



**GOBERNACIÓN DE
SANTANDER**



JUAN CARLOS DÍAZ CRUZ
Especialista Pediatría y Puericultura

Secretaría
De Salud



FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES IRA EBS

**GOBERNACIÓN DE
SANTANDER**



**GOBERNACIÓN DE
SANTANDER**

ABORDAJE NIÑO CON IRA/ERA

PREGUNTAS
ORIENTADORAS?



- Tiene tos o dificultad respiratoria?
- Tiene otros síntomas respiratorios?
(congestión nasal, dolor de oído, dolor de garganta)



DEFINIR CONDICIÓN
ABORDAJE INICIAL
NIÑO 3 MESES A 5
AÑOS

- IRA < 5 años principales causas de morbilidad en el mundo





oídos, nariz,
faringe, senos
paranasales

ALTA

CLASIFICACIÓN IRA



BAJA

(Laringe)
tráquea,
bronquios
pulmones



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

RINOFARINGITIS / RESFRIADO COMÚN

Definición

Estado gripal de curso habitualmente benigno.

Duración

Habitualmente 2 a 5 días.

Puede extenderse hasta alrededor de 1 semana o más según el virus y la evolución clínica.

Etiología viral.

Compromiso catarral de vías respiratorias superiores.

Autolimitado.

Manifestaciones clínicas

- Rinorrea.
- Obstrucción nasal.
- Estornudos.
- Dolor de garganta.
- Fiebre.
- Tos, con o sin presencia

Etiología viral

- Rhinovirus.
- Coronavirus.
- Virus sincitial respiratorio (VSR).
- Adenovirus.
- Virus de la influenza tipo C.
- Parainfluenza.
- Metapneumovirus.
- Bocavirus



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Secretaría
de Infraestructura



Rinofaringitis Aguda

Abordaje Inicial

- Manejo en casa con sus padres y/o cuidadores.
- Aumente la ingesta de líquidos y leche materna.
- Administre de manera fraccionada los líquidos y la alimentación
- Realice aseo nasal con suero fisiológico a necesidad, especialmente antes de dormir y antes de comer
- Maneje la fiebre
- No se requieren antihistamínicos, ni antibióticos ni antitusivos.
- Enseñe a los padres a identificar los signos de alarma, si el paciente presenta alguno de estos signos, debe regresar de inmediato al servicio de urgencias
- Infórmeles a los padres y/o cuidadores las medidas preventivas.

Utilice este acróstico para informar a los padres sobre los cuidados generales de la IRA:

Fiebre (manejo de la fiebre)
Alimentación- Líquidos (adecuada administración)
Lavados de manos (adecuado y frecuente)
Tos (manejo de la tos)
Alarma (signos de alarma para consultar)
Nariz (aseo nasal)



CONSIDERE LA POSIBILIDAD DE INFECCIÓN DE VIAS RESPIRATORIA SECUNDARIA AL VIRUS DE LA INFLUENZA, ENLACE DE CONSULTA

- Lineamientos para la prevención, diagnóstico, manejo y control de casos de Influenza.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/lineamientos-prevencion-diagnostico-manejo-control-casos-influenza.pdf>

- Lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra Influenza estacional cepa sur 2022

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/lineamientos-tecnicos-operativos-vacunacion-influenza-estacional-cepa-sur-2022.pdf>



SANTANDER

de Infraestructura

RINOSINUSITIS AGUDA

Definición

Inflamación de senos paranasales(1 o+)

Complicación 5-10% viral.

Secundaria alergia.

Etiología viral y bacteriana (menor).

Etiología viral

- Rhinovirus.
- Influenza.
- Adenovirus.
- Parainfluenza.

Etiología Bacteriana

Streptococcus pneumoniae
Haemophilus influenzae tipo b
Haemophilus influenzae no tipificables
Moraxella catarrhalis
Streptococcus pyogenes
Staphylococcus aureus
Streptococcus viridan



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Secretaría
de Infraestructura

RINOSINUSITIS AGUDA

MANIFESTACIONES CLINICAS

LEVE

- Rinorrea mucosa o purulenta
- Tos diurna
- Fiebre
- Halitosis

SEVERA

- Fiebre elevada (más de 39 °C)
- Rinorrea purulenta copiosa y persistente
- Tos diurna y nocturna
- Edema periorbitario
- Cefalea Compromiso del estado general

GOBERNACIÓN DE
SANTANDER



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Secretaría
de Infraestructura

RINOSINUSITIS AGUDA

CLASIFICACIÓN

Rinosinusitis
aguda viral.

Rinosinusitis
aguda
bacteriana.

Rinosinusitis
bacteriana
subaguda.

Rinosinusitis
bacteriana
crónica.

Rinosinusitis
aguda
recurrente.

- Interrogue.
- Verifique.
- Clasifique.
- Trate.
- Canalice



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Secretaría
de Infraestructura



Celulitis pre o postseptal, absceso orbitario o compromiso del Sistema Nervioso Central asociado a Rinosinutis aguda

- Maneje como enfermedad grave
- Hospitalice o remita con las normas "REFIERA"
- Inicie antibioticoterapia parenteral

Terapia parenteral

- Ampicilina/sulbactam 200mg/kg/día IV cada 6 horas por 7 a 10 días. No se debe usar en caso de compromiso del sistema nervioso central.
- Ceftriaxona: 50 a 100 mg/kg/día IV en una dosis diaria o cefotaxima: 150 a 200 mg/kg/día IV cada 6 a 8 horas. Se deben aumentar estas dosis en caso de compromiso de sistema nervioso central.

La duración del tratamiento es individualizada de acuerdo con la severidad y evolución clínica.



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Secretaría
de Infraestructura



Rinosinusitis aguda bacteriana

Inflamación de la mucosa nasal y senos paranasales debido a infección bacteriana, secundaria a una infección respiratoria viral o alergia respiratoria. Se define por síntomas catarrales y/o generales persistentes por más de 10 y menos de 30 días.

La evolución puede ser de tres tipos sin existir diferencia para su manejo:

- **Evolución tipo A:** catarro nasal/tos persistentes, con descarga nasal y/o tos diurna que se prolongan por al menos 10 días sin mejoría.
- **Evolución tipo B:** empeoramiento o nueva aparición de descarga nasal, tos o fiebre luego de una mejoría transitoria. Es decir, infección respiratoria alta que mejora a los 3-4 días, pero que empeora dentro de los 10 días del inicio del cuadro.
- **Evolución tipo C:** sintomatología intensa, con fiebre elevada (más de 39° C), compromiso del estado general, cefalea, descarga nasal purulenta por al menos tres días consecutivos



Primera línea: Amoxicilina en dosis de 90 mg/kg/día fraccionada cada 12 h por 10 días (g)

Segunda línea: Amoxicilina/ácido clavulánico: 80-90 mg/kg/día en dos dosis por 10 días. Mejora actividad sobre *Haemophilus influenzae* b y no tipificables, *Moraxella catarrhalis* (cepas productoras de β -lactamasa).

La amoxicilina-clavulánico se recomienda en sinusitis con riesgo de complicaciones: niños menores de 2 años, sinusitis frontales o esfenoidales, sinusitis etmoidales complicadas, pacientes con sintomatología muy intensa o prolongada (más de un mes), pacientes inmunodeprimidos o con enfermedades crónicas, o no respuesta al tratamiento inicial con amoxicilina.

