

Protocolo de manejo para bronquiolitis, neumonía, influenza, laringitis y crisis asmática

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

PROTOCOLO DE MANEJO: BRONQUIOLITIS

Definición de caso:

Infección aguda de los bronquiolos precedida de rinorrea en un niño menor de 2 años, acompañado de rales y/o sibilancias.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN: PUNTAJE DE TAL

| PUNTAJE | FC | FR | | SIBILANCIAS | RETRACCIÓN COSTAL |
|---------|-----------|---------|-----------|------------------------------------|-----------------------|
| | | < 6 m | 6 m y más | | |
| 0 | < 120 | < 40 | < 30 | NO | NO |
| 1 | 120 - 140 | 40 - 55 | 30 - 45 | Fin de la inspiración | Leve intercostal |
| 2 | 140 - 160 | 56 - 70 | 46 - 60 | Inspiración y espiración | Tiraje generalizado |
| 3 | > 160 | > 70 | > 60 | Audible sin estetoscopio o ausente | Tiraje y aleteo nasal |

CLASIFICACIÓN DE GRAVEDAD Y MANEJO

| LEVE: Menos de 5 | MODERADO: De 5 - 8 | GRAVE: De 9 - 12 |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Manejo en el hogar - Enseñar a reconocer signos de alarma - Enseñar como aspirar secreciones nasales - Lactancia Materna - Posición semisentada - Control cada 24 horas | <ul style="list-style-type: none"> - Manejo en el servicio - Posición: cómoda o en brazos de la madre - Aspirar secreciones nasales - Oxígeno, si es necesario (si se dispone de oxímetro adecuar el flujo de O₂ para saturación entre 90-93%) - Alimentación según FR por VO o SNG - Hospitalización - Nebulización c/ 8 hs <ul style="list-style-type: none"> a) Sol. Fisiológica: 5ml b) Sol. Hipertónica: 1.5ml de ClNa+8.5ml de agua destilada, de esta mezcla utilizar 3ml | <ul style="list-style-type: none"> - Manejo en el hospital - Posición cómoda - Aspirar secreciones nasales - SNG abierta - Máscara O₂ con reservorio - Hidratación parenteral - Terapia de escalación - Monitorización - Hospitalización en intermedios y/o UCI - Traslado adecuado si el servicio no dispone de lugar - Oxigenoterapia de alto flujo si se dispone - ARM |

SIGNOS DE ALARMA

| | | | | | |
|-------------------------|----------------|----------------|----------------------|------------------------|----------------|
| Dificultad respiratoria | No se alimenta | No duerme bien | Fiebre de 39°C o más | Decaimiento o letargia | Deshidratación |
|-------------------------|----------------|----------------|----------------------|------------------------|----------------|

FACTORES DE RIESGO

| | | | | |
|--------------------|-----------------------|-------------------|---------------------------|-----------------------------|
| Menor de 3 meses | Cardiopatía congénita | Inmunodeficiencia | Enfermedades Neurológicas | Alto riesgo social |
| Desnutrición grave | | Prematurez | | Enfermedad Pulmonar crónica |

CRITERIOS DE ALTA

| | | |
|--|--|-------------------------|
| Normalización de la FR | Sin requerimiento de oxígeno durante 8 hs. | Se alimenta normalmente |
| Cuidador entrenado en aspirar secreciones y reconocimiento de signos de alarma | | |

Nota: Si el niño presenta uno o más signos de alarma; o, uno o más criterios de riesgo debe ser hospitalizado. No usar terapia para tos ni antigripales.

PROTOCOLO DE MANEJO: NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD - EN PEDIATRÍA

Definición de caso:

Infección aguda de los alveolos e intersticio pulmonar causada generalmente por virus o bacterias.

