2020

E.S.E. HOSPITAL
NUESTRA SEÑORA DEL
CARMEN.
GUAMAL - MAG



[GUÍA DE ATENCIÓN MEDICA DE INFECCIÓN AGUDA DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES]

1. **OBJETIVO:** Establecer y alcanzar los lineamientos para que los médicos de la E.S.E Nuestra Señora del Carmen, en sus tres áreas de atención (Consulta Externa, Hospitalización, Urgencias), puedan tomar decisiones adecuadas y manejos basados en las Guías de Práctica Clínica de Infección Aguda De Las Vías Respiratorias Superiores, No Especificada (IRAN). Para esta manera brindar un tratamiento oportuno y adecuado, y de este modo disminuir las secuelas de la muerte, en el Municipio de Guamal Magdalena.

2. **ALCANCE:** la población beneficiaria de cualquiera de los servicios que la entidad presta a las diferentes EPS-S, con las cuales tenga algún tipo de convenio.

3. **RESPONSABLES:**

   - **Gerencia General:** Será la encargada de distribución de cada una de las guías de atención y socialización.
   - **Coordinador de calidad:** Sera el responsable de la codificación y elaboración de cada una de las guías, basándose en las mismas elaboradas por el Ministerio De La Salud.
   - **Coordinador Medico:** Persona encargada de la distribución de las guías.
   - **Personal médico:** serán el personal encargado de darle un buen uso al este procedimiento.

4. **LEGISLACIÓN.**

   - Ley 1438 del 2011.
   - Decreto 1011del 2006.
   - Resolución 743 del 2013.

5. **DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS.**

   - ✓ **Adaptación**: Grado en el cual una intervención basada en evidencia se cambia o modifica por un usuario durante la adopción e implementación para ajustarla a las necesidades de su práctica o para mejorar el desempeño de condiciones locales.
   - ✓ **EAPB:** Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.
   - ✓ **EPS:** Entidades Promotoras de Salud.
   - ✓ **GPC:** Guía de Práctica Clínica.

- ✓ **FÓMITES:** Objetos de uso personal del enfermo o portador, que pueden estar contaminados y transmitir agentes infecciosos.
- ✓ **IRA:** Infecciones Respiratorias Agudas.
- ✓ **Infección Respiratoria Aguda:** es el proceso infeccioso de cualquier área de las vías respiratorias; puede afectar la nariz, oídos, faringe, epíglotis, laringe, tráquea, bronquios, bronquiolos o pulmones. Debido a la posibilidad de afectar una o varias partes de las vías respiratorias, es posible encontrar signos y síntomas de infección variables, a saber: tos, fiebre diferentes grados de dificultad para respirar, dolor de garganta, secreción nasal, dolor de oídos, etc.

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- ❖ MANUAL DE IMPLEMENTACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADAS EN EVIDENCIA, EN INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA.
- ❖ GUÍA DE ATENCIÓN DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA.

7. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE INFECCIÓN AGUDA DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES.

7.1. Etiología.

Una gran variedad de virus y bacterias ocasionan las infecciones respiratorias. Dentro del grupo de virus están ante todo los rinovirus, virus de la influenza, virus sinscitial respiratorio, virus de la parainfluenza o adenovirus. En cuanto a los agentes bacterianos en infecciones adquiridas en la comunidad, los microorga-nismos más comunes son: *Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae* causando el 74% de estas y el *Staphylococcus aureus,* el 9%.

7.2. Epidemiologia.

En la mayoría de los países, las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), ocurren con más frecuencia que cualquier otra enfermedad aguda; la incidencia de las IRA, parece similar en los países desarrollados y en desarrollo y es algo más elevada en las áreas urbanas que en las rurales. El número de episodios puede variar, oscilando entre 2 a 6 al año. No obstante la severidad de ellas en los países en desarrollo es mayor, hecho asociado con la presencia de factores de riesgo que facilitan una evolución mas tórpida. En un porcentaje no despreciable de casos, la duración de la enfermedad antes de la muerte, es breve, por la severidad y rapidez de su evolución.

