



MINISTERIO
DE SALUD

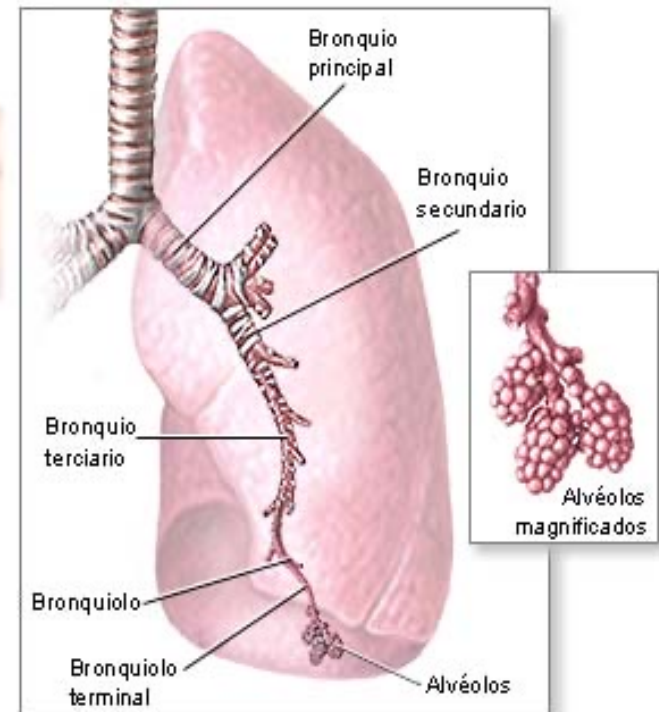
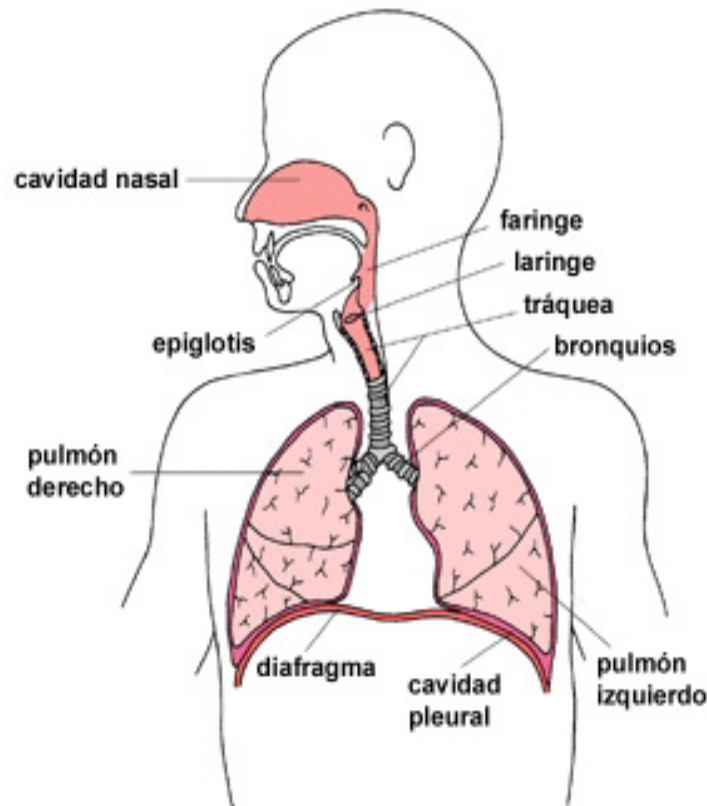
IRAS menores de 10 años



MINISTERIO
DE SALUD

RECONOCER DIFERENCIAS ENTRE EL APARATO RESPIRATORIO DEL NIÑO Y ADULTO

RECONOCER LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS ENTRE EL APARATO RESPIRATORIO DEL MENOR DE 10 AÑOS Y DEL ADULTO



CARACTERISTICAS DEL APARATO RESPIRATORIO DEL NIÑO O NIÑA

Vía aérea superior:

- Lengua proporcionalmente más grande
- Fosas nasales pequeñas
- Respirador nasal preferente en los primeros tres meses de vida
- Glotis de forma cónica
- Región del cartílago cricoides es la zona más estrecha de la vía aérea superior

Vía aérea central e inferior:

- Aumento de cartílago en los primeros años de vida
- Escasa cantidad de colágeno y elastina al nacer
- Grosor de la pared es el 30% del área de la vía aérea, comparado con 15% en el adulto
- Vía aérea del lactante contiene mayor proporción de glándulas mucosas
- Recién Nacido presenta una pared torácica complaciente
- En lactantes las costillas están orientadas en el plano horizontal
- La osificación del esternón comienza en el período intrauterino y continúa hasta los 25 años
- Las masas musculares se desarrollan en forma progresiva a través de toda la niñez

DIFERENCIAS ENTRE LAS VIAS RESPIRATORIAS DE ADULTOS Y NIÑOS

Funcionales:

- Distensibilidad de la pared torácica es 50% mayor en lactantes vs. preescolares
- Distensibilidad pulmonar aumenta en forma significativa con la edad
- Aumento del diámetro de la vía aérea, por lo que disminuye la Resistencia con el crecimiento
- Reactividad mayor de la vía aérea en relación a adultos
- Fuerza de retracción elástica menor que se opone a la contracción, por lo que las vías aéreas son menos estables

PRINCIPALES MECANISMOS DE DEFENSA

- LA TOS
- EL ESTORNUDO
- LOS MOCOS
- LAS VELLOSIDADES
- LA FIEBRE



NO UTILIZAR MEDICAMENTOS QUE LO UNICO QUE HACEN ES DETENER LOS MECANISMOS DE DEFENSA





MINISTERIO
DE SALUD

IDENTIFIQUE RESPIRACION RAPIDA

- Respiración rápida

EDAD	VALOR
MENOR O IGUAL A DOS MESES	40 a 60 rpm
2 meses 1 día – 11 meses	≤50 rpm
12 meses (1 año) – 4 años	≤ 40 rpm
5 – 9 años	≤30 rpm