Alternativa: Cefuroxima axetil 30 mg/kg/día fraccionado cada 12h por 10 días. Actividad sobre *Haemophilus influenzae* b y no tipificables, (cepas productoras de β -lactamasa), pero disminuye actividad sobre *S. pneumoniae*.

En alergia no tipo I (no anafiláctica) a amoxicilina: se puede utilizar una cefalosporina de 2ª o 3ª generación oral.

En alergia tipo I o anafiláctica y cuadro no grave considerar uso de quinolonas de uso respiratorio como la levofloxacina.



Terapia parenteral

- Ampicilina/sulbactam 200 mg/kg/día, IV cada 6 horas por 7 a 10 días.
- Ceftriaxona: 50 a 100 mg/kg/día IV en una dosis diaria o cefotaxima: 150 a 200 mg/kg/día IV cada 6 a 8 horas. Se deben aumentar estas dosis en caso de compromiso de sistema nervioso central. La duración del tratamiento es individualizada de acuerdo con la severidad y evolución clínica.
- Terapia adyuvante: No se recomienda el uso de mucolíticos descongestionantes, expectorantes, antihistamínicos. El uso de corticosteroides nasales sí puede otorgar un beneficio adicional si es que hay sospecha o evidencia de rinosinusitis alérgica.

El manejo sintomático debe centrarse en hidratación, analgésicos, antipiréticos, lavados nasales (7) Realice control según evolución a las 48 a 72 horas y al completar antibiótico.

Defina valoración por especialista en pediatría y/o otorrinolaringología de acuerdo a condiciones de riesgo y disponibilidad.



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Secretaría
de Infraestructura



Rinosinusitis bacteriana subaguda

Definida por síntomas de más de 30 y menos de 90 días.

- Realice manejo antibiótico, coayudante y sintomático igual a la rinosinusitis aguda bacteriana.
- Realice control según evolución a las 48 a 72 horas y al completar antibiótico.
- Canalice para valoración por especialista en pediatría de acuerdo a evolución y disponibilidad.



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Secretaría
de Infraestructura



Rinosinusitis aguda recurrente

Tres o más episodios de rinosinusitis aguda durante un período de 6 meses o más de 4 episodios en 1 año, con períodos asintomáticos de al menos 10 días.

- Maneje el episodio agudo con esquema antibiótico, manejo coadyuvante y sintomático igual a la rinosinusitis aguda bacteriana.
- Canalice para valoración por especialista en pediatría y/o otorrinolaringología de acuerdo a disponibilidad.
- Requiere pruebas diagnósticas complementarias, estudio de otras patologías de base, descartar inmunodeficiencia.



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Secretaría
de Infraestructura



Rinosinusitis aguda viral

Inflamación de la mucosa nasal y senos (o cavidades) paranasales.
Etiología viral, puede estar asociado a cuadro alérgico.

Abordaje

- Trate como resfriado común.
- Ante patología alérgica de manejo sintomático.
- El uso de corticosteroides nasales puede otorgar un beneficio adicional si es que hay sospecha o evidencia de rinosinusitis alérgica.



**GOBERNACIÓN DE
SANTANDER**

**Secretaría
de Infraestructura**

OTITIS MEDIA AGUDA OMA

Definición

Inflamación y líquido en oído medio

Incidencia 6-24 meses-5-6 años.

Secundaria IRA superior.

Etiología viral bacteriana.



Etiología

- Virus
- Streptococcus pneumoniae*
- Haemophilus Influenzae* no tipificable
- Streptococcus pyogenes*
- Staphylococcus aureus*
- Moraxella catarrhalis*
- Chlamydophila pneumoniae*
- Mycoplasma pneumoniae*

GOBERNACIÓN DE
SANTANDER



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

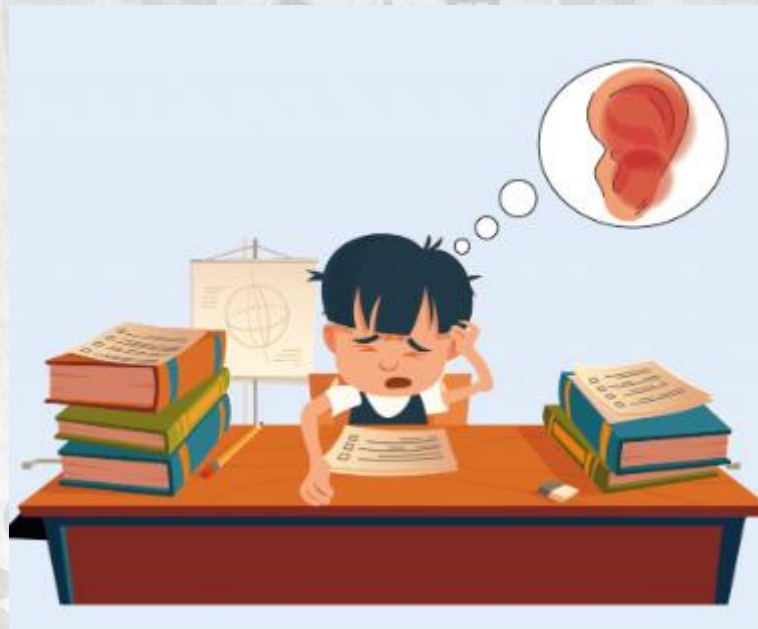
Secretaría
de Infraestructura

OMA

SÍNTOMAS/ CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

SINTOMAS /SIGNOS INFLAMACIÓN OM

- Otalgia/irritabilidad/sueño
- Lactantes (rechazo de tomas,irritabilidad, fiebre, diarrea)
- Hiperemia/abombamiento MT



Exudado OM

- Abombamiento timpánico
- Nivel hidroaéreo
- Otorrea
- Alteración motilidad timpánica(otoscopia neumática)
- Timpanograma plano

Clasificación y tratamiento de la OMA

GOBERNACIÓN DE
SANTANDER



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Mastoiditis

Infección de las celdillas mastoideas
como complicación de una OMA



Abordaje

- Maneje como enfermedad grave
- Remita con las normas "REFIERA"
- Inicie antibioticoterapia parenteral

Terapia parenteral

- Ampicilina/sulbactam 100- 200 mg/kg/día IV, dividido cada 6 horas por 10 a 14 días.
- Ceftriaxona 50-75 mg/kg/día IV en una dosis diaria por 5 a 7 días.
- Clindamicina 25-40 mg/kg/día cada 6 a 8 horas IV o VO por 10 días.

Otitis media aguda

Aparición rápida/brusca de signos y síntomas de inflamación de OM



Criterios diagnósticos:

1. Otolgia reciente < 48 horas. En etapa preverbal: llevarse la mano al pabellón auricular; o signos más inespecíficos (malestar atribuible claramente al oído que interfiere/impide la actividad normal/sueño), irritabilidad, insomnio, rechazo ingesta, con o sin fiebre.
2. Signos de inflamación de la MT: eritema intenso y coloración amarillenta.
3. Signos de derrame en OM: abombamiento, otorrea o movilidad escasa/nula de MT.

MT: membrana timpánica; OM: oído medio; OMA: otitis media aguda.

Otitis media persistente

Reagudización de los síntomas en los 7 días siguientes a la finalización del tratamiento (se considera el mismo episodio)



Manejo antibiótico

- Amoxicilina /clavulanato 80-90 mg/kg día en 2 dosis VO 7-10 días (dosis calculada con base en Amoxicilina).
- Cefuroxima 30 mg/kg/día en 2 dosis VO por 7 a 10 días.
- Sultamicilina 25-50 mg/kg/día VO cada 12 horas por 7 a 10 días.