El mecanismo de transmisión es fundamentalmente por contacto directo. El período de incubación es variable de acuerdo al agente etiológico y varía entre 1 y 14 días. El período contagioso es también variable, inciándose en algunas ocasiones un día antes de las manifestaciones clínica con prolongación en algunos casos por más de 5 días.

Al igual que con muchas otras enfermedades, el riesgo de muerte por IRA, es más alto en los lactantes pequeños. En los países en desarrollo aproximadamente del 20% al 25% de las muertes por IRA, ocurre en los lactantes menores de dos meses, registrándose muy pocas defunciones por IRA, entre los niños mayores de 5 años.

7.2.1. Factores de riesgo.

Los principales factores de riesgo, asociados a muerte por neumonía, o al desarrollo de IRA son:

- Niño menor de 2 meses.
- No lactancia materna o desnutrición.
- Carencia de Vitamina A.
- Bajo peso al nacer.
- Falta de inmunizaciones.
- Tiempo frío y/o cambios bruscos de temperatura.
- Hacinamiento.
- Prevalencia elevada de portadores nasofaríngeos de bacterias patógenas.
- Exposición a la contaminación del aire: intradomiciliario: humo de cigarrillo y combustión de leña, carbón o cualquier material de biomasa, para cocinar; extradomiciliario: contaminación ambiental dada ante todo por aumento de dióxido de azufre (SO2), dióxido de nitrógeno (NO2), ozono (O3)y partículas respirables en especial aquellas de menos de l0 micras de tamaño o PM10.
- Desconocimiento del manejo integral de las IRA en el hogar y de los signos de alarma para neumonía**.**

7.2.2. Factores protectores.

- Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.
- Alimentación complementaria adecuada y buen nivel de nutrición.
- Inmunizaciones especialmente vacunas del sarampión, triple viral, DPT, *Haemophilus influenzae* y BCG.

Las Infecciones Respiratorias Agudas se presentan con una variedad de síntomas comunes como tos, dificultad para respirar, obstrucción nasal o dolor de garganta. Es importante separar los niños con enfermedades graves de los que sólo tienen dolencias leves auto-limitadas. Se propone una clasificación ante todo basada en niveles de severidad y unas conductas de manejo para los primeros niveles de atención según dicha severidad, con especial atención a las neumonías, por ser ellas la causa más frecuente e importante de muerte por IRA; este programa es también de utilidad para otros niveles de atención y por tanto debemos conocerlo e integrarlo al máximo posible en el proceso de nuestro diario actuar en el manejo de niños con IRA.

7.3. Infecciones En Vías Respiratorias Superiores.

Las Infecciones del tracto respiratorio superior constituyen un capítulo importante de la patología, por la frecuencia con que se presentan y por la mortalidad elevada que eventualmente pueden producir algunas de ellas. Son causadas predominantemente por virus.

7.3.1. Otitis media aguda.

Las Infecciones del oído medio constituyen uno de los motivos más frecuentes de consulta y sus complicaciones ocasionalmente requieren hospitalización. En la solución de este problema participan diversos especialistas, pero primariamente se enfrentan a él, el médico general o familiar y el pediatra; de ellos depende la solución adecuada de la mayoría de los casos o su correcta derivación.

7.3.1.1. Definición.

Es una inflamación infecciosa del oído medio, que incluye la cavidad del oído medio, la trompa de Eustaquio y en algunos casos la mastoides.

El oído medio se comunica con la nasofaringe a través de la trompa de Eustaquio. Habitualmente las infecciones respiratorias altas de origen viral que producen edema en la mucosa de la trompa de Eustaquio, preceden o acompañan a los episodios de otitis.

