 <b>SOCIMÉDICOS</b> <small>Sociedad Comercializadora de Fármacos y Servicios Médicos S.A.S.</small>	<b>ANEXO 1. CRITERIOS DE PACIENTES QUE PUEDEN SER MANEJADOS EN LAS SALA ERA (ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA) Y DE LOS QUE NO, TIEMPOS MÁXIMOS DE MANEJO AMBULATORIO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA ALTA Y BAJA Y CRITERIOS DE REMISIÓN A HOSPITALIZACIÓN.</b>	<b>CODIGO</b> 03-M-PT-016 ANEXO 1
		<b>VIGENTE</b>

**CRITERIOS DE PACIENTES QUE PUEDEN SER MANEJADOS EN LAS SALA ERA (ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA) Y DE LOS QUE NO, TIEMPOS MÁXIMOS DE MANEJO AMBULATORIO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA ALTA Y BAJA Y CRITERIOS DE REMISIÓN A HOSPITALIZACIÓN.**

**Introducción:**

La infección respiratoria aguda afecta de modo significativo la población en general, siendo la población pediátrica y adulta mayor la categoría de pacientes con mayor riesgo de presentar estas condiciones y complicaciones.


El tratamiento oportuno, de rápida instauración y con los tiempos de tratamiento adecuadamente definidos tienen impacto benéfico positivo para la mejoría del paciente y de igual manera atenuar el efecto negativo que éste tiene.

De igual manera, no todas las infecciones respiratorias altas y/o bajas se presentan de la misma manera, siendo adecuado hacer una clasificación de la severidad de la misma y con base en ello definir la medida terapéutica al igual que el sitio donde debe ser manejado éste paciente, haciendo mención expresa a aquellos pacientes con necesidad de manejo hospitalario.

Existe algunas condiciones respiratorias agudas que pueden ser manejadas en la sala ERA, pero habrá otras que no pueden manejarse en dicha sala puesto requiere manejo con soporte avanzado y/o con insumos que generan necesidad importante de vigilancia y monitoria avanzada. Por tal motivo se discrimina en este procolo que pacientes podrán manejarse en dicha sala y que pacientes no.

**Objetivo:**

Describir y enumerar las pautas para el manejo ambulatorio incluyendo sus tiempos de tratamiento junto con los criterios que se debe tener presentes para definir el manejo hospitalario de las condiciones clínicas que así lo ameriten.

	<b>ANEXO 1. CRITERIOS DE PACIENTES QUE PUEDEN SER MANEJADOS EN LAS SALA ERA (ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA) Y DE LOS QUE NO, TIEMPOS MÁXIMOS DE MANEJO AMBULATORIO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA ALTA Y BAJA Y CRITERIOS DE REMISIÓN A HOSPITALIZACIÓN.</b>	CODIGO 03-M-PT-016 ANEXO 1
		VIGENTE

**Alcance:**

Todo paciente visto en cualquiera de las sedes de SOCIMEDICOS SAS (incluyendo sede IPS clínica san Rafael y sede Megacentro alta complejidad San Rafael).

**Desarrollo:**

**1. Criterios para manejo de pacientes en sala ERA:**

- Se deberá y podrá manejar pacientes en la sala ERA si cumple alguna de las siguientes condiciones:
  - Necesidad de oxígeno a cualquier concentración en relación a una patología respiratoria.
  - Disnea.
  - Asfixia.
  - Tos incoercible.
  - Necesidad de nebulizaciones.
  - Necesidad de esquema de “aborto rápido” de crisis de broncoespasmo con inhaladores de dosis medida.

**2. Criterios para manejo de pacientes en sitio diferente a sala ERA:**

- No se podrán manejar en sala ERA los siguientes pacientes:
  - Pacientes con estado mental alterado.
  - Paciente con inminencia de falla respiratoria y necesidad de intubación.
  - Paciente con imposibilidad para deglutir sus secreciones o saliva.
  - Pacientes con necesidad de ventilación mecánica en cualquiera de sus modalidades (no invasiva, invasiva).
  - Paciente con choque séptico.
  - Paciente con inestabilidad hemodinámica.

	<b>ANEXO 1. CRITERIOS DE PACIENTES QUE PUEDEN SER MANEJADOS EN LAS SALA ERA (ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA) Y DE LOS QUE NO, TIEMPOS MÁXIMOS DE MANEJO AMBULATORIO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA ALTA Y BAJA Y CRITERIOS DE REMISIÓN A HOSPITALIZACIÓN.</b>	CODIGO 03-M-PT-016 ANEXO 1
		VIGENTE

- Paciente con comorbilidades de base que estén en descompensación relacionada a proceso infeccioso agudo respiratorio (cualquiera que sea como, por ejemplo: Falla cardiaca, diabetes mellitus, falla renal, etc).