CLASIFICACIÓN

| | NEUMONIA | NEUMONÍA GRAVE | NEUMONÍA MUY GRAVE |
|---|--|--|--|
| Frecuencia respiratoria aumentada | Sí | Sí | Sí |
| Retracciones | Ninguno | Sí, leve a moderada | Severa |
| Quejido espiratorio | Ninguno | Presente en lactantes menores | Presente |
| Aleteo nasal | Ausente | Presente | Presente |
| 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, letargía, pérdida de la conciencia | Ausente | Ausente | Presente |
| Dificultad respiratoria severa (ej. Presencia de cabeceo) | Ausente | Ausente | Ausente |
| Cianosis central | Ausente | Ausente | Ausente |
| FRECUENCIA RESPIRATORIA (FR) AUMENTADA | | | |
| | 2 - 11 meses 12 m - 4 años | 50 o más por minuto 40 o más por minuto | |

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

ESCALA PRONOSTICA DE MORTALIDAD (PIRO)(**)

| PREDISPOSICIÓN | |
|---|---------|
| - Edad <6m | 1 Punto |
| - Comorbilidad (desnutrición, RGE asma, cardiopatía, síndrome de Down, inmunodeficiencia congénita o adquirida) | 1 Punto |
| INSULTO | |
| - Hipoxia (sat O ₂ <90) | 1 Punto |
| - Hipotensión | 1 Punto |
| - Bacteremia | 1 Punto |
| RESPUESTA | |
| - Neumonía de 2 o más lóbulos | 1 Punto |
| - Neumonía Complicada (neumotórax, bullas o empiema) | 1 Punto |
| DISFUNCIÓN ORGÁNICA | |
| - Insuficiencia | 1 Punto |
| - Coagulación intravascular diseminada | 1 Punto |
| - Distrés respiratorio moderado a severo (*) | 1 Punto |

(*) FR > 70 en lactantes y > 50 en niños mayores, retracciones moderadas a severas, quejido, aleteo nasal, apnea.

(**) Medicina Intensiva 2013; 37 (5): 305 - 307.

