

Bicentenario de la Independencia Nacional 1811 – 2011
INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL
Servicio de Pediatría

ASMA
CRISIS ASMÁTICA

Enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas, caracterizada por crisis de tos, sibilancias, dificultad respiratoria y disnea, usualmente reversible.

CLASIFICACIÓN DE CLÍNICA DE GRAVEDAD

Puntuación	Frecuencia respiratoria		Sibilancias	Retracciones
	< 6 años	> 6 años		
				<i>Actividad esternocleido-omastoideo</i>
0	< 30	< 20	No	No
1	31-45	21-35	Final espiración (estetoscopio)	Dudoso incremento
2	46-	60 36-50	Toda la espiración (estetoscopio)	Incremento aparente
3	> 60	> 50	Inspiración y espiración (sin estetoscopio)	Actividad máxima

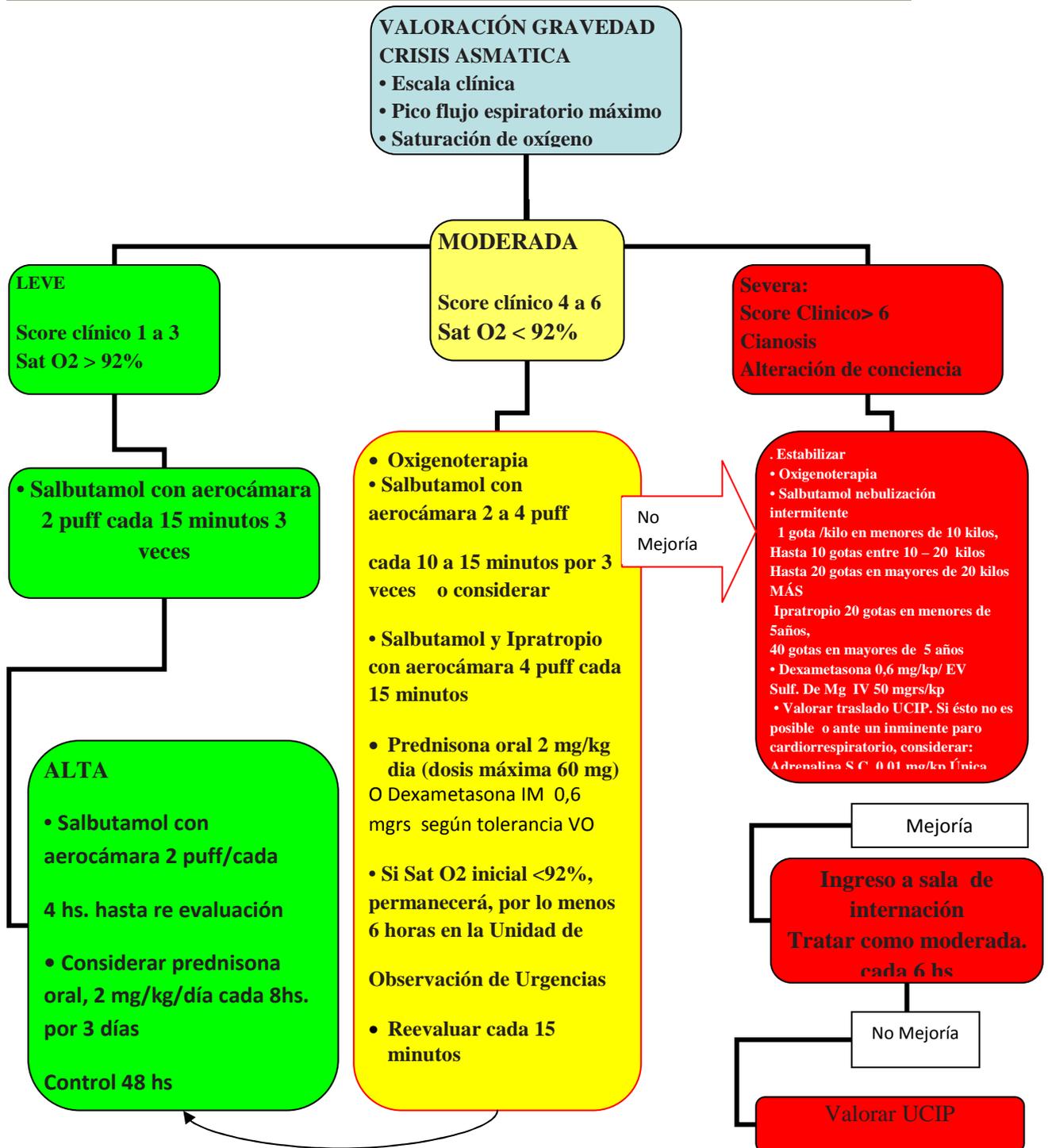
FACTORES DE RIESGO PARA UNA CRISIS ASMÁTICA GRAVE

- Crisis asmáticas previas graves
- Más de 2 hospitalizaciones por asma el último año
- Más de 3 visitas por asma a la Urgencia en el último año
- Inadecuado seguimiento del niño/a
- Dificultades para acceder a Urgencias
- Incumplimiento del tratamiento o abuso del mismo
- Problemas psicosociales

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

- ❖ *Bronquiolitis*
- ❖ *Laringitis*
- ❖ *Neumonía*
- ❖ *Cuerpo extraño bronquial*
- ❖ *Episodios de hiperventilación*
- ❖ *Otros:*
 - Anillos vasculares
 - Traqueomalacia
 - Fibrosis quística
 - Insuficiencia cardíaca
 - Disfunción de cuerdas vocales
 - Enfermedad obstructiva crónica post viral
 - Displasia broncopulmonar
 - Reflujo gastroesofagico

Bicentenario de la Independencia Nacional 1811 – 2011
 INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL
 Servicio de Pediatría



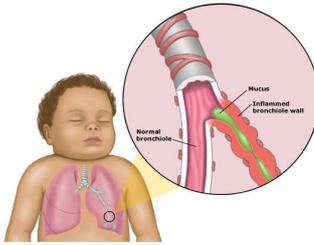
Bicentenario de la Independencia Nacional 1811 – 2011
 INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL
 Servicio de Pediatría

PROTOCOLO DE MANEJO: BRONQUIOLITIS

DEFINICIÓN DE CASO:

Primer episodio de sibilancias precedido de rinorrea en un niño menor de 2 años.

SINTOMAS: sibilancias, tos, retracciones, cambios del color, aleteo nasal, taquipnea, esfuerzo respiratorio. fiebre < de 38.5|°. signos de deshidratación.



CLASIFICACIÓN DE GRAVEDAD: PUNTAJE DE TAL

PUNTAJE	FC	FR < 6meses	FR > 6 meses	Sibilancias	Retracción Costal
0	< 120	< 40	< 30	no	no
1	120 – 140	40 a 55	30 a 45	Fin de la espiración	Leve intercostal
2	140 – 160	56 a 70	46 a 60	Inspiración y espiración	Tiraje generalizado
3	Más de 160	> 70	> 60	Audible sin estetoscopio o ausentes	Tiraje y aleteo nasal

PUNTAJE DE TAL OBTENIDO

Menos de 4:LEVE

- Enviar a la casa con signos de alarma
- Lactancia materna
- Enseñar la aspiración de secreciones nasales con perita.
- Control cada 24 hs.
- Si hay Factores de riesgo: internación en Hospital Regional

5 a 8: MODERADO

- Oxígeno (2-3 lit.) con cánula nasal.*
- Posición semisentado
- Aspiración de secreciones nasales
- Alimentación según FR por VO o SNG
- Hospitalización por 6hs
- Si es < 3 meses nebulización con 2 ampollas de adrenalina
- Si es > 3 meses 3 puff de salbutamol con aerocámara, 3 veces en 1 hora
- Si no mejora: internación
- Evaluación del TAL cada 1h.
- Si hay Factores de riesgo derivar a Hosp. especializado

