Infección Respiratoria Aguda y su Impacto en la Infancia

Natalia Restrepo C.
Pediatra Neonatóloga

Declaración de conflictos de interés

Relativas a esta presentación existen las siguientes relaciones que podrían ser percibidas como potenciales conflictos de interés:

- Speaker de laboratorios Abbvie

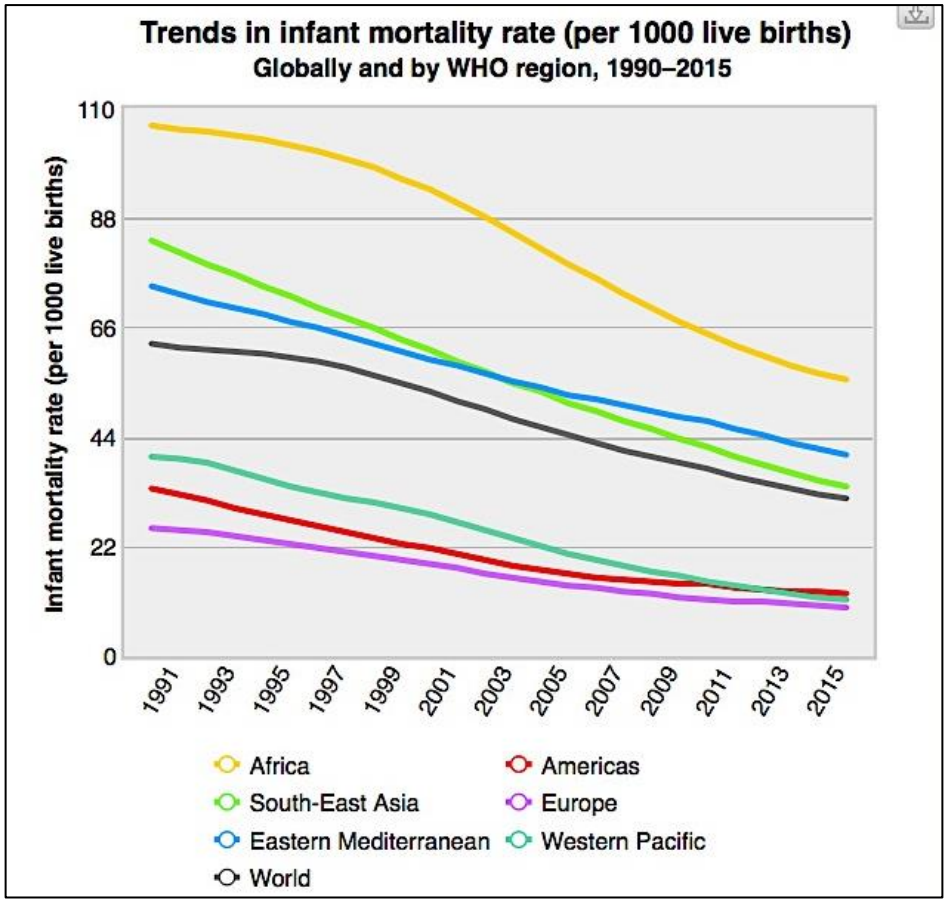
- Las referencias bibliográficas aquí presentadas son responsabilidad de la speaker.

Objetivo Principal

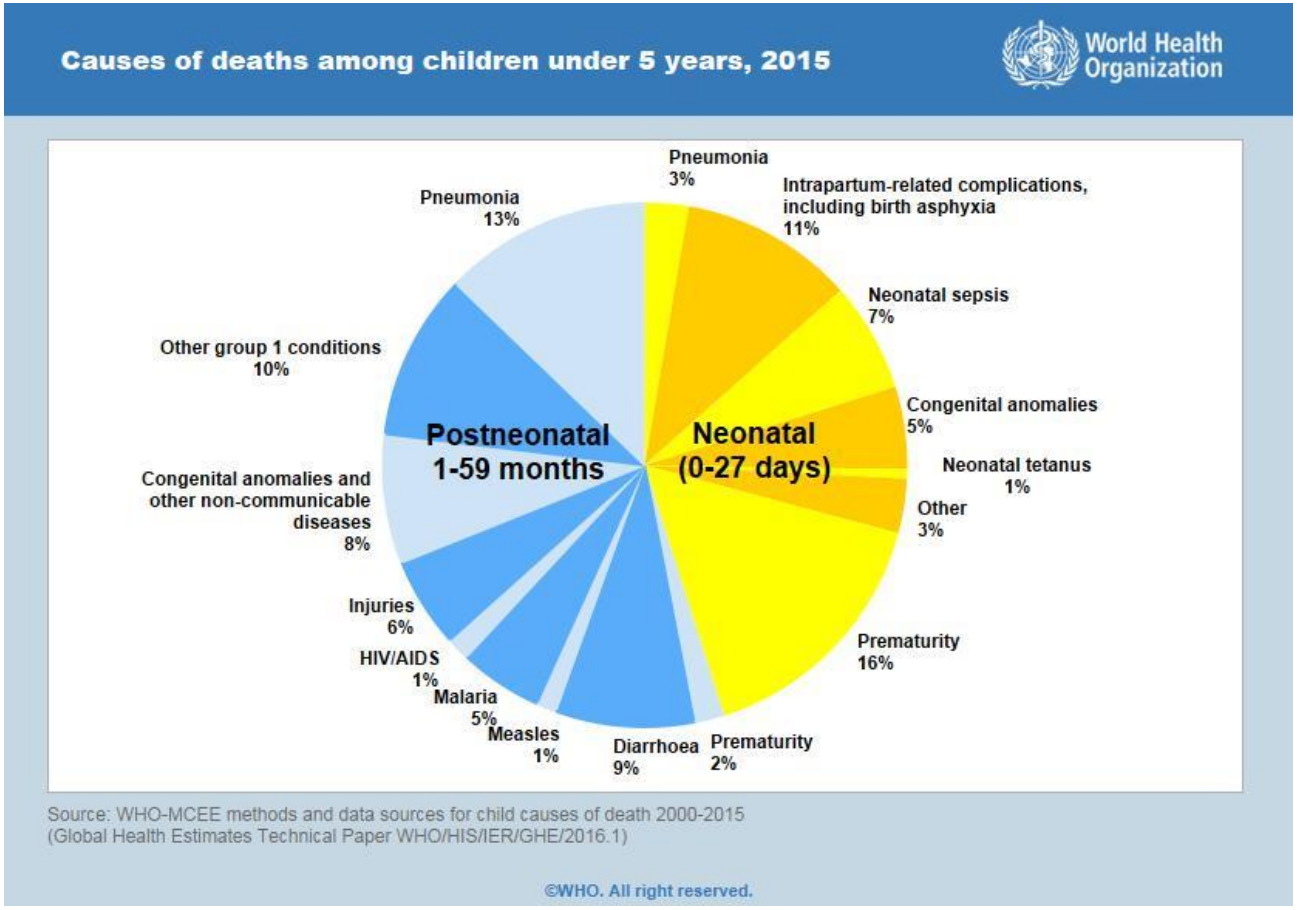
Objetivos

- Impacto de la enfermedad respiratoria aguda en Colombia (ERA)
- VSR: principal agente etiológico de la ERA en Colombia
- Prevención y cuidados de ERA
- Salas ERA estrategia de manejo

Tasa Mortalidad Infantil Mundial

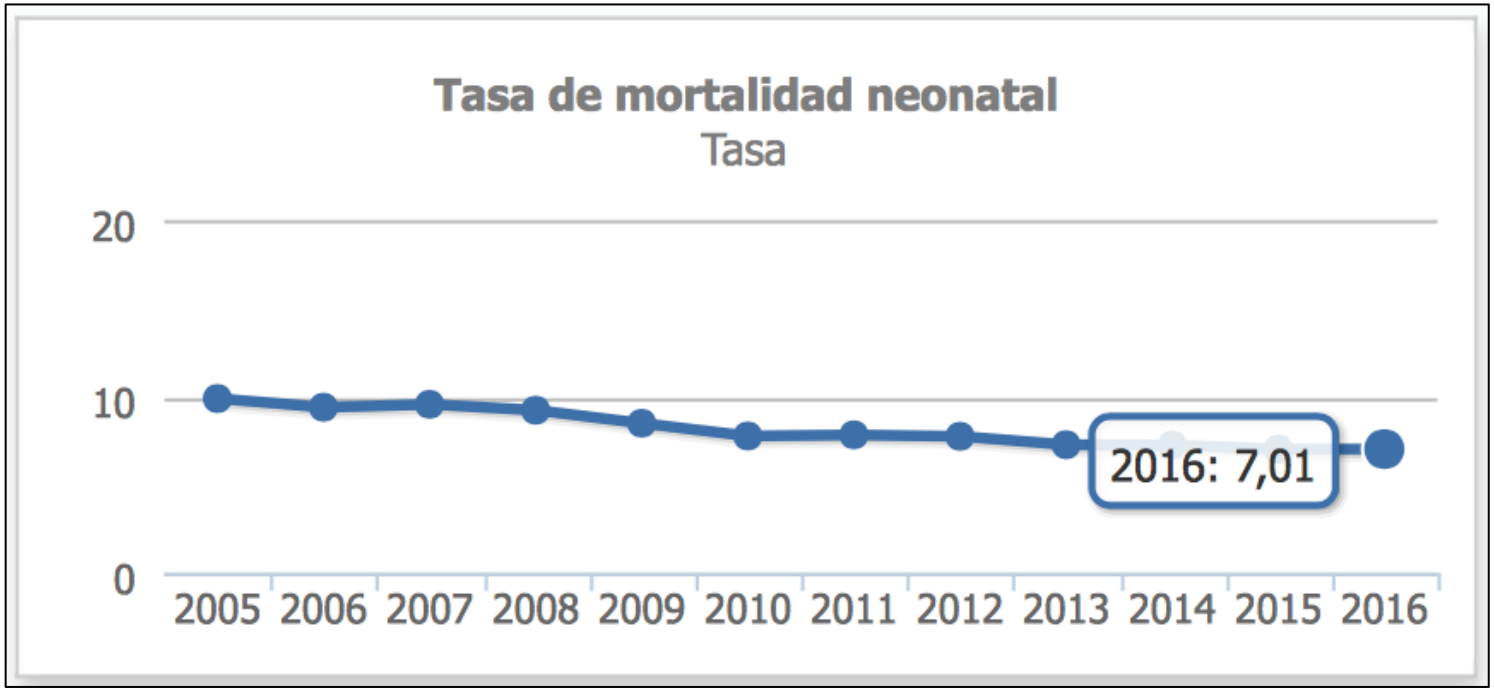


Principales Causas de mortalidad en niñas y niños menores de 5 años



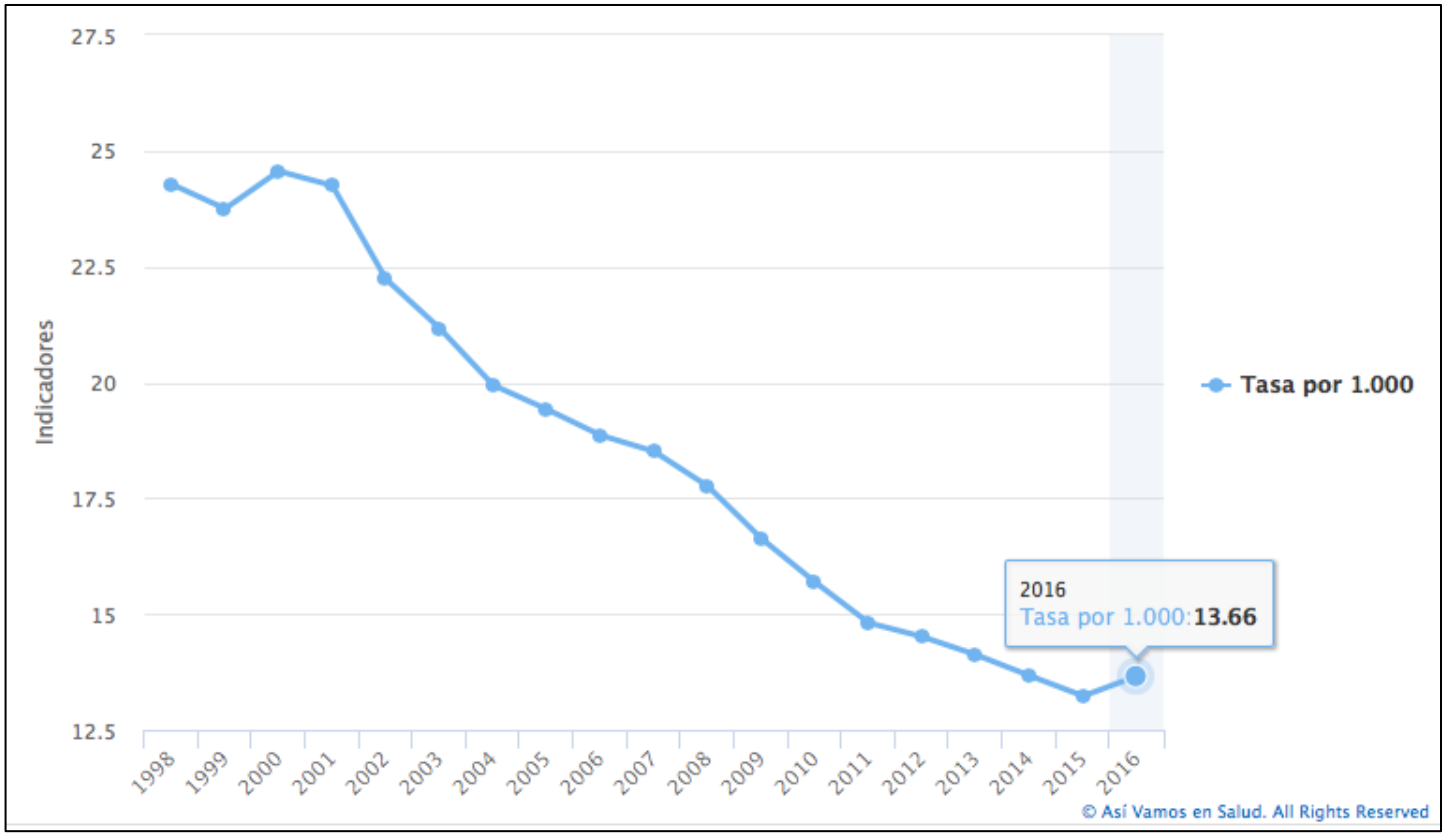
WHO-MCEE methods and data sources for child causes of death 2000-2015

