

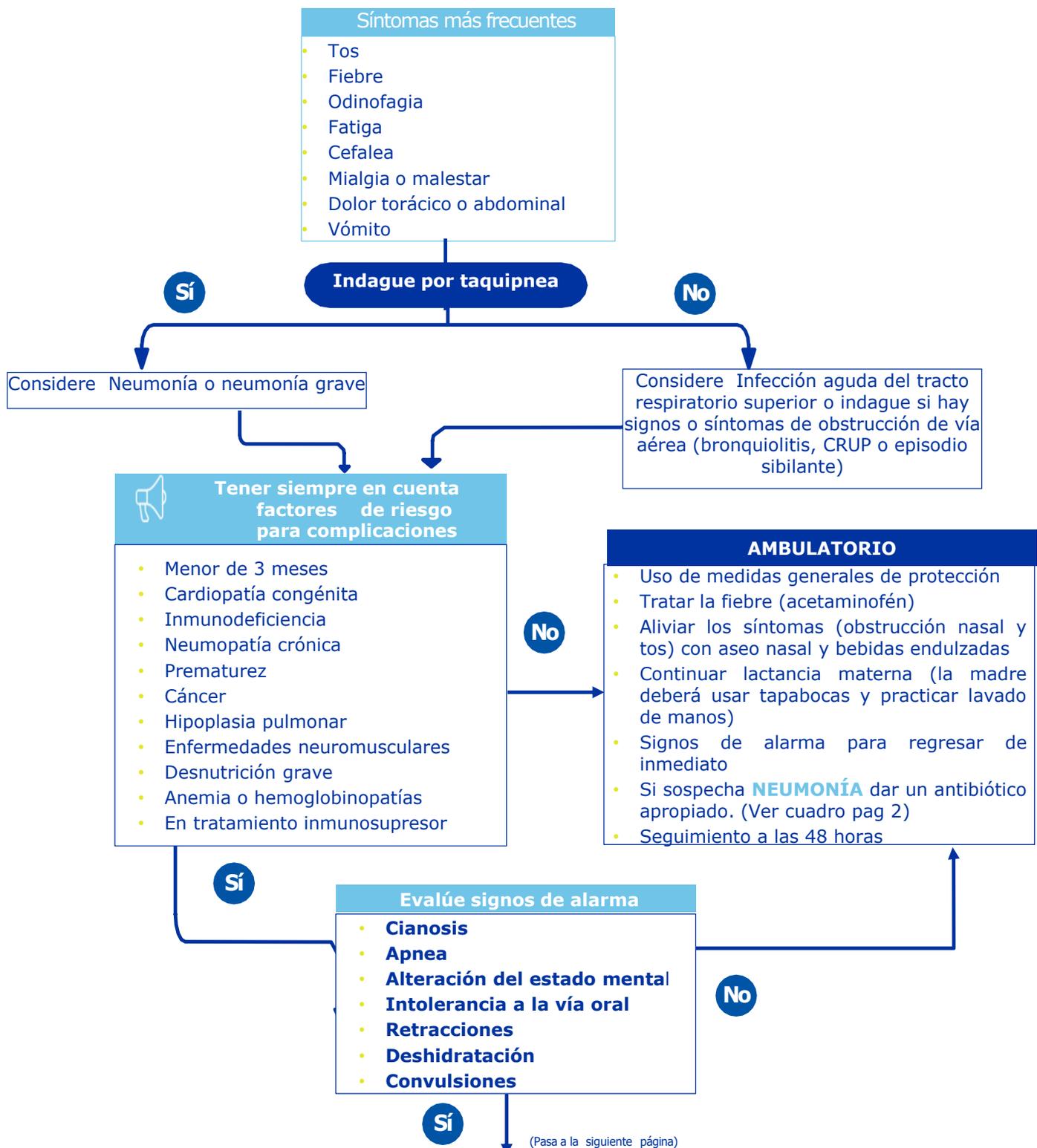
Guías de abordaje y seguimiento

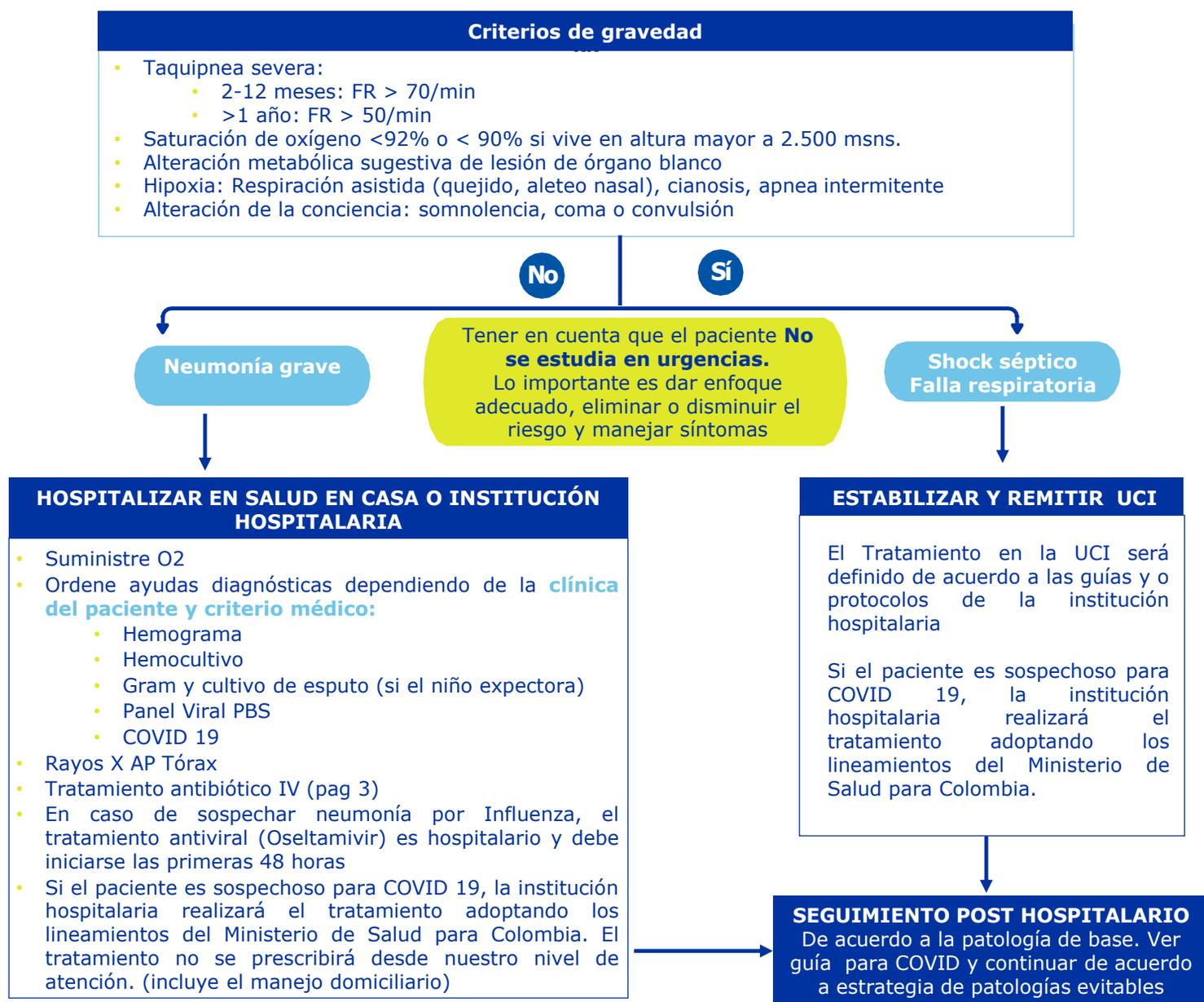
Paciente pediátrico con Neumonía adquirida en la comunidad (NAC)

Coordinación científica y Salud Pública EPS SURA / Abril 2 de 2020

Los conceptos y recomendaciones establecidos en esta guía pretenden orientar la atención de los pacientes, sin embargo, todo usuario deberá tener un manejo individualizado de acuerdo con sus condiciones particulares.

Para la elaboración se consultaron fuentes bibliográficas confiables, con el objetivo de proveer información completa y generalmente acorde con los estándares aceptados en el momento de la edición. Dada la continua evolución de las tendencias médicas y normativas, en cualquier momento pueden surgir cambios.