PUNTAJE TOTAL DE LA ESCALA: 10 PUNTOS
PUNTAJE ≥ 3: Valorar ingreso a UCIP

TRATAMIENTO DE: NIÑOS CON NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

| EDAD | TRATAMIENTO 1 ^{RA} OPCIÓN | TRATAMIENTO 2 ^{DA} OPCIÓN |
|--|--|--|
| < 3 semanas | Ampicilina 200 mg/K/ IV, en 4 dosis por día + Gentamicina 5 - 7,5 mg/K/ IV, en 1 dosis por día o Amikacina 20 mg/K/día 1 dosis por día. | Cefotaxima 200 mg/K/día IV en 4 dosis + Ampicilina 200 mg/K/día IV en 4 dosis. |
| Siempre internado | <i>Descartar meningitis asociada, si LCR patológico usar Cefotaxima 300 mg/K/día.</i> | <i>Descartar meningitis asociada, si LCR patológico usar Cefotaxima 300 mg/K/día.</i> |
| 3 semanas a 3 meses | Cefotaxima 200 mg/K/día IV en 4 dosis por día. | Ampicilina 200 - 300 mg/K/día IV en 4 dosis por día. |
| Siempre internado | <i>Considerar macrólidos en neumonía febril.</i> | <i>Considerar macrólidos en neumonía afebril.</i> |
| 3 meses a 5 años | Amoxicilina 90 - 100 mg/K/día VO en 2 dosis. | Amoxicilina/clavulánico o amoxicilina/sulbactam 90 - 100 mg/K/día (dosificado por amoxicilina) VO en 2 dosis. |
| Paciente ambulatorio | <i>Considerar macrólidos en neumonía afebril.</i> | <i>Considerar macrólidos en neumonía afebril.</i> |
| 3 meses a 5 años | Ampicilina 200 - 300 mg/K/día IV en 4 dosis por día. | Amoxicilina/Sulbactam 100 mg/K/día IV (dosificado por la amoxicilina) en 3 dosis o Ampicilina/Sulbactam 200 mg/K/día IV en 4 dosis (dosificado por la Ampicilina). |
| Neumonía no complicada Pacientes internados/as | | |
| 3 meses a 5 años | Ampicilina 200 - 300 mg/K/día IV en 4 dosis por día. + Clindamicina 40 mg/K/día en 3 dosis por día. | Ceftriaxona 80 - 100 mg/K/día o Cefotaxima 200 mg/K/día + Clindamicina 40 mg/K/día en 3 dosis |
| Pacientes internados con Neumonía complicada (Multilobar, con derrame pleural o con neumatocele) Sin criterios de ingreso a UCI | | |
| 3 meses a 5 años | Ceftriaxona 80 - 100 mg/K/día en 1 o 2 dosis por día o Cefotaxima 200 mg/K/día IV en 4 dosis por día + Vancomicina 60 mg/K/día IV en 4 dosis por día. | Ceftriaxona 80 - 100 mg/K/día en 1 o 2 dosis por día o Cefotaxima 200 mg/K/día IV en 4 dosis por día + Clindamicina 40 mg/K/día IV en 3 dosis. |
| Internado/a séptico/a, muy grave, en UCI Neumonía complicada con choque o insuficiencia respiratoria | | |
| Mayores de 5 años | Amoxicilina 90 - 100 mg/K/día VO en 3 dosis por día, por 7 a 10 días según evolución. | Eritromicina 40 - 50 mg/K/día VO en 3 dosis por día o Claritromicina 15 mg/K/día VO en 2 dosis por día o Azitromicina 10 mg/K/día VO primer día y luego 5 mg/K/día del segundo al quinto día. |
| Ambulatorios (considerar M. pneumoniae y C. pneumoniae) | <i>Agregar un macrólido a la amoxicilina si no existiera buena respuesta a las 72 horas.</i> | |
| Mayores de 5 años | Penicilina G Cristalina 400.000 U/K/día en 4 dosis por día o Ampicilina 200 - 300 mg/K/día IV en 4 dosis por día. | Amoxicilina/inhibidor de betalactamasa. <i>Adicionar macrólidos si hay fuerte sospecha de M. pneumoniae o C. pneumoniae.</i> |
| Neumonía no complicada intolerante a la vía oral | <i>Si no hay mejoría a las 72 horas considerar el uso de macrólidos.</i> | |
| Mayores de 5 años | Ampicilina 200 - 300 mg/K/ IV en 4 dosis. + Clindamicina 40 mg/K/día en 3 dosis. | Ceftriaxona 80 - 100 mg/K/día IV en 2 dosis (Dosis máxima 4 gr/día) o Cefotaxima 200 mg/K/día IV en 4 dosis por día + Clindamicina 40 mg/K/día en 3 dosis por día. |
| Neumonía complicada No internado/a en UCI Pacientes internados/as | | |
| Mayores de 5 años | Ceftriaxona 80 - 100 mg/K/día IV en 2 dosis por día (Dosis máxima 4 gr/día) o Cefotaxima 200 mg/K/día IV en 4 dosis + Vancomicina 60 mg/K/día IV en 4 dosis por días. | Ceftriaxona 80 - 100 mg/K/día o Cefotaxima 200 mg/K/día. + Clindamicina 40 mg/K/día en 3 dosis por día. |
| Neumonía Grave (Neumonía complicada con choque o insuficiencia respiratoria. Internado en UCI | | |
| Adolescentes > 15 años | Amoxicilina 1 gr cada 8 horas. | Claritromicina 500 mg. c/12 hs. 7 a 10 días o Azitromicina 500 mg. c/24 hs. 5 días o Levofloxacina 500 - 750 mg. c/24 hs. 7 a 10 días |
| Pacientes ambulatorios | <i>Si no hay mejoría clínica considerar macrólidos.</i> | |

PROTOCOLO DE MANEJO: CRISIS ASMÁTICA EN PEDIATRÍA

Definición de caso:

Sibilancias y dificultad respiratoria en un paciente mayor de dos años con historia de recurrencia de cuadros similares en el que se han excluido otras causas.

ESCALA DE ÍNDICE PULMONAR (PIS - Pulmonary Index Score)

| PUNTAJE | Frecuencia Respiratoria | Sibilancias | Relación Inspiración/ espiración | Uso de Músculos accesorios | Saturación Oxígeno |
|---------|-------------------------|-----------------------------|----------------------------------|----------------------------|--------------------|
| 0 | ≤ 30 | No | 2: 1 | No | 99 - 100% |
| 1 | 31 a 45 | Final de la espiración | 1: 1 | + | 96 - 98 |
| 2 | 46 a 60 | En toda la espiración | 1: 2 | ++ | 93 - 95 |
| 3 | > 60 | En inspiración y espiración | 1: 3 | +++ | < 93 |

Crisis Leve: score PIS < 7

Salbutamol inhalado:
Número de puff: $\frac{\text{Peso K}}{3}$ (hasta 3 dosis en 1 hora)
Prednisona 1 - 2 mg/K

Valoración luego de 15 min. de la última dosis.