MINISTERIO
DE SALUD

**Evaluar, clasificar y tratar a la
niña o niño de 29 días al menor
de 5 años**

ENFERMEDAD MUY GRAVE

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
Uno o más de los siguientes signos de peligro: a. Aspecto • Letárgico, inconsciente, hipotónico. • Hipoactivo. • Movimientos anormales o convulsiones. Irritable, llanto inconsolable. • “Se ve mal”. • Se amamanta inadecuadamente o no puede hacerlo. • Abombamiento de fontanela. b. Respiración • Frecuencia respiratoria menor de 40 por minuto o mayor de 60 por minuto. • Tiraje subcostal. • Aleteo nasal. • Apnea. • Quejido, estridor o sibilancias. Cianosis central. c. Circulación (piel) • Temperatura axilar menor de 36.5°C o mayor de 37.5°C • Palidez. • Llenado capilar mayor de 3 segundos. • Manifestaciones de sangrado, equimosis o petequias. b. Otros • Peso menor de 2000 gramos. • Edad gestacional menor de 34 semanas o menos. • Vomita todo. • Secreción purulenta del ombligo u ojos con eritema que se extiende a la piel Distensión abdominal. • Secreción abundante de ojos u oído. • Pústulas o vesículas en la piel (muchas o extensas). • Ictericia de alto riesgo: menos de 24 horas de vida o zona 3 de Kramer. • Anomalías congénitas mayores que ponen en peligro inmediato la vida.	Enfermedad muy grave	• Clasificar en grupo dispensarial III. • Referir urgentemente al hospital de la red, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles. (Ver anexo 1) • Acompañar a la niña o niño al hospital y esperar a que sea recibido por el médico según lineamientos de referencia, retorno e interconsulta. • Mantener eutérmico durante el trayecto al hospital. • Administrar O₂ por mascarilla o bigotera si hay cianosis, tirajes o quejido, de acuerdo con disponibilidad o la complejidad de la UCSF. • Considerar, de acuerdo con gravedad, acceso venoso permeable. • Si el Neonato no puede alimentarse o está contraindicado la VO: administrar dextrosa al 10%, 80cc/ Kg/ día para evitar la hipoglucemia de acuerdo a la complejidad del UCSF y disponibilidad. • Se debe informar a equipo comunitario sobre la referencia para su seguimiento post alta.

ENFERMEDAD MUY GRAVE

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
Uno de los siguientes signos de peligro: • No puede beber o amamantarse • Vomita todo • Convulsiones • Letárgico o inconsciente.	Enfermedad muy grave.	• Clasificar en grupo dispensarial III. • Referir urgentemente al hospital de la red, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles. (Ver anexo 1). • Acompañar la niña o niño al hospital, y esperar a que sea recibido por el médico según lineamientos de referencia y retorno • Considerar acceso venoso de acuerdo a gravedad.



MINISTERIO
DE SALUD

**¿LA NIÑA O NIÑO TIENE TOS O
DIFICULTAD PARA RESPIRAR?**

¿Tiene la niña o niño tos o dificultad para respirar?

Si la respuesta es afirmativa, preguntar : ¿Desde cuándo? ¿Tiene Sibilancias? ¿Es el primer episodio? ¿Es recurrente? ¿Tiene ruidos respiratorios? ¿Tiene cuadro gripal previo? ¿Ha presentado apneas? ¿Fue prematuro?	OBSERVAR, ESCUCHAR
	· Contar las respiraciones durante un minuto. · Verificar si hay tiraje subcostal. · Determinar si hay estridor en reposo. · Determinar si hay sibilancias.

Dentro de las patologías mas
frecuentes:

- Bronquiolitis.
- Crup.
- Neumonía.

BRONQUIOLITIS

- Inflamación del tracto respiratorio inferior, que conlleva a obstrucción de la vía aérea; presentándose con tos, fiebre, taquipnea, hiperinflación y sibilancias. **Precedida por una infección respiratoria superior de dos a tres días de duración**

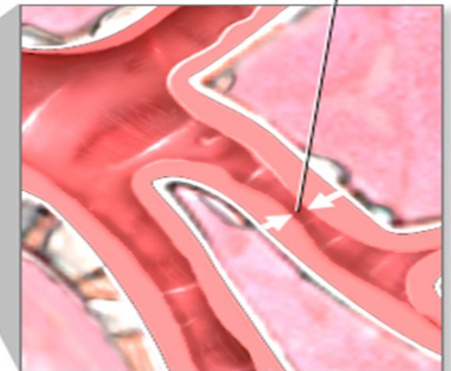
BRONQUIOLITIS

- La bronquiolitis por lo general afecta a los niños menores de dos años, con una edad pico de tres a seis meses. Es una enfermedad común y algunas veces grave. La causa más frecuente es el virus sincicial respiratorio (VSR). Más de la mitad de los bebés están expuestos a este virus en su primer año de vida.



En la bronquiolitis, la vía aérea se obstruye debido a la hinchazón de las paredes de los bronquiolos

Hinchazón bronquial



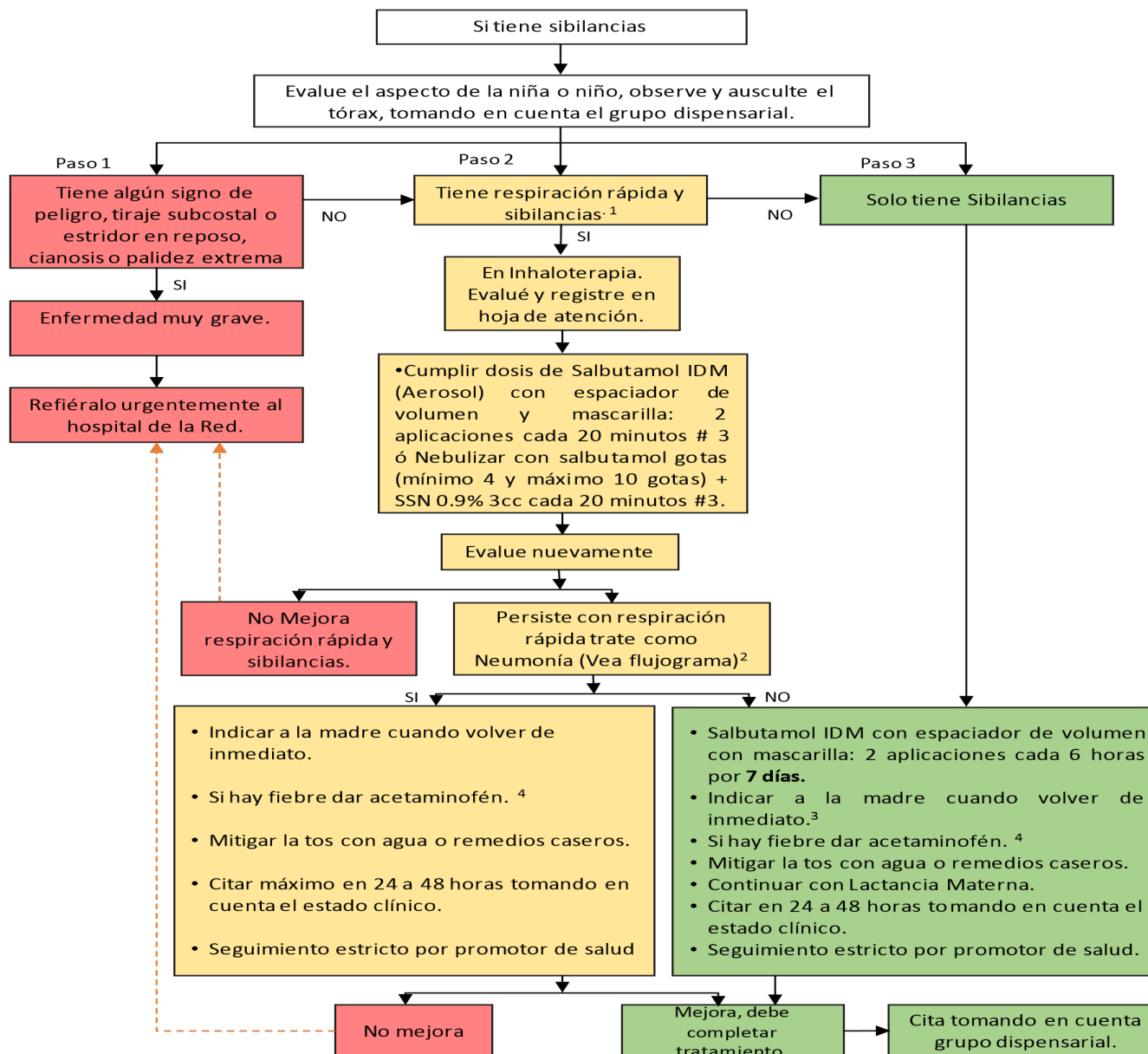
¿Tiene la niña o niño tos o dificultad para respirar?