Tratamiento empírico ambulatorio para neumonía en población pediátrica

	Posible neumonía bacteriana	Posible neumonía atípica	Posible neumonía por influenza
Menores 5 años	Amoxicilina VO 90 mg/kg/día en 2 dosis Alternativa: Amoxicilina/Clavulanato 90 mg/kg/día en 2 dosis	Azitromicina VO 10 mg/kg/día 1 seguido de 5 mg/kg/día los días 2-5 Alternativa: Claritromicina VO 15 mg/kg/día en 2 dosis por 7-14 días o Eritromicina 40 mg/kg/día en 4 dosis	Oseltamivir*
Mayores 5 años	Amoxicilina VO 90 mg/kg/día en 2 dosis máxima 4 gr al día. En niños en quienes no es posible por clínica, radiología o laboratorio, diferenciar de una NAC por atípicos de debe adicionar un macrólido Alternativa: Amoxicilina/Clavulanato 90 mg/kg/día en 2 dosis máximo 4000 mg/día	Azitromicina VO 10 mg/kg/día 1 máximo 500 mg seguido de 5 mg/kg/día los días 2-5 Alternativa: Claritromicina VO 15 mg/kg/día en 2 dosis por 7-14 días máximo 1 gr/día O Eritromicina 40 mg/kg/día en 4 dosis o Doxiciclina en > 7 años	Oseltamivir*

*Ver dosis en tabla Página 5

Tratamiento empírico hospitalario para neumonía en población pediátrica

	Posible neumonía bacteriana	Posible neumonía atípica	Posible neumonía por influenza
Niños con vacunación completa para H. Influenza y neumococo y en lugares donde la resistencia a la penicilina del neumococo sea mínima	Ampicilina o Penicilina G. Alternativas Ceftriaxona o cefotaxime Adicionar vancomicina o clindamicina en sospecha de MRSA	Azitromicina y adicionar B lactámico si no está claro el dx de atípicos. Alternativas Claritromicina o eritromicina o doxiciclina > 7 años o levofloxacina: en los que alcanzaron madurez ósea o que no toleran macrólidos	Oseltamivir*
Niños con vacunación incompleta para H. Influenza y pneumococcus y en lugares donde la resistencia a la penicilina del pneumococo sea significativa	Ceftriaxona o cefotaxime adicione vancomicina o clindamicina si se sospecha MRSA Alternativa Levofloxacina adicione clindamicina o Vancomicina si se sospecha MRSA	Azitromicina y adicionar B lactámico si no está claro el dx de atípicos. Alternativas Claritromicina o eritromicina o doxiciclina > 7 años o levofloxacina: en los que alcanzaron madurez ósea o que no toleran macrólidos	Oseltamivir*

*Ver dosis en tabla Página 5

Tratamiento antimicrobiano por agente específico

Patógeno	Terapia parenteral	Terapia oral
Streptococcus pneumoniae MICs < 2.0 mcr/mL	Ampicilina 150-200 mg/kg/día cada 6 hr o penicilina 200.000-250.000 U/kg/día cada 4-6 hr. Alternativa: Ceftriaxona 50-100mg/kg/día cada 12-24 hr o cefotaxime 150 mg/kg/día cada 8 horas o Clindamicina 40 mg/kg/día cada 6-8 hr o Vancomicina 40-60 mg/kg/día cada 6-8 hr.	Amoxicilina 90mg/kg/día. Alternativa: Cefalosporinas de 2 o 3 generación o levofloxacina si es susceptible 16-20 mg/kg/día en 2 dosis para niños de 6 meses a 5 años y 8-10 mg/kg/día 1 vez al día en niños de 5-16 años.
S. Pneumoniae resistente a penicilina MICs > 4.0 mcr/mL	Ceftriaxona 100 mg/kg/día cada 12-24 hr Alternativa: Ampicilina 300- 400 mg/kg/día cada 6 hr o levofloxacina 16-20 mg/kg/día cada 12 hr para niños de 6 meses a 5 años y 8-10 mg/kg/día 1 vez al día para niños de 5-16 años con dosis máxima de 750 mg. También puede ser efectiva la Clindamicina 40 mg/kg/día cada 6-8hr o Vancomicina 40-60 mg/kg/día cada 6-8 hr	Levofloxacina 16-20 mg/kg/día en 2 dosis para niños de 6 meses a 5 años y 8-10mg/kg/día una vez al día para niños de 5-16 años si es susceptible. Alternativa: Clindamicina 30-40 mg/kg/día en 3 dosis