Tasa de Mortalidad Neonatal



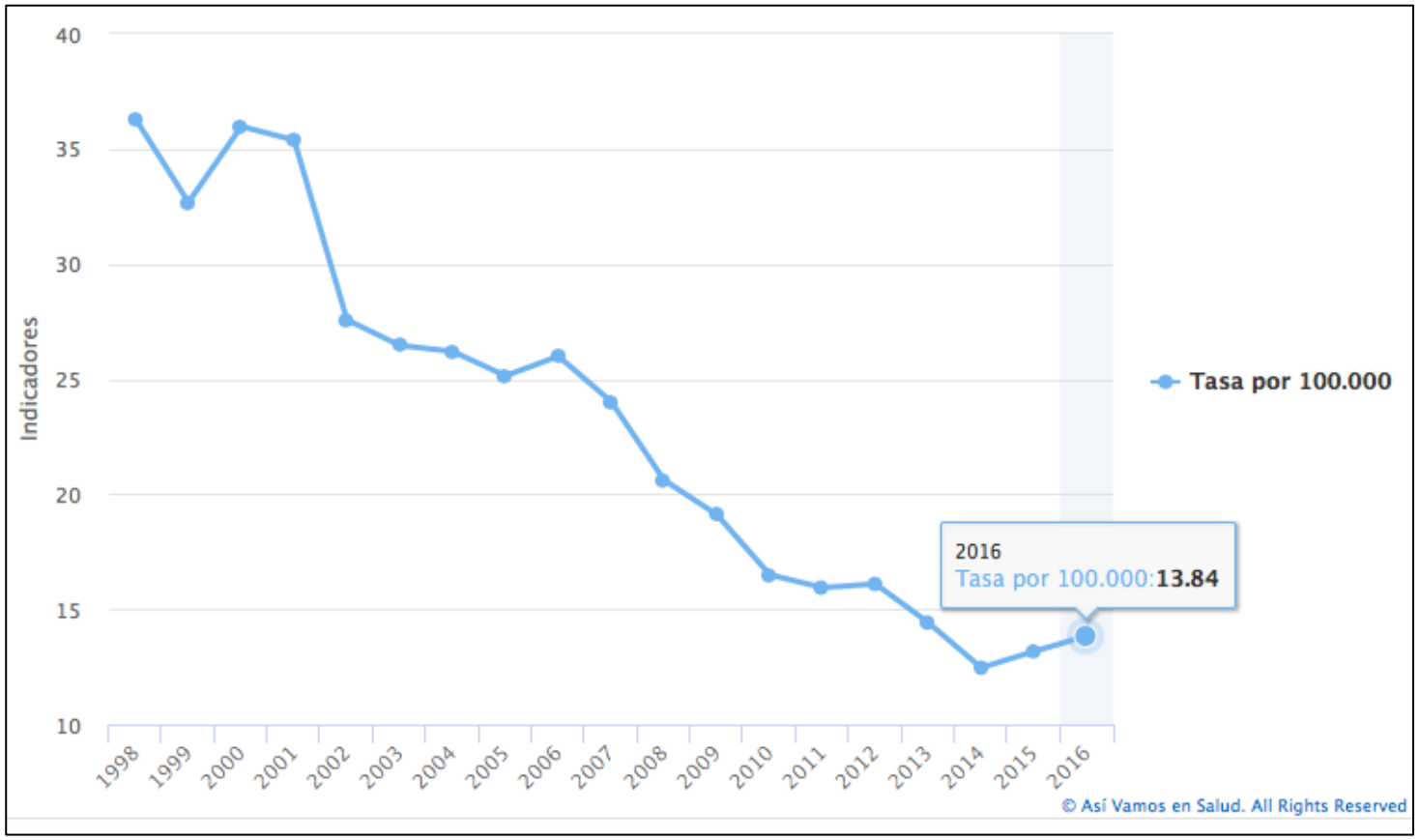
Sispro, 2017. Recuperado de: Recuperado de: http://www.sispro.gov.co/pages/Observatorios/aps.aspx

Tasa de mortalidad < 5 años



Así Vamos en Salud, 2016. Recuperado de: http://www.asivamosensalud.org/indicadores/poblaciones-vulnerables/tasa-de-mortalidad-en-menores-de-5-anos-georeferenciado

Tasa de Mortalidad por IRA < 5 años -Colombia



Así Vamos en Salud, 2016. Recuperado de:http://www.asivamosensalud.org/indicadores/enfermedades-transmisibles/tasa-de-mortalidad-por-infeccion-respiratoria-aguda-ira-en

Objetivos

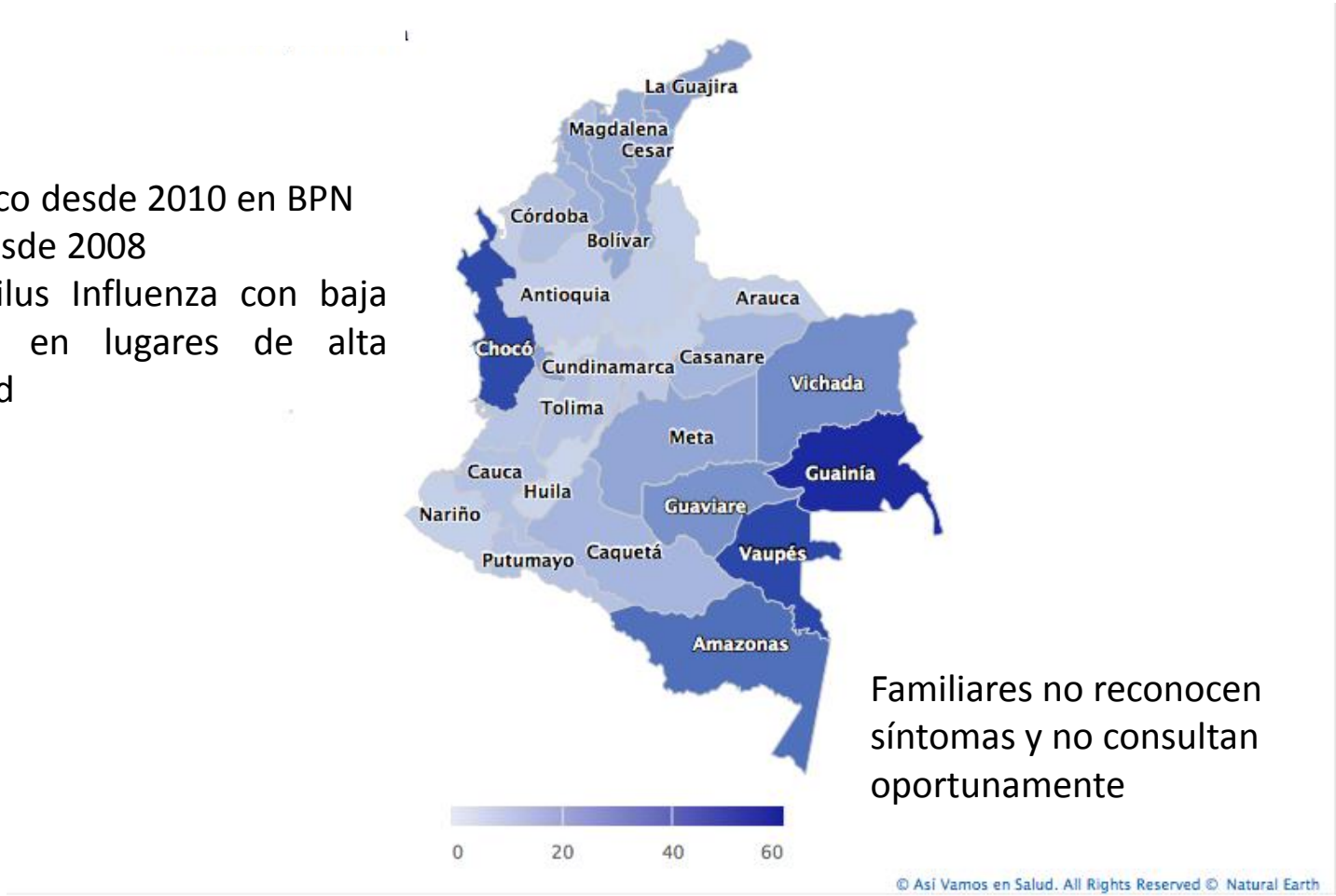
- Impacto de la enfermedad respiratoria aguda en Colombia (ERA)
- VSR: principal agente etiológico de la ERA en Colombia
- Prevención y cuidados de ERA
- Salas ERA como estrategia de manejo

Más que un problema de Salud

Mortalidad por IRA Colombia 2005-2016

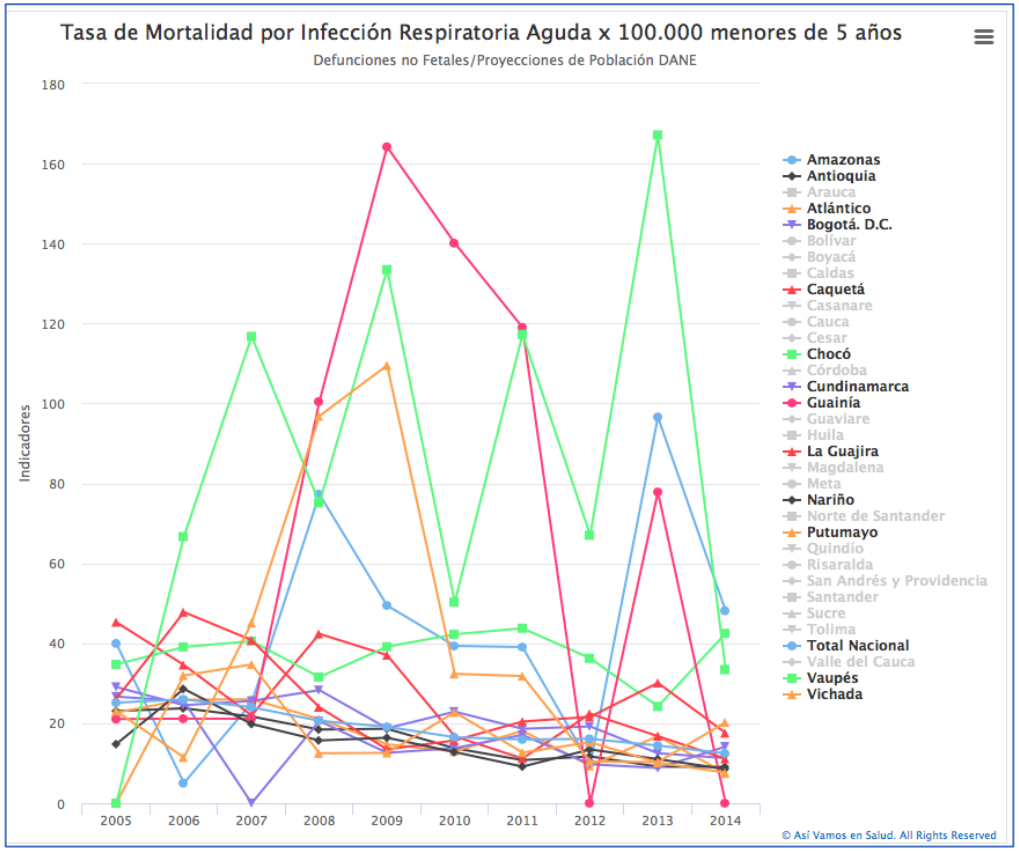
Vacunación:

- Neumococo desde 2010 en BPN
- Bogotá desde 2008
- Haemophilus Influenza con baja cobertura en lugares de alta mortalidad



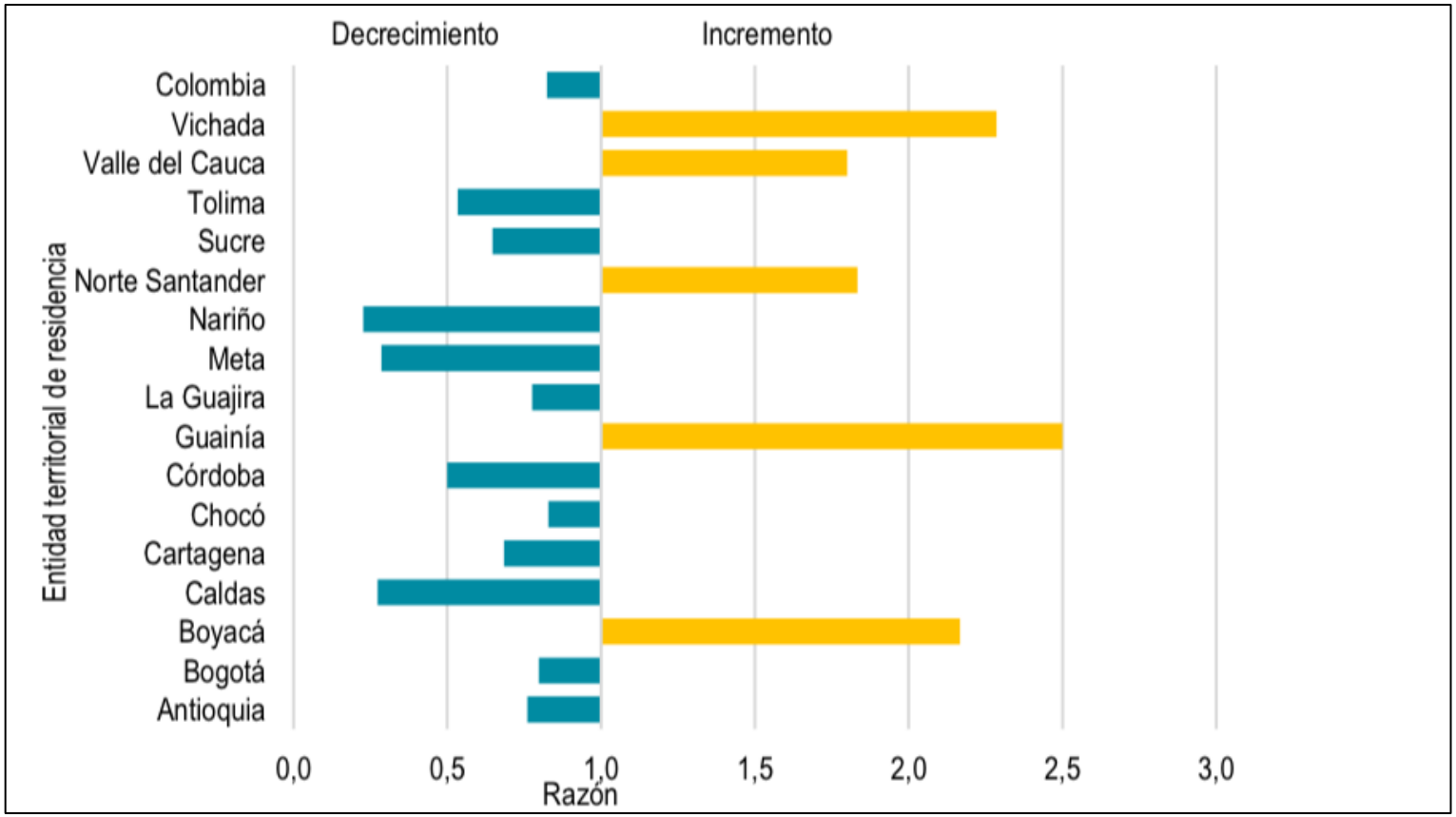
Familiares no reconocen síntomas y no consultan oportunamente

https://www.asivamosensalud.org/indicadores/consolidado-nacional



https://www.asivamosensalud.org/indicadores/consolidado-nacional

Muertes por IRA en <5 años 2017 y su comportamiento histórico 2014-2016



INS,2017. Recuperado de: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2017%20Bolet%C3%ADn%20epidemiológico%20semana%2052.pdf