Responde

No Responde

Alta con Salbutamol inhalado + Prednisona

Crisis moderada

Crisis Moderada: score PIS 7 a 11

Oxígeno si satura < de 92%.
Salbutamol inhalado, número de puff: peso/3 (hasta 3 dosis en 45 minutos) o NBZ con salbutamol* + bromuro de ipatropio**

Valoración luego de 15 min. de la última dosis.

Responde

No Responde

Alta con Salbutamol inhalado + Prednisona

Tratar como crisis grave

Crisis Grave: score PIS ≥ 12

Oxígeno si satura < 92% aire ambiente
Monitorización de FC, FR, Sat.
Dexametasona* o Metilprednisolona** EV
Nebulización continua con salbutamol en 1 hora (< 20 k: 40 gotas + 15cc SF, > 20 k: 80 gotas + 15 cc SF) y Sulfato de Magnesio 50 mg/K (dosis máxima 2gr) infusión en 30 min, con monitorización de PA. (Dilución de 10 mg/ml).

Responde

No Responde

Continuar tratamiento con el paciente hospitalizado

UCIP

Considerar adrenalina SC 0,01 mg/k hasta 0,4 mg/dosis en pacientes con bajo flujo de aire.
* Dexametasona: 0,6 mg/K/día.
** Metilprednisolona: 1 - 2 mg/K/día.

Nebulizaciones:

* Dosis 1 gota por kilo hasta 20 gotas (Dosis máxima: 5 mg.)

** Dosis: < 10 kg: 125 mg.

> 10 kg: 250 mg.

> 20 kg: 250 mg.

Presentación 20 gt. = 250 mg.

Otras causas

Bronquiolitis

Laringitis

Neumonía

Cuerpo extraño

Laringomalacia o traqueomalacia

Otros:

- Insuficiencia cardíaca

- Anillos vasculares

- Disfunción de cuerdas vocales

- Fibrosis quística

Factores de riesgo de crisis asmática grave

- Visitas a urgencias en el mes previo.

- Uso reciente de corticoides sistémicos.

- Antecedentes de ingreso a cuidados intensivos, de crisis grave o de inicio brusco.

- ≥ 2 hospitalizaciones o ≥ 3 visitas a urgencias en el año previo.

- Inadecuado seguimiento, incumplimiento del tratamiento.

- Problemas psicosociales.

PROTOCOLO DE MANEJO: LARINGITIS EN PEDIATRÍA

Definición de caso:

Enfermedad respiratoria de inicio brusco que se caracteriza por un sonido inspiratorio llamado estridor (CROUP LARINGEO o HU'UJAGUA).

Escala de TAUSSING- WESTLEY

| CRITERIOS | PUNTAJE | | | |
|----------------------|---------|------------|------------|-------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Estridor | No | Mediano | Moderado | Intenso o ausente |
| Entrada de aire | Normal | Disminuido | Disminuido | Muy disminuido |
| Cianosis | No | No | No | Si |
| Retracciones | No | Escasas | Moderadas | Intensas |
| Estado de conciencia | Normal | Decaído | Deprimido | Letárgico |

