



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD



Salud

Dr. Gustavo Aristizábal Duque

Abordaje clínico de infección respiratoria



Médico, especialista en Neumología, Pediatría y Epidemiología. FETP Colombia del INS.

Gestor y director del Posgrado de Neumología pediátrica de la Universidad del Bosque. Jefe de Departamento de Pediatría y de Neumología pediátrica del Hospital Simón Bolívar y de la Fundación Santa Fe de Bogotá.

Asesor en enfermedad respiratoria de la Secretaría Distrital de Salud y del Ministerio de Salud. Pediatra del Hospital Salazar de Villeta, Cundinamarca y asesor de vigilancia y respuesta para la enfermedad respiratoria en diferentes instituciones de salud. Ha trabajado como epidemiólogo de campo en CDC.

XXXI **Curso Internacional de Métodos**
en Epidemiología de Campo y Vigilancia en Salud Pública
con énfasis en gestión del riesgo, brotes y epidemias

FETP Colombia

XXXI

Curso Internacional de Métodos

en Epidemiología de Campo y Vigilancia en Salud Pública
con énfasis en gestión del riesgo, brotes y epidemias

ABORDAJE CLINICO DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA- MEDIDAS NO FARMACOLOGICAS



**LA INFECCION RESPIRATORIA AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS SIEMPRE SERÁ UN
RETO.
SU MORBILIDAD Y MORTALIDAD IMPLICA GRANDES ESFUERZOS EN LA ATENCIÓN, Y
CON FRECUENCIA DESBORDA LOS SERVICIOS DE SALUD EN LOS DIFERENTES
NIVELES**

ETIOLOGÍA DE LA IRA SEGÚN LA EDAD (1)

| Recién Nacido | <u>Bacterias:</u> | <u>Virus:</u> |
|---------------------|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ● Streptococcus Beta Hemolítico grupo B ● Escherichia Coli ● Listeria monocytogenes ● S. aureus | <ul style="list-style-type: none"> ● Sincitial Respiratorio ● Citomegalovirus ● COVID 19 |
| 3 semanas a 3 Meses | <ul style="list-style-type: none"> ● S pneumoniae ● C trachomatis ● Bordetella pertussis ● S aureus ● L monocytogenes | <ul style="list-style-type: none"> ● VSR ● Parainfluenza ● COVID 19 |



ETIOLOGÍA DE LA IRA SEGÚN LA EDAD (2)

| 4 meses a 4 años | <u>Bacterias:</u> | <u>Virus:</u> |
|------------------|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ● S pneumoniae ● H influenzae no tipificables ● H influenzae tipo b ● M pneumoniae | <ul style="list-style-type: none"> ● VSR ● Parainfluenza ● Influenza A y B ● Adenovirus ● Rhinovirus ● Metapneumovirus (<2 a.) ● COVID 19 |
| Mayores 5 Años | <ul style="list-style-type: none"> ● M pneumoniae ● S pneumoniae ● C pneumoniae | <ul style="list-style-type: none"> ● Influenza A y B ● COVID 19 |





La buena comunicación ayuda a:

- 1. Identificar mejor el problema.**
- 2. Evaluar mejor el caso.**
- 3. Dar adecuadas recomendaciones**
- 4. Asegurar que el niño recibirá buena atención en los servicios de salud, y al regresar a casa.**
- 5. La madre necesita saber cómo administrar el tratamiento y la importancia del mismo**



EVALUAR Y CLASIFICAR ENFERMEDAD MUY GRAVE < DE 2 MESES
PREGUNTAR A LA MADRE QUÉ PROBLEMA TIENE EL NIÑO :

¿Puede tomar el pecho o beber?

¿Ha tenido vómito?

¿Tiene dificultad para respirar?

¿Ha tenido fiebre o hipotermia?

¿Se despierta con facilidad?

¿Ha tenido convulsiones?