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
		Clasificar en grupo dispensarial III.
EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
Primer episodio de sibilancias en la niña o niño menor de dos años con cuadro gripal dos a tres días antes y: No tiene tiraje subcostal. No tiene respiración rápida. Mayor de dos meses de edad Sin antecedente de prematuridad. Sin apneas	Bronquiolitis	- Clasificar en grupo dispensarial III - Aseo nasal con suero fisiológico cada tres a cuatro horas. - Aumentar ingesta de leche materna para menores de 6 meses y otros líquidos para mayores de 6 meses. - Orientar a la madre, padre o cuidador sobre los cuidados de la niña o niño en casa. - Explicar a la madre, padre o cuidador, los signos de peligro, y cuando volver de inmediato a consultar a la UCSF. - Consulta de seguimiento en 24 horas.
No tiene respiración rápida. Mayor de dos meses de edad Sin antecedente de prematuridad. Sin apneas		- Explicar a la madre, padre o cuidador, los signos de peligro, y cuando volver de inmediato a consultar a la UCSF. - Consulta de seguimiento en 24 horas.
Sibilancias primer episodio y no cumple criterios para clasificarse como bronquiolitis	Sibilancia	Remitirse a la página 45 para el manejo de sibilancias.

TRATAMIENTO

- Succión nasal.
- Hidratación adecuada
- Oxígeno saturación del niño menor 92%
 - saturación del niño menor 92%
 - dificultad respiratoria
- NO ESTAN RECOMENDADOS EN TRATAMIENTO: Antivirales, Antibioticos, Anticolinérgicos, Antiinflamatorios

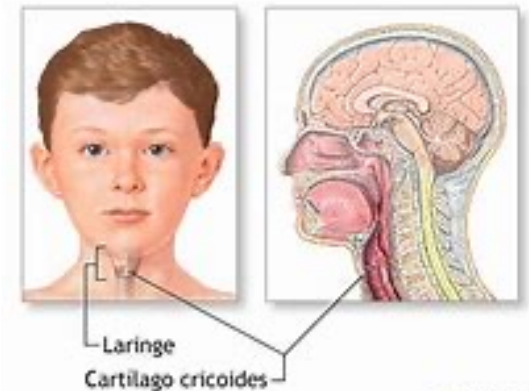
FLUJOGRAMA DE ATENCION SIBILANCIAS



CRUP

Enfermedad común en la niñez que se produce a causa de una infección viral.

El virus produce inflamación en las vías aéreas superiores que incluyen la laringe y la tráquea. La inflamación puede ocasionar estridor y provocar dificultad al respirar.



CRUP

- Laringo-traqueobronquitis se refiere a la infección viral de regiones glótica y subglóticas se usa el término **laringotraqueítis** ver la forma más común; **laringotraqueobronquitis** para la forma más grave que se considera una extensión de laringotraqueítis asociada con Super infección bacteriana y que ocurre 5–7 días en el curso clínico en enfermedad

CARACTERISTICAS DE UN CRUP

- Tos seca o perruna, descrita como en cumbo o hasta como el ladrido de una foca
- Inicio súbito principalmente durante la madrugada.
- Presencia de estridor
- Suele necesitar intervención inmediata



Recomendaciones a tomar ante un CRUP

- Dejar al niño en posición cómoda con sus padres.
- No colocar baja lenguas.
- No tomar muestras de sangre.
- Descartar siempre cuerpo extraño

MEDIDA DE PREVENCIÓN

**VACUNACIÓN CONTRA
INFLUENZA**

TRAIDA DIAGNÓSTICA

- 1. DISFONÍA**
- 2. TOS PERRUNA**
- 3. ESTRIDOR INSPIRATORIO**

¿Tiene la niña o niño tos o dificultad para respirar?