9 a 12: GRAVE

- Oxígeno (5-7 litros) con máscara*
- Hidratación parenteral
- Monitorización estricta
- Rápida hospitalización en UTI o Cuidados Intermedios
- Intubación según insuficiencia respiratoria

Bicentenario de la Independencia Nacional 1811 – 2011
INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL
Servicio de Pediatría

FACTORES DE RIESGO

- Menor de 3 meses
- Desnutrición grave
- Cardiopatías congénitas
- Prematurez
- Inmunodeficiencias
- Enf. pulmonar crónica
- Alto riesgo social

CRITERIOS DE ALTA

- Normalización de la FR
- Se alimenta normalmente
- No requiere oxígeno
- Cuidador/a entrenado en aspirar secreciones con perita

SIGNOS DE ALARMA

- No se alimenta
- No duerme bien
- Fiebre de 39°C o más
- Decaimiento o Letargia
- Deshidratación

*Si dispone de saturómetro, adecue el flujo de oxígeno para una saturación entre 93 y 95%

NO SE REQUIERE DE ESTUDIOS LABORATORIALES O RADIOLÓGICOS PARA EL DIAGNÓSTICO

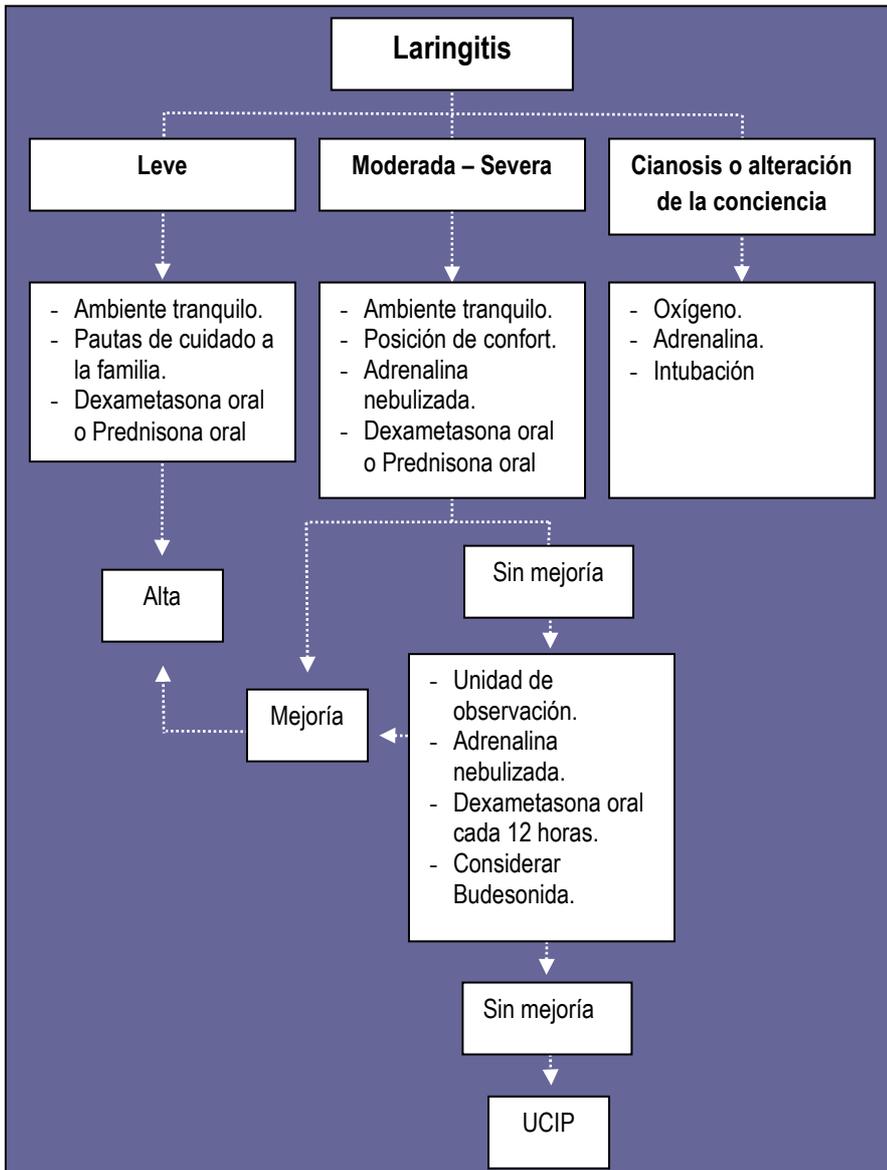
LARINGITIS

DEFINICIÓN DE CASO: enfermedad respiratoria de inicio brusco que se caracteriza por un sonido inspiratorio llamado estridor

CLASIFICACIÓN DE GRAVEDAD: ESCALA DE TAUSSING

PUNTAJE	0	1	2	3
ESTRIDOR	NO	MEDIANO	MODERADO	INTENSO/AUSENTE
ENTRADA DE AIRE	NORMAL	DISMINUIDA	DISMINUIDA	MUY DISMINUÍDA
COLOR	NORMAL	NORMAL	NORMAL	CIANOSIS
RETRACCIONES	NO	ESCASA	MODERADA	INTENSA
CONCIENCIA	NORMAL	DECAIDO	DEPRIMIDA	LETARGIA
LEVE <6 MODERADA 7 A 8 GRAVE >9				

Bicentenario de la Independencia Nacional 1811 – 2011
 INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL
 Servicio de Pediatría



DOSIS

Prednisona VO 1 a 2 mg/kg/día en dos dosis, durante 2 días

Dexametasona

ORAL: 0,6 mg/kg/dosis

Puede repetirse a las 12 horas

Si vomita aplicar IM: 0,6 mg/KG/DOSIS UNICA

Budesonida

2-4mg Nebulización única

Adrenalina Nebulizada