7.3.1.2. Epidemiologia.

Es una entidad con incidencia alta y constituye uno de los motivos más frecuentes de consulta pediátrica; es más frecuente en los menores de 5 años; dentro de los diversos factores de riesgo asociados a otitis media, podemos mencionar: menor edad, bajo nivel socio-económico, exposición ha humo de cigarrillo, en especial por madre fumadora, condiciones de a topia personal ante todo si existe componente de rinitis; hipertrofia adenoidea, anormalidades anatómicas craneofaciales, el sexo, la raza, variaciones climáticas, posición supina en particular durante la alimentación con biberón.
Su reconocimiento y tratamiento en los preescolares es de especial importancia para impedir problemas de audición, que limitan el desarrollo escolar, aliviar los síntomas especialmente el dolor de oído y prevenir complicaciones como la mastoiditis.
Los síntomas comprenden dolor en el oído, fiebre y disminución de la agudeza auditiva. En la exploración la membrana timpánica se mueve escasamente con la insuflación y suele encontrarse eritematosa, opaca, prominente o retraída. En ocasiones se observa una perforación espontánea del tímpano y otorrea.

7.3.1.3. Etiología.

La etiología de estas infecciones es variada. Es viral primaria en su mayor parte, en especial por rinovirus, pero se considera que más o menos un 55% se sobre infectan por bacterias dentro de las cuales, las más importantes son:

- S. pneumoniae 35%.
- H. influenzae 25%.
- M catarrhalis 15%.
- S. aureus 2%.
- S. pyogenes 8%.
- Otros 2%.
- Negativos 13%.

7.3.1.4. Clasificación y manejo según programa IRA.

CUADRO CLINICO, CLASIFICACION Y MANEJO			
Signos:	Inflamación sensible detrás de la oreja.	Está supurando el oído desde hace MENOS de 2 semanas, o Dolor de oído, o Tímpano rojo e inmóvil (mediante otoscopia).	Oído supurando desde hace 2 semanas o más: Otorrea: -Mucoide Serosa Purulenta Fétida
Clasifíquese como:	MASTOIDITIS	INFECCION AGUDA DEL OIDO	INFECCION CRONICA DEL OIDO
Tratamiento:	Formule el mismo tipo y dosis de antibiótico que para la neumonía: -Penicilina -Procaínica -Amoxicilina, -Ampicilina -TMP-SMX.	Tratamiento antimicro-biano oral -Seque el oído con mechas. -Maneje dolor y fiebre -Dar indicaciones para secar el oído con pequeños trozos de tela entorchados, introduci-dos y retirados en el oido, hasta lograr extractar la tela totalmente limpia. -Haga otra evaluación en 2 días. -Si no mejora o sigue igual cambie de antibiótico	-Tratamiento antimicro-biano oral -Seque el oído con mechas -Maneje dolor y fiebre -Dar indicaciones para secar el oído con pequeños trozos de tela entorchados, introduci-dos y retirados en el oido, hasta lograr extractar la tela totalmente limpia. -Haga otra evaluación en 2 días. -Si no mejora o sigue igual cambie de antibiótico

Fuente: Guía de atención de la infección respiratoria aguda, página 12.

Otra clasificación importante para tener en cuenta en el manejo por el médico es:

- ✓ Otitis media aguda (OMA): Inflamación del oído medio de comienzo rápido y evolución inferior a 3 semanas.
- ✓ Otitis media subaguda (OMS): duración de 3 semanas a 3 meses.
- ✓ Otitis media crónica (OMC): se prolonga más de 3 meses.

- ✓ Otitis media con efusión residual: presencia de una efusión asintómatica del oído medio, sin signos otoscópicos y/o sistémicos de inflamación, 3 a 16 se-manas después del diagnóstico de otitis aguda.

- ✓ Otitis media con efusión persistente: Como en el caso anterior, pero con efusión de duración mayor de 16 semanas.

- ✓ Otitis media aguda recurrente (OMAR): 3 o más episodios de otitis claramente definidos como nuevos episodios en un período de 6 meses o 4 o más en 1 año.