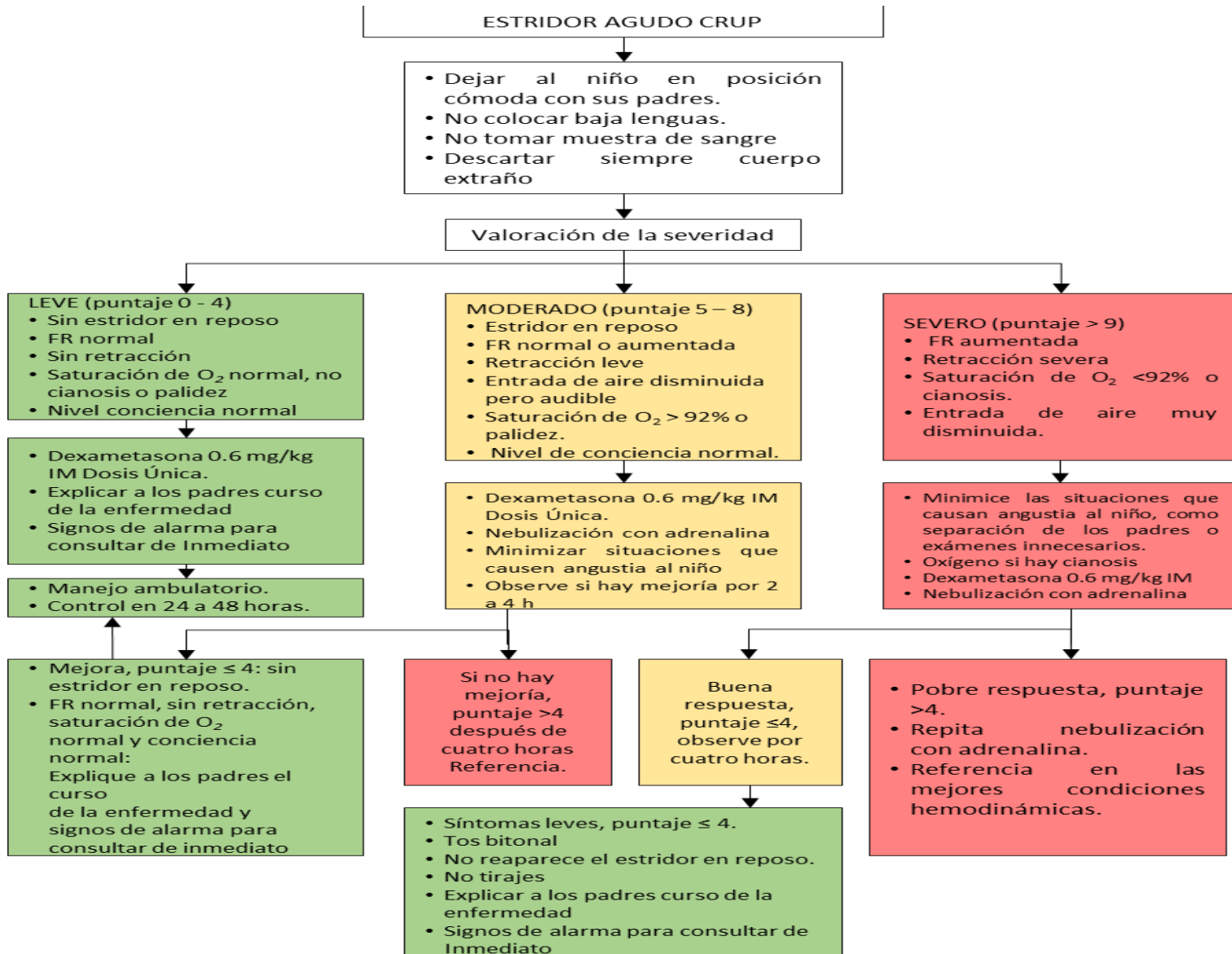
EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
Primer episodio de sibilancias en la niña o niño menor de dos años, con cuadro gripal dos a tres días antes, y uno de los siguientes:		• Clasificar en grupo dispensarial III. • Referir urgentemente al hospital de la red, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles (Ver anexo 1). • Acompañar a la niña o niño al hospital y esperar a que sea recibido por el médico según <i>Lineamientos de referencia</i>.
EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
Estridor agudo	CRUP	Clasificar la severidad del CRUP y tratar de acuerdo con la severidad de la obstrucción. (Ver página 53)
Mayor de dos meses de edad -Sin antecedente de prematuridad. -Sin apneas		peligro, y cuando volver de inmediato a consultar a la UCSF. • Consulta de seguimiento en 24 horas.
Sibilancias primer episodio y no cumple criterios para clasificarse como bronquiolitis	Sibilancia	Remitirse a la página 45 para el manejo de sibilancias.
Estridor agudo	CRUP	Clasificar la severidad del CRUP y tratar de acuerdo con la severidad de la obstrucción. (Ver página 53)

EVALUACION DEL CRUP Westley

Síntomas		Score	Puntuación acumulada total
Estridor	No	0	2
	Cuando esta agitado	1	
	En reposo	2	
Retracción (Tiraje)	No	0	5
	Leve	1	
	Moderada	2	
	Severa	3	
Entrada de aire	Normal	0	7
	Disminuida	1	
	Marcadamente disminuida	2	
Cianosis respirando aire ambiente	No	0	12
	Con agitación	4	
	En reposo	5	
Nivel de conciencia	Normal	0	17
	Desorientado	5	

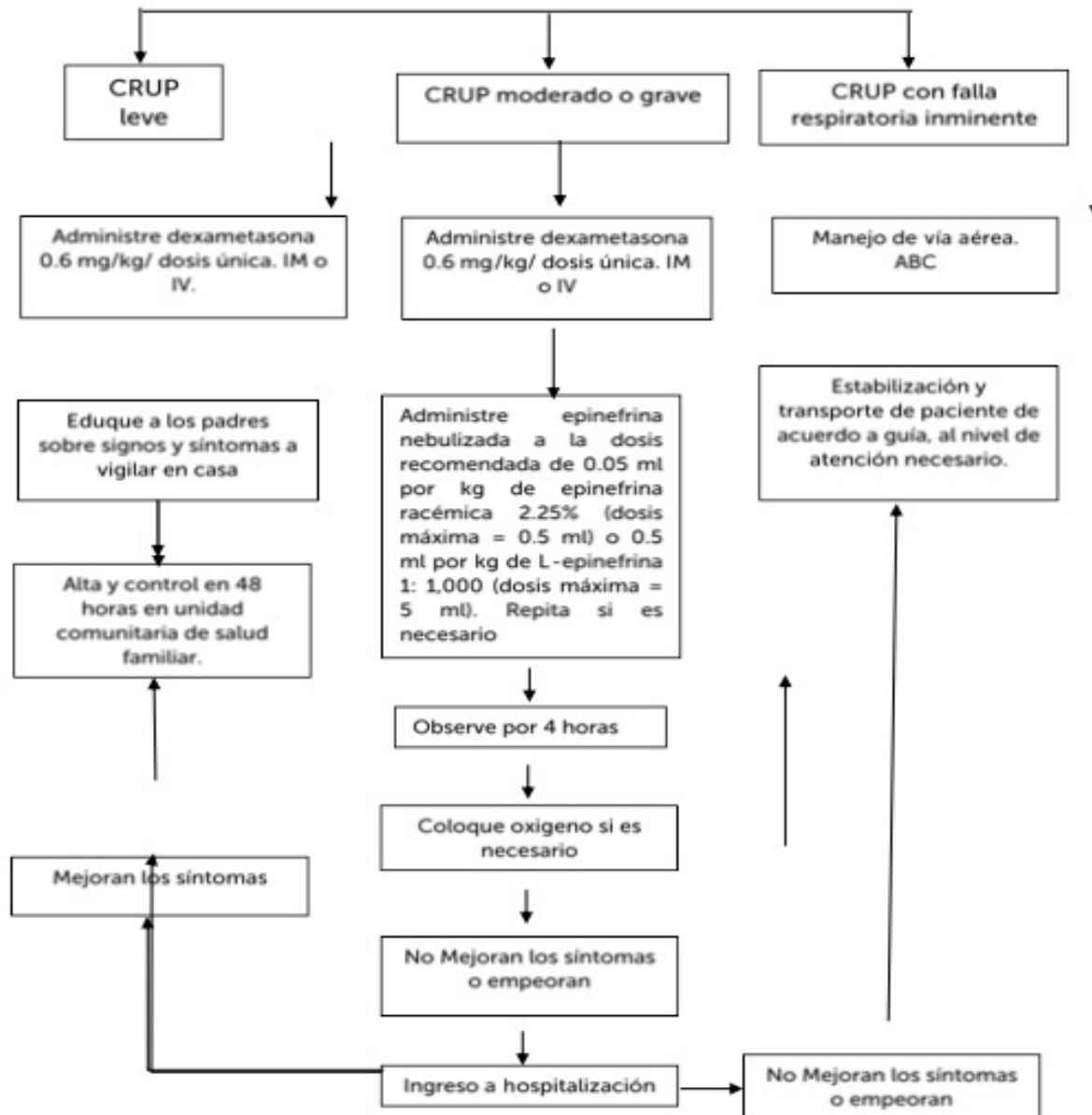
Lineamiento técnico atención integral al menor de 10 años: Ver pagina 53