Clasificación de gravedad y manejo

| LEVE | MODERADA | SEVERA | FALLA RESPIRATORIA INMINENTE |
|--|---|--|--|
| Menos de 3 | 3 a 7 | 8 a 11 | Igual o mayor a 12 |
| Manejo en el hogar | Manejo en servicio | Manejo en el hospital | Manejo en el hospital |
| <ul style="list-style-type: none"> - Ambiente tranquilo - Pautas de cuidado en la familia - Prednisona oral | <ul style="list-style-type: none"> - Ambiente tranquilo - Posición de confort - Nebulización con adrenalina (*), o Budesonide (**) - Prednisona oral, o Dexametasona. | <ul style="list-style-type: none"> - Internación - Posición de confort - Monitorización - Oxígeno con reservorio (***) - Hidratación parenteral - Dexametasona - Repetir nebulización con Adrenalina y/o Budesonide | <ul style="list-style-type: none"> - Internación en UCIP - Posición de confort - Monitorización - Oxígeno con reservorio (***) - Hidratación parenteral - Corticoides parenterales - Nebulización con Adrenalina y/o Budesonide - Evaluar intubación |

| DROGAS | DOSIS |
|-----------------------------|---|
| PREDNISONA | VÍA ORAL 1 a 2 mg/K/día en dos dosis durante 3 días |
| DEXAMETASONA | En caso de vómitos: 0,6 mg/K/día IM DOSIS ÚNICA |
| ADRENALINA(*) (nebulizada) | 3 a 5 ampollas en 3 cc de Suero fisiológico + Oxígeno humidificado |
| BUDESONIDE(**) (nebulizada) | hasta 20 kg: 2 mg. (20 gotas) Más de 20 Kg: 4 mg. (40 gotas) Diluir en 3 cc de Suero fisiológico + Oxígeno humidificado |

Recomendación:

(*) Debe permanecer de 2 a 4 hs. en observación luego de la Nebulización.

(***) Si satura menor a 92%, agregar Oxígeno humidificado.

No sedar al paciente.

PROTOCOLO DE MANEJO: INFLUENZA ABORDAJE Y TRATAMIENTO EN PEDIATRÍA

Caso sospechoso:

ETI: aparición súbita de temperatura axilar superior o igual a 37,5 °C y, algunos de los siguientes síntomas: tos o dolor de garganta, en ausencia de otros diagnósticos.

IRAG: aparición súbita de temperatura axilar superior o igual a 37,5 °C y, algunos de los siguientes síntomas: tos o dolor de garganta, dificultad para respirar (disnea), y requerimiento de hospitalización.

IRAG inusitada: toda persona hospitalizada que presenta o haya presentado fiebre (medida o referida), dificultad respiratoria y al menos uno de las siguientes condiciones: edad 5 a 19 años SIN comorbilidad, ser personal de salud, ser trabajador con contacto directo o indirecto con aves o cerdos, antecedentes de viajes (hasta 2 semanas previas al inicio de síntomas) a sitios con circulación de algún agente respiratorio de alta patogenicidad

Caso confirmado: paciente con ETI, IRAG o IRAG inusitada, en quien se confirma influenza por detección de antígeno por inmunocromatografía o RT-PCR (Reacción de polimerasa en cadena en tiempo real).

GRUPO A:

Sospecha de Influenza

- A) Tiene cuadro compatible con Influenza (caso sospechoso) **SI**
- B) Tiene factor de Riesgo **NO**
- C) Tiene signo de alarma **NO**
- D) Tiene insuficiencia respiratoria o trastorno del sensorio o trastorno hemodinámico **NO**

Manejo y tratamiento

- Manejo ambulatorio en el hogar (excepto < 3 meses)
- Aislamiento estricto en el domicilio durante 7 días
- Uso de tapaboca si va a salir de la habitación
- Asegurar hidratación adecuada
- No suspender la lactancia
- En caso de fiebre: paracetamol 10 a 15 mg/K/dosis (no pasar 750 mg/dosis) o dipirona 20 - 30 mgK/dosis, (hasta cada 6 horas **no administrar a horario**)
- No requiere el uso de oseltamivir
- NO usar aspirina en <18 años
- Valorar la necesidad de uso de salbutamol según si presenta sibilancias.
- No requiere estudios laboratoriales confirmatorios
- Control médico si la fiebre persiste 48 hs.
- Comunicar a los padres o responsables los signos de alarma, ante los cuales deben acudir inmediatamente a la consulta en un servicio de urgencias:

* Factores de riesgo:

- Niños < 2 años y adultos de ≥ 65 años
- Personas con patologías pulmonares crónicas, cardiovasculares, enfermedades renales, hepáticas, hematológicas, desordenes metabólicos o neurológicos.
- Inmunodepresión, incluyendo las causadas por medicación o el VIH.
- Obesidad morbida (IMC > 40)
- Riesgo social, residentes o personal de salud de hogares de ancianos, maternos, etc.
- Mujeres embarazadas o en el post-parto inmediato (hasta 2 semanas después del parto);
- Menores de 19 años. Quienes reciben terapia prolongada con aspirina.
- Obesidad morbida (IMC ≥ 40)
- Residentes o personal de salud de hogares de ancianos, maternos, entre otros.