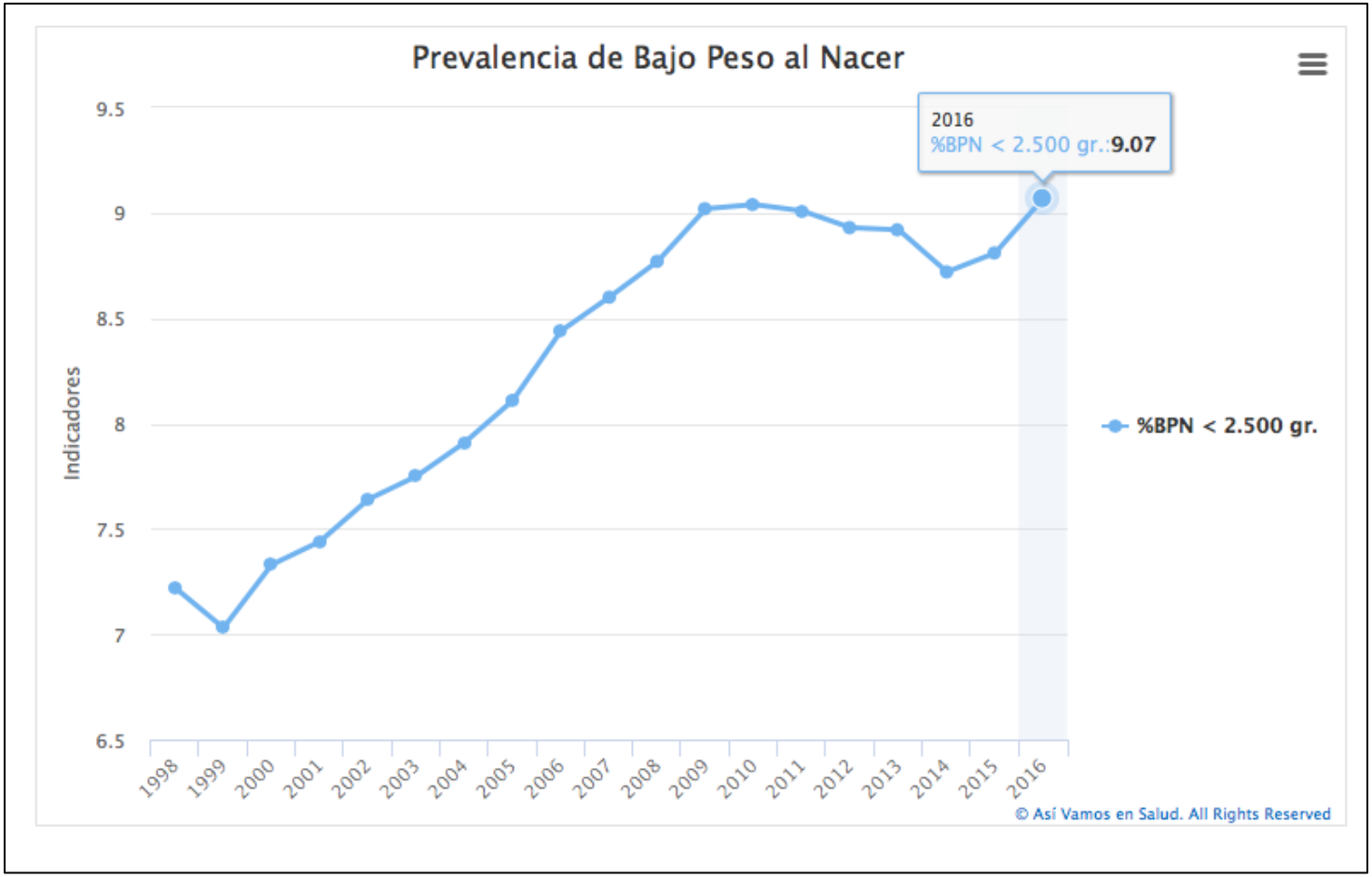
Quienes están en riesgo….

Todos…

Factores de riesgo:

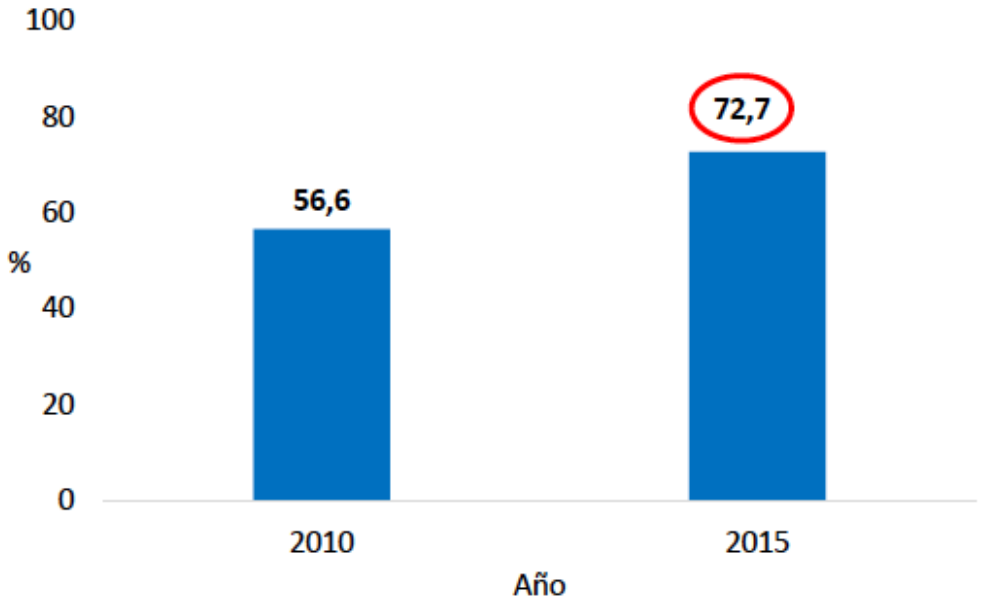
- Peso bajo al nacer
- Prematuros
- Sin lactancia materna
- Sin vacunas
- Época del año
- Patología neurológica
- …

Prevalencia Peso Bajo al Nacer - Colombia



Así Vamos en Salud, 2016. Recuperado de: http://www.asivamosensalud.org/indicadores/seguridad-alimentaria-y-nutricional/prevalencia-de-bajo-peso-al-nacer-georeferenciado

Inicio temprano de la Lactancia Materna



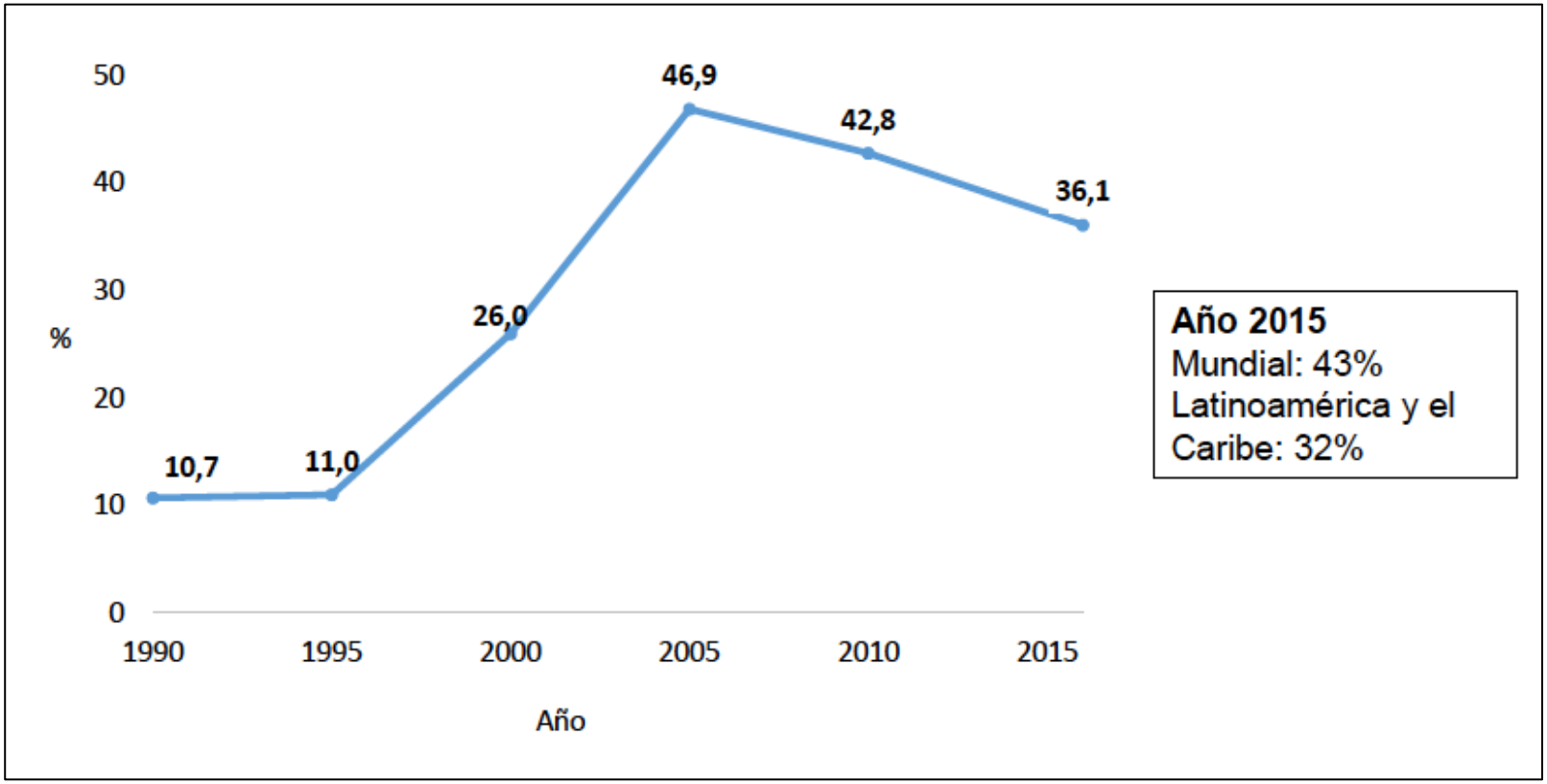
Aumentó 16,1 puntos porcentuales.

Año 2015

- Mundial: 45%
- Latinoamérica y el Caribe: 49%

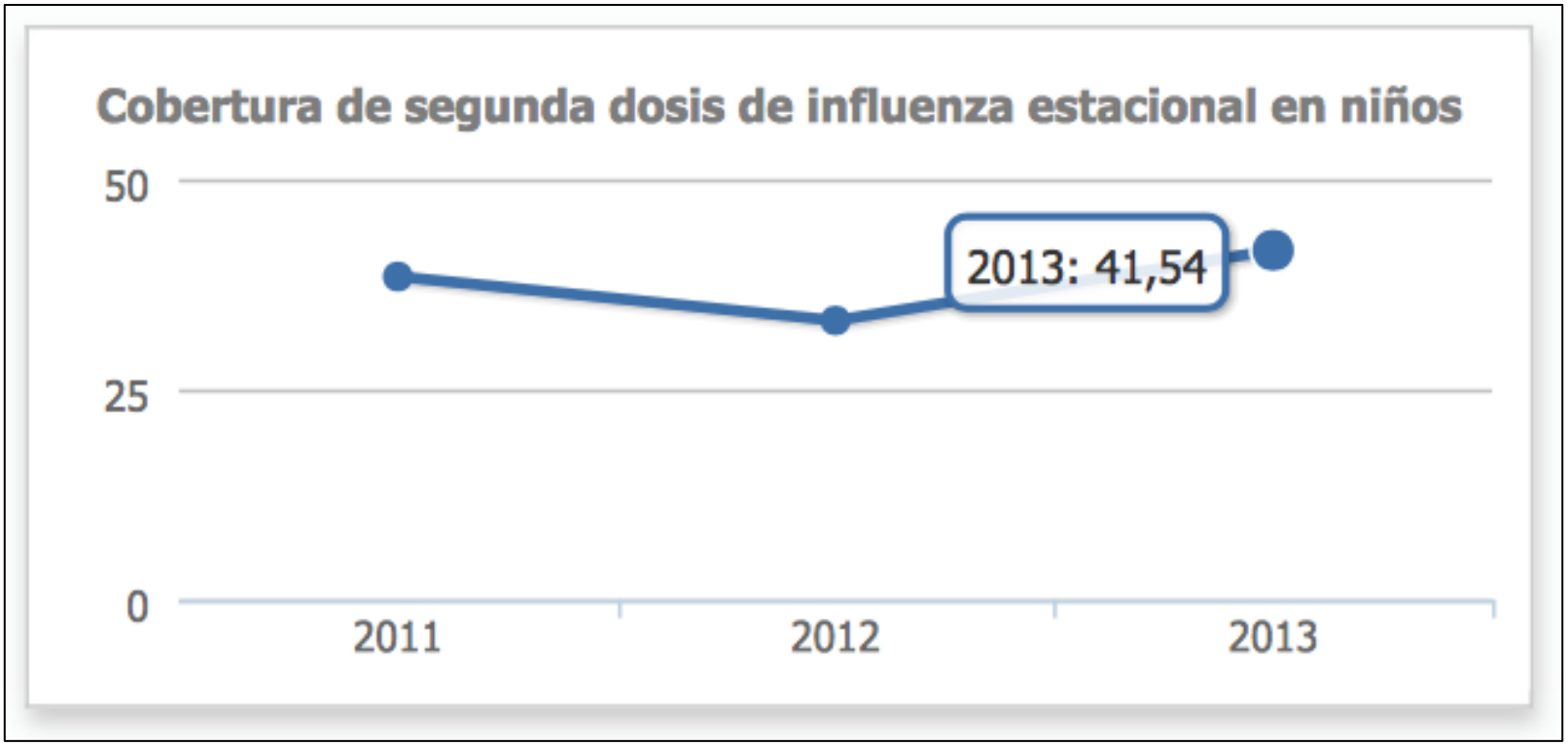
ESIN, 2015

LM exclusiva en < 6 meses



ESIN, 2015

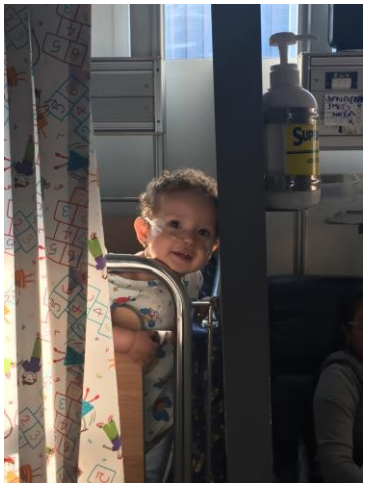
Vacunación - Influenza



Sispro 2015. Recuperado de: http://www.sispro.gov.co/pages/Observatorios/aps.aspx

Impacto de la infección respiratoria aguda en Colombia (IRA)

- IRA genera alta carga de enfermedad en < 5 años
- Alta prevalencia de morbilidad grave y mortalidad
- Importantes costos sociales y económicos
- Diferencia con países desarrollados
- No es EDA ni DNT



Grupo de Vigilancia de la IRA. Subdirección de vigilancia y control en salud pública y Subdirección red nacional de laboratorios INS Datos a semana 52

Algunos datos de ERA

- Enfermedades que afectan el sistema respiratorio- causante de morbimortalidad en < 5 años
- 40-60% de consultas pediátricas
- 26% de mortalidad infantil (3,8 millones de muertes)
- Principal causa de muerte por infecciones en el mundo
- 2-3% requieren hospitalización
- Tasa de mortalidad: 60-100/ 1000 niños < 5 años

Aristizabal G. Análisis y formulación de conjunto de Prestación de Atención para enfermedades respiratorias de carácter epidémico. Informe. Bogotá: OPS; 2007.

Cómo se explica esto?

- Dificultad del diagnóstico de IRA baja en lactantes
- Falta de educación a cuidadores para reconocer síntomas o signos de gravedad
- Dificultad en acceso a los servicios de salud por baja oferta de atención
- Muerte inesperada
- Factores de riesgo: malformaciones, alteraciones neurológicas, peso bajo al nacer, DNT, SBO recurrente, madre adolescentes, tabaquismo y baja escolaridad materna.