Manejo analgésico vía oral: Acetaminofén 10-15 mg/kg/dosis VO cada 6 horas o Ibuprofeno 5-10 mg/kg/dosis VO cada 8 horas.

No se recomienda uso de mucolíticos, antihistamínicos ni tratamientos tópicos.

Canalice para valoración por especialista en pediatría y/o otorrinolaringología de acuerdo a disponibilidad

Otitis media recidivante

Aparición de nuevo de síntomas después de 7 días de la finalización del tratamiento (se considera episodio diferente)



Manejo antibiótico

- Amoxicilina /clavulanato 80-90 mg/kg día en 2 dosis VO 7-10 días (dosis calculada con base en Amoxicilina)
- Cefuroxima 30 mg/kg/día en 2 dosis VO por 7 a 10 días

Manejo analgésico vía oral: Acetaminofén 10-15 mg/kg/dosis VO cada 6 horas o Ibuprofeno 5-10 mg/kg/dosis VO cada 8 horas

No se recomienda uso de mucolíticos, antihistamínicos ni tratamientos tópicos.

Canalice para valoración por especialista en pediatría y/o otorrinolaringología de acuerdo a disponibilidad.

Otitis media recurrente

3 episodios de OMA en los 6 meses previos o 4 en el último año. Debe haber resolución clínica completa entre los episodios de duración mayor de un mes.



Manejo antibiótico del episodio agudo

Manejo analgésico vía oral: Acetaminofén 10-15 mg/kg/dosis VO cada 6 horas o Ibuprofeno 5-10 mg/kg/dosis VO cada 8 horas .

Requiere pruebas diagnósticas complementarias, estudio de otras patologías de base.

Canalice para valoración por especialista en pediatría y/o otorrinolaringología de acuerdo a disponibilidad.



**GOBERNACIÓN DE
SANTANDER**

Otitis media supurativa crónica

Supuración del oído por más de 14 días



Manejo antibiótico tópico

Manejo analgésico vía oral: cetaminofén 10-15 mg/kg/dosis VO cada 6 horas o Ibuprofeno 5-10 mg/kg/dosis VO cada 8 horas

Requiere pruebas diagnósticas complementarias, estudio de otras patologías de base.

Canalice para valoración por especialista en pediatría y/o otorrinolaringología de acuerdo a disponibilidad.



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Otitis externa

Inflamación que compromete la piel del conducto auditivo externo, generalmente de causa bacteriana



Manejo antibiótico tópico

Manejo analgésico vía oral:

- Acetaminofén 10-15 mg/kg/dosis VO cada 6 horas
- Ibuprofeno 5-10 mg/kg/dosis VO cada 8 horas

El ibuprofeno presenta mejor perfil de acción por su doble efecto analgésico y antiinflamatorio.

Laringotraqueítis aguda o crup laringeo

Cuadro agudo de dificultad respiratoria de intensidad variable

Ruidos altos predominio inspiratorios



Ocasiona dificultad respiratoria.

Secundario a inflamación difusa y edema tráquea.

Afecta motilidad cuerdas vocales con estridor



Contacto gotas

Niños de 3 meses a 3 años

Tos perruna
o metálica

Estridor

Disfonía

Triada

Parainfluenzae
tipos 1, 2 y 3.

Virus sincitial
respiratorio
(VSR).

Virus de la
influenza A y B

Adenovirus

Agente
Etiológico

*Mycoplasma
pneumoniae*



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD

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.

Escala de Westley (modificada por Fleisher)



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Clasificación y manejo según la gravedad



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

CRUP LEVE

- No cumple criterios de severidad
- No signos de alarma generales
- Paciente mayor de 3 meses
- Saturación normal al medio ambiente
- Puntaje en la Escala de Westley menor de 3



Abordaje

- Administre Dexametasona IM 0.6mg/kg máximo 10mg
- Manejo la fiebre con acetaminofén
- Manejo sintomático: hidratar, lavados nasales para la congestión nasal
- Información sobre signos de alarma
- No inicie antibiótico de rutina, no administre antitusígenos.
- Canalice a las atenciones de la RPMS



CRUP MODERADO

- Estridor en reposo
- Dificultad respiratoria leve, retracciones leves.
- No alteración del estado de conciencia,
- Saturación adecuada al aire ambiente
- Paciente mayor de 3 meses
- Puntaje en la Escala de Westley 3-7



- Administre oxígeno humidificado con sistemas de bajo flujo buscando saturación adecuada
- Administre Dexametasona IM 0,6mg/kg máximo 10mg
- Nebulizar con Adrenalina en dosis de 0,25-0,5 mg/kg de adrenalina, 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.
- Manejo de la fiebre con acetaminofén
- Revalore a las 4 a 6 horas para definir conducta
- Maneje en Sala ERA si está disponible
- No inicie antibiótico de rutina sin embargo considere diagnósticos diferenciales, no administre antitusígenos.



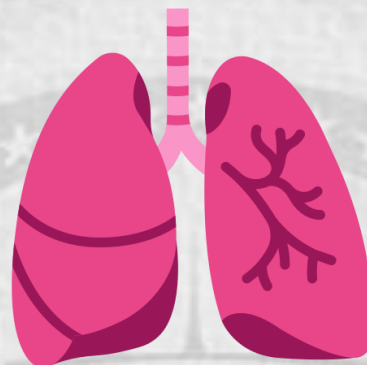
CRUP GRAVE

- Estridor asociado a alteración del estado de conciencia
- Dificultad respiratoria
- Saturación de oxígeno al aire ambiente baja de acuerdo con la altura*
- Edad menor de 3 meses
- Puntaje de severidad en la Escala de Westley mayor a 7



- Maneje como enfermedad grave
- Remita con las normas "**REFIERA**"
- Iniciar oxígeno humidificado para lograr saturación adecuada para la altura.
- Administre Dexametasona IM 0,6mg/kg máximo 10mg
- Nebulizar con Adrenalina en dosis de 0,25-0,5 mg/kg de adrenalina, 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.
- No utilizar adrenalina por horario, solo según respuesta, su efecto aproximado es de 2 horas, vigilar posible efecto de rebote.
- Líquidos endovenosos y suspender la vía oral.
- Manejo de la fiebre con acetaminofén.
- Minimice situaciones de agitación y angustia para el niño(a).
- Monitoreo estricto de signos vitales.
- No inicie antibiótico de rutina sin embargo considere diagnósticos diferenciales, no administre antitusígenos.
- Individualice manejo para definir toma de paraclínicos.
- Solicite apoyo del profesional más experto de su institución si requiere intubación de urgencia.





Bronquiolitis

GOBERNACIÓN DE
SANTANDER



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Definición

Inflamación y obstrucción de la vía aérea inferior en niños menores de 24 meses

GOBERNACIÓN DE
SANTANDER



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Historia natural

Curso clínico variable

Síntomas leves que pueden ser manejados en casa hasta falla ventilatoria

- 2-4 días de fiebre de bajo grado, congestión nasal, rinorrea, irritabilidad, hiporexia
- Signos de infección de vías respiratorias inferiores: tos, taquipnea, esfuerzo respiratorio (retracciones intercostales, supraesternales o subcostales, aleteo nasal, quejido, cabeceo) **con un pico entre los 3 y 5 días**
- Dificultad en la alimentación, deshidratación
- La mejoría se empieza a ver a los 5-6 días de enfermedad
- **La duración media es de 12 días**
- Una enfermedad no complicada puede durar entre 1 y 3 semanas antes de la resolución completa de los síntomas.