Dosis: 3 ampollas en 3cc de suero fisiológico + Oxígeno humidificado. (Puede repetirse 3 veces cada 15 minutos)

Debe permanecer 4 horas en observación luego de la nebulización.

¡No sedar al/la paciente

Si satura $\leq 92\%$ agregar Oxígeno humidificado



Bicentenario de la Independencia Nacional 1811 – 2011
INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL
Servicio de Pediatría

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

Neumonía: es la infección aguda de los alveolos e intersticio pulmonar causada generalmente por virus o bacterias.

CLASIFICACION DE LAS NEUMONIAS

	Neumonía	Neumonía grave	Neumonía muy grave
Frecuencia respiratoria aumentada	Si	Si	si
Retracciones	Ninguno	Si, leve a moderada	Severa
Quejido espiratorio	Ninguno	Presente en lactantes menores	Si presente
Aleteo nasal	Ausente	Presente	Presentes
Sonidos de respiración reducido	Presente, su ausencia no descarta neumonía	Presente, su ausencia no descarta neumonía	Puede o no estar presentes
Crepitantes a la auscultación	Presente, su ausencia no descarta neumonía	Presente, su ausencia no descarta neumonía	Presente, su ausencia no descarta neumonía
Soplo tubario	Presente, su ausencia no descarta neumonía	Presente, su ausencia no descarta neumonía	Presente, su ausencia no descarta neumonía
Incapacidad para mamar o beber o vómito de todo lo ingerido	Ausente	Ausente	Presente
Convulsiones, letargia, pérdida de la conciencia	Ausente	Ausente	Presente
Dificultad respiratoria severa (ej. Presencia de cabeceo)	Ausente	Ausente	Presente
Cianosis central	Ausente	Ausente	Presente

Frecuencia Respiratoria (FR) aumentada

2 a 11 meses	> 50 por minuto
12 meses a 4 años	> 40 por minuto

Bicentenario de la Independencia Nacional 1811 – 2011
INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL
Servicio de Pediatría