FLUJOGRAMA DE ATENCION CRUP



Algoritmo 12. CRUP

Clasificación de gravedad
(Escala de Westley)



NEUMONIA

- Inflamación del parénquima pulmonar causado de forma mas frecuente por microorganismos patógenos principalmente virus y bacterias.



NAC (DEFINICIÓN)

- Presencia de dificultad respiratoria, fiebre, dolor en el pecho y tos en un paciente previamente sano.
- Inflamación paréquima pulmonar
- Extrahospitalario
 - ✓ No ha sido hospitalizado en los últimos 7 días.
 - ✓ 48 horas al ingreso hospitalario

Características clínicas de la neumonía según etiología probable

Características	Viral	Bacteriana
Edad	Más frecuente hasta un año	Más frecuente de uno a menores de 5 años.
Fiebre	Usualmente menor de 38.5 °C	Usualmente mayor de 38.5 °C
Observación del tórax	Frecuentemente presencia de tiraje intercostal y respiración rápida	Frecuente presencia de tiraje subcostal y respiración rápida.
Sibilancias	Son muy frecuentes	Poco frecuentes
Estertores	Poco frecuentes	Muy frecuentes
Leucograma	Variable a predominio Linfocitosis.	Leucocitosis con neutrofilia

Si la niña o niño no aplica en una de las clasificaciones anteriores, clasifique la tos o dificultad para respirar según el siguiente cuadro:

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
Respiración Rápida: . 2 – 11 meses: 50 respiraciones o más por minuto. . 1 – 4 años: 40 respiraciones o más por minuto.	Neumonía	Determinar el tipo de neumonía según la etiología (Ver página 40) . Clasificar en grupo dispensarial III. . Si es bacteriana indicar un antibiótico durante 10 días (ver página 42) . Tratar las sibilancias*, si tiene (Ver página 43). . Orientar a la madre, padre o cuidador cuándo debe volver de inmediato (ver página 95), entregar hoja recordatoria: ¿Qué hacer si su niña o niño tiene tos o dificultad para respirar? . Cita en 24-48 horas tomando en cuenta el estado clínico. . Seguimiento estricto por promotor de salud.
		. Seguimiento estricto por promotor de salud.
neumonía o de enfermedad muy grave	Resfriado	. Incentivar a la madre, padre o cuidador que continúe con lactancia materna. . Entregar hoja recordatoria de signos de peligro. . Mitigar la tos con un remedio casero inocuo a partir de los 6 meses de edad (Ver página 49)

Dar antibiótico oral para la neumonía

Medicamento*	Presentación	Dosificación	Duración de tratamiento
Amoxicilina	Frasco con polvo para reconstruir (250 mg / 5ml)	80 - 90 mg / Kg / día cada 8 horas	10 días para neumonía.
Claritromicina**	Frasco con polvo para reconstruir (250 mg / 5ml)	15 mg / Kg / día cada 12 horas	Por 7 días a 10 días.
Trimetoprim** sulfametoxazol	40 mg Trimetoprim+ 200 mg sulfametoxazol por 5 ml	10 mg / Kg / día cada 12 horas (en base al Trimetroprim).	10 días para neumonía.

Dar antibiótico oral para la neumonía

El personal de cualquier establecimiento de salud del primer nivel de atención, debe:

Dar la primera dosis de medicamento.

Enseñar a la madre, padre o cuidador como preparar y administrar el medicamento.

Entregar a la madre, padre o cuidador el medicamento preparado (suspensión) con su copita dosificadora.

Tomar en cuenta el número de frasco que dará de acuerdo con el volumen del frasco y días de tratamiento.

Donde exista encargado de farmacia él será el responsable.

Para aliviar el dolor de garganta y mitigar la tos con un remedio casero inocuo. Remedios inocuas que se pueden utilizar:

.Agua con manzanilla (para niños y niñas mayores de 6 meses)