Examen físico

Fiebre
50%

Taquicardia
Taquipnea
Hipoxemia

Retracciones intercostales,
supraesternales o
subcostales

Aleteo nasal
Quejido
Cabeceo
Apnea

Disminución de la turgencia
de la piel
Mucosas secas
Fontanela deprimida
Llenado capilar lento

Crépitos
Sibilancias
Espiración prolongada
Ruidos transmitidos de vía
aérea superior

Manifestaciones extrapulmonares: otitis (hasta en un 50%), encefalitis, cardiomiopatía, hepatitis



Factores de riesgo

Asistir a guardería

Hermanos escolares

Exposición a humo
de cigarrillo o
contaminación del
aire

Malformaciones
congénitas de la vía
aérea

Inmunodeficiencias

Hombres



Etiología

**Virus sincitial
respiratorio**
50-80%

Rhinovirus

Parainfluenza

Adenovirus

Influenza

Metapneumovirus

Coronavirus

Coinfección en el
6-30%

GOBERNACIÓN DE
SANTANDER



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Fisiopatología

Transmisión

- Gotas (menos de 2 metros) y contacto
- Sobrevive más de 6 horas en superficies, en pañuelos 20-30 minutos y en la piel 20 minutos

Incubación

- 2-8 días

Invasión

- Ingresa por la mucosa nasal por inoculación directa o por inhalación de gotas <5 μm , infecta las células epiteliales ciliadas.
- En 1/3 de los pacientes infectan también los neumocitos por aspiración.



Diagnóstico

Radiografía de tórax

- No se correlaciona con la gravedad de la enfermedad o el riesgo de progresión
- Aumenta el uso de antibióticos por la similitud entre atelectasias y antibiótico

Aislamiento etiológico

- Puede ayudar a la cohortización de pacientes
- Las medidas de control de infecciones son iguales, independiente del agente
- Pruebas moleculares (PCR múltiple): puede identificar microorganismos en la vía aérea superior en hasta 30% de niños asintomáticos



Clasificación de la gravedad

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

**Escala de Wood-Downes-Ferres
modificada**



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Bronquiolitis (mayor de 3 meses)

- Saturación adecuada al medio ambiente
- Puntaje de la Escala de Wood-Downes - Ferres modificada < 4



Abordaje

- Higiene nasal a necesidad
- Maneje la fiebre
- No se requiere paraclínicos complementarios (hemograma, VSG o PCR, Radiografía de Tórax)
- No se requiere inicio de antibióticos ni de adrenalina nebulizada
- No se recomienda el uso de Esteroides Sistémicos o inhalados
- No se recomienda el uso de tratamientos sintomáticos (antihistamínicos, antitusígenos, descongestionantes, mucolíticos)
- Recomendaciones para manejo en casa
- Informe sobre signos de alarma para reconsultar
- Control a las 48 a 72 horas especialmente en niños menores de 6 meses.
- Canalice para continuar las atenciones de la RPMS



Bronquiolitis (Mayor de 3 meses- menor de 2 años)

- Saturación de oxígeno baja al aire ambiente según altura
- Puntaje de la Escala de Wood-Downes -Ferres modificada de 5-8



Abordaje

- Considere hospitalizar
- Inicie **oxígeno** para mantener saturación de O₂ adecuada para la altura, con el método de acuerdo con disponibilidad de equipo, la adaptación del niño(a) y la concentración requerida de oxígeno.
- Si el paciente tolera la vía oral, **aumente la ingesta de líquidos y de leche materna.**
- Higiene nasal a necesidad
- Maneje la fiebre
- No se requiere paraclínicos complementarios (hemograma, VSG o PCR, Radiografía de Toráx)
- No se requiere inicio de antibióticos ni de adrenalina nebulizada.
- Si el niño es mayor de 6 meses y tiene antecedente personal de atopia o de asma en primer grado de consanguinidad (padre o madre) considere iniciar prueba terapéutica con β_2 agonistas en inhalador de dosis medida con inhalocámara 3-4 puff (200mcg cada 10 minutos por 1 horas) cada 20 minutos, 3 ciclos, revalore a los 60 minutos.



Bronquiolitis grave (Menor de 2 años)

- Criterios de bronquiolitis grave BAR
- Puntaje de la Escala de Wood-Downes - Ferres modificada > 9
- Signos de alarma generales
- Mal estado general
- Deshidratación
- Apneas en la enfermedad actual
- Saturación de oxígeno baja al aire ambiente de acuerdo con la altura



Abordaje

- Maneje como **enfermedad grave**
- Remita con las normas "**REFIERA**"
- **Oxígeno** para mantener saturación de O₂ adecuada, con el método de acuerdo con disponibilidad de equipo, la adaptación del niño(a) y la concentración requerida de oxígeno.
- Si el paciente tolera la vía oral, **aumente la ingesta de líquidos y de leche materna** si hay intolerancia a la vía oral inicie líquidos endovenosos.
- **Realice manejo individualizado del menor de 1 mes de acuerdo con la condición clínica**
- Se recomienda una única prueba terapéutica con broncodilatadores beta2-adrenérgicos de acción corta inhalado (no nebulizado, con espaciador), en una dosis de 200 mcgs cada 10 minutos y una evaluación clínica máximo en 60 minutos, observando como desenlace los cambios en la frecuencia respiratoria y la SaO₂ o mejoría en la escala de WDF de al menos 1 punto. Si hay respuesta positiva se recomienda agregar esteroide (prednisolona 1-2 mg/kg/día por 3 a 5 días), al tratamiento y considerar un cuadro de asma.



No recomendado

Pulsioximetría
continua de rutina
Prolonga la estancia
hospitalaria

Terapia
broncodilatadora
Mejora
transitoriamente los
puntajes

Epinefrina
Efectos pequeños y
transitorios

Glucocorticoides

Terapia respiratoria
con succión
profunda

Antibióticos

SANTANDER



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Inmunoprofilaxis

Palivizumab 15 mg/Kg/dosis

Anticuerpo monoclonal creado en ratones (humanizado)