Objetivos

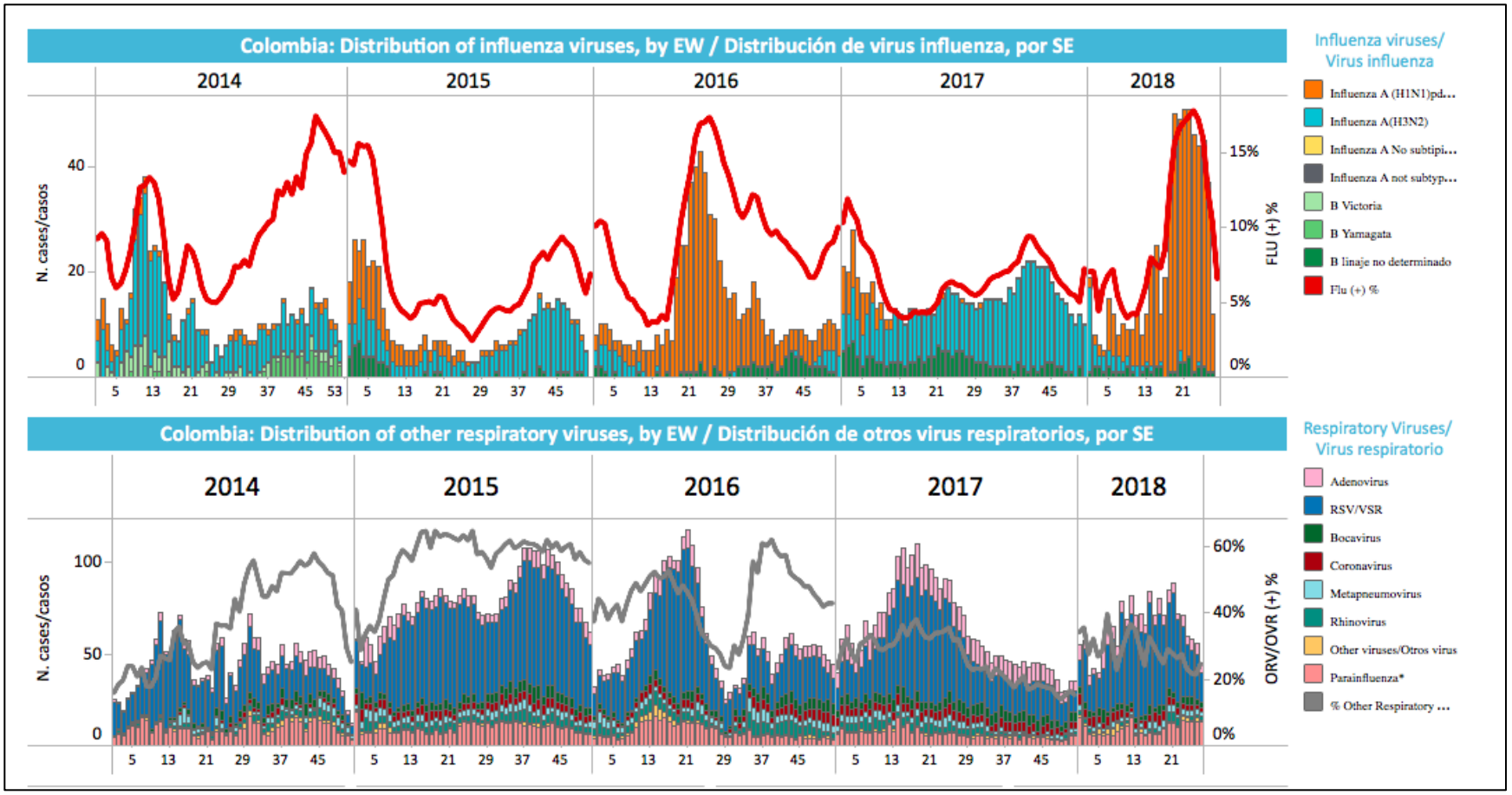
- Impacto de la enfermedad respiratoria aguda en Colombia (ERA)
- VSR: principal agente etiológico de la ERA en Colombia
- Prevención y cuidados de ERA
- Salas ERA como estrategia de manejo

Quienes son los culpables

- VSR
- Neumococo
- Adenovirus
- Influenza
- Cornavirus
- Bocavirus
- Matapeumovirus 1
- Coinfeccion viral
- … muchos más

Evelio PJ. Humanitas Humanidades médicas. [Online].; 2006 [cited 2013 enero 4. Available from:http://www.fundacionmhm.org/www_humanitas_es_numero2/papel.pdf.

Distribución de Virus Respiratorios
En Colombia 2014-2018



http://ais.paho.org/phip/viz/ed_flu.asp

VSR

- Virus RNA de familia Paramyxoviridae
- Primera causa de bronquiolitis en menores de 2 años
- Mayor severidad en: antecedente de prematurez y cardiopatía congénita
- Se relaciona con complicaciones a largo plazo
- La reinfección es común

Ralston SL, American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: the diagnosis, management, and prevention of bronchiolitis .*Pediatrics*. 2014;134(5):e1474–e1502.

VSR

- Contagio por secreciones
- Vive en manos por aprox media hora
- Periodo de incubación 4-6 días
- Vía del virus:
  - Inoculación
  - Infección epitelio respiratorio
  - Expansión por el tracto respiratorio
- Contagio por secreciones

Ralston SL, American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: the diagnosis, management, and prevention of bronchiolitis .*Pediatrics*. 2014;134(5):e1474–e1502.

VSR

- Menores de 5 años :
  - 3% se hospitaliza
  - 25% urgencias
  - 73% x consulta externa pediatria
- Principal causa de muerte en infección respiratoria de etiología viral - > en menores de 1 año
- Cuando se presenta?

Ralston SL, American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: the diagnosis, management, and prevention of bronchiolitis .*Pediatrics*. 2014;134(5):e1474–e1502.

VSR Y RECIEN NACIDO

- Prematurez y DBP factores de riesgo para severidad
- Inmunocompentencia
- Confecciones virales

- Presentación
  - Apneas
  - SBO
  - Secreciones
  - Dependencia de O2
- Estudios de esta población
- Manejo: que hay de evidencia?

Rev. Acad. Colomb. Cienc. Ex. Fis. Nat. 41(161):435-446, octubre-diciembre de 2017
doi: http://dx.doi.org/10.18257/raccefyn.511

Artículo de revisión

Ciencias Biomédicas

Prevalencia y periodicidad del virus sincitial respiratorio en Colombia

Juliana Barbosa[1], Beatriz Parra[2], Liliana Alarcón[3], Flor Inés Quiñones[4], Eduardo López[2,5], Manuel Antonio Franco[6,*]

[1] Instituto Nacional de Salud, Bogotá, D.C., Colombia
[2] Universidad del Valle, Cali, Colombia
[3] Programa Ampliado de Inmunizaciones de la Secretaría de Salud de Cali, Colombia
[4] Secretaría de Salud Pública de Cali, Colombia
[5] Centro de Estudios en Infectología Pediátrica, Cali, Colombia
[6] Instituto de Genética Humana, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

36 Estudios
40 años

Rev. Acad. Colomb. Cienc. Ex. Fis. Nat. 41 (161): 435-446, octubre-diciembre de 2017

AÑO	AUTOR	CIUDAD	PICO	PACIENTES	PREVALENCIA	OTROS DATOS
1976	Escobar	Cali			Baja	Método Dx
1983 (1977-79)	Berman	Cali	Dic-Feb	1229	9%	DNT
1988	Nuñez	Manizales		60	25%	Coinfección con bacterias
1990 (1986-88)	Borrero	Cali		340	6,6/niño/año-3v mas que otros virus	sugiere reinfecciones
1996 (1994-95)	Bedoya	Medellin				
1997 (1990-94)	Ucrós	Bogotá	Abril-Mayo	3193	79%	
2003 (2000-01)	Jaimes	Bogotá		638	41,80%	Colecho - Tabaquismo
2007 (2000-01)	Herrera-Rodiguez	Bogotá	Abril-Junio	125	30,80%	
2007 (2004-05)	Sarmiento	Bucaramanga	Enero	70	10,00%	
2008 (2005-06)	Mojica	Bogotá		30		> tipo A
2009 (2008)	Bastidas	Bogotá	Abril	451	65,80%	
2013	Piñeros	Bquill-Bta-Bga-Cali-Medellin-Pereira	Variable por ciudad	717	1/3 Hosp.	
2013 (2011-12)	Paez	Bogotá	Marzo-Mayo, Sep-Oct y Dic.	911	42,60%	
2013	Rodriguez	Bogotá	Marzo-Mayo	3137	42,70%	VSR-Adeno
2014 (2000-09)	Avila	Bogotá			45,70%	Subtipo A
2014	Arraut y Lesmes	Bogotá		906	41,00%	
2014	Rodriguez	Bogotá	Marzo-Mayo	2147		HC positivas para VSR -Fact de Rx: edad, prematurez, cardiopatias
2014 (2012-13)	Garcia	Tunja	Mayo-Junio	530 (muestras)	75%%	
2014	Diza-Martinez	Cartagena		170	40,53%	
2015	Nolan	Cali	no claridad		9,70%	
2015 (2007-12)	Arango	Medellin		2039	2,40%	Baja prevalencia por uso de cultivo celular y muestras con manejo inadecuado
2015	Rodriguez	Bogotá	Marzo-Mayo	2267	87,80%	
2016 (2014-15)	Pedraza	Bogotá	Marzo-Mayo	416	84,60%	

¿Se asocian los parámetros meteorológicos con la IRA?

Epidemiol. Infect. (2007), **135**, 1077–1090. © 2007 Cambridge University Press
doi:10.1017/S095026880600776X Printed in the United Kingdom

The relationship of meteorological conditions to the epidemic activity of respiratory syncytial virus

S. YUSUF[1], G. PIEDIMONTE[2], A. AUAIS[2], G. DEMMLER[3], S. KRISHNAN[4], P. VAN CAESEELE[5], R. SINGLETON[6], S. BROOR[7], S. PARVEEN[7], L. AVENDANO[8], J. PARRA[8], S. CHAVEZ-BUENO[9], T. MURGUÍA DE SIERRA[10], E. A. F. SIMOES[11], S. SHAHA[12] AND R. WELLIVER SR.[1]*

- Estudio multicéntrico con 9 ciudades del mundo.
- Picos con temperaturas altas (24-30ºC) y bajas (2-6ºC).
- Humedad relativa 45-65%
- Radiación UVB – protector – ¿Inactiva el virus? ¿Mejora la resistencia del huesped?
- Países con estaciones: invierno (USA-Chile) > estabilidad del virus el el frio.
- Países tropicales: temperaturas cálidas y alta humedad. (> estabilidad de aerosoles)

Que hay de Colombia?

Epidemiol. Infect. (2015), **143**, 2679–2686. © Cambridge University Press 2015
doi:10.1017/S0950268814003793

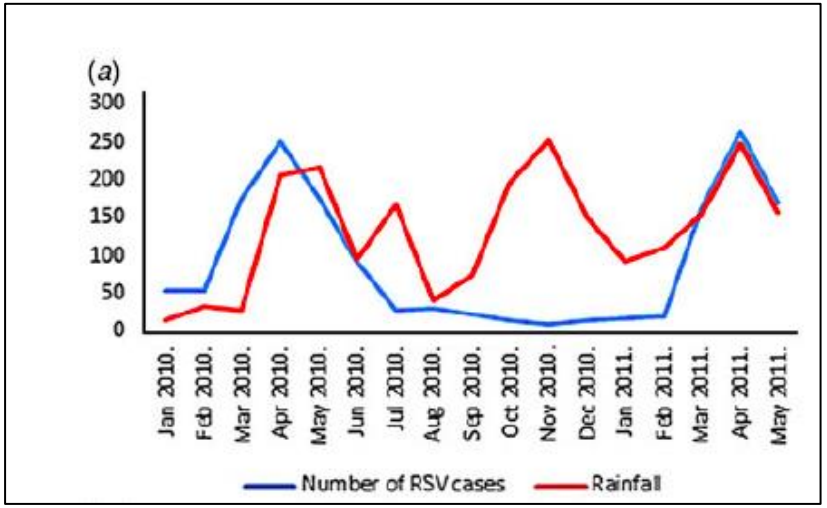
Relationship between meteorological conditions and respiratory syncytial virus in a tropical country

C. E. RODRIGUEZ-MARTINEZ[1,2,3]*, M. P. SOSSA-BRICEÑO[4] AND R. ACUÑA-CORDERO[3,5]

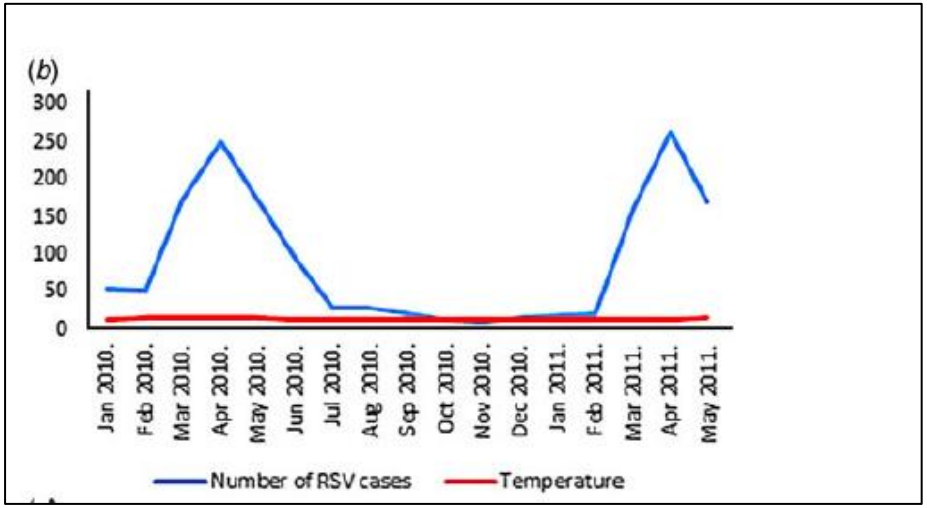
[1] *Department of Pediatrics, School of Medicine, Universidad Nacional de Colombia*
[2] *Department of Pediatric Pulmonology and Pediatric Critical Care Medicine, School of Medicine, Universidad El Bosque, Bogota, Colombia*
[3] *Research Unit, Military Hospital of Colombia, Bogota, Colombia*
[4] *Department of Internal Medicine, School of Medicine, Universidad Nacional de Colombia*
[5] *Department of Pediatric Pulmonology, Hospital Militar Central, Department of Pediatrics, School of Medicine, Universidad Militar Nueva Granada, Colombia*

- Enero 2010- Abril 2011
- 1548 niños – 77% (1194) con VSR+ marzo-mayo.
- Velocidad del viento, humedad relativa, radiación solar y temperatura.