- ✓ Otitis media crónica supurada (OMCS): es la inflamación crónica del oído medio con otorrea persistente o recurrente con tímpano perforado.

- ✓ Otitis media sin respuesta: está caracterizada por sintomatología clínica y hallazgos otoscopios de inflamación de la membrana timpánica que persiste más de 48 horas después de haber sido iniciada la terapia antibiótica.

Una membrana timpánica roja con movilidad normal está en contra del diagnóstico de otitis media. Puede ser debida a infección viral del tracto respiratorio superior, llanto del paciente, o esfuerzos para remover el cerumen.

Los antibióticos de primera línea son:

Para otitis media aguda:

- ✓ Amoxacilina: 80 - 90 mg/Kg/día cada 8 horas durante 7 días.

- ✓ Trimetoprim sulfa: 10 mg de trimetoprim y 45 mg de sulfa por Kg/día cada 12 horas durante 7 a 10 días.

- ✓ Eritromicina sulfa: 40 mg de eritromicina y 150 mg de sulfa por Kg/día cada 6 horas durante 7 a 10 días.

Para otitis media recurrente:

- ✓ Amoxacilina: 20 mg/Kg/día en una o 2 dosis por 3 a 6 meses.

- ✓ Sulfisoxasol: 75 mg/Kg/día en una o 2 dosis por 3 a 6 meses.

Para otitis media con efusión:

- ✓ Agente antibiótico: igual que para la otitis media aguda, pero durante 14 a 21 días.
- ✓ Corticoide: prednisolona 1 mg/Kg./día dividido en 2 dosis por 5 días.

Otras consideraciones terapéuticas:

El 10% de los pacientes presentan una OMA que no responde al tratamiento inicial. En estos casos aunque son medicamentos no aceptados aun en el listado básico de medicamentos, se debe considerar esquema con Amoxacilina – clavulanato o eritromicina sulfa o trimetoprim sulfa (sí la elección inicial fue Amoxicilina). Si no hay mejoría con este segundo tratamiento se recomienda timpanocentesis para aislamiento del gérmen y realización de antibiograma. Igualmente se recomienda timpanocentesis si el paciente luce séptico.

Por alta posibilidad de cepas de *S. pneumoniae* con resistencia intermedia es útil usar amoxacicilina al doble de las dosis recomendadas (80-90mg/Kg/día). Existen otras alternativas: Amoxicilina-clavulanato, claritromicina, azitromicina, cefuroxime-axetil o cefproxil, pero son medicamentos que no hacen parte del listado básico de medicamentos aprobados para el POS, de allí que de indicarse amerita una análisis individual muy concienzudo, dando los soportes necesarios que justifiquen su formulación. Para las cepas totalmente resistentes, la elección del antibiótico depende del aislamiento del gérmen y estudios de sensibilidad.

Si hay una gran preocupación por la adherencia al tratamiento podría usarse una dosis IM de Ceftriaxona.

El manejo de la otitis media crónica supurada (OMCS) requiere el uso de antibióticos efectivos contra *Pseudónima aeuruginosa*, *S. aureus* y otros microorganismos, cultivo y antibiograma del material obtenido del oído medio, además de la limpieza 2 a 3 veces al día con introducción cuidadosa varias veces, de pequeña porción de tela no lanosa, entorchada, hasta lograr que dicha tela salga totalmente seca. En general una de las mejores opciones de antimicrobianos para esta situación es Trimetoprim Sulfa a 5 mg/kg/día dosis única durante 3 meses.