IgG1

Dirigido contra un epítopo de superficie del VSR

Profilaxis mensual para niños con alto riesgo de infección

Indicaciones

5 dosis en el primer año

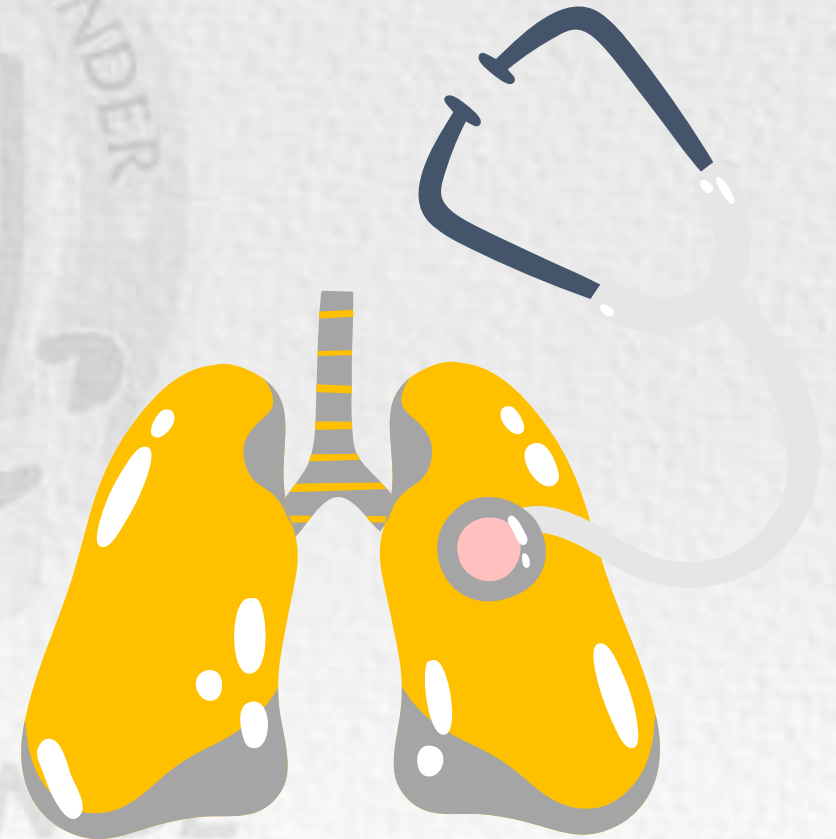
Menores de 29 semanas

Menores de 32 semanas con enfermedad pulmonar crónica y requerimiento de oxígeno los primeros 28 días de vida (Reducción del 4.9%)

Cardiopatías no cianósicas (Reducción del 6.8%)



NEUMONÍA



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Definición

NAC infección del
parénquima pulmonar



Duración síntomas respiratorios
inferior a 15 días

Adquirida fuera del entorno
hospitalario

Sin contacto con ambiente hospitalario
en los últimos 7 días o en las primeras
48h de ingreso

Gold Standard consolidación o
infiltrados en rx de tórax

GOBERNACIÓN DE
SANTANDER



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Clínica

Fiebre y tos



Dolor pleural

Dolor abdominal

Polipnea

Dificultad
respiratoria

Auscultación
asimétrica

Hipoventilación

Hipoxemia

Sibilancias

Crépitos



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

GPC Colombia

Se recomienda aplicar los criterios de AIEPI, en la evaluación inicial de menores de 5 años de edad con sospecha de neumonía y apoyarse en el resultado de una radiografía de tórax en lugares del país con fácil acceso a ella.

- Recomendación Fuerte
- Calidad de la evidencia Moderada



Uno de los siguientes signos: • Cualquier signo general de peligro • Tiraje subcostal • Saturación de $O_2 < 92\%$ (o $< 90\%$ si vive en una altura superior a 2.500 msnm)	NEUMONÍA GRAVE	• Administrar oxígeno • Administrar la primera dosis de un antibiótico apropiado • Tratar la fiebre • Referir URGENTEMENTE al hospital siguiendo las normas de estabilización y transporte "REFIERA"
• Respiración rápida	NEUMONÍA	• Dar un antibiótico apropiado • Tratar la fiebre • Aliviar la tos con bebidas endulzadas • Enseñar a la madre a cuidar el niño en casa • Enseñar a la madre signos de alarma para volver de inmediato. • Hacer consulta de seguimiento dos días después • Enseñar medidas preventivas específicas
• Tos y ninguno de los signos anteriores	TOS O RESFRIADO	• Tratar la fiebre • Aliviar los síntomas como la obstrucción nasal y la tos con aseo nasal y bebidas endulzadas • Enseñar a la madre a cuidar al niño en casa • Enseñar a la madre los signos de alarma para regresar de inmediato • Si no mejora, consulta de seguimiento cinco días después • Si hace más de 21 días que el niño tiene tos, evalúelo según el cuadro de clasificación de Tuberculosis

NEUMONÍA

Síntomas respiratorios menores de 15 días de evolución, acompañados de taquipnea, con o sin fiebre y presencia de infiltrados pulmonares en la radiografía de tórax cuando hay posibilidad para practicarla.



Abordaje

- Radiografía de tórax en lugares del país con fácil acceso a ella y con la posibilidad de interpretarse máximo a las 6 horas de su solicitud
- Administre antibiótico para el manejo ambulatorio
- Amoxicilina oral en dosis de 90 mg/kg/día por 5 días (no se requiere radiografía si no está disponible pero la clínica es sugestiva)
- Maneje la fiebre con acetaminofén
- Optimice hidratación vía oral
- No se recomienda el uso de tratamientos sintomáticos (antihistamínicos, antitusígenos, descongestionantes, mucolíticos)
- Ante evolución favorable de recomendaciones para manejo en casa
- Informe sobre signos de alarma para reconsultar.
- Canalice para continuar las atenciones de la RPMS



NEUMONÍA GRAVE

Síntomas respiratorios menores de 15 días de evolución, acompañados de taquipnea, con o sin fiebre y presencia de infiltrados pulmonares en la radiografía de tórax cuando hay posibilidad para practicarla. Asociada a:

- Menor de 2 meses
- Signos de alarma generales
- Tirajes subcostales
- Saturación de oxígeno baja al aire ambiente para la altura



Abordaje

- Maneje como enfermedad grave
- Remita con las normas "REFIERA"
- Oxígeno para mantener saturación de O₂ adecuada, con el método de acuerdo con disponibilidad de equipo, la adaptación del niño(a) y la concentración requerida.
- Radiografía de tórax en lugares del país con fácil acceso a ella y con la posibilidad de interpretarse máximo a las 6 horas de su solicitud
- Administre primera dosis de antibiótico
- Revise tratamiento específico para en niño o niña menor de 2 meses*
- Primera línea Penicilina cristalina, a dosis de 200.000 u/kg/día, repartido en 4 a 6 dosis durante 7 días.
- Se recomienda usar en todo niño o niña con diagnóstico de neumonía grave y en ausencia de por lo menos dos dosis aplicadas de vacuna contra Haemophilus influenzae tipo b, Ampicilina, 200 mg/kg/día, repartido en 4 dosis durante 7 días.
- Si no hay acceso venosos inicie Amoxicilina oral en dosis de 90 mg/kg/día durante el traslado
- Maneje la fiebre con acetaminofén
- Hidratación vía oral o intravenosa según tolerancia y necesidad.





ASMA



DEFINICIÓN

- Enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias, factores genéticos+ hiper respuesta bronquial, obstrucción variable del flujo aire.
- Prevalencia en infancia y adolescencia 1 de cada 10 millones de niños. > mitad inician 5-6 años.

- Síntomas respiratorios variables
- En intensidad.
- Aparecen o empeoran por la noche o al despertarse.
- Otros ejercicio, la risa, los alérgenos o el aire frío

Evidencia de una limitación del flujo de aire espiratorio

Síntomas principales

Sibilancia, dificultad para respirar.

Dolor en el pecho, tos.

Vías respiratorias estrechas.

Mucosidad e hiperactividad bronquial.

Pueden también estar asintomáticos.



DIAGNÓSTICO

Mayores de 5 años prueba de función pulmonar espirometría pre y post broncodilatador.

Menores de 5 años, oscilometría de impulso pre y post broncodilatador.

Reconocimiento de un patrón de síntomas y signos característicos, en ausencia de un diagnóstico alternativo.

Si la clínica no es concluyente se recomienda usar criterios clínicos, radiológicos y funcionales para hacer un diagnóstico definitivo y descartar otros diagnósticos.



SANTANDER



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

EXACERBACIÓN ASMÁTICA LEVE

Sibilancias recurrentes o primer episodio sibilante en el mayor de 2 años:

- Sin signos generales de alarma.
- Sin dificultad respiratoria.
- Saturación adecuada al medio ambiente.
- Puntuación o Score clínico que indica exacerbación leve del asma o la posibilidad de atención en entorno ambulatorio.
- No antecedentes de patologías de riesgo.

