: útiles en casos de cuadros de moderada a severa intensidad en especial si tienen componente hipersecretante claro.



PROTOCOLO	CÓDIGO:
	VERSIÓN: 01
MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA ALTA Y BAJA	PAGINA: 1 DE
	FECHA: 19/10/2017

Bromuro de Ipratropio.

IDM: 2 puff c/3-6 h. Según cuadro clínico

B-Gotas. Para nebulización 8-10 gotas disueltas en 4 cc de SSN

2. MEDIDAS GENERALES

Hidratación

Oxígeno: Utilizar lo necesario para mantener saturación entre 90-93 %.

Iniciar con cánula nasal máximo hasta 3 lt/min. Si no logra la saturación ideal pasar a un sistema de oxigenoterapia con reservorio tipo cámara cefálica o Hood Ante requerimientos altos de oxígeno sospeche patología asociada, neumonía, edema, etc.

Antibióticos: Raramente son necesarios ya que los virus son los principales desencadenantes. Si se sospecha infección bacteriana como complicación debe considerarse los mismos gérmenes adquiridos en la comunidad según la edad, y al máximo posible con base a antibióticos de primera línea.

Terapia Respiratoria con medidas de higiene bronquial: Necesaria en pocos casos. Debe iniciarse una vez haya cedido el componente broncoobstructivo más agudo que acompaña al cuadro de dificultad respiratoria clara. Idealmente con nebulización previa (aunque no indispensable), seguida de aceleración del flujo espiratorio, asistencia de tos, sin estímulos faríngeos ni succión.

Monitoreo: Especialmente a los lactantes y niños pequeños quienes tienen mayor riesgo de insuficiencia respiratoria. Según evolución definir justificación o no de hospitalizar, y eventualmente de ingreso a UCI pediátrica

6. CRITERIOS PARA DAR DE ALTA UN PACIENTE.

Un niño debe estar el menor tiempo posible en sala E.R.A.

En general puede darse de alta cuando:

1. Se evidencia evolución hacia la mejoría de su cuadro clínico, así no esté completamente recuperado de su enfermedad.
2. No requiere antibióticos parenterales.
3. Tolera la vía oral.
4. No requiere oxigenoterapia



 E.S.E HOSPITAL De La Vega	
PROTOCOLO	CÓDIGO:
	VERSIÓN: 01
MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA ALTA Y BAJA	PAGINA: 1 DE
	FECHA: 19/10/2017

ANEXO SCORE DE GRAVEDAD SINDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO BIERMAN Y PEARSON / TAL

PUNTAJE	FRECUENCIA RESPIRATORIA		SIBILANCIAS	CIANOSIS	RETRACCION
	< 6 MESES	> 6 MESES			
0	< 40	<30	NO (*)	NO	NO
1	41-55	31-45	Fin de la espiración audible con fonendo	Perioral al llorar	(+) subcostal
2	56-70	46-60	Inspiración y espiración con fonendo	Perioral en reposo	(++) subcostal e intercostal
3	>70	>60	Audibles sin fonendo	Generalizada en reposo	(+++) Subcostal, intercostal y supraesternal

Las sibilancias pueden no auscultarse en obstrucción grave.

0-5 puntos: obstrucción leve

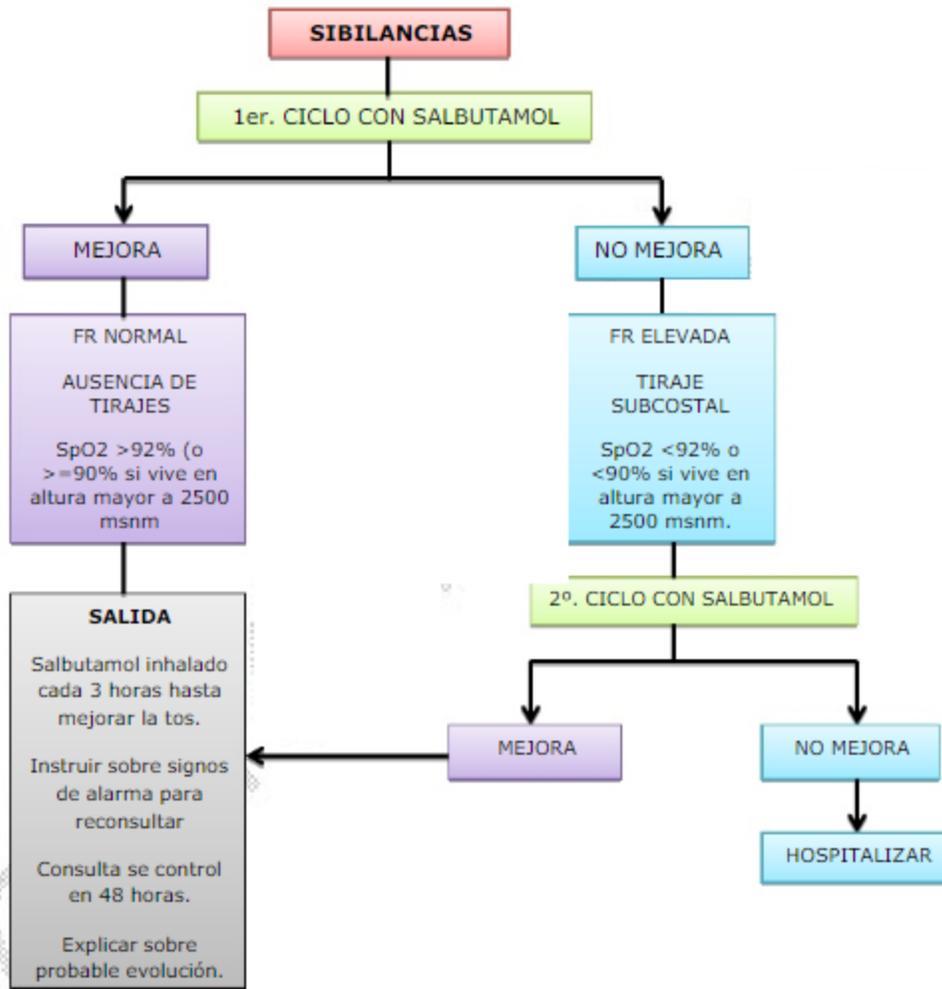
6-8: obstrucción moderada

9-12: obstrucción grave



PROTOCOLO	CÓDIGO:
	VERSIÓN: 01
MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA ALTA Y BAJA	PAGINA: 1 DE
	FECHA: 19/10/2017

ANEXO 2 FLUJOGRAMA DE MANEJO EN SALA E.R.A.



BIBLIOGRAFIA



	
PROTOCOLO	CÓDIGO:
	VERSIÓN: 01
MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA ALTA Y BAJA	PAGINA: 1 DE
	FECHA: 19/10/2017

1. AIEPI. Curso clínico para la intención del niño. Min de Protección Social. 2009. www.WHO.org/AIEPI.eS
2. American College of Pediatrics. Manejo de la Infección respiratoria Aguda. 2009 www.ACOP.org/BreathDisease
3. Guía para la Atención Médica de Urgencias Ministerio de la protección Social, 2009, Tercera edición ISBN Obra Completa: 978-958-8361-66-6 www.minproteccion.org//:guía-para-manejo-de-urgencias