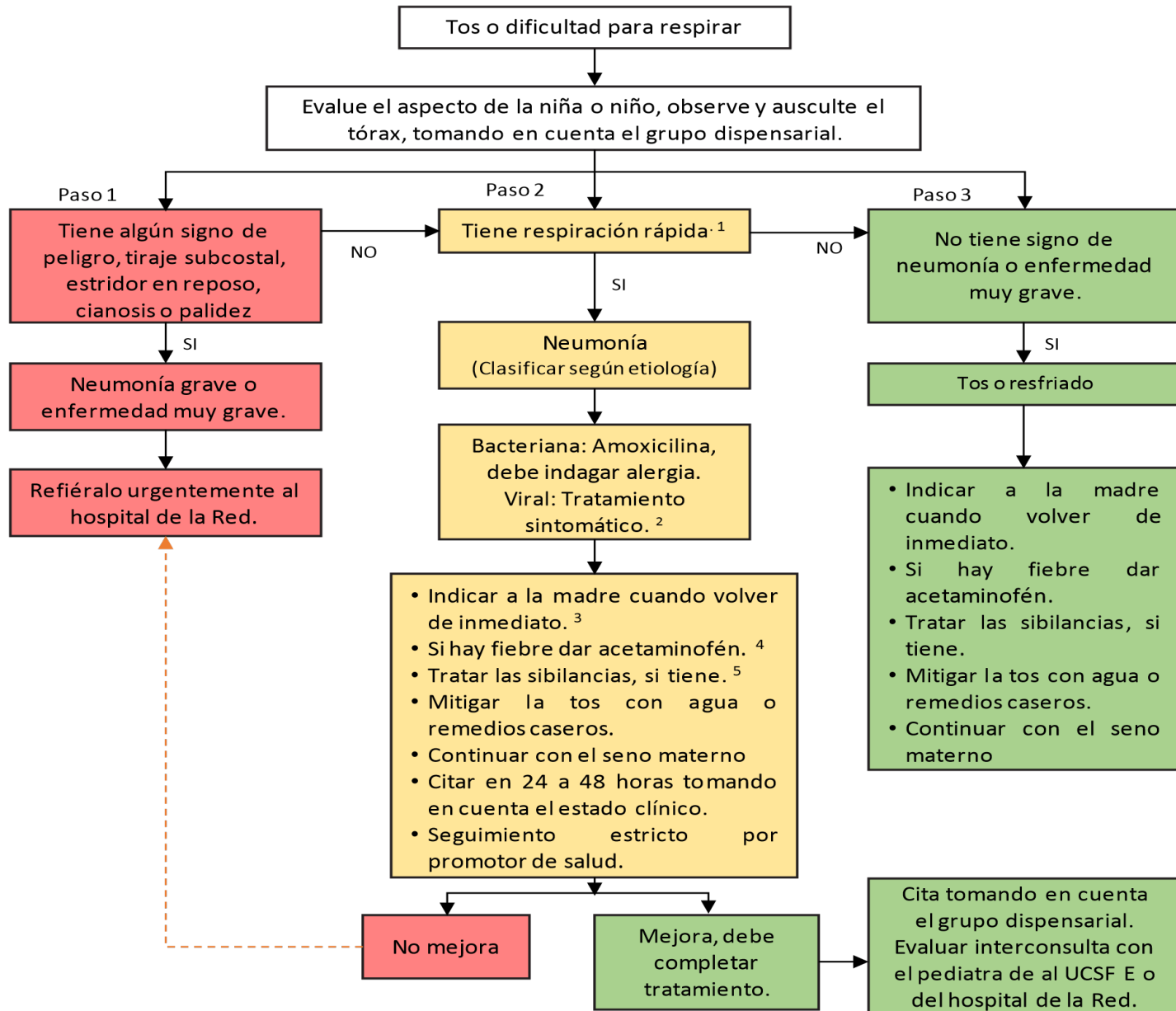
.Agua miel, agua con eucalipto, agua con manzanilla (para niños y niñas mayores de 1 año)

No se deben utilizar antitusígenos, expectorantes, antihistamínicos ni mucolíticos para el tratamiento de la tos en niños menores de 5 años.

* De acuerdo a disponibilidad

** Alternativos para niños alérgicos a las penicilinas

Flujograma de atención para niñas y niños menores de 5 años con tos o dificultad respiratoria (neumonía)



Evaluar, clasificar y tratar a la
niña o niño de 5 años al menor
de 10 años

NEUMONIA

Tos o dificultad para respirar

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
Uno de los siguientes signos:		Referir urgentemente al hospital de la red, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles.
EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
Respiración rápida: Frecuencia respiratoria mayor de 30 por minuto.	Neumonía	Determinar el tipo de neumonía según la etiología (ver Tabla 1). - Si es bacteriana indicar un antibiótico durante 10 días, pág. 103. - Tratar las sibilancias. Ver flujograma pag. 103. - Si hay fiebre dar acetaminofén. - Indicar a la madre, padre o cuidador cuándo debe volver de inmediato. Entregar a la madre una hoja recordatoria: ¿Qué hacer si su niño tiene tos o dificultad para respirar? - Cita en 24-48 horas tomando en cuenta el estado clínico y aconsejar a la madre, padre o cuidador cuando volver de inmediato. Seguimiento estricto por promotor de salud. - Seguimiento al cuarto día de haber iniciado tratamiento por el Ecos Familiar (medico, enfermera, o promotor de salud). Aplicar formulario 1 (Registro de caso detectado con enfermedad respiratoria en centro educativo*).
enfermedad muy grave		- Aplicar formulario 1 (Registro de caso detectado con enfermedad respiratoria en centro educativo. - Si hay historia de tos de más de 15 días, buscar nexo epidemiológico para descartar tuberculosis.

Características clínicas de la neumonía según etiología probable

Características	Viral	Bacteriana
Edad	Frecuente hasta el año de vida.	Frecuente de uno a menores de 10 años.
Fiebre	Usualmente menor de 38.5 °C	Usualmente mayor de 38.5 °C
Observación del tórax	Frecuentemente presencia de tiraje intercostal y respiración rápida	Frecuente presencia de tiraje subcostal y respiración rápida.
Sibilancias	Son muy frecuentes	Poco frecuentes
Estertores	Poco frecuentes	Muy frecuentes
Leucograma	Variable a predominio Linfocitosis.	Leucocitosis con neutrofilia

Dar antibiótico oral para la neumonía

Medicamento*	Presentación	Dosificación	Duración de tratamiento
Amoxicilina	Frasco con polvo para reconstruir (250 mg / 5ml) o tableta 500 mg.	80 - 90 mg / Kg / día cada 8 horas	10 días para neumonía.
Claritromicina**	Frasco con polvo para reconstruir (250 mg / 5ml) o comprimido 500 mg	15 mg / Kg / día cada 12 horas	Por 7 días a 10 días.
Trimetoprim** sulfametoxazol	40 mg trimetoprim + 200 mg sulfametoxazol por 5 ml o tableta de (160/800 mg).	10 mg / Kg / día cada 12 horas (en base al trimetroprim).	10 días para neumonía.

NEUMONÍA

Después de 24 horas:

- Examinar al niño o niña para determinar si presenta signos generales de peligro.
- Evaluar al niño o niña para determinar si tiene tos o dificultad para respirar.