7.3.2. Faringitis.

7.3.2.1. Definición.

La faringitis es una enfermedad inflamatoria de la mucosa y estructuras adyacen-tes a la garganta. Clínicamente existen 3 entidades principales que son: amigdali-tis, nasofaringitis

y faringoamigdalitis, las cuales generalmente se acompañan además de diversos grados de inflamación de la úvula, nasofaringe y paladar blando. La mayoría de las faringitis tienen un origen viral. Con frecuencia se asocian al resfriado común producido por los rinovirus, coronavirus o virus de la influenza o parainfluenza. Los pacientes presentan "carraspera" o dolor de garganta, así como coriza y tos. La faringe se encuentra inflamada, edematosa y puede o no estar acompañada de exudado purulento.

7.3.2.2. Etiología

Son múltiples los agentes capaces de producir esta entidad en edad pediátrica. En el caso de niños previamente sanos hasta el 90% de la etiología esta dada por alguno de los siguientes gérmenes: adenovirus, virus influenzae A y B, virus Epstein-Barr, enterovirus, sinscitial respiratorio, rinovirus y *Streptococcus beta hemolítico grupo A* o *Streptococcus pyogenes.*

La mayoría de los dolores de garganta se deben a virus y mejoran en unos pocos días con buenos cuidados en el hogar y sin ningún tratamiento adicional. La causa bacteriana más frecuente de faringitis es el *Streptococcus* del grupo A (*Streptoco-ccus pyogenes*). Este microorganismo es responsable de cerca del 15% de los casos de faringitis y puede ocasionar complicaciones importantes tanto supurati-vas (absceso periamigdalar y retrofaríngeo) como no supurativas (escarlatina, síndrome de shock tóxico por *Streptococcus,* fiebre reumática y glomerulonefritis poststreptocóccica aguda).

Los signos clásicos de la faringoamigdalitis estreptocóccica son: fiebre, inflama-ción faríngea, adenopatía cervical dolorosa, hipertrofia y congestión de amígdalas o amígdalas y faringe cubiertas por un exudado purulento; pueden existir también petequias en paladar blando.

Otras causas de faringitis bacteriana comprenden los estreptococos de los grupos C y G, *Neisseria gonorrhae, Arcanobacterium haemolyticum, Yersinia enterocoliti-ca* y más raramente *Corynebacterium diphtherae, Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae.* El diagnóstico se establece por cultivo.

La faringoamigdalitis bacteriana es muy poco frecuente antes de los 3 años. La faringoamigdalitis con exudado purulento en niños menores de 3 años, excluída la difteria casi siempre se debe a adenovirus y menos frecuente al virus de Epstein Barr.

El diagnóstico de faringoamigdalitis estreptocóccica, puede basarse en las consideraciones clínicas y epidemiológicas anotadas, pero es necesario tener presente que aún reuniendo todas las características para ello, la especificidad de diagnóstico clínico es de un 50% -

60%, cifra útil, ante situaciones con dificultad de contar con exámenes confirmatorios y presencia de otros factores de riesgo asociados como bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, etc. y es en si la conducta ampliamente utilizada y recomendada en la práctica diaria de la mayor parte de las condiciones en que se atienden niños en nuestro país.

Idealmente debería confirmarse, utilizando las pruebas rápidas de detección del S*treptococcus* o el cultivo faríngeo. Pero el cultivo faríngeo que es el de mayor sensibilidad y especificidad toma 3 días para su confirmación, sería necesario, esperar su resultado para iniciar el tratamiento en caso de que sea positivo.

Un cultivo positivo en un paciente asintomático no distingue entre infección, o colonización.Los *Streptococcus* pueden permanecer por largo tiempo en la faringe de los pacientes no tratados, convirtiendo el paciente en un "portador" de *Strepto-coccus*; estos gérmenes ya no son nocivos para el huésped ni para las personas con quienes entre en contacto. El cultivo faríngeo, solo estaría justificado si los hallazgos clínicos son compatibles con una infección estreptocóccica aguda.

Otra prueba comúnmente utilizada es la determinación de antiestreptolisina (ASTOS), prueba serológica que detecta anticuerpos dirigidos contra uno de los productos extracelulares del *Streptococcus*; títulos de 250 no se consideran elevados en un niño, pero sí en un adulto. Para que se considere elevado en un niño, tendrá que ser de 333 unidades o más en niños mayores de 5 años. Títulos positivos no siempre indican infección actual, por lo cual deben interpretarse junto con una evaluación clínica cuidadosa.