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

Edad <3 meses
Condiciones subyacentes de comorbilidad:
Inmunodeficiencia
Cardiopatía
Desnutrición moderada a severa
Síndrome de Down
Fibrosis quística
Apariencia tóxica
Neumonía complicada
Distres respiratorio
Falta de respuesta al tratamiento ambulatorio
Intolerancia a la medicación oral
Riesgo social (padres analfabetos, distancia importante al puesto de salud)
Neumonía recurrente
Saturación inferior a 92% respirando aire ambiental

EDAD	TRATAMIENTO 1a opción	TRATAMIENTO 2a opción
<p>< 3 semanas Siempre internado/as</p> 	<p>Ampicilina 200 mg/Kg/ IV, en 4 dosis + Gentamicina 5 a 7,5 mg/Kg/ IV, en 1 dosis/por día o Amikacina 20 mg/kg/día 1 dosis por día.</p> <p>*Descartar meningitis asociada, si LCR patológico usar Cefotaxima 300mg/kg/día</p>	<p>Cefotaxima 200 mg/kg/día IV en 4 dosis + Ampicilina 200 mg/kg/día IV en 4 dosis</p> <p>* Descartar meningitis asociada, si LCR patológico usar Cefotaxima 300 mg/kp/día</p>

Bicentenario de la Independencia Nacional 1811 – 2011
 INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL
 Servicio de Pediatría

<p>3sem a 3m Siempre internado/as</p> 	<p>Penicilina cristalina 100.000 – 400.000 UI/kg/día IV en 4 dosis o Ampicilina 200-300 mg/kp/día IV en 4 dosis ¥ Considerar macrólidos en neumonía afebril</p> <p>El tratamiento empírico inicial con Penicilina cristalina solo será administrado en lactantes que hayan recibido inmunización contra Hib (vacuna pentavalente)</p>	<p>Cefotaxima 200mg/kg/día IV en 4 dosis</p>
<p>3 meses a 5 años Paciente ambulatorio</p> 	<p>Amoxicilina 90-100 mg/kg/día VO en 3 dosis</p> <p>*Considerar macrólidos en neumonía afebril</p>	<p>Amoxicilina/clavulánico o amoxicilina/sulbactam 90-100 mg/kg/día (dosificado por amoxicilina) VO en 3 dosis</p> <p>*Considerar macrólidos en neumonía afebril</p>
<p>3 meses a 5 años Neumonía no complicada Pacientes internados/as</p> 	<p>Penicilina cristalina 100.000 – 400.000 UI/kg/día IV en 4 dosis o Ampicilina 200-300 mg/Kg/ día IV en 4 dosis El tratamiento empírico inicial con Penicilina cristalina solo será administrado en lactantes que hayan recibido inmunización contra Hib (vacuna pentavalente)</p>	<p>Amoxicilina/Sulbactam 100mg/ Kg/ IV (dosificado por la amoxicilina) en 3 dosis o Ampicilina/Sulbactam 200 mg/ Kg/ IV en 4 dosis (dosificado por la Ampicilina)</p>

Bicentenario de la Independencia Nacional 1811 – 2011
 INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL
 Servicio de Pediatría