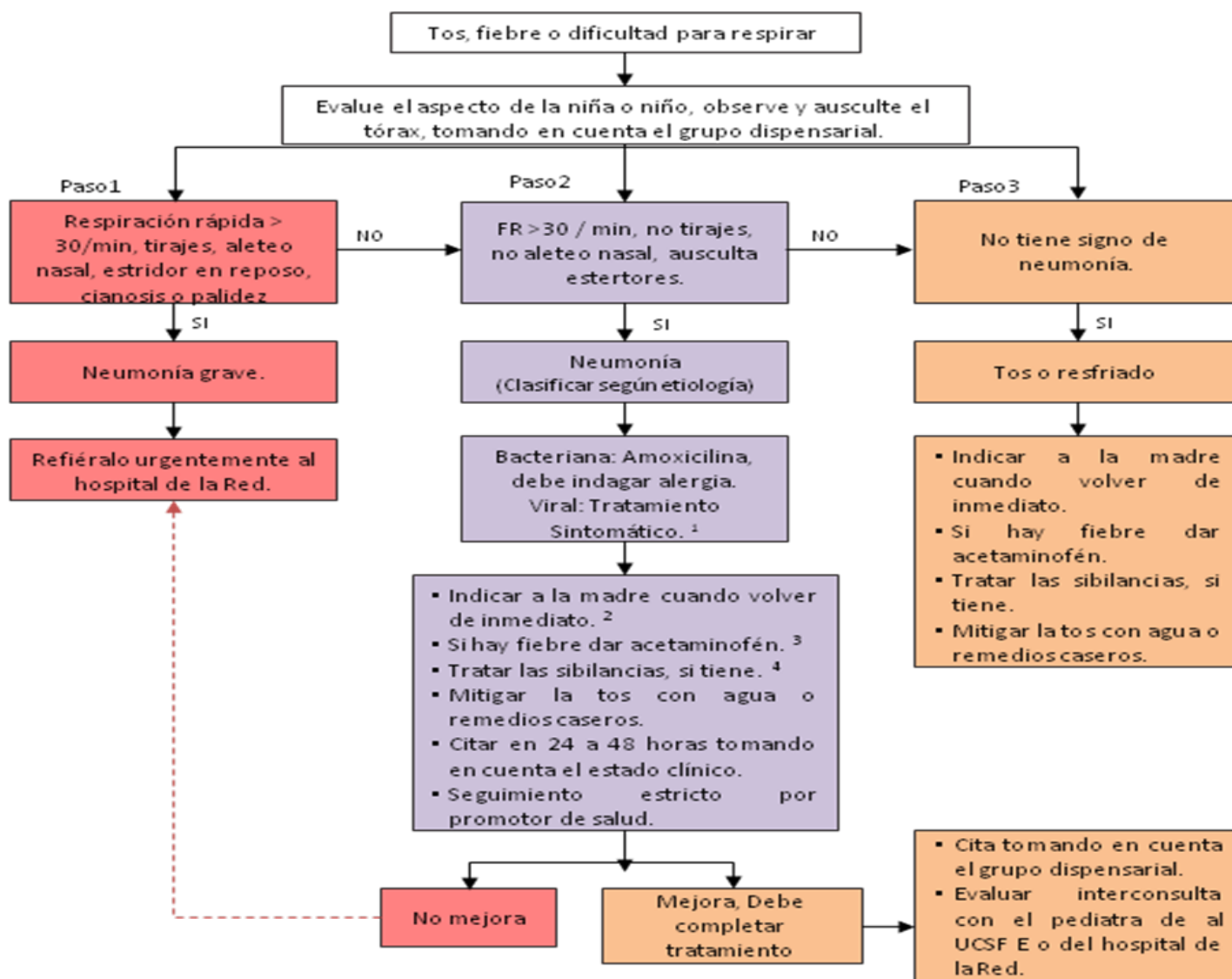
Preguntar

- ¿El niño o niña respira más lentamente?
- ¿Disminuyó la fiebre?
- ¿El niño o niña está comiendo mejor?

Tratamiento:

- Si hay algún signo general de peligro, se debe referir **URGENTEMENTE** al Ecos Especializado o al hospital de la red, para que sea evaluado por pediatra.
- Si el niño o niña está tomando un antibiótico y continúa con frecuencia respiratoria rápida y fiebre, se debe. continuar con el tratamiento y referir con el pediatra de la UCSFE u hospital de la red.
- Si la respiración ya no es rápida, si le disminuyó la fiebre o si come mejor, debe finalizar el tratamiento.

Flujograma de atención para niñas y niños de 5 a menor de 10 años con tos o dificultad respiratoria (neumonía)



1. Amoxicilina 250 mg/5 ml o Tableta de 500 mg a 80 – 90 mg/kg/día cada 8 horas por 10 días.
2. Entregar hoja recordatoria de signos de peligro.
3. Dar medidas antitérmicas y acetaminofén según peso de la niña o el niño.
4. Ver flujograma de atención de sibilancias.

Evaluar, clasificar y tratar los niños y niñas con infección de oído y garganta.

INFECCION DE OIDO

¿Tiene la niña o niño un problema de oído?

Si la respuesta es afirmativa	
Preguntar:	Observar (utilice otoscopio), palpar.
¿Tiene dolor de Oído? ¿Tiene secreción de oído? ¿Desde cuándo?	Observar si hay secreción de oído, tímpano rojo. Palpar para determinar si hay tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja.

¿Tiene la niña o niño un problema de oído?

Niño o niña menor de 5 años

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
- Tumefacción dolorosa al tacto	Mastoiditis.	- Referir urgentemente al hospital de la red, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles (Ver anexo 1) - Acompañar a la niña o niño al hospital y esperar a que sea recibido por el médico según Lineamientos técnicos de referencia, retorno e interconsulta.
- Secreción visible del oído o historia de ésta, menor de 14 días. - Dolor de oído. - Tímpano rojo	Otitis media aguda	- Dar un antibiótico oral durante 10 días. (Ver página 42) - Dar en el servicio de salud la primera dosis de acetaminofén para la fiebre. (38.5 °C o más) y/o el dolor. - Secar el oído con mechas si hay secreción. - Hacer cita para reevaluar en cinco días después.
Secreción visible del oído e historia de 14 o más días de evolución.	Otitis media crónica	- Secar el oído con mecha si hay secreción. - Referir al pediatra de la UCSFE o del hospital de la red para una mejor evaluación.
No tiene dolor de oído y no secreción de oído	No tiene infección de oído	Recomendar a la madre, padre o cuidador no usar hisopo.

¿Tiene la niña o niño un problema de oído?

Niño o niña de 5 a menor de 10 años

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
Tumefacción dolorosa al tacto	Mastoiditis.	- Referir urgentemente al hospital de la red, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles (Ver anexo 1). - Dar en el servicio de salud la primera dosis de acetaminofén para la fiebre. (38.5 °C o más) y/o el dolor. - Acompañar a la niña o niño al hospital y esperar a que sea recibido por el médico según Lineamientos técnicos de referencia, retorno e interconsulta.
-Secreción visible del oído o historia de ésta, menor de 14 días. -Dolor de oído. -Abombamiento timpánico y enrojecimiento.	Otitis media aguda	Dar un antibiótico oral durante 10 días. Dar en el servicio de salud la primera dosis de acetaminofén para la fiebre. (38.5 °C o más) y/o el dolor. Secar el oído con mechas si hay secreción. Seguimiento por promotor de salud al cuarto día, para verificar cumplimiento de indicaciones y recordar cita de re evaluación. Hacer cita para reevaluar en cinco días después.
Secreción visible del oído e historia de 14 o más días de evolución.	Otitis media crónica	Secar el oído con mecha si hay secreción. Referir al pediatra del Ecos Especializado o del hospital de la red para una mejor evaluación.
No tiene dolor de oído y no secreción de oído.	No tiene infección de oído	Recomendar a la madre, padre o cuidador no usar hisopo u otro objeto.