OBSERVAR o EXAMINAR:

- Se mueve sólo al estimularlo —no luce bien o se ve mal-
- Aleteo nasal- Tiraje subcostal grave
- Quejido, estridor, sibilancias
- Apneas, cianosis clara, palidez o ictericia
- Placas blanquecinas en la boca
- Petequias, pústulas o vesículas en la piel , equimosis



ENFERMEDAD MUY GRAVE:

- Secreción purulenta de ombligo, ojos u oídos
- Edema palpebral
- Distensión abdominal.
- Fontanela abombada
- Mal llenado capilar
- VIH positivo (materna o neonatal)
- Menos de 4 diuresis en 24 horas

- **DETERMINAR: Peso, FR. FC. Saturación de O2**



CONDUCTA

- Referir **URGENTEMENTE** al hospital del nivel requerido
- Administrar primera dosis de los antibióticos indicados
- Administrar oxígeno si hay cianosis, tiraje, quejido o apnea
- Prevenir la hipoglicemia
- Administrar Acetaminofén para la fiebre
- Administrar vitamina K si hay evidencia de sangrado.
- Evitar la hipotermia, mantener abrigado
- Recomendar a la madre continuar lactancia.
- Ver resultados de tamizaje prenatal y neonatal , si no los tiene solicítelos.

Tiene tos o dificultad para respirar?

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA,

PREGUNTAR

- **¿Cuánto tiempo hace?**
Si hay sibilancias:
- **¿Es el primer episodio?**
- **¿Es recurrente?**
- **¿Tiene cuadro gripal previo?**
- **¿Ha presentado apneas?**
- **¿Fue prematuro?**

OBSERVAR Y ESCUCHAR:

- Contar respiraciones en un minuto**
- Observar si hay tiraje subcostal**
- Observar saturación de oxígeno.**
- Escuchar y auscultar si hay estridor**
- Auscultar si hay sibilancias**
- Determinar si está somnoliento**
- Incapacidad para beber o, hablar**



| EDAD | RESPIRACIÓN RÁPIDA |
|-------------------|----------------------------|
| Menos de 2 meses | 60 o mas por minuto |
| 2 a 11 meses | 50 o mas por minuto |
| 12 meses a 5 años | 40 o mas por minuto |

OBSERVAR si hay tiraje subcostal



| | |
|------------------|---------------------|
| 0 - 1500 msnm | Menor o igual a 94% |
| 1501 – 2000 msnm | Menor o igual a 92% |
| 2001 – 2500 msnm | Menor o igual a 90% |
| 2501 – 3000 msnm | Menor o igual a 88% |
| 3001 – 3500 msnm | Menor o igual a 85% |



| NEUMONIA GRAVE: Uno de estos signos. | conducta |
|--|--|
| <p>Cualquier signo general de peligro</p> <p>Tiraje subcostal</p> <p>Apneas</p> <p>Saturación de O₂ al aire ambiente baja</p> | <p>Hospitalizar o Referir urgente</p> <p>Estabilización y transporte</p> <p>Administrar oxígeno</p> <p>Rx AP de tórax (si dispone de reporte en siguientes 6 horas)</p> <p>Primera dosis de antibiótico (apropiado a la imagen Rx).</p> <p>Tratar la fiebre</p> <p>Si hay neumonía severa que requiere UCI descarte VIH</p> |



| NEUMONIA: | conducta |
|--------------------|--|
| Respiración rápida | <p>Rx AP de tórax (si dispone de reporte en siguientes 6 horas)</p> <p>Primera dosis de un antibiótico</p> <p>Tratar la fiebre</p> <p>Aliviar síntomas (obstrucción nasal y tos) aseo nasal y lubricar faringe.</p> <p>Enseñar cuidado el niño en casa.</p> <p>Enseñar signos de alarma para volver.</p> <p>Consulta de seguimiento a los 2 días.</p> <p>Medidas preventivas específicas</p> |



| No neumonía tos o resfriado: | conducta |
|---|--|
| <p>Tos y ninguno de los signos anteriores</p> | <p> F: fiebre A: Alimento L: Líquidos fraccionados T: tos su manejo: lubricar faringe A: Alarma : Enseñar signos de alarma N: Nariz; lavado nasal frecuente Enseñar a cuidar el niño en casa Si no mejora, consulta en 5 días. Si tos más de 21 días, evaluar según clasificación de Tuberculosis </p> |