<p>3 meses a 5 años Pacientes internados/as con <u>Neumonía complicada</u> Multilobar, con derrame pleural o con neumatocele. Sin criterios de ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)</p> 	<p>Penicilina cristalina 100.000 – 400.000 UI/kg/día IV en 4 dosis o Amoxicilina/sulbactam 100mg/Kg/ IV (dosificado por la amoxicilina) en 3 dosis o Ampicilina/sulbactam 200 mg/Kg/ IV en 4 dosis (Dosificado por la Ampicilina) El tratamiento empírico inicial con Penicilina cristalina solo será administrado en lactantes que hayan recibido inmunización contra Hib (vacuna pentavalente)</p>	<p>Ceftriaxona 80-100 mg/kg/día o Cefotaxima 150 mg/kg/día + Oxacilina 200 mg/kg/día IV ¥ En zonas donde la incidencia de SARM (Staphylococcus aureus resistente a meticilina) en la comunidad supera el 10% sustituir oxacilina por Clindamicina 40 mg/kg IV fraccionados en 3 dosis</p>
<p>3 meses a 5 años Internados/as séptico/a, muy grave, en UCI Neumonía complicada con choque o insuficiencia respiratoria</p> 	<p>Ceftriaxona 80 a 100 mg/kg/día IV en 1 o 2 dosis o Cefotaxima 200 mg/kg/día IV en 4 dosis + Oxacilina 200 mg/kg/día en 4 dosis ¥ En zonas donde la incidencia de SARM (Staphylococcus aureus resistente a meticilina) en la comunidad supera el 10% sustituir oxacilina por Clindamicina 40 mg/kg IV fraccionados en 3 dosis</p>	<p>Cefotaxima: 200 mg/kg/d IV + vancomicina: 40 mg/kg/d IV en 3 dosis en áreas de alta prevalencia de SAMR</p>
<p>Mayores de 5 años Ambulatorios Considerar M.pneumoniae y C pneumoniae</p> 	<p>Amoxicilina 90/100 mg/kg/día VO en 3 dosis por 7 a 10 días según evolución. Agregar un macrólido a la amoxicilina si no existe buena respuesta a las 72 horas</p>	<p>Eritromicina 40-50 mg/kg/día VO en 3 dosis o Claritromicina 15 mg/kg/día VO en 2 dosis o Azitromicina 10 mg/kg/día VO primer día y luego 5 mg/kg/día del segundo al quinto día</p>

Bicentenario de la Independencia Nacional 1811 – 2011
INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL
Servicio de Pediatría

<p>Mayores de 5 años Neumonía no complicada intolerante a la vía oral</p> 	<p>Penicilina G Cristalina 400.000 U/Kg/día en 4 dosis o Ampicilina 200-300 mg/kg/día IV en 4 dosis</p> <p>Si no hay mejoría a las 72 horas considerar el uso de macrólidos</p>	<p>Amoxicilina/inhibidor de betalactamasa</p> <p>*Adicionar macrólidos si hay fuerte sospecha de <i>M. pneumoniae</i> o <i>C. pneumoniae</i></p>
<p>Mayores de 5 años Neumonía complicada No internado/a en UCI</p> 	<p>Amoxicilina/Sulbactam 100 mg/Kg/ IV dosificado por la amoxicilina, en 3 dosis o Ampicilina/sulbactam 200 mg/kg/día IV en 4 dosis (Dosificado por la Ampicilina)</p>	<p>Ceftriaxona o cefotaxima asociada a oxacilina ¥ En zonas donde la incidencia de SARM (<i>Staphylococcus aureus</i> resistente a meticilina) en la comunidad supera el 10% sustituir oxacilina por Clindamicina 40 mg/kg IV fraccionados en 3 dosis</p>
<p>Mayores de 5 años Neumonía Grave: (Neumonía complicada con choque o insuficiencia respiratoria)</p> <p>Internado/a en UCI</p> 	<p>Ceftriaxona 80-100 mg/Kg/día IV en 2 dosis (Dosis máxima 4 gr/día) o Cefotaxima 200 mg/Kg/día IV en 4 dosis más Oxacilina 150 a 200 mg/kg/día IV en 4 dosis</p> <p>¥ En zonas donde la incidencia de SARM (<i>Staphylococcus aureus</i> resistente a meticilina) en la comunidad supera el 10% sustituir oxacilina por Clindamicina 40 mg/kg IV fraccionados en 3 dosis</p>	<p>Ceftriaxona o cefotaxima asociada a vancomicina 40 mg/kg/día IV en 3 dosis si se sospecha SMRA</p>