7.3.2.3. Diagnóstico diferencial y tratamiento.

La clasificación de esta entidad según nivel de severidad sería:

CUADRO CLINICO, CLASIFICACIÓN Y MANEJO			
CLASIFIQUE LA ENFERMEDAD			
Signos:	No puede beber.	Ganglios linfáticos del cuello sensibles y abultados y Secreción purulenta en la garganta.	Secreción u obstrucción nasal, Garganta roja, Dolor o ardor de garganta.
Clasifíquese Como:	ABSCESO DE GARGANTA	INFECCION DE GARGANTA (STREPTOCOCICA).	FARINGITIS VIRAL

Tratamiento:	Hospitalización.	Formule un antibiótico para infección estreptocócica de la garganta). Trate la fiebre = o > 38.5°C axilar o el dolor seg. Recomiende medios físicos Dígale a la madre que regrese inmediatamente si el niño empeora Seguimiento en dos días. Haga otra evaluación en 2 días, si no mejora o sigue igual cambie de antibiótico.	Indicaciones sobre como cuidarlo en el hogar. Recomiende un remedio inofensivo y suavizante para el dolor de garganta. Trate la fiebre o el dolor. Dígale a la madre que regrese inmediatamente si el niño empeora.

Fuente: Guía de atención de la infección respiratoria aguda, página 12.

La penicilina sigue siendo el tratamiento de elección. Esta puede usarse como penicilina G benzatínica en una sola aplicación intramuscular, a dosis de 600.000 U para menores de 27 kg, pero tiene la desventaja que es una inyección muy dolorosa y tiene más alta incidencia de reacciones alérgicas que la penicilina oral. Cuando se prefiere el tratamiento oral, la administración de penicilina V debe ser a dosis de 250 mg 3 veces al día durante 10 días para los menores de 27 kg, o 500 mg 3 veces al día durante 10 días para los mayores de éste peso, teniendo la desventaja principal que como los síntomas mejoran rápidamente al instaurar el tratamiento, éste puede no ser completado durante los 10 días, por lo cual se debe explicar y convencer a los padres, la necesidad de administrar el esquema hasta el final.

Otras alternativas de tratamiento como la eritromicina, útil para pacientes alérgicos, sin embargo ha demostrado fallas tan altas como 24.7% (4), habiéndose encontrado menor efectividad y mayor número de recaídas que con las cefalosporinas; teniendo además la desventaja de efectos gastrointestinales. En casos especiales considere: cefalexina, cefaclor, cefadroxil, claritromicina, azitromicina, amoxacilina - clavulonato, ampicilina - sulbactan o cefuroxime - acetil, pero son medicamentos que tal como se mencionó para

otitis, no están en el listado básico de medicamentos y de indicarlos, amerita un cuidadoso análisis individual.

Los fracasos terapéuticos, ya sean clínicos y/o bacteriológicos se presentan en aproximadamente el 10% de los pacientes. La causa más frecuente de estos fracasos es la falta de cumplimiento del esquema y tiempo del antibiótico, generalmente por mejoría clínica antes de cumplir el tiempo indicado. Otra causa probable es la inactivación de la penicilina por bacterias productoras de betalac-tamasa existentes en la faringe normal, como *H. influenzae*, *S. aureus* y ciertos anaerobios.

Se han sugerido 3 esquemas de antibióticos en los pacientes a los cuales la penicilina ha fallado en erradicar el *Streptococcus:*

- ✓ Clindamicina oral por 10 días
- ✓ Amoxacilina – clavulanato
- ✓ Penicilina + rifampicina en forma simultánea los últimos 4 días de tratamiento penicilina benzatinica + rifampicina.