Resultados



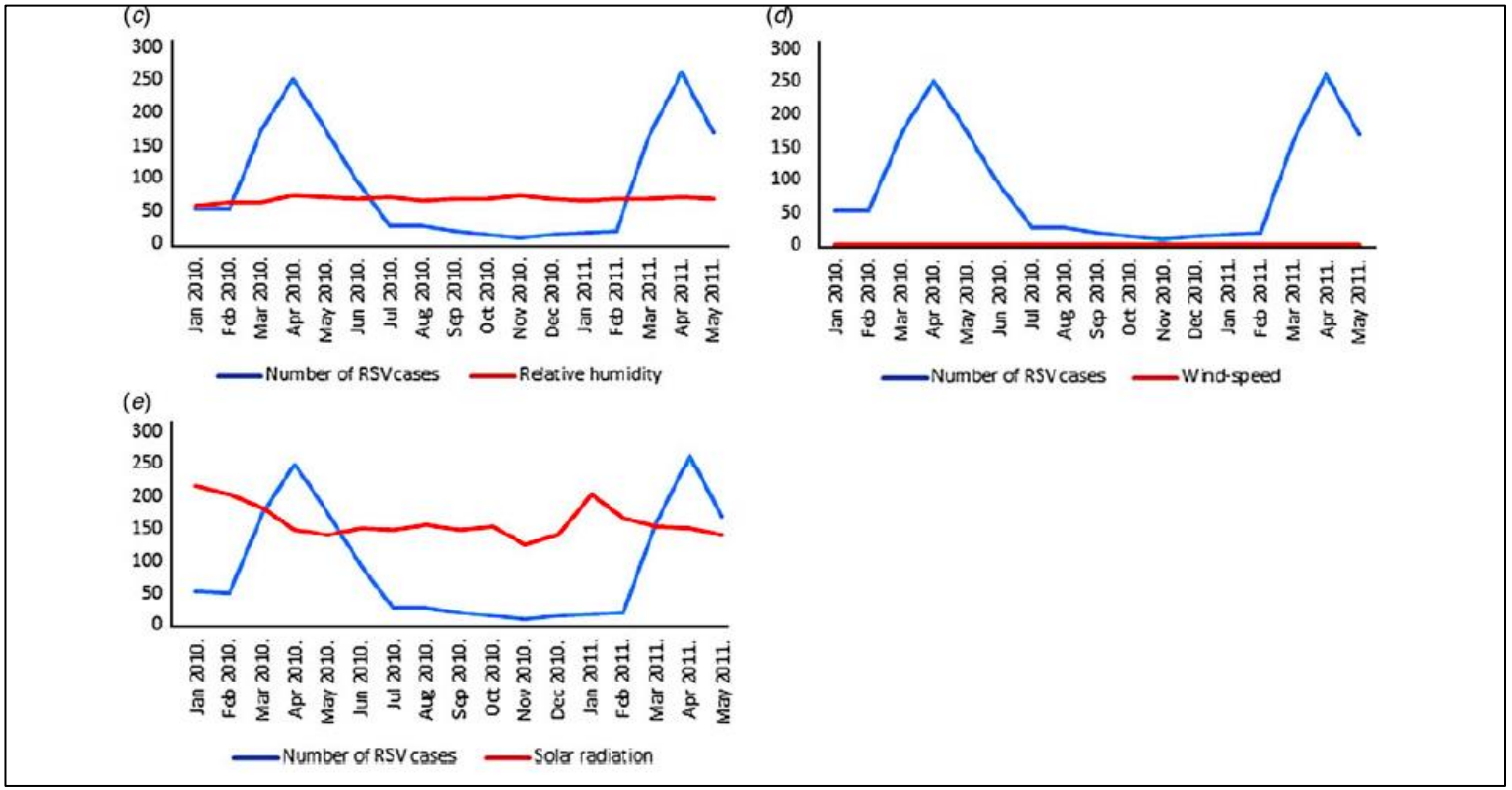
Lluvia



Temperatura

Rodríguez-Martínez, 2015

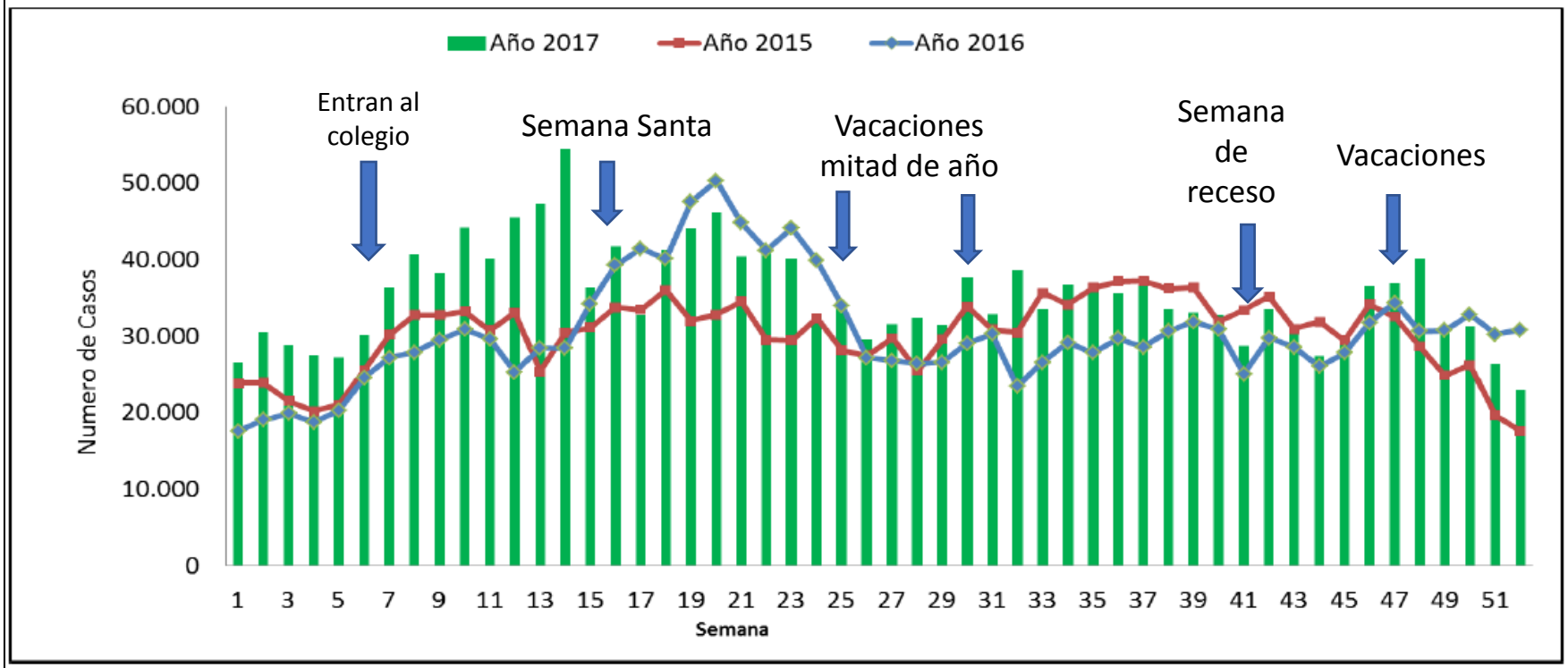
Resultados: humedad relativa – velocidad del viento y radiación solar



Rodríguez-Martínez, 2015

¿Será solo el clima?

Infección Respiratoria Aguda
Bogotá 2015-2017



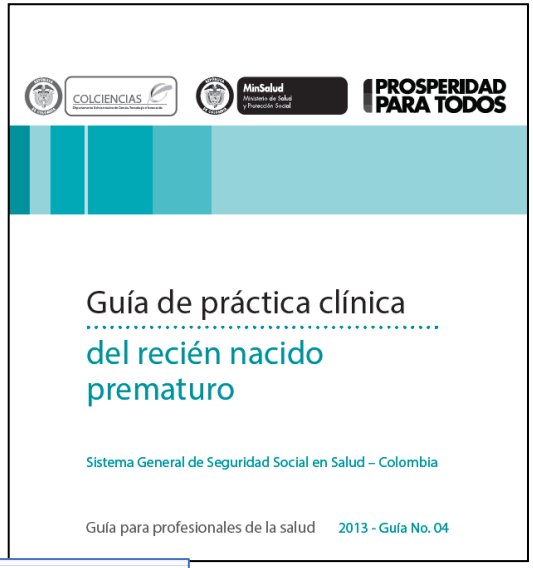
Fuente: Base Sivigila distrital-Vigilancia IRA años 2015 a 2017

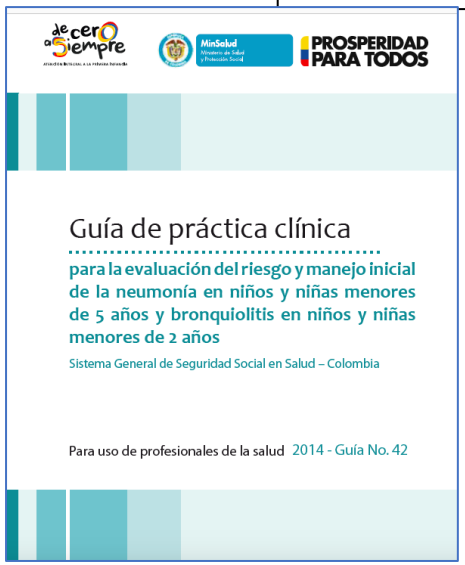
Objetivos

- Impacto de la enfermedad respiratoria aguda en Colombia (ERA)
- VSR: principal agente etiológico de la ERA en Colombia
- Prevención y cuidados de ERA
- Salas ERA como estrategia de manejo

Que podemos hacer?

- Prevención
- Evitar prematurez… no siempre es posible
- Lactancia
- Vacunación
- Medidas generales
- Evitar contagio
- Identificar síntomas tempranamente





Los que más impacta

- Lavado frecuente de manos
- Evitar exposición a personas con síntomas respiratorios (ojo con hermanos)
- Evitar contactos con personas con síntomas respiratorios
- Evitar guarderia

Committee on Infectious Diseases-AAP- Pediatrics. Updated Guidance for Palivizumab Prophylaxis Among Infants and Young Children at Increased Risk of Hospitalization for Respiratory Syncytial Virus Infection.2014

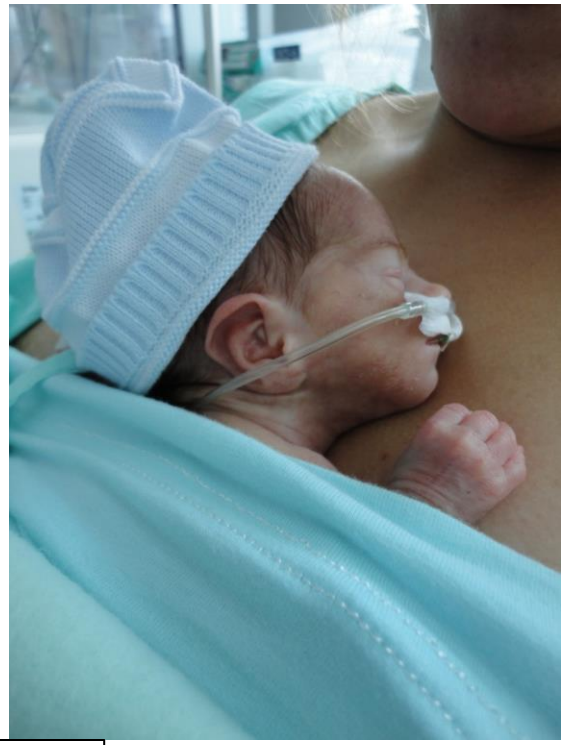
Estrategias de prevención

- Educación a madres desde CPN
- Identificación y adecuada clasificación en primeros niveles de atención
- Salas ERA
- Uso racional de antibióticos
- Preparación por parte de centros de atención

Algo más?
Anticuerpos monoclonales
Vacunas ?

Anticuerpos Monoclonales Palivizumab

- ACM IG1
- Como actúa:
  - Une a glicoproteina F del VSR
  - Previene la invasión celular
  - Bloquea la fusión de células infectadas



Resch B. Hum Vaccin Immunother. 2017 Sep 2;13(9):2138-2149.

Estudios Clínicos de su eficacia

- 7 ensayos clínicos randomizados de buena calidad metodológica: 8265 pacientes
- Resultados:
  - Menos hospitalizaciones
  - Menos días de hospitalización
  - Menos ingresos a UCI
  - Menos días dependientes de O2

Andabaka T, Nickelson JW, Rojas Reyes MX. Monoclonal antibody for reducing the risk of resporatori syncyrial virus infection in children. The Cochrane Collaboration.May, 2013.

Recomendaciones Actuales

- RN < 29 semanas menores de 12 meses en el momento que previo al inicio de la temporada de VSR
- Menores de 32 semanas con DBP en el primer año - > 2años si están sintomáticos.

Committee on Infectious Diseases-AAP- Pediatrics. Updated Guidance for Palivizumab Prophylaxis Among Infants and Young Children at Increased Risk of Hospitalization for Respiratory Syncytial Virus Infection.2014

Recomendaciones Actuales

- Dosis: 15mg/kg
- Dosis
- Cuando?
- Si le da infección por VSR?
- Hospitalizados?

Committee on Infectious Diseases-AAP- Pediatrics. Updated Guidance for Palivizumab Prophylaxis Among Infants and Young Children at Increased Risk of Hospitalization for Respiratory Syncytial Virus Infection.2014

Objetivos

- Impacto de la enfermedad respiratoria aguda en Colombia (ERA)
- VSR: principal agente etiológico de la ERA en Colombia
- Prevención y cuidados de ERA
- Salas ERA como estrategia de manejo

Estrategia de atención Sala ERA

¿Qué es la Sala ERA?

"Es una estrategia de atención primaria en salud (APS), que permite atender de manera oportuna los casos de enfermedad respiratoria aguda en aquellos pacientes que se considera que no requieren, para el manejo de su cuadro agudo, una estancia mayor de 4 a 6 horas, en instituciones con servicios de cualquier complejidad, sin los requerimientos de una sala de observación en urgencias"

Min Salud, 2017. ABECÉ Estrategia atención Sala ERA

Resolución 2003 del 2014

"Es un ambiente exclusivo y definido, de un servicio hospitalario de urgencias o de consulta externa, que se usa en casos de picos epidémicos de infección respiratoria aguda como estrategia temporal, donde se brinda soporte para el manejo ambulatorio a los pacientes con cuadro respiratorio agudo o con algún componente de dificultad respiratoria no complicado y que no requiere hospitalización"

Propósito de Sala ERA

Min Salud, 2017. ABECÉ Estrategia atención Sala ERA

CRITERIOS INCLUSIÓN EN SALAS ERA

- ☑ Niños mayores de 2 meses y menores de 5 años.
- ☑ Dificultad respiratoria leve que requiera suministro de oxigeno menor a 1 litro por minuto para lograr saturación mayor de 90%.
- ☑ Estar en capacidad de ingerir líquidos vía oral, sin necesidad de administración de líquidos intravenosos.
- ☑ Se calcule que requiera un manejo hospitalario, por un período breve (máximo 4 a 6 horas), para lograr una respuesta satisfactoria de acuerdo a los puntajes de severidad.
- ☑ No presentar ningún signo de gravedad según la estrategia AIEPI.
- ☑ No tener factores de riesgo que representen gravedad.