Abordaje

1. Administre broncodilatador de corta acción:

Salbutamol:

Salbutamol en inhalador dosis medida con inhalocámara: 3-6 inhalaciones cada 20 minutos, durante 1 hora. Luego 3-6 inhalaciones cada hora, por 3 horas.

2. Considere el inicio de corticoide sistémico:

Prednisolona 1 mg/kg/día por 3-5 días.

3. Brinde las medidas de soporte (hidratación, higiene nasal, manejo de la fiebre) según se requiera.

4. Oriente la continuidad en el manejo requerido:

-Continúe los pasos del esquema de crisis con salbutamol inhalado con inhalocámara:

3-4 inhalaciones cada 2 horas por 6 horas.

3-4 inhalaciones cada 4 horas por 2 días.

3-4 inhalaciones cada 6 horas hasta la resolución de los síntomas respiratorios de la exacerbación.

-Considere completar el ciclo de esteroide sistémico por 3 a 5 días.



Abordaje

-Aplique el cuadro clínico y el índice predictor de asma para determinar el manejo ambulatorio con esteroide inhalado.

-Genere las recomendaciones de egreso y el plan de acción escrito según corresponda:

- Tratamiento farmacológico (esteroide inhalado y broncodilatador de corta acción).
- Técnica inhalatoria correcta.
- Signos de alarma.
- Orden de seguimiento médico ambulatorio en 3 a 5 días.

5. No se recomienda el uso de tratamientos sintomáticos (antihistaminicos, antitusígenos, descongestionantes, mucolíticos).

6. No se requieren exámenes complementarios.

7. No se requiere inicio de antibiótico.

8. Canalice para continuar las atenciones de la RPMS.



EXACERBACIÓN ASMÁTICA MODERADA

Sibilancias recurrentes o primer episodio sibilante mayor de 2 años:

- Sin criterios de clasificación para enfermedad grave.
- Puntuación o Score clínico que indica exacerbación moderada del asma o la necesidad de considerar atención en un entorno no ambulatorio.
- Saturación límite o baja al medio ambiente (según altitud del lugar de atención).

Abordaje

1. **Considere manejo en Salas ERA** (paciente mayor de 6 meses y dificultad respiratoria leve) o **en Sala de Observación**.

Hospitalice de acuerdo con el estado clínico, los síntomas, la respuesta al tratamiento, los antecedentes recientes y pasados de exacerbaciones, la función pulmonar (si está disponible) y la capacidad para el manejo en casa.

2. **Suministre oxígeno** para mantener saturación adecuada mediante el método disponible que garantice la entrega del oxígeno a bajo o alto flujo.

3. **Administre broncodilatador de corta acción y corticoide sistémico:**

Salbutamol: Salbutamol en inhalador dosis medida con inhalocámara: 3-6 inhalaciones cada 20 minutos, durante 1 hora. Luego 3-6 inhalaciones cada hora, por 3 horas.

Corticoide sistémico: Inicie primera dosis de corticoide sistémico en los primeros 30 minutos después del ingreso:

Prednisolona 1 mg/kg VO (máximo 40 mg) en los primeros 30 minutos o Metilprednisolona 1-2mg/kg/dosis IV.

4. **Mantenga una hidratación adecuada:** vía IV o VO. Si el paciente tolera la vía oral, aumente la ingesta de líquidos. **Brinde otras medidas de soporte según sea necesario** (Higiene nasal, manejo de la fiebre).





Abordaje

5. **Observe, revalore cada 2 horas, reclasifique** (según la puntuación o escala utilizada) **y continúe el manejo requerido:**

- Si el puntaje de evaluación muestra una reducción en la gravedad de la exacerbación considere la continuidad del tratamiento con las recomendaciones del algoritmo para exacerbación leve del asma.
- Continúe los pasos del esquema de crisis con salbutamol inhalado con inhalocámara.
- Oriente la continuidad del ciclo corto de esteroide sistémico por 3 a 5 días.
- Aplique el cuadro clínico y el índice predictor de asma para determinar el manejo ambulatorio con esteroide inhalado.
- Genere las recomendaciones de egreso y el plan de acción escrito según corresponda:
 - Tratamiento farmacológico (esteroide inhalado y broncodilatador de corta acción).
 - Técnica inhalatoria correcta.
 - Signos de alarma.
 - Orden de seguimiento médico ambulatorio en 3 a 5 días (considere la valoración temprana especializada por pediatría).

6. No se requieren exámenes complementarios.

7. No se requiere inicio de antibiótico.



EXACERBACIÓN ASMÁTICA GRAVE

Sibilancias recurrentes o primer episodio sibilante en el mayor de 2 años con uno de los siguientes:

- Signos generales de alarma.
- Alteración del estado de conciencia.
- Saturación baja al medio ambiente.
- Apnea.
- Puntuación o Score clínico que indica exacerbación grave del asma o la necesidad de atención en entorno no ambulatorio.
- Antecedentes de riesgo (prematuridad en el menor de 6 meses, patologías congénitas con compromiso cardiovascular o pulmonar o enfermedad neurológica moderada a grave o inmunodeficiencia).
- Antecedentes de hospitalización en UCIP por cuadro respiratorio previo.

Abordaje

1. Maneje como **enfermedad grave**.
2. Remita con las normas "**REFIERA**".
3. **Suministre oxígeno** a través del método disponible que garantice una entrega del oxígeno a alto flujo. La titulación se realiza según el grado de dificultad respiratoria y la saturación de oxígeno.
4. **Administre broncodilatadores de corta acción y esteroide sistémico.**

Salbutamol:

-Si hay alteración del estado de conciencia o luce en mal estado general:

MNB: 0,25 ml en lactante; 0,5 ml en el preescolar y el escolar; y 1 ml en el adolescente.

Dosis 0,1 a 0,15 mg/kg/dosis, en 3 ml de SSN, cada 20 minutos, por 3 veces. Use simultáneamente el oxígeno.

- En paciente consciente:

Salbutamol en inhalador dosis medida con inhalocámara: 3-10 inhalaciones cada 20 minutos, por 3 veces. Luego 3-10 inhalaciones cada hora, por 3 veces, con inhalocámara.





Abordaje

Bromuro de ipratropio:

Se sugiere administrar bromuro de ipratropio (250 µg mezclados con 5 mg de salbutamol en la misma nebulización) cada 20 a 30 minutos durante las primeras dos horas, y posteriormente, según la respuesta del paciente, continuar su administración cada 4 a 6 horas, o suspenderlo. También puede usarse en inhalador dosis medida.

Corticoide sistémico:

Inicie primera dosis de **corticoide sistémico** en los primeros 30 minutos después del ingreso:

Metilprednisolona 1-2mg/kg/dosis IV o Prednisolona 1 mg/kg/dosis VO máximo 40mg.

Considere:

- Priorizar la vía parenteral según la condición clínica.
- Utilizar otra alternativa de corticoide sistémico en caso de no contar con alguno de estos.

5. **Mantenga una hidratación adecuada:** vía IV o VO y otras medidas de soporte según sea necesario (higiene nasal, manejo de la fiebre).

6. **Revalore y aplique la escala de gravedad cada 30 minutos hasta la mejoría clínica** (reducción de la puntuación a un menor nivel de gravedad).