Enseñar a la madre, padre o cuidador como secar el oído.

Secar el oído por lo menos tres veces por día:

- . Lavarse bien las manos
- . Colocar un paño absorbente, formando una mecha (no usar papel desechable).
- . Colocar la mecha en el oído externo del niño o la niña.
- . Retirar la mecha cuando esté empapada.
- . Con una mecha limpia, repetir el procedimiento hasta que el oído esté seco.
- . No dejar tapado el oído permanentemente.

Dar antibiótico oral para otitis media aguda.

Medicamento*	Presentación	Dosificación	Duración de tratamiento
Amoxicilina	Frasco con polvo para reconstruir (250 mg / 5ml) o tab de 500	80 - 90 mg / Kg / día cada 8 horas	10 días para otitis media aguda.
Claritromicina**	Frasco con polvo para reconstruir (250 mg / 5ml) o tab de 500	15 mg / Kg / día cada 12 horas	Por 7 días a 10 días.
Trimetoprim** sulfametoxazol	40 mg Trimetoprim+ 200 mg sulfametoxazol por 5 ml o tab (160/800)	10 mg / Kg / día cada 12 horas (en base al Trimetoprim).	10 días para otitis media aguda.

* De acuerdo a disponibilidad

** Alternativos para niños alérgicos a las penicilinas

El personal de cualquier establecimiento de salud del primer nivel de atención, debe:

Dar la primera dosis de medicamento.

Enseñar a la madre, padre o cuidador como preparar y administrar el medicamento.

Entregar a la madre, padre o cuidador el medicamento preparado (suspensión) con su copita dosificadora.

Tomar en cuenta el número de frasco que dará de acuerdo con el volumen del frasco y días de tratamiento.

Donde exista encargado de farmacia él será el responsable.

Cita para reevaluar a la niña o niño con otitis media tomando en cuenta la clasificación del riesgo familiar y el grupo dispensarial.

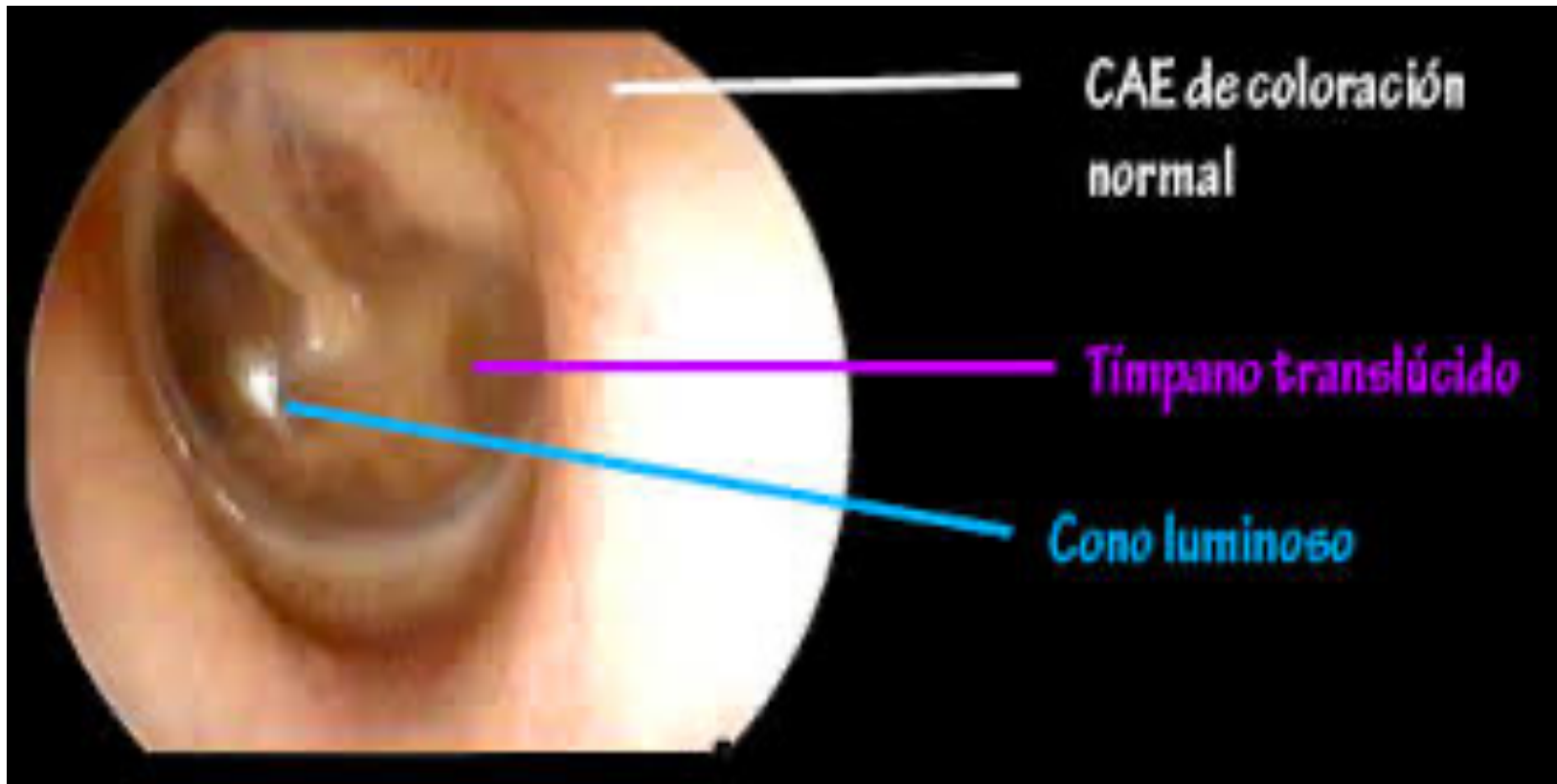
Después de cinco días:

- Reevaluar el problema de oído. (Consultar el cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR en página 57).
- Tomar la temperatura del niño o la niña.

Tratamiento:

- Si hay una tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja, referir URGENTEMENTE al Ecos Especializado o al hospital de la red.
- Otitis media aguda: si el dolor de oído o la secreción persiste, continuar con el mismo antibiótico durante cinco días más, hasta completar diez días, y continuar secando el oído con mechas. Citarlo para nueva reevaluación en cinco días.
- Si después de diez días de tratamiento, el niño sigue igual, referirlo al hospital.
- Otitis media crónica: comprobar que la madre esté secando el oído correctamente con mechas y que ha disminuido