<p>Streptococcus grupo A</p>	<p>Penicilina intravenosa 100.000-250.000 U/Kg/día cada 4-6 horas o Ampicilina 200 mg/kg/día cada 6 hr.</p> <p>Alternativa: Ceftriaxona 50-100 mg/kg/día cada 12-24hr o Cefotaxime 150mg/kg/día cada 8 hr o Clindamicina si es susceptible 40mg/kg/día cada 6-8hr o Vancomicina 40-60 mg/kg/día cada 6-8hr en alergia a beta lactamicos.</p>	<p>Amoxicilina oral 50-75 mg/kg/ día en 2 dosis o Penicilina V 50-75 mg/kg/día en 3 o 4 dosis.</p> <p>Alternativa: Clindamicina oral 30-40 mg/ kg/día en 3 o 4 dosis.</p>
<p>Staphylococcus Aureus MSSA.</p>	<p>Cefazolina 150mg/kg/día cada 8 hr o penicilina semi sintética como Oxacilina 150-200 mg/kg/día cada 6-8hr</p> <p>Alternativa: Clindamicina 40mg/kg/día cada 6-8hr o Vancomicina 40-60 mg/kg/día cada 6 a 8 hr.</p>	<p>Cefalexina 75-100 mg/kg/día en 3 o 4 dosis</p> <p>Alternativa: Clindamicina oral 30-40mg/ kg/día en 3 o 4 dosis.</p>
<p>S.Aureus meticilino resistente, sensible a Clindamicina</p>	<p>Vancomicina 40-60 mg/kg/día cada 6-8hr o Clindamicina 40 mg/kg/día cada 6-8hr</p>	<p>Clindamicina oral 30-40 mg/kg/día en 3 o 4 dosis.</p>
<p>S.Aureus meticilino resistente, resistente a Clindamicina</p>	<p>Vancomicina 40-60mg/kg/día cada 6 o 8hr</p>	
<p>Haemophilus influenza tipificable o no tipificable</p>	<p>Ampicilina intravenosa 150-200mg/kg/día cada 6 hr si es betalactamasa negativo. Ceftriaxona 50-100mg/kg/día cada 12-24 hr si es productor de betalactamasa o Cefotaxime 150mg/kg/día cada 8 hr.</p> <p>Alternativa: Ciprofloxacina endovenosa 20 mg/kg/día cada 12 hr o Levofloxacina 16-20 mg/ kg/día en 2 dosis para niños de 6 meses a 5 años y 8-10mg/kg/día una vez al día para niños de 5-16 años máximo dosis diaria 750mg</p>	<p>Amoxicilina 75-100mg/kg/día en 3 dosis si es betalactamasa negativo o Amoxicilina/Clavulanato 90mg/kg/día en 2 dosis si es productor de betalactamasa.</p> <p>Alternativa: Cefalosporinas de 2 o 3 generación</p>
<p>Mycoplasma Pneumoniae</p>	<p>Eritromicina 20mg/kg/día cada 6 hr o levofloxacina 16-20mg/kg/día cada 12 hr.</p>	<p>Azitromicina 10 mg/kg/día 1 seguido de 5 mg/kg/día los días 2 al 5.</p> <p>Alternativa: Claritromicina 15 mg/kg/día en 2 dosis o Eritromicina oral 40mg/kg/día en 4 dosis, para niños > 7 años Doxicilina 2-4mg/kg/día en 2 dosis, para adolescentes con maduración esquelética Levofloxacina 500mg 1 vez al día</p>
<p>Chlamydia Trachomatis o Pneumoniae</p>	<p>Eritromicina 20/mg/kg/día cada 6 hr o Levofloxacina 16-20 mg/kg/día en 2 dosis para niños de 6 meses a 5 años y 8-10 mg/kg/día una vez al día para niños de 5-16 años</p>	<p>Azitromicina 10 mg/kg/día 1 seguido de 5 mg/kg/día los días 2 al 5.</p> <p>Alternativa: Claritromicina 15 mg/kg/día en 2 dosis o Eritromicina oral 40mg/kg/día en 4 dosis, para niños > 7 años Doxicilina 2-4 mg/kg/día en 2 dosis, para adolescentes con maduración esquelética Levofloxacina 500 mg 1 vez al día</p>

Terapia antiviral para Influenza

Medicamento	Formulación	Tratamiento	Profilaxis
Osetamivir	Capsulas 75mg Suspensión 60 mg/5ml	Mayores de 24 meses: 4 mg/kg/día en 2 dosis por 5 días Menores 15 kg: 60 mg/día 15-23 kg: 90 mg/día 23-40 kg: 120 mg/kg/día Mayores 40 kg: 150 mg/día En dos dosis por 5 días 9-23 meses 7mg/kg/día en 2 dosis 0-8 meses 6mg/kg/día en 2 dosis Prematuros 2mg/kg/día en 2 dosis Por 5 días	Menores 15 kg: 30 mg/día 15-23 kg: 45 mg/día 23-40 kg: 60 mg/kg/día Mayor 40 kg: 75 mg/día Una vez al día en cada grupo

El Osetamivir es distribuido por el Ministerio de salud y Protección Social a través de las Secretarías de Salud, las IPS solicitan al ente territorial la entrega de este medicamento.