GRUPO B:

Sospecha de Influenza con factores de riesgo*

- A) Tiene cuadro compatible con Influenza (caso sospechoso) **SI**
- B) Tiene factor de Riesgo **SI**
- C) Tiene signo de alarma **NO**
- D) Tiene insuficiencia respiratoria o trastorno del sensorio o trastorno hemodinámico **NO**

Manejo y tratamiento

- Valorar internación en cada caso particular, los <3 meses deben ser hospitalizados
- Hospitalizar en sala individual o cohorte (varios pacientes con igual diagnóstico)
- Laboratorio: hemograma, plaquetas, glicemia, urea, creatinina, GOT, GPT, Gasometría.
- Realizar estudios para detección de Antígeno de influenza (inmuncromatografía)
- Radiografía de tórax
- Valorar ecocardiografía en pacientes con cardiopatía previa o taquicardia persistente.
- Hidratación de mantenimiento o según requerimiento
- Oxígeno: si la saturación es ≤ 92%, O2 en bigotera 2 litros/ minuto o en mascarilla si se requiere > 2 litros/ minuto.
- En caso de fiebre: paracetamol 10 a 15 mg/Kp/dosis (no pasar 750 mg/dosis) o dipirona 20 - 30 mgK/dosis, (hasta cada 6hs)
- Tratamiento con oseltamivir según esquema***
- NO usar aspirina en <18 años
- Valorar la necesidad de uso de salbutamol, según presencia de sibilancias.
- Re-evaluación diaria, si se detectan signos de alarma pasa a grupo C.

**** Signos de alarma:** dificultad respiratoria, dolor torácico, esputo con sangre, dificultad para alimentarse, confusión o somnolencia.

GRUPO C:

Sospecha de Influenza con signos de alarma**

- A) Tiene cuadro compatible con Influenza (caso sospechoso) **SI**
- B) Tiene factor de Riesgo **SI o NO**
- C) Tiene signo de alarma **SI**
- D) Tiene insuficiencia respiratoria o trastorno del sensorio o trastorno hemodinámico **NO**

Manejo y tratamiento

- Hospitalizar al paciente en sala individual o cohorte (varios pacientes con igual diagnóstico)
- Laboratorio: hemograma, plaquetas, PCR, electrolitos, glicemia, urea, creatinina, GOT, GPT, LDH, gasometría.
- Realizar estudios para detección de Antígeno de influenza (inmuncromatografía y cultivo viral)
- Radiografía de tórax
- Valorar ecocardiografía en pacientes con cardiopatía previa o taquicardia persistente.
- Hidratación de mantenimiento o según requerimiento
- O2: si la saturación es ≤ 92%, O2 en bigotera 2 litros/minuto o en mascarilla si se requiere >2 litros/minuto.
- En caso de fiebre: paracetamol 10 a 15 mg/K/dosis (no pasar 750 mg/dosis) o dipirona 20 . 30 mg/K/dosis (hasta cada 6hs)
- Tratamiento con oseltamivir según esquema***
- NO usar aspirina en <18 años
- Valorar la necesidad de uso de salbutamol, según sibilancias.
- Valorar tratamiento antibiótico
- Re-evaluación diaria, si se detectan insuficiencia respiratoria, trastorno del sensorio o inestabilidad signos de alarma pasa a grupo D.