### 3. Criterios para manejo hospitalario de pacientes con infección respiratoria agudo:

#### Otitis media aguda:

- Compromiso auditivo severo
- Signos de sepsis y/o choque séptico
- Mastoiditis asociada
- Otitis en paciente con cualquier tipo de inmunosupresión
- Otitis con dolor de intensidad del dolor tal que requiera manejo quirúrgico y/o analgésico a dosis elevadas o en infusión
- Otitis que no resuelve pese a terapia antibiótica adecuada
- Expansión del compromiso local evidenciado en los controles o seguimientos

#### Faringitis:

- Abscesos de garganta
- Imposibilidad para tomar líquidos e ingerir alimentos o medicamentos lo cual dificultaría manejo ambulatorio y/o imprime posibilidad de deshidratación severa y sus consecuencias.
- Necesidad de manejo quirúrgico por infección en tejidos blandos profundos.

#### Laringotraqueítis:

- Disnea asociada.
- Escala de Westley > 6.
- Evidencia de sepsis.
- No mejoría con manejo inicial en urgencias.
- Tos incoercible, de difícil manejo y/o cianosante o la cual induzca episodios de disnea marcada o signos de falla respiratoria.
- Imposibilidad para tomar líquidos e ingerir alimentos o medicamentos lo cual dificultaría manejo ambulatorio y/o imprime posibilidad de deshidratación severa y sus consecuencia.
- Infección bacteriana sobreagregada con evidencia de epiglotitis y/o traqueítis.

	<b>ANEXO 1. CRITERIOS DE PACIENTES QUE PUEDEN SER MANEJADOS EN LAS SALA ERA (ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA) Y DE LOS QUE NO, TIEMPOS MÁXIMOS DE MANEJO AMBULATORIO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA ALTA Y BAJA Y CRITERIOS DE REMISIÓN A HOSPITALIZACIÓN.</b>	CODIGO 03-M-PT-016 ANEXO 1
		VIGENTE

**Neumonía:**

- CURB 65: 2-4
- CURB 65 – CRB 65: 1 + Saturación < 90%
- Neumonía grave
- Imposibilidad de ingesta de medicación oral
- Falta de soporte familiar o red de apoyo
- Derrame pleural

**Bronquiolitis:**

- Edad menor de 3 meses
- Antecedente de apneas y/o prematurez
- Dificultad respiratoria
- Imposibilidad para tomar líquidos e ingerir alimentos o medicamentos lo cual dificultaría manejo ambulatorio y/o imprime posibilidad de deshidratación severa y sus consecuencias.

**4. Tiempo de tratamiento ambulatorio de las diferentes infecciones respiratorias agudas:**


**Otitis media aguda:**

Para otitis media aguda:

- Amoxicilina: 80 - 90 mg/Kg/día cada 8 horas durante 7 días.
- Trimetoprin sulfa: 10 mg de trimetoprin 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:

- Amoxicilina: 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.

 <p><b>SOCIMÉDICOS</b> Sociedad Costarricense de Insumos y Servicios Médicos S.A.</p>	<b>ANEXO 1. CRITERIOS DE PACIENTES QUE PUEDEN SER MANEJADOS EN LAS SALA ERA (ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA) Y DE LOS QUE NO, TIEMPOS MÁXIMOS DE MANEJO AMBULATORIO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA ALTA Y BAJA Y CRITERIOS DE REMISIÓN A HOSPITALIZACIÓN.</b>	<b>CODIGO</b> 03-M-PT-016 ANEXO 1
		<b>VIGENTE</b>

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.

**Faringitis:**

- Penicilina G benzatínica en una sola aplicación intramuscular, a dosis de 600.000 U para menores de 27 kg.
- Penicilina V a dosis de 250 mg 3 veces al día durante 10 días para los menores de 27 kg
- Penicilina V a dosis de 500 mg 3 veces al día durante 10 días para los mayores de 27 kg

**Laringotraqueítis:**

- Manejo sintomático.
- No requiere antibióticos a menos que haya evidencia de sobreinfección.
- Suele ser suficiente con el manejo en urgencias que incluye adrenalina racemica y esteroide.