SANTANDER



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER



Abordaje

7. **Considere el tratamiento de segunda línea en los niños sin respuesta a los tratamientos convencionales mencionados.**

Sulfato de Magnesio:

Calcule una dosis de 40 mg/Kg (máximo 2 gr) en infusión lenta, diluyendo el medicamento en 250 ml de solución salina normal o suero glucosado al 5% o 10%. Repita este medicamento, según sea necesario, a las 6 horas.

8. **Monitoree continuamente el paciente** para establecer la necesidad de ventilación mecánica (no invasiva/ invasiva).

9. **Considere estudios complementarios de acuerdo con el cuadro clínico.**

10. No se recomienda el inicio de antileucotrienos en la crisis aguda.

11. **Todo paciente que haya tenido una exacerbación grave o potencialmente fatal requiere una valoración especializada a corto plazo.**



Tos ferina - Pertussis

Enfermedad respiratoria grave y altamente contagiosa. Afecta a personas de todas las edades.

Causada por *Bordetella pertussis* coccobacilo Gramnegativo

Se transmite de persona a persona a través de gotas respiratorias o por contacto directo con secreciones gramnegativas.

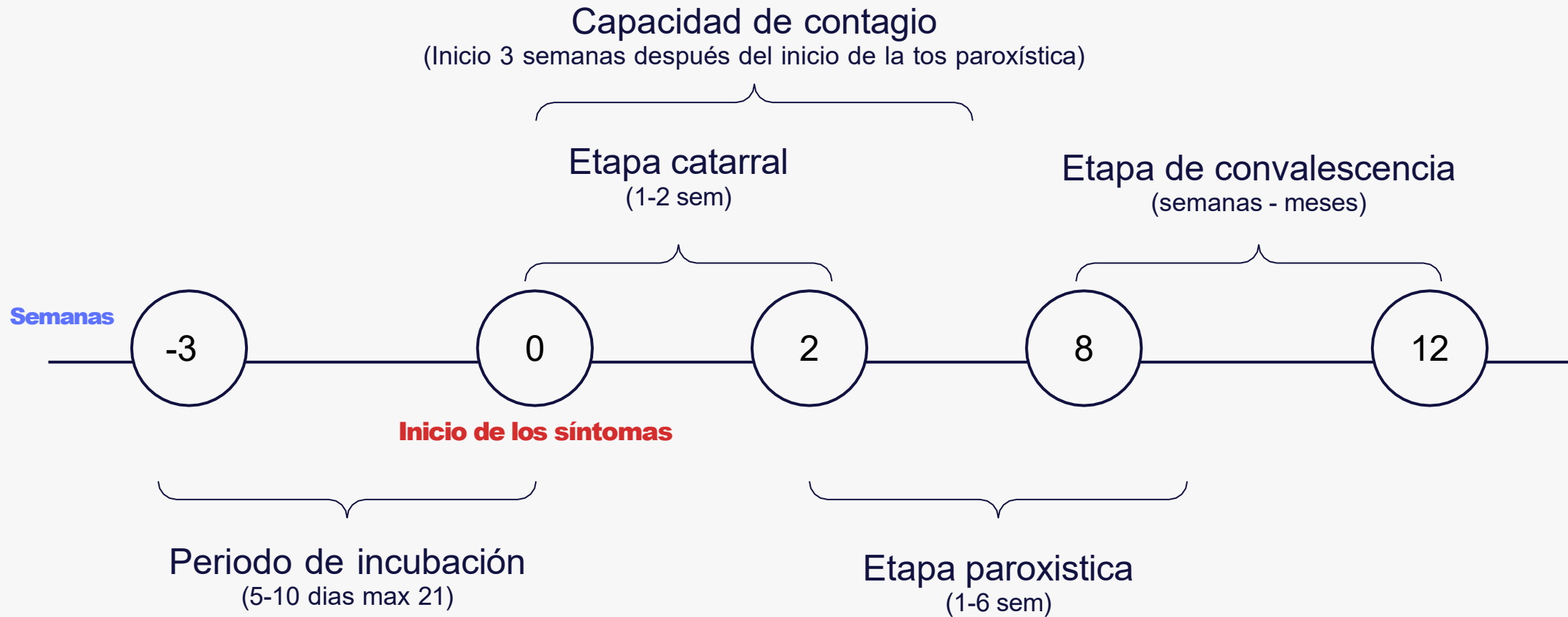


GOBERNACIÓN DE
SANTANDER



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Progresión de la enfermedad



CDC Tos ferina



GOBIERNO DE
SANTANDER

Presentación clínica grave

Insuficiencia respiratoria
progresiva

Taquicardia

Hiperleucocitosis

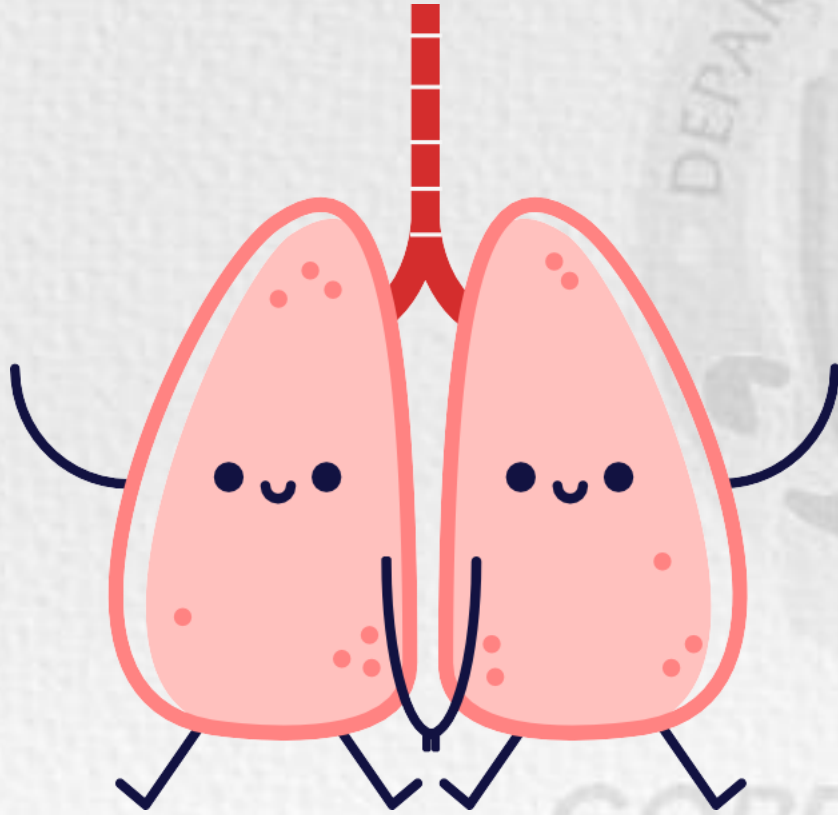
Hipertensión pulmonar

Hipoxemia rápidamente
progresivas



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Complicaciones



Deshidratación secundaria

- Anorexia
- Vómitos

Convulsiones

Encefalopatía

Complicaciones asociadas a la tos:

- Neumotórax
- Aspiraciones
- Incontinencia urinaria
- Fracturas costales
- Hematomas subdurales
- Hernias



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Tabla 2. Definiciones operativas de caso para Tos ferina