GRUPO D:

Sospecha de Influenza con insuficiencia respiratoria, trastorno del sensorio o inestabilidad hemodinámica

- A) Tiene cuadro compatible con Influenza (caso sospechoso) **SI**
- B) Tiene factor de Riesgo **SI o NO**
- C) Tiene signo de alarma **SI**
- D) Tiene insuficiencia respiratoria o trastorno del sensorio o trastorno hemodinámico **SI**

Manejo y tratamiento

- Hospitalizar en Unidad de Cuidados Intensivos
- Laboratorio: hemograma, plaquetas, PCR, electrolitos, calcemia, glicemia, urea, creatinina, GOT, GPT, LDH, crasis, gasometría.
- Realizar estudios para detección de virus de la influenza (cultivo viral)
- Radiografía de tórax - ECG
- Valorar ecocardiografía en pacientes con cardiopatía previa o taquicardia persistente.
- Hidratación de mantenimiento o según requerimiento
- O2: si la saturación es ≤ 92%, O2 en bigotera 2 litros/minuto o en mascarilla si se requiere > 2 litros/minuto. Valorar el requerimiento de Asistencia Respiratoria Mecánica.
- En caso de fiebre: paracetamol 10 a 15 mg/K/dosis (no pasar 750 mg/dosis) o dipirona 20 - 30 mg/K/dosis (hasta cada 6hs)
- Tratamiento con oseltamivir según esquema***
- NO usar aspirina en <18 años
- Valorar la necesidad de uso de salbutamol según sibilancias
- Iniciar antimicrobianos**** Ceftriaxona o Cefotaxima + clindamicina + azitromicina o claritromicina.
- En caso de paciente en choque**
- Utilizar Vancomicina.
- Corregir, acidosis, hipoglucemia, hipocalcemia.
- Expansión con suero fisiológico; 20 ml/kg hasta 3 veces, si no hay mejoría iniciar inotrópicos.
- Monitorear PVC.
- Si persiste signos de choque: valorar insuficiencia cardiaca por miocardiopatía, sepsis bacteriana.

*** Uso de Oseltamivir en Recién Nacidos

(Edad Posmenstrual: Edad gestacional + edad cronológica)

| | |
|----------|----------|
| < 38 sem | 1 mg/k |
| 38 - 40 | 1.5 mg/k |
| > 40 | 3 mg/k |

*** Uso de Oseltamivir en menores de 1 año

| Edad | Tratamiento (5 días) | Profilaxis |
|-----------------|-------------------------------|-----------------------------|
| < 3 meses | 3 mg/k/dosis 2 veces al día | No recomendado |
| > 3 meses - 8 m | 3 mg/k/dosis 2 veces al día | 3 mg/k/dosis 1 veces al día |
| 9 m - 11 m | 3.5 mg/k/dosis 2 veces al día | |

*** Uso de Oseltamivir en mayores de 1 año

| Peso | Tratamiento (5 días) | Profilaxis |
|---------------|----------------------|----------------------|
| ≤ 15 kilos | 30 mg 2 veces al día | 30 mg 1 veces al día |
| 15 a 23 kilos | 45 mg 2 veces al día | 45 mg 1 veces al día |
| 23 a 40 kilos | 60 mg 2 veces al día | 60 mg 1 veces al día |
| > 40 kilos | 75 mg 2 veces al día | 75 mg 1 veces al día |

**** Tratamiento antibiótico en el grupo D

Tratamiento empírico inicial anti-estafilocócico: Clindamicina (60 mg/K/día), si el paciente está en choque: Vancomicina (60 mg/K/día). En caso de aislamiento de SAMS utilizar oxacilina 200 mg/K/día.

Ceftriaxona = 100 mg/K/día Cefotaxima = 200 mg/K/día Azitromicina = 10 mg/K/día Claritromicina = 15 mg/K/día

Participaron en la elaboración y actualización del protocolo, especialistas de las siguientes instituciones:

- Asesoría médica del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social,
- Dirección de Hospitales Especializados del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social:
 - a. Hospital Nacional de Itauguá,
 - b. Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Nú",
 - c. INERAM (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente),
 - d. Instituto de Medicina Tropical
- Servicio de Pediatría del Hospital Central del Instituto de Previsión Social,
- Comité de Infectología y Comité de Asma y Alergia de la Sociedad Paraguaya de Pediatría,
- OPS/OMS, Paraguay. <http://dx.doi.org/10.18004/ped.2016.agosto.151-157>