**Neumonía:**

*Niños:*

	<b>ANEXO 1. CRITERIOS DE PACIENTES QUE PUEDEN SER MANEJADOS EN LAS SALA ERA (ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA) Y DE LOS QUE NO, TIEMPOS MÁXIMOS DE MANEJO AMBULATORIO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA ALTA Y BAJA Y CRITERIOS DE REMISIÓN A HOSPITALIZACIÓN.</b>	CODIGO 03-M-PT-016 ANEXO 1
		VIGENTE

### DOSIS Y ESQUEMAS DE ADMINISTRACIÓN EN MANEJO AMBULATORIO

ANTIBIOTICO	DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION
Penicilina Procaínica	50.000 unidades por Kg., una dosis diaria durante 7 días. Administración: vía intramuscular.
Amoxicilina	80-90 mg/kg/día, repartida en 3 dosis diarias. Administración vía oral x 7 días.
Ampicilina	200 mg/kg/día en 4 dosis diarias. Administración: vía oral x 7 días.
Trimetoprin-Sulfametoxazol	10 mg/kg/día, tratamiento repartido en 2 dosis diarias. Administración: vía oral x 7 días. (Evite el Trimetopim Sulfa en lactantes menores de un mes que sean prematuros).

*Tomado del protocolo adaptado de la guía nacional sobre manejo de pacientes con infección respiratoria aguda.*

*Adultos:*


 <p><b>SOCIMÉDICOS</b> Sociedad Colombiana de Inmunología y Neumología S.A.S.</p>	<b>ANEXO 1. CRITERIOS DE PACIENTES QUE PUEDEN SER MANEJADOS EN LAS SALA ERA (ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA) Y DE LOS QUE NO, TIEMPOS MÁXIMOS DE MANEJO AMBULATORIO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA ALTA Y BAJA Y CRITERIOS DE REMISIÓN A HOSPITALIZACIÓN.</b>	<b>CODIGO</b> 03-M-PT-016 ANEXO 1
		<b>VIGENTE</b>

Tabla 12. Tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad, grupo I	
Grupo I: puntaje entre 0 y 1 en la escala CRB-65 o CURB-65	Localización o sitio para el tratamiento
a) Sano sin factores de riesgo	<b>Tratamiento ambulatorio</b> Primera línea (evidencia IA): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amoxicilina, 1 g por vía oral, cada 8 h, o claritromicina, 500 mg por vía oral, cada 12 h, o azitromicina, 500 mg diarios, por vía oral</li> </ul> Alternativas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doxiciclina, 100 mg por vía oral, cada 12 h (evidencia IIB)</li> <li>• En casos de alergia a las penicilinas, intolerancia a los macrólidos o a las tetraciclinas se debe considerar moxifloxacina, 400 mg al día por vía oral, o levofloxacina, 750 mg/día por vía oral (evidencia IA)</li> </ul> <b>Duración del tratamiento:</b> 5 a 7 días; cuando se utilice azitromicina, el tratamiento debe ser por 3 a 5 días
b) Con factores de riesgo o enfermedades concomitantes	<b>Tratamiento ambulatorio</b> Primera línea (evidencia IA): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amoxicilina-ácido clavulánico, 1 g por vía oral, cada 12 h, asociado a claritromicina, 500 mg por vía oral, cada 12 h o azitromicina 500 mg vía oral diarios</li> </ul> Alternativa: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefuroxima, 500 mg por vía oral, cada 12 h, asociado a claritromicina, 500 mg por vía oral, cada 12 h (evidencia IA)</li> <li>• En caso de alergia a las penicilinas o intolerancia a los macrólidos, fluoroquinolonas: moxifloxacina, 400 mg al día por vía oral, o levofloxacina, 750 mg al día por vía oral (evidencia IA)</li> </ul>

*Comité nacional conjunto. Recomendaciones para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la neumonía adquirida en la comunidad en adultos inmunocompetentes. Infectio. 2013;17(Supl 1): 1-38.*


### **Bronquiolitis:**

El manejo ambulatorio puede ser suficiente con garantizar de adecuada hidratación.

No usar antibióticos excepto si hay sospecha importante de sobreinfección bacteriana, en especial ante niños con factores de riesgo.

Puede usarse ciclo corto de esteroides (5 días):

- Metilprednisolona 1 -2 mg/K/dosis (primeras 24 horas), luego 1 -2 mg/K/día dividido en 3 a 4 dosis.
- Prednisolona 1 -2 mg/K/día dosis matutina.

	<b>ANEXO 1. CRITERIOS DE PACIENTES QUE PUEDEN SER MANEJADOS EN LAS SALA ERA (ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA) Y DE LOS QUE NO, TIEMPOS MÁXIMOS DE MANEJO AMBULATORIO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA ALTA Y BAJA Y CRITERIOS DE REMISIÓN A HOSPITALIZACIÓN.</b>	CODIGO 03-M-PT-016 ANEXO 1
		VIGENTE

#### REFERENCIAS

- Ministerio de salud y la protección social. Resolución 2003 de 2014. Colombia
- Ministerio de salud y la protección social. Guía para el manejo de infecciones respiratorias agudas. Colombia