RECUERDE:

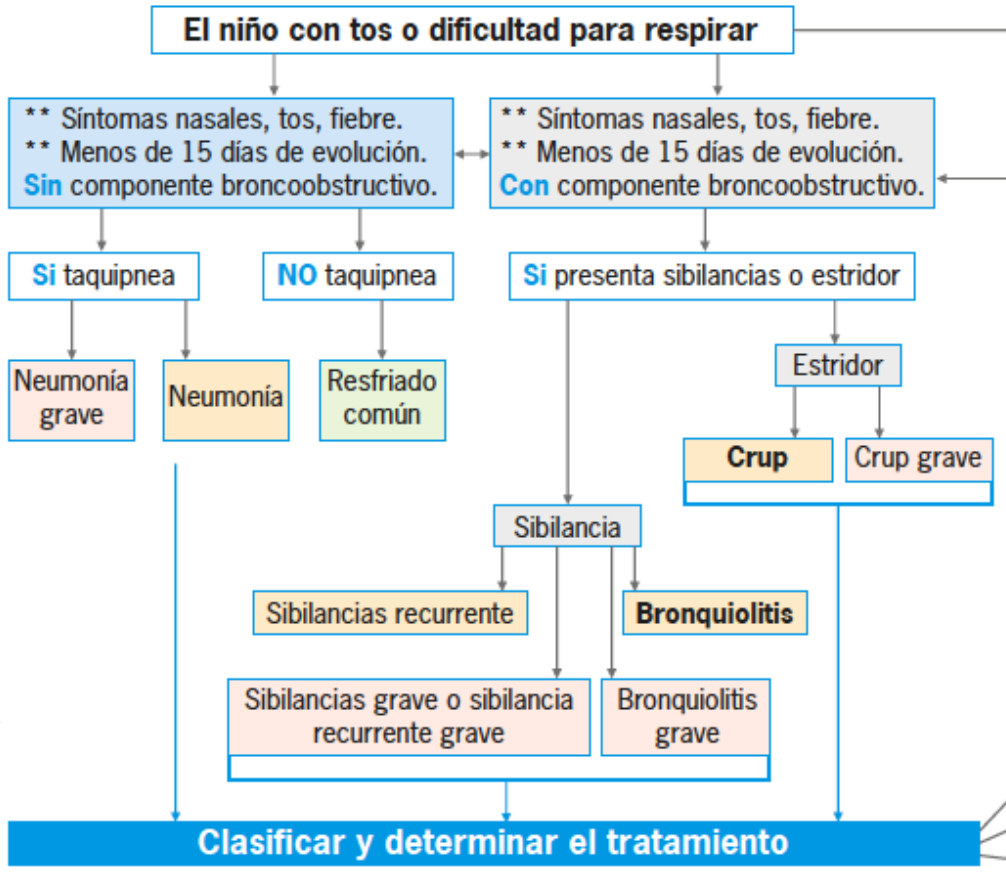
Los signos vitales son la manifestación externa de funciones vitales básicas tales como la respiración, la circulación y el metabolismo, los cuales pueden ser evaluados en el examen físico y medirse a través de instrumentos simples.

SI EL NIÑO TIENE:	EL NIÑO TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA SI USTED CUENTA:
Menos de 2 meses	60 respiraciones o más por minuto
2 - 11 meses	50 respiraciones o más por minuto
12 meses a 5 años	40 respiraciones o más por minuto

FRECUENCIA CARDIACA NORMAL EN NIÑOS (latidos/minuto)			
EDAD	FRECUENCIA DESPIERTO	PROMEDIO	FRECUENCIA DORMIDO
Recién nacido hasta 3 meses	85 - 205	140	80 - 60
3 meses a 2 años	100 - 190	130	75 - 160
2 a 10 años	60 - 140	80	60 - 90
> 10 años	60 - 100	75	50 - 90
Modificadode American Heart Association Pediatric Advance Life Support 2006			

SI EL NIÑO VIVE A UNA ALTURA DE:	SE CONSIDERA OXIMETRÍA BAJA SI SE ENCUENTRA:
0 - 1500 msnm	Menor o igual a 94%
1501 - 2000 msnm	Menor o igual a 92%
2001 a 2500 msnm	Menor o igual a 90%
2501 - 3000 msnm	Menor o igual a 88%
3001 - 3500 msnm	Menor o igual a 85%
3501 - 4000	Menor o igual a 83%

¿TIENE EL NIÑO TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR?



SI EL NIÑO TIENE:	EL NIÑO TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA SI USTED CUENTA:
Menos de 2 meses	60 respiraciones o más por minuto
2 - 11 meses	50 respiraciones o más por minuto
12 meses a 5 años	40 respiraciones o más por minuto

SI EL NIÑO VIVE A UNA ALTURA DE:	SE CONSIDERA OXIMETRÍA BAJA SI SE ENCUENTRA:
0 - 1500 msnm	Menor o igual a 94%
1501 - 2000 msnm	Menor o igual a 92%
2001 a 2500 msnm	Menor o igual a 90%
2501 - 3000 msnm	Menor o igual a 88%
3001 - 3500 msnm	Menor o igual a 85%
3501 - 4000	Menor o igual a 83%

FRECUENCIA CARDIACA NORMAL EN NIÑOS (latidos/minuto)

EDAD	FRECUENCIA DESPIERTO	PROMEDIO	FRECUENCIA DORMIDO
Recién nacido hasta 3 meses	85 - 205	140	80 - 60
3 meses a 2 años	100 - 190	130	75 - 160
2 a 10 años	60 - 140	80	60 - 90
> 10 años	60 - 100	75	50 - 90

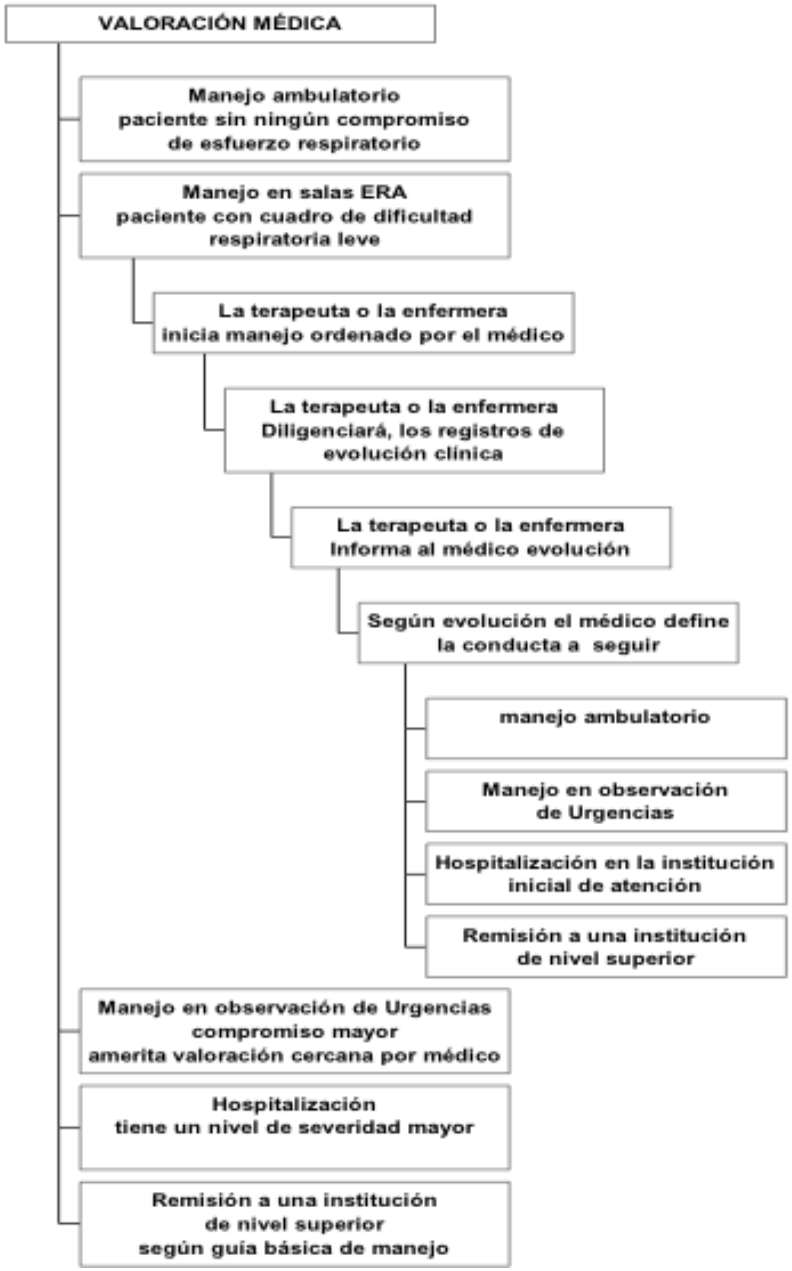
Modificadode American Heart Association Pediatric Advance Life Support 2006

Manejo ambulatorio

Manejo ambulatorio-sala era **(control 48 horas)**

Remisión a sitio de mayor complejidad

FLUJOGRAMA SALAS ERA



Patología que se maneja en Salas ERA

- Neumonía (inicial)
- Bronquiolitis
- SBO recurrente agudizado
- Laringotraquetitis
- Asma

PREGUNTAS SOSPECHA ASMA

1. Antecedentes de disnea o "pito "," silbido " en el último año.
2. Tos nocturna que despierta al niño en el último año.
3. Tos o disnea con el ejercicio que obliga a suspenderlo en el último año son frecuentes y recurrentes.
4. Persistencia de la tos superior a 10 días con los catarros.

Una respuesta positiva a una de las cuatro preguntas tiene una sensibilidad del 100% con una especificidad del 55% para el diagnóstico de Asma.

TABLA 3. ÍNDICE PREDICTOR DE ASMA

Criterio primario

Tres o más episodios de sibilancias en el último año

Criterios secundarios

I Criterios mayores

- Tener uno de los padres con asma
- Tener dermatitis atópica

II Criterios menores

- Diagnóstico médico de rinitis alérgica
- Sibilancias no relacionadas a infecciones virales
- Eosinofilia periférica igual o mayor de 4%

Índice predictor de asma positivo: tres o más episodios de sibilan cias de más de un día de duración en el último año con alteración del sueño, más, al menos, un criterio mayor o dos criterios menores.

PUNTAJE CLÍNICO DE GRAVEDAD BIERMAN Y PIERSON (MODIFICADO POR TAL)

**Cuadros broncoobstructivos - asma

Puntaje	Frecuencia respiratoria		Sibilancias	Cianosis	Retracción
	< 6 meses	> 6 meses			
0	≤40	≤30	No(*)	NO	NO
1	41 - 55	31 - 45	Fin espiración con fonendo	Perioral al llorar	(+) Subcostal
2	56 - 70	46 - 60	Inspiración y espiración con fonendo	Perioral en reposo	(++) Subcostal e intercostal
3	>70	>60	Audibles sin fonendo	Generalizada en reposo	(+++) Subcostal, intercostal y supraesternal

(*) Sibilancias pueden no auscultarse en obstrucción muy grave.

Obstrucción leve:	0 - 5 puntos
Obstrucción moderada:	6 - 8 puntos
Obstrucción grave:	9 - 12 puntos

Saturación de oxígeno:	
Leve:	85 - 88%
Moderada:	78 - 85 %
Grave:	< 78 %

** Se remite a sitio de mayor complejidad

** Casos de niños con puntaje de hasta 9 se pueden manejar en sala era si tienen antecedente de Sx sibilante con adecuada respuesta al tratamiento de acuerdo a la guía.

ACQ: CUESTIONARIO DE CONTROL DE ASMA

CARACTERÍSTICA	CONTROLADA	PARCIALMENTE CONTROLADA	NO CONTROLADA
Síntomas diurnos	≤ 2 días por semana	> 2 días por semana pero no diariamente	Diariamente
Síntomas nocturnos o despertares	≤ 2 por mes	3 - 4 veces por mes	3 - 7 veces por semana
Tratamiento de rescate	≤ 2 días por semana	> 2 días por semana	Varias veces al día
Limitación de la actividad	Ninguno	Limitación leve	Extremadamente limitado
Función (FEP o VEF1) (si aplica por edad y evolución)	≥ 80% del predicho	60 - 80% del predicho o mejor personal	< 60% del predicho o mejor personal
Exacerbaciones	0 - 1 por año	≥ 2 por año	

ESCALA DE WESTLEY (MODIFICADA POR FLEISHER)

Clasificación de la gravedad de la obstrucción de la vía aérea alta

Puntaje / Clasificar	→0	1	2	3
Estridor	Ninguno	Solocon agitación	Leve en reposo	Grave en reposo
Retracción	Ninguno	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

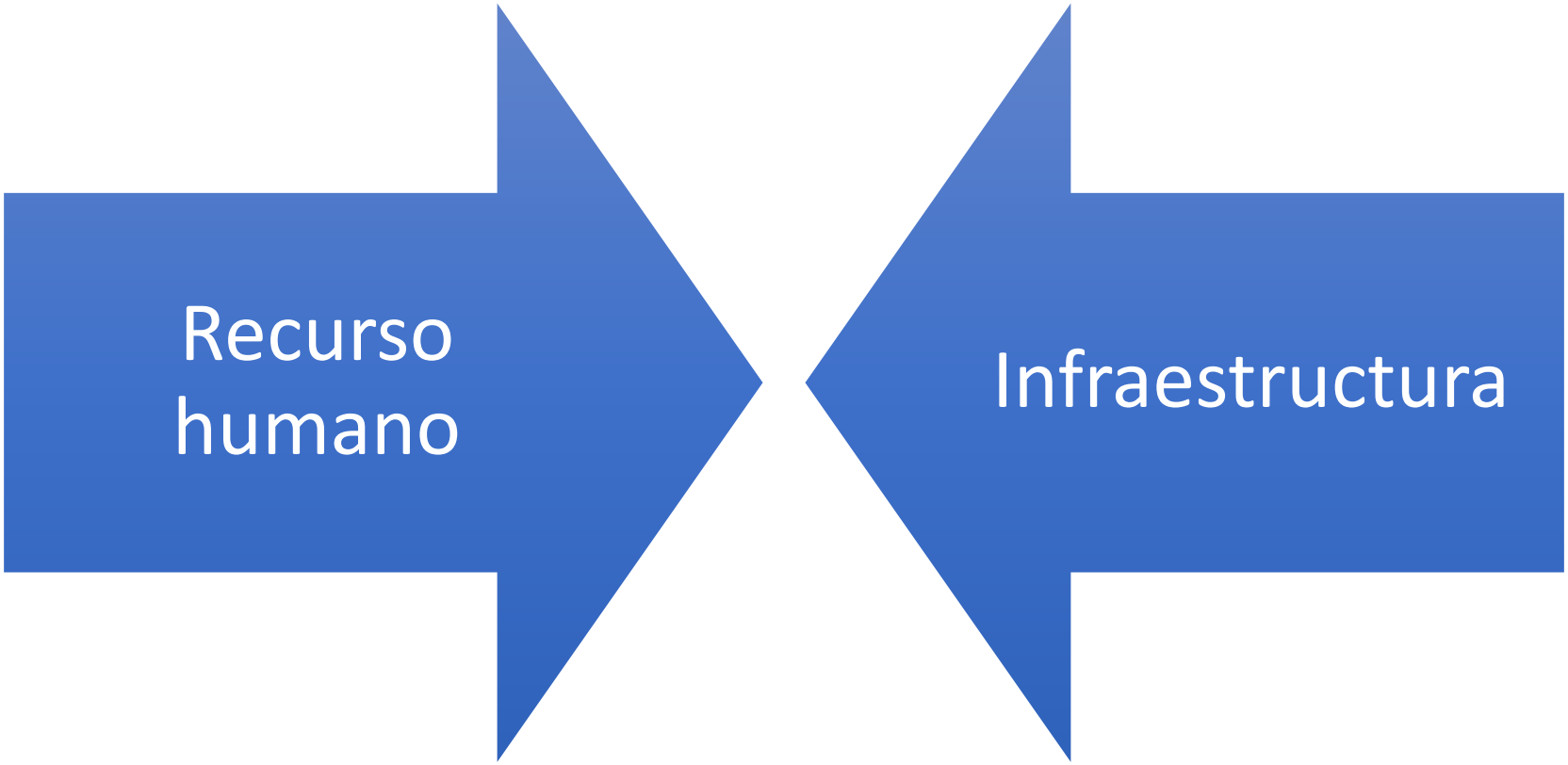
Interpretación:

Leve: 0 - 4
Leve - moderada: **5 - 6
Moderada : ** 7 - 8
Grave: ** 9

** se remite a sitio de mayor complejidad.

Recuerde usar la escala de westley siempre en la valoración del crup para clasificar la gravedad de obstrucción.