**LA ESTRATEGIA DE SALA ERA EN SI, ES
SIMPLEMENTE UNA FORMA DE ORGANIZAR
LA ATENCIÓN EN ERA**

**COMO TAL, MAS QUE UN SITIO DE
ATENCIÓN DE CASOS CON ERA**

**ES UNA FORMA O UNA MODALIDAD DE
ATENCIÓN DE LA ERA**



“SALA ERA PERMANENTE O INSTITUCIONAL”

Áreas definidas en Hospitales de primer, segundo y tercer nivel, para atención de niños con ERA, que puedan ser manejados con esquemas terapéuticos, más simples de los requeridos en salas de observación de servicios de urgencias

“SALA ERA TEMPORAL”

UBAs, UPAs, y grupos de manejo domiciliario



Cambiar paradigmas en manejo de la ERA

- **En SBO, IDM con inhala cámaras, y no nebulizaciones.**
- **No medidas de higiene bronquial**
- **Racionalizar**
 - Líquidos parenterales
 - Exámenes para clínicos.
 - Uso de antibióticos
 - Hospitalización.
 - Nivel de hospitalización.
- **Medidas básicas de soporte: F.A.L.O.P.I.S.**
- **Manejo oportuno del riesgo de sepsis o de la sepsis**
- **Medidas de control para IAAS**
- **Educación a cuidadores**
- **Seguimiento de niños a riesgo**



ASPECTOS RELEVANTES

- DEFINICIÓN
- SU RELACIÓN CON ASMA
- EXAMENES PARACLÍNICOS.

**TRATAMIENTO NO DISCUTIDO:
MEDIDAS DE SOPORTE Y APOYO**



ASPECTOS RELEVANTES A DISCUTIR.

- **DIAGNÓSTICO ADECUADO.**
- **USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS.**
- **DOSIS DE AMOXACILINA?.**
- **REEMPLAZO DE PENICILINA CRISTALINA?**

SI REUNE CRITERIOS PARA CASO SOSPECHOSO DE TOSFERINA TOMAR MUESTRA Y MANEJAR COMO TAL

Presencia de:

- Tos paroxística que produce cianosis.
- Estridor inspiratorio o de vómito luego de los paroxismos de tos.

Interpretación de los síntomas y signos cambian con la edad, fase de la enfermedad y la severidad del caso

Ningún síntoma o signo individual, tiene alta confiabilidad diagnóstica.

Orientación Diagnóstica

- Cuadro clínico con paroxismos de tos y estridor inspiratorio es más común entre los 3 meses y los 2 años de edad.
- Es poco frecuente en lactantes menores de 3 meses así como en niños mayores y en adolescentes.
- La apnea es un síntoma frecuente en menores de 6 meses.