RECUERDA LA SEMAFORIZACIÓN AIEPI PARA DIFICULTAD RESPIRATORIA Y RECOMENDACIONES PARA MANEJO COVID 19 EN NIÑOS

Recomendaciones para el manejo ambulatorio:

- Instruir al paciente y cuidador sobre signos de alarma:
 - Disnea progresiva o dolor persistente en el pecho.
 - Cianosis.
 - Vómito persistente.
 - Signos de deshidratación: llanto sin lágrimas, disminución de la diuresis (el niño está orinado poquito o nada) o hipotensión ortostática (se marea con los cambios de posición).
 - Confusión mental.
 - Convulsiones.
- Aislar al paciente en cuarto individual, preferiblemente con baño privado. Mantener ventanas ligeramente abiertas y la puerta de la habitación permanentemente cerrada. Prohibirle las visitas.
- Si el familiar o cuidador no presenta síntomas, recomiende ante la presencia de síntomas respiratorios durante los siguientes siete días acudir a valoración médica; es obligatorio notificar previamente al personal de salud el antecedente de exposición a personas con Influenza si se ha tenido.
- El paciente es responsable, aún aislado, de taparse boca y nariz con toallas desechables al toser o estornudar y disponer de éstas en una bolsa plástica destinada para esto. Además debe mantener sus manos lavadas con jabón o con uso de un gel de alcohol desinfectante. En caso de utilizar toallas de tela el paciente debe tener una para su uso particular.
- En caso de requerir salir la habitación o de la casa debe utilizar la mascarilla.
- Mantener el resto de la casa con buena ventilación.
- Limpiar las superficies de la habitación del paciente (mesas, cama y piso), así como los objetos con los que el paciente ha tenido contacto (juguetes, controles remoto, libros, juegos de video, iPod....) con un desinfectante doméstico.
- Lavar independiente, con jabón usual y agua caliente la ropa personal y de cama del paciente, nunca remojarla previamente.
- Debe haber un solo adulto encargado de cuidar el paciente, para ingresar a la habitación éste debe utilizar mascarilla. Lavarse las manos siempre luego de salir de la habitación.
- Los pacientes deben estar aislados hasta completar 24 horas completamente asintomático o siete días luego del inicio en adultos, si no hay fiebre, o diez días luego del inicio en niños si no hay fiebre.

Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social, Universidad de Antioquia. Guía de padres y cuidadores para la evaluación del riesgo y manejo inicial de la neumonía en niños y niñas menores de 5 años y bronquiolitis en niños y niñas menores de 2 años. Colombia. 2014 Guía No. 42. Enlace web: <http://gpc.minsalud.gov.co/guias/Documents/Neumonia%20ni%C3%B1os/Guia%20Neumon%C3%ADa%20y%20Bronquiolitis%20Completa.pdf>
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). 2019.
3. Asociación Colombiana de Neumología Pediátrica. COVID 19 en niños Colombia. Grupo de estudio Infección por Coronavirus en niños de la Asociación Colombiana de Neumología pediátrica Colombia. 2020.Lineamientos
4. Instituto Nacional de Salud. Instructivo para la vigilancia en salud pública intensificada de infección respiratoria aguda asociada al nuevo coronavirus 2019 (COVID-19). Bogotá DC; Versión 8. 2020.
5. Shen K, Yang Y. Diagnosis and treatment of 2019 novel coronavirus infection in children: a pressing issue. World Journal of Pediatrics. 2020.
6. Asociación Colombiana de infectología (ACIN). Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS COV-2 / COVID 19 en sensores de atención de la salud. Recomendaciones basadas en el consenso de expertos e informadas en la evidencia. Marzo 2020.
7. Ramirez O, Villamil M, Castiblanco E, et al. Atención semaforizada de COVID 19 paciente pediátrico. Versión 1. Marzo 29 de 2020.
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la prevención, diagnóstico, manejo y control de casos de Influenza. Bogotá, junio de 2018.
9. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Infección respiratoria aguda (IRA). Bogotá; 2017.
10. Trujillo C. Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-COV-2/COVID 19 en establecimientos de atención de la salud. Recomendaciones basadas en consenso de expertos e informadas en la evidencia [Internet]. Dx.doi.org. 2020 [cited 3 April 2020]. Available from: <http://dx.doi.org/10.22354/in.v24i3.851>
11. SURA. Recomendaciones basadas en evidencia pediatría. Manejo COVID 19 en niños. Marzo 2020.