¿Qué necesito para la Sala ERA?



Recurso Humano – “Especialista”

Min Salud, 2017. ABECÉ Estrategia atención Sala ERA

Infraestructura

- Área física – circulación restringida
- Pisos, paredes, techos y muebles de fácil limpieza y desinfección
- Ventilación e iluminación adecuada
- Área para lavado y desinfección de equipos
- Medidas de aislamiento de contacto y gotas – uso de tapabocas
- Distancia entre pacientes: 1 metro
- Lavado de manos

Min Salud, 2017. ABECÉ Estrategia atención Sala ERA

Dotación

- Sillas para pacientes y cuidadores
- Fonendo, tensiómetro y termómetro
- Guantes, batas, tapabocas, toallas de papel, insumos para lavado de manos.
- Oxímetro
- Cánulas nasales
- Inhalocámaras
- Kit de nebulización

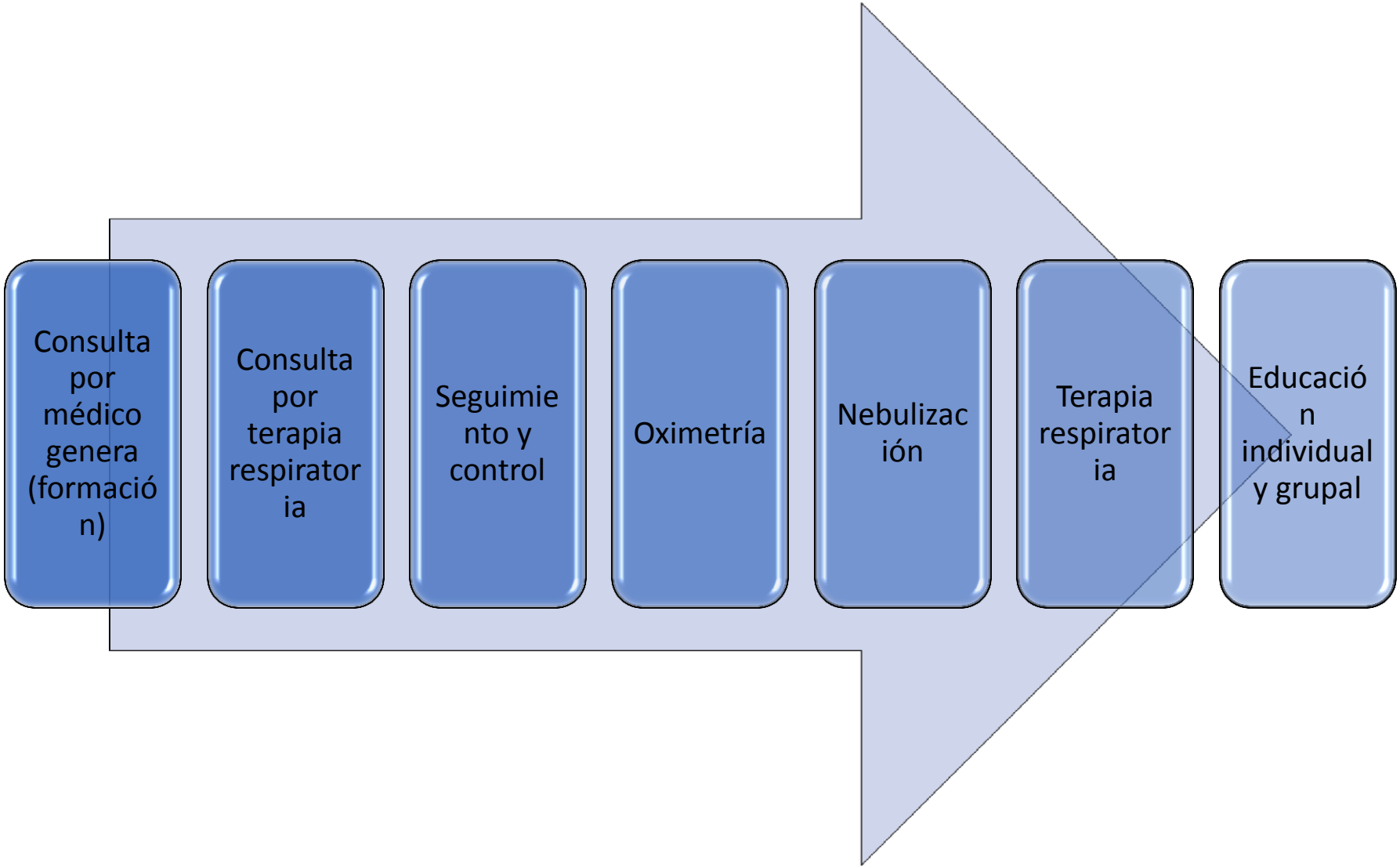
Min Salud, 2017. ABECÉ Estrategia atención Sala ERA

Medicamentos

- O2
- Prednisolona tab x 5 y 50mg
- Salbutamol
- Amoxicilina
- Beclometasona (50 y 250mcg)
- Acetaminofen – manejo de fiebre
- Solución salina

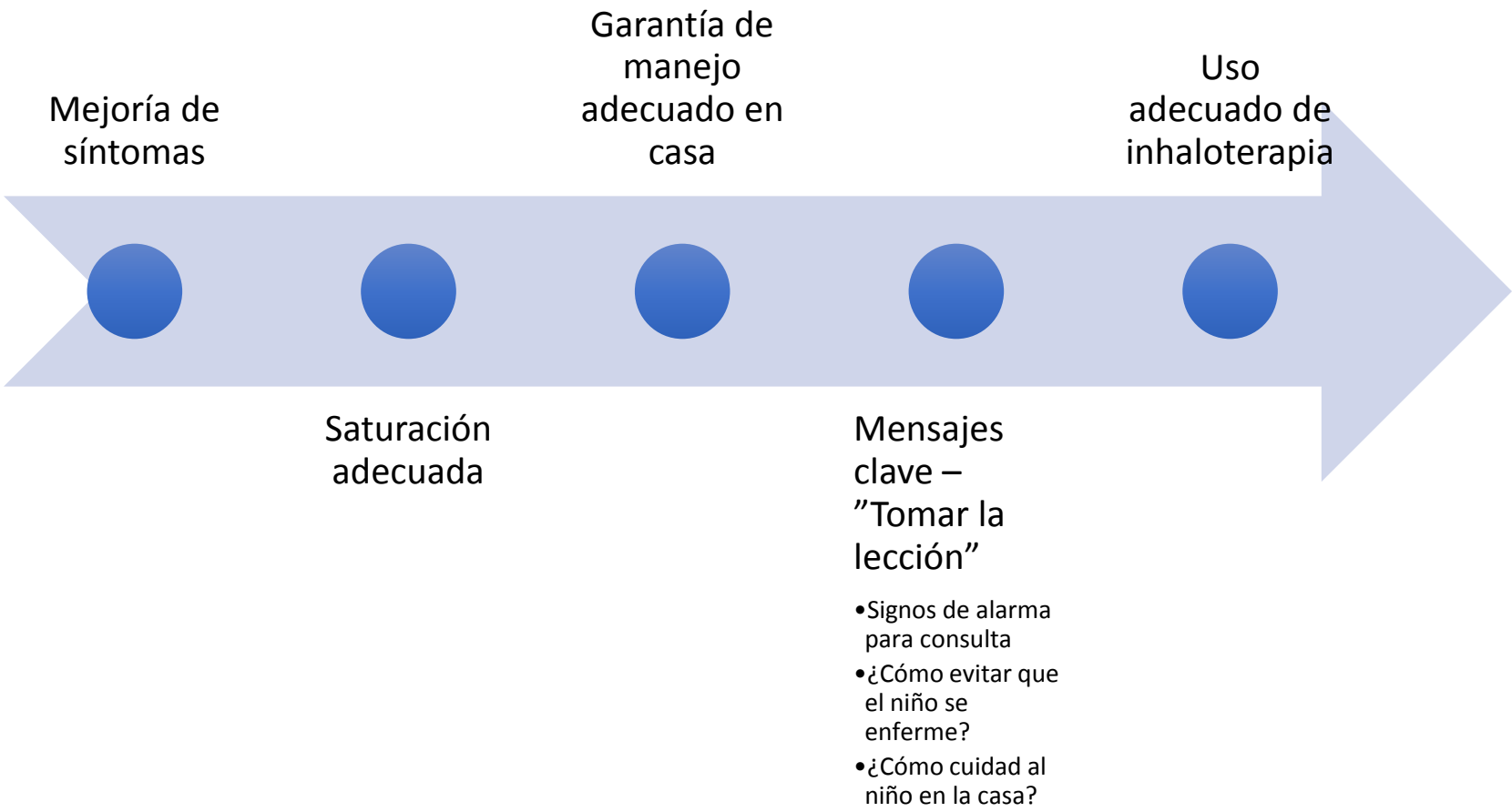
Min Salud, 2017. ABECÉ Estrategia atención Sala ERA

Actividades



Min Salud, 2017. ABECÉ Estrategia atención Sala ERA

¿Cuándo se da salida de salas ERA?



Min Salud, 2017. ABECÉ Estrategia atención Sala ERA

RECOMENDACIÓN PARA TODOS LOS NIÑOS CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA

F	Manejo de la **FIEBRE** con Acetaminofén 10 a 15 mg/Kg/día. Evitar medios físicos como fricción con alcohol o sustancias mentoladas (tóxicas).
A	Continuar **ALIMENTANDO**. En caso de estar inapetente dar **ALIMENTOS** en poca cantidad y más frecuente.
L	Aumentar la ingesta de **LÍQUIDOS**. En lactantes aumentar la **LACTANCIA MATERNA** en frecuencia.
T	Manejo de la **TOS** con bebidas endulzadas, alivian la irritación de la garganta y así la tos desencadenada por la misma. Evitar medicamentos antitusivos.
A	Enseñar a los padres / cuidadores los signos de **ALARMA** para regresar de inmediato (empeora, no se ve bien, respira mal, aparece fiebre).
N	Limpieza de las secreciones **NASALES** con lavado **NASAL** y suero fisiológico a necesidad.

Después del egreso:

- Control entre 48-72 horas presencial o telefónico
- Adherencia al manejo y medicamentos
- Vacunación de acuerdo a la edad y a cuidadores
- Otros factores de riesgo : tabaquismo- jardín infantil

Min Salud, 2017. ABECÉ Estrategia atención Sala ERA

Un ejemplo de implementación de Salas ERA

ERA CUC Oct 2016

Total urgencias pediatría: 42118 (31.4%)

Total por ERA: 10360 (24.6%)

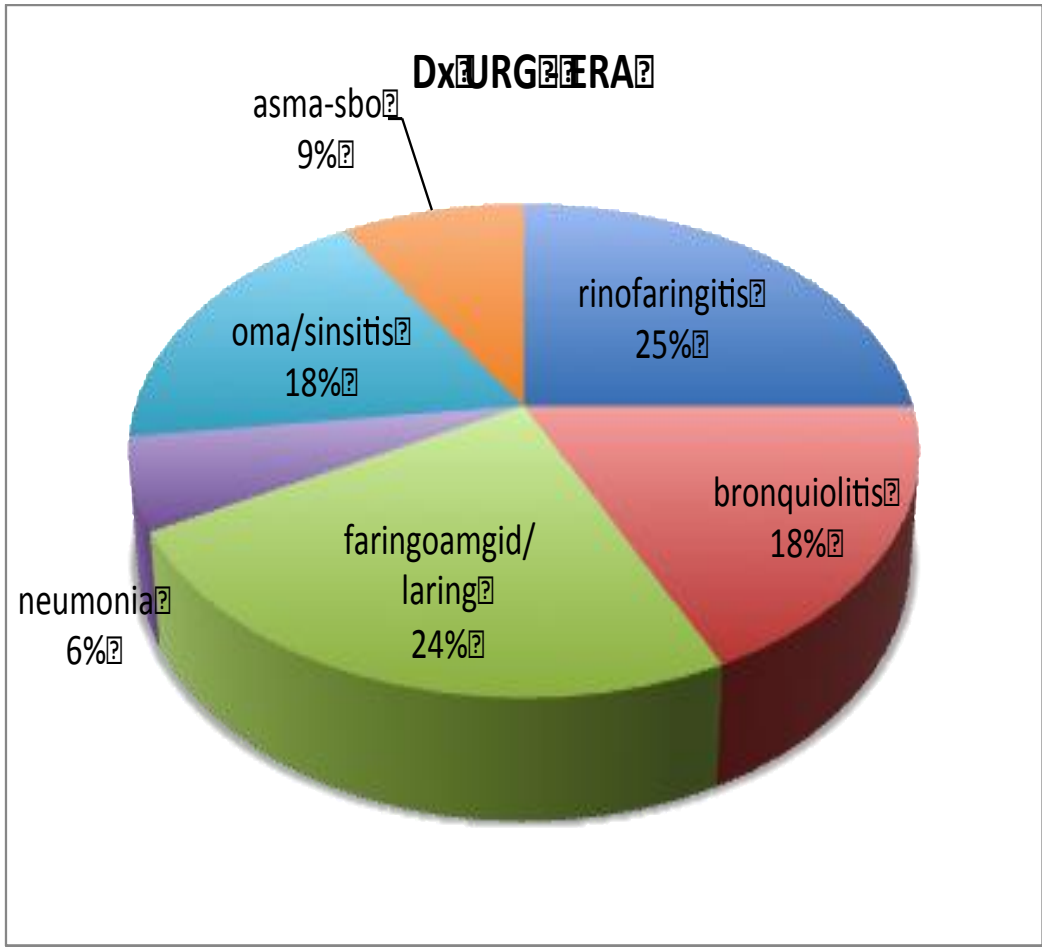
OP: 1304 (12.5%)

Salas ERA: 2783 (26.8%)

Hospitaliza: 888 (8.5%)

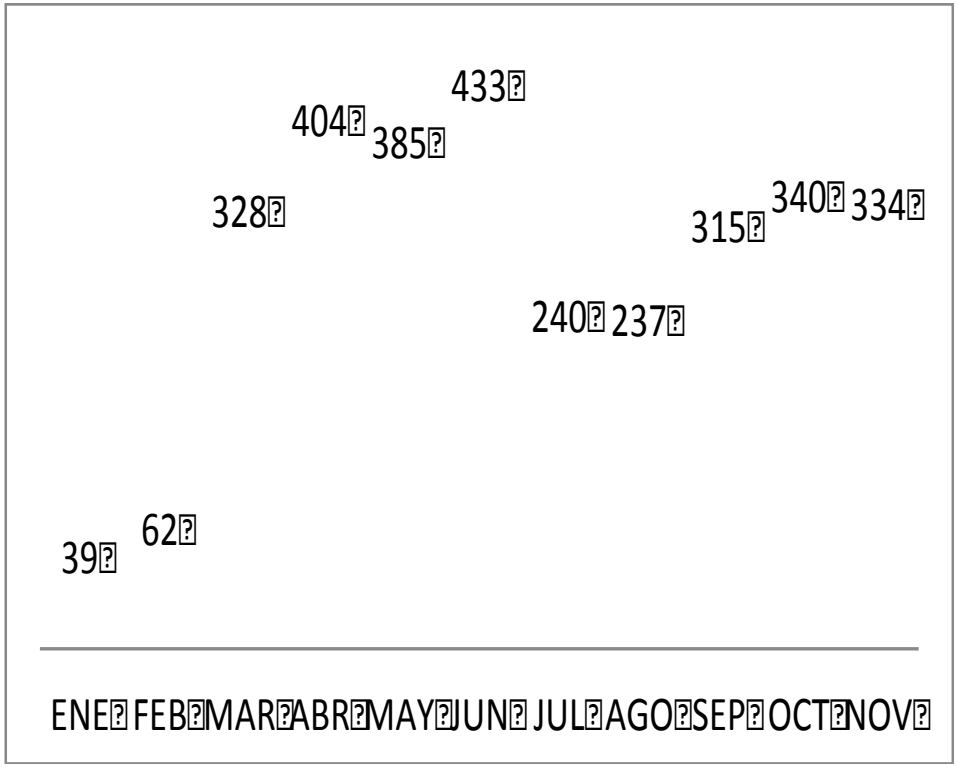
UCIP: 103 (1%)