Aspecto	Descripción
Caso probable	Menores de 3 meses: Todas las infecciones respiratorias agudas con al menos uno de los siguientes síntomas: accesos de tos (tos paroxística), estridor, apnea, cianosis, vómitos por acceso de tos. Menores de 3 meses a 12 años: Tos paroxística intensa de cualquier duración acompañada por estridor o, en ausencia de un diagnóstico más probable, todas las infecciones respiratorias agudas con tos que dure más de 7 días y uno o más de los siguientes síntomas: tos paroxística, estridor, vómitos por acceso de tos. Mayores de 12 años: Todas las infecciones respiratorias con tos que dure más de 14 días, independientemente de la presencia de tos paroxística, expectoración o vómitos por acceso de tos.
Caso confirmado por laboratorio	Caso con resultado de cultivo o PCR positivo para <i>Bordetella pertussis</i> .
Caso confirmado por nexoepidemiológico	Caso que está epidemiológicamente relacionado en forma directa a un caso confirmado por laboratorio.
Caso confirmado por clínica	Caso que no tiene muestra o que tiene muestra con fallas en el proceso de recolección, conservación o procesamiento, en el cual no se pudo demostrar la asociación epidemiológica con un caso confirmado por laboratorio. Este caso requiere unidad de análisis.
Caso descartado	Caso con resultado negativo en cultivo* o PCR para <i>Bordetella pertussis</i>. En casos donde el resultado del cultivo sea negativo y los informes paraclínicos indiquen un conteo de leucocitos de entre 15,000 a 100,000 mm³ en la fase catarral, o de 30,000 a 40,000 mm³ en la fase paroxística, acompañados de una linfocitosis del 60 % al 80 %, se recomienda llevar a cabo un análisis epidemiológico más detallado para determinar la clasificación final del caso.

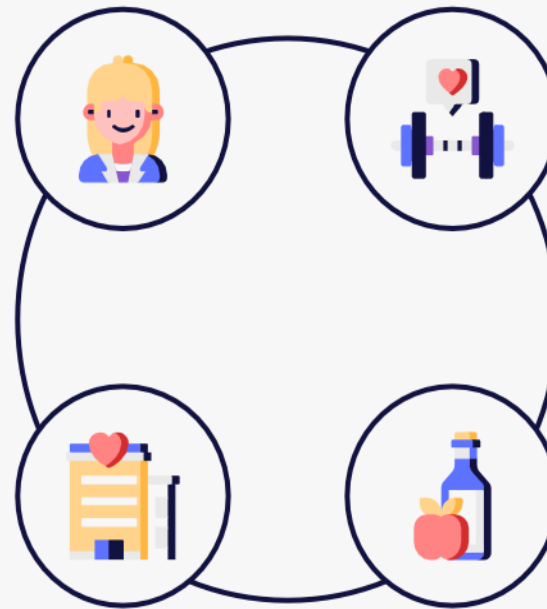


Diagnóstico

Hisopado nasofaríngeo, aspirado nasofaríngeo

PCR

Sensibilidad 70-99 %
Especificidad 86-100 %



Cultivo

Sensibilidad 12-60 %,
Especificidad 100 %



Tos ferina

Definición de caso de tos ferina de acuerdo a la edad, sin ningún criterio de tos ferina grave.

- Trate a los contactos con antibióticos similar al cuadro de tratamiento (dentro de las siguientes 3 semanas) *Ver recomendaciones a continuación.



Abordaje

- **Radiografía de tórax** en lugares del país con fácil acceso a ella y con la posibilidad de interpretarse máximo a las 6 horas de su solicitud.
- Solicite paraclínicos complementarios según disponibilidad (hemograma)
- **Administre antibiótico lo antes posible de acuerdo al cuadro de tratamiento**
- **Solicite PCR** de aspirado nasofaríngeo o cultivo según disponibilidad
- **Maneje la fiebre** con acetaminofén
- **Hidratación** vía oral
- Aislamiento en casa
- **Notifique** inmediatamente
- **Trate a los contactos** con antibióticos similar al cuadro de tratamiento (dentro de las siguientes 3 semanas) *Ver recomendaciones del cuadro azul
- **No administre manejo sintomático de la tos**
- Recomendaciones de cuidado en casa, indique los signos de alarma para reconsultar.





Abordaje

- Seguimiento a las 48 a 72 horas y cita de control entre los 3 a 5 días posteriores.
- Vigilar la aparición de infección concomitante (neumonía y otitis media), de apnea y de falla respiratoria. La frecuencia de complicaciones es mayor en lactantes menores de seis meses, así como en pacientes con enfermedad cardíaca, pulmonar, muscular o neurológica previa.
- Se recomienda que no reciba visitas en el hogar. Estas medidas deben mantenerse hasta haber completado cinco días de tratamiento con antibióticos cuando se considera que ya no son contagiosos.



Sospecha de Tos ferina grave

Definición de caso de tosferina de acuerdo a la edad y que tenga:

- Menos de 6 meses
- Signos de alarma generales
- Signos de dificultad respiratoria- Tirajes
- Saturación baja al medio ambiente, de acuerdo a los rangos según la altitud



Abordaje

- Maneje como **enfermedad grave**.
- Remita con las normas "**REFIERA**".
- **Oxígeno** para mantener saturación de O2 adecuada de acuerdo a la altitud, con el dispositivo o equipo que se tenga disponible y al cual se adapte el niño.
- **Radiografía de tórax** en lugares del país con fácil acceso a ella y con la posibilidad de interpretarse máximo a las 6 horas de su solicitud.
- **Administre primera dosis de antibiótico lo antes posible de acuerdo al cuadro de tratamiento.**
- Solicite **PCR** de aspirado nasofaríngeo o cultivo según disponibilidad.
- Solicite paraclínicos complementarios según disponibilidad (hemograma).
- **Maneje la fiebre** con acetaminofén.
- **Hidratación vía** oral o intravenosa según tolerancia y necesidad.
- Aislamiento de gotas y contacto.
- **Notifique** inmediatamente.
- **Maneje los contactos.**
- **No administre manejo sintomático de la tos.**

SANTANDER



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER



< 1 mes

Azitromicina

10 mg/kg una vez día x 5 días

Claritromicina

No recomendado

Eritromicina

No es el preferido

Agentes alternativos TMS-SMX

Contraindicado



1-5 meses

Azitromicina

10 mg/kg una vez día x 5 días

Claritromicina

15/mg/kg/día en dos dosis x 7 días

Eritromicina

40-50mg/kg/día en 4 dosis x 14 días

Agentes alternativos TMS-SMX

>2 meses TMS 8 mg/kg/día
SMX 40mg/kg/día en dos dosis x 14
días



> 6 meses

Azitromicina

10mg/kg/ (máx. 500mg) una vez día,
al día 1 luego (del 2 al 5 día) 5 mg/kg
(máx. 250 mg) una vez día

Claritromicina

15mg/kg/día (máx. 1 gr/día) en dos
dosis x 7 días

Eritromicina

40-50mg/kg/día (máx. 2gr/día) en 4
dosis x 14 días

Agentes alternativos TMS-SMX

SMX 40mg/kg/día en 2 dosis x 14
días.
Max TMS 320mg/día



Adultos

Azitromicina

500 mg una vez día (luego del día 2 al
5), 250 mg /una vez día

Claritromicina

1 gr/día en dos dosis x 7 días

Eritromicina

2 gr/día en 4 dosis x 14 días

Agentes alternativos TMS-SMX

TMP 320mg
SMX 1600mg/día en 2 dosis x 14 días



**GOBERNACIÓN DE
SANTANDER**

¡GRACIAS!