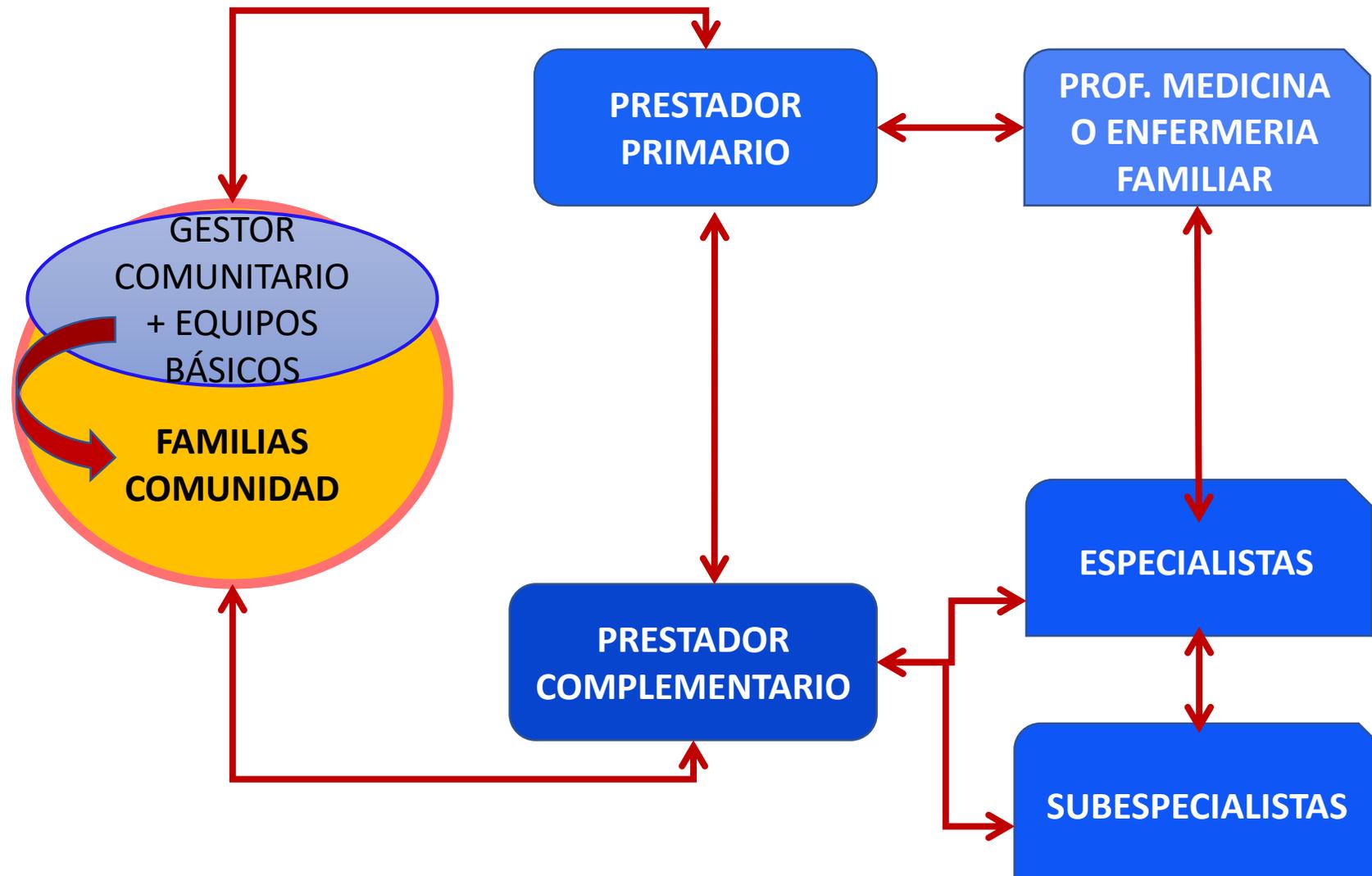
La presencia simultánea de al menos dos de las manifestaciones aumenta la especificidad pero reduce la sensibilidad.

Siempre que sea posible, buscar confirmación por laboratorio.

- TAQUICARDIA
- TAQUIPNEA
- LEUCOCITOSIS >150000 CON NEUTROFILIA O NEUTROPENIA
- FIEBRE

**DEBE CUMPLIR AL MENOS CON 2 DE ESTOS CRITERIOS,
ADEMAS DE FIEBRE**

MODELO OPTIMO DE ATENCIÓN.



- Como formador en diferentes niveles.
- Como Asociación Científica, a nivel territorial.
- Como apoyo de un líder de opinión en la IPS, o en la ET que trabaja.
- Respaldando los lineamientos sobre temas respiratorios del MS.
- Coordinando actividades de formación en ciudades intermedias.
- Comprometiéndose con la red de apoyo presencial y virtual requerida.
- Como gestor especial en los programas de vigilancia de la IRA.
- En proyectos de investigación de tipo intervención acción.