Mortalidad: 8 (0,08%)

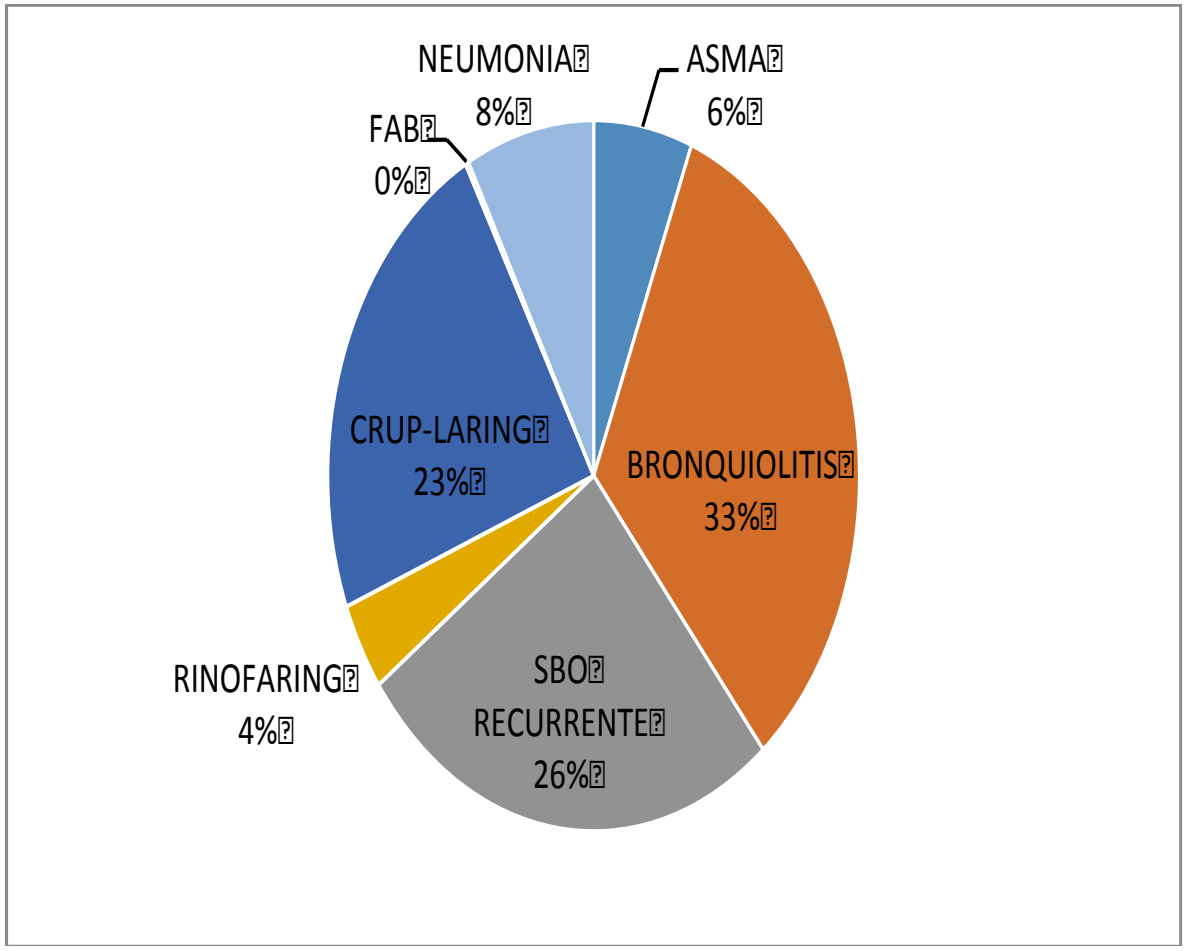

asma-sbo
9%
rinofaringitis
25%
oma/sinsitis
18%
bronquiolitis
18%
faringoamgid/
laring
24%
neumonia
6%

SALA ERA 2016

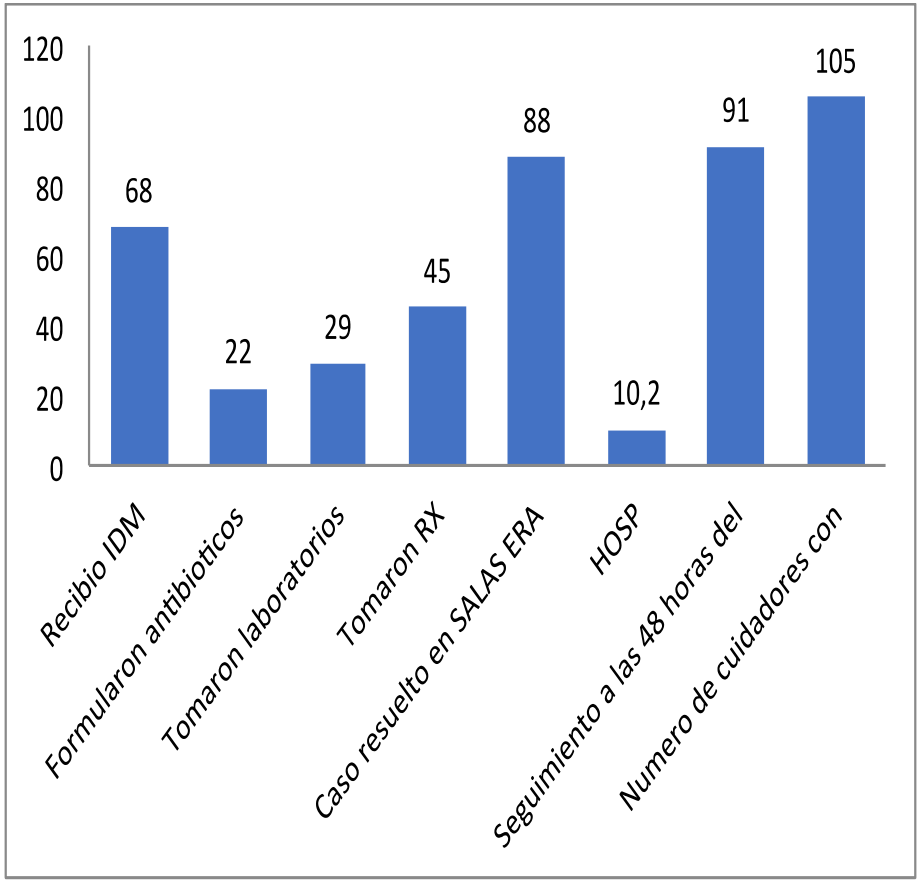
Sala ERA CUC- 2016



Dx - Salas ERA

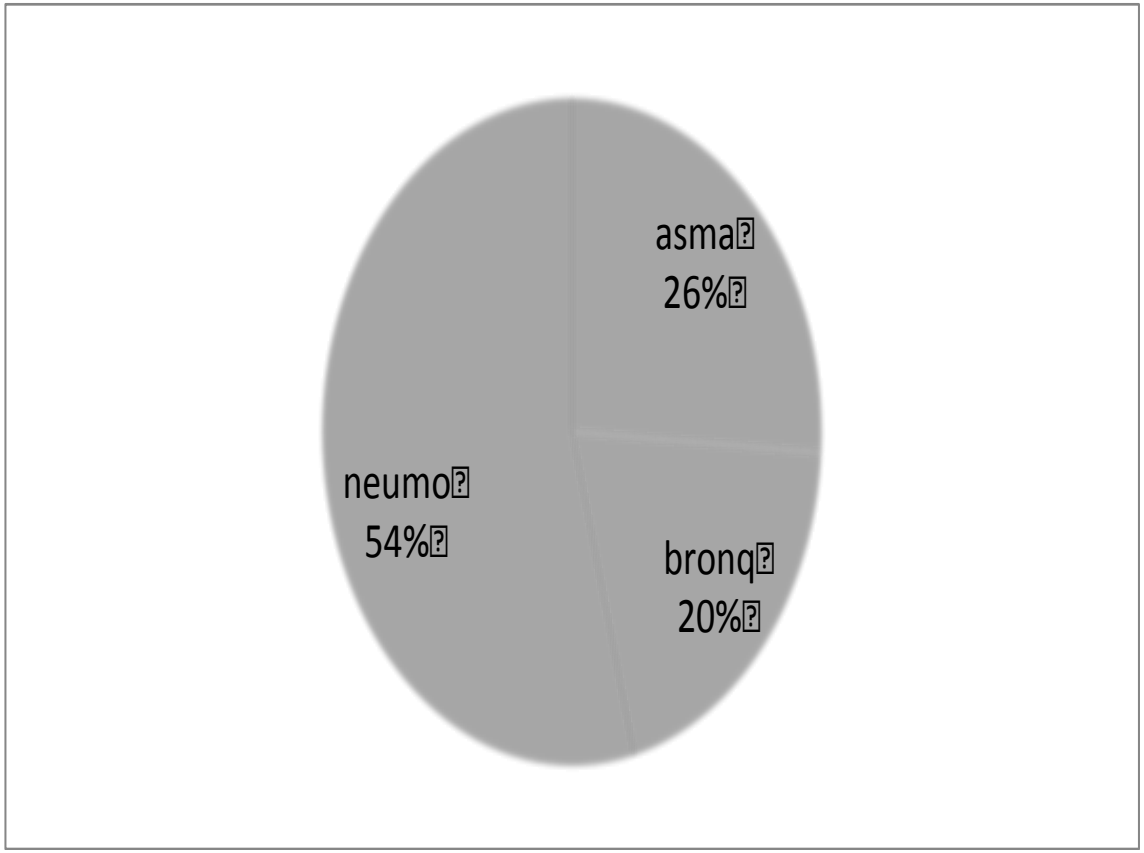

NEUMONIA
8%
ASMA
6%
FAB
0%
CRUP-LARING
23%
BRONQUIOLITIS
33%
RINOFARING
4%
SBO
RECURRENTE
26%

Manejo Salas ERA



	Recibio IDM	Formularon antibioticos	Tomaron laboratorios	Tomaron RX	Caso resuelto en SALAS ERA	HOSPT	Seguimiento a las 48 horas del egreso	Numero de cuidadores con acciones educativas
ENE	100	20,5	23,07	51,21	100	12,8	100	74,35
FEB	100	24,19	30,64	40,32	100	19,35	100	82,25
MAR	79,8	25,9	34,45	57,92	87,19	14,32	99,6	83,8
ABR	71,53	16	29,7	52,97	84,65	16,83	96,53	79
MAY	72,46	17,4	21,29	29,87	89,87	8,8	98	100
JUN	72,51	15,47	20,78	26,55	85,45	15	100	114
JUL	73,75	24,16	36,66	50	31,66	9,1	100	171
AGO	61,18	32,48	37,97	51,4	90,29	8	69	83
SEP	60,35	28,25	32,38	53	86,34	12,3	87	91
OCT	55,58	26,76	28,82	47,35	90,5	0,3	83	133
NOV	56	22	32	49	89	3,5	79	118
DIC								

UCIP –108 pacientes – Diagnósticos: estancia promedio: 6.6 días (1-47)



Objetivo de Implementación

Disminución en la morbimortalidad por enfermedad respiratoria aguda e infección respiratoria aguada en los menores de 5 años.

Objetivos Secundarios -1

- Lograr el compromiso por parte de IPS -EPS - Grupos de Salud Infantil en la adopción e implementación de la GPC en patología respiratoria infantil como parte de la política de buena calidad en la atención del paciente.
- Determinar las responsabilidades del grupo directivo y de pediatría de las IPS- EPSpara asegurar la implementación de las GPC y RIAS.
- Determinar el grupo responsable directo del proceso de implementación.
- Crear políticas institucionales de apoyo a la implementación.

Objetivos Secundarios -2

- Conformar el equipo institucional de la implementación y sus responsabilidades. Crear comité.
  - Coordinador general
  - Facilitadores
  - Lideres de opinión Clínicos
  - Representante del área académica Creación de indicadores de base para seguimiento una vez implementadas las GPC.

Objetivos Secundarios -3

- Definir actividades a corto y mediano plazo por parte del grupo desarrollador.
  - Actividades de sensibilización
  - Talleres
  - Flujogramas
  - Creación de “recordatorios”
  - Taller virtual de autoaprendizaje con evaluación “on line”
- Revisión de barreras para la implementación y maneras de superarlas.

Evaluación de necesidades y prioridades

- Falla en al conocimiento de las guías de manejo en ERA (asma) e IRA y de los lineamientos técnicos.
- Fallas en las practicas de los profesionales de la salud para una evaluación y manejo oportuno de los niños con IRA y ERA.
- Inadecuada capacidad para diferenciar cuadros de neumonía con exacerbación de cuadros sibilantes recurrentes.
- Solicitud de estudios paraclinicos no indicados.
- Prescripción de antibióticos no indicados.
- Prescripción de medicamentos y terapia respiratoria no indicados.

Evaluación de necesidades y prioridades

- Indicación de hospitalización en casos en los que se pueden manejar en salas ERA o en áreas de atención de baja complejidad.
- Fallas en la atención de los casos articulados con estrategia AIEPI
- Fallas en la educación a la familia y cuidadores para evitar reingreso, exacerbaciones.
- Falla en educación hacia el autocuidado del paciente.

Datos e Indicadores

- Alta prevalencia de consulta en casos de ERA en los servicios de urgencias (mayor en pico epidemiológico de infección respiratoria aguda) Actualmente en Clínica Universitaria Colombia es cercano al 40%.
- Alta tasa de hospitalización por IRA
- Alta tasa de hospitalización por IRA en UCIP
- Alta tasa de mortalidad evitable
- Altos costos de la atención en salud

Fases de Trabajo

- Fase 1: Preparación del documento y presentación a Directivas
- Fase 2: Creación de grupo de trabajo en IPS -EPS
- Fase 3: Elaboración de diagnostico social y epidemiológico de la población blanco de la implementación de la GPC de patología respiratoria en IPS de todos los niveles. Revisión de indicadores y creación de línea de base. Diagnostico de conocimientos del talento humano. Revisión barreras.
- Fase 4: Revisión de recursos requeridos para la implementación de la propuesta
- Fase 4: Programación e implementación de la propuesta
- Fase 5: Evaluación funcionamiento, impacto y resultados.

¿Qué se debe hacer de manera continua?

- Reeducación urgencias –hospitalización: en todos los niveles de atención - Permanente
- Sala ERA como proceso de atención
- Seguimiento a indicadores
- Evaluación resultados – publicación
- Retroalimentación asegurador: revisión eventos prevenibles.

Prevención = Educación

Modelo de Atención: Humanización

Ninguna maquina puede suplir el efecto sanador de una mirada, de unas manos, de la palabra adecuada o el silencio oportuno”