De estos esquemas solo el número 3 está en el listado básico de medicamentos.

A pesar de lo comentado en relación a la situación de colonización por Streptococcus, hay situaciones especiales , en las cuales es deseable la erradicación del estado de portador de *Streptococcus* del grupo A, como son:

- ✓ Cuando el *Streptococcus* se ha estado transmitiendo a otros individuos a partir del niño portador.
- ✓ Si se ha presentado un brote epidémico de amigdalitis estreptocócica en una comunidad cerrada o semicerrada (una guardería por ejemplo).
- ✓ Cuando existe alto grado de ansiedad en la familia por la presencia de *Streptococcus* en la faringe del niño.
- ✓ Si existe un caso de fiebre reumática en la familia del caso índice.
- ✓ Cuando se está usando como pretexto para realizar una amigdalectomía y como única indicación, el hecho que en la faringe del niño persista el Streptococcus.

El propósito más importante del tratamiento con antibióticos para una faringitis o amigdalitis estreptocóccicas, es matar las bacterias y de este modo prevenir la fiebre reumática y la subsiguiente cardiopatía reumática. La fiebre reumática es principalmente un problema de los niños en edad escolar (de 5 -15 años de edad) y es poco común en los niños menores de tres años.

Se debe insistir en las medidas de apoyo con líquidos adicionales, así como ropa y condiciones ambientales apropiadas. Es importante que se explique a los padres las causas de la fiebre y las razones del tratamiento y se calmen los temores que sobre ella se tienen. No se debe tratar sistemáticamente a todo niño con fiebre; la reducción de la fiebre debe tener como meta aliviar el malestar del niño.

7.3.3. Laringotraqueitis.

7.3.3.1. Definición.

El "Croup" subglótico o laringotraqueobronquitis aguda es una infección de la vía respiratoria alta y baja que produce un edema subglótico importante. Afecta casi siempre a niños de 2 a 3 años y suele seguir a una infección respiratoria alta iniciada uno o dos día antes. Los síntomas comprenden fiebre, disfonía (ronque-ra), tos molesta y fuerte (tos "perruna") y estridor inspiratorio.

7.3.3.2. Etiología

Los virus parainfluenza, principalmente el tipo 1 seguido del tipo 3, son la causa más frecuente. La asociación con el virus de la influenza A y raramente el B es variable ya que su fluctuación estacional es imprevisible. Esporádicamente se asocian al virus respiratorio sinscitial, adenovirus, para influenza tipo 2, rinovirus, enterovirus y M. pneumoniae.

7.3.3.3. Epidemiología

Frecuente en niños entre los 3 meses y tres años de edad, tiene patrón de presentación dependiente de los cambios climatológicos de los virus implicados en su etiología.

7.3.3.4. Graduación de la severidad del cuadro clínico.

Escala de Westley (modificada por Fleisher), para valoración clínica de la dificultad respiratoria en los niños con laringotraqueobronquitis:

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

Fuente: Guía de atención de la infección respiratoria aguda, página 18.

INTERPRETACION**:**
0-4: leve. 5-6: leve-moderada. 7-8: moderada. 9 ó más: grave.

7.3.3.5. Diagnóstico diferencial y tratamiento

En el diagnóstico diferencial deben considerarse ante todo las siguientes entidades:

- ✓ Epiglotitis.
- ✓ Traqueítis bacteriana.
- ✓ Crup espasmódico o laringotraqueitis recurrente.
- ✓ Cuerpo extraño laríngeo o traqueal.

CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS DE LAS CAUSAS INFECCIOSAS DE ESTRIDOR:

	CROUP VIRAL-LARINGOTRA-QUEITIS	EPIGLOTITIS	TRAQUEITIS BACTERIANA	CROUP ESPASMÓDICO
Historia: Edad Prodomos Inicio Disfagia	2m – 4 a Gripales ó (-) Gradual + ó -	3 – 6 años. Ninguno Súbito +++	2-4 años. Gripal Variable + ó -	Antec. Atopia Niños 1 a l2a Inusual gripal Rápido -
Signos: Fiebre Estridor Babeo Postura	Baja +++ - Yacente	Elevada, tóxica ++ +++ Sentado. Posición de trípode.	Elevada, tóxica +++ + o – Variable	Inusual ++ - Sin importancia
Pruebas: Leucocitos Rx Cultivos	<10.000 Estrechamiento Subglótico Parainfluenzae, VSR	>10.000 Epíglotis Edematizada H. influenzae, Streptococcus grupo 1. A.	>10.000 Iregularidad Subglótica S. aureus	<10.000 Usualmente sin hallazgos especiales Negativos

Fuente: Guía de atención de la infección respiratoria aguda, página 19.

7.3.3.6. Tratamiento.

Debe orientarse según severidad del cuadro clínico así:

Leve (puntuación < ó = 4): manejo ambulatorio después de MNB.

Leve – moderada (puntuación 5 – 6): manejo ambulatorio si: mejora con MNB, es mayor de 6 meses y se cuenta con padres confiables.

Moderada (puntuación 7 – 8): hospitalización, iniciar inmediatamente epinefrina racémica, o adrenalina 5 ampollas por nebulización.

Grave (puntuación de 9 ó más): ingresar a UCI, epinefrina racémica, o adrenalina; posible intubación.

7.3.3.7. Medidas especificas.

- ✓ Mínima alteración: evitar estímulos que aumenten ansiedad.

- ✓ Oxígeno humedificado con sistemas de bajo o alto flujo, buscando saturación > de 92%.

- ✓ Manejo de fiebre y deshidratación si las hay.

- ✓ Nebulización: 1)Epinefrina racémica: 0,05 ml/Kg. de solución al 2.25% diluída en 3 ml de SSN. Dosis máxima: 0,5 ml cada 30 minutos, bajo monitorización, vigilar taquicardia grave, 2) es equivalente a nebulizar 5 ampollas de adrenali-na por cada sesion de nebulización. Si después de 3 dosis en 90 min no hay mejoría significativa, se debe considerar intubación. Observar mínimo 4 horas después de la última MNB, pues puede haber un efecto de rebote.

- ✓ Corticoesteroides: aunque discutidos, en casos severos se puede considerar su uso: Dexametasona 0,6 mg. /Kg. en dosis única ya sea IM ó IV.

- ✓ Control de la vía aérea - Indicaciones para intubación:

    - Intensidad creciente de las retracciones.
    - Empeoramiento del estridor.
    - Menor estridor, pero aumento del jadeo respiratorio.
    - Sensorio alterado.
    - Empeoramiento de la hipoxia, la hipercarbia o ambas

NOTA: NO están indicados los antibióticos, salvo en aquellas condiciones en las que se evidencia cuadro de infección bacteriana como la epiglotitis o sobreinfec-ción como sería el caso de la traqueitis bacteriana.

8. BIBLIOGRAFÍA.

- LEY 1438 DEL 2011.
- DECRETO 1011DEL 2006.
- RESOLUCIÓN 743 DEL 2013.
- MANUAL DE IMPLEMENTACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADAS EN EVIDENCIA, EN INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA
- GUÍA DE ATENCION DE LA INFECCION RESPIRATORIA AGUDA.
- PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE MORBILIDAD. E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN GUAMAL – MAGDALENA. DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA – URGENCIA- HOSPITALIZACIÓN. AÑO 2014.

Proyectado por:

OMAR MEDINA RAMÍREZ
Profesional apoyo SGC
15- MAYO- 2020

Revisó y Aprobó:

JORGE ALBERTO LEMUS BELLO
Gerente E.S.E.
15-MAYO-2020

"GESTIÓN Y CONTROL DE CALIDAD"

Historia del Cambio: Segunda Versión. Actualización.

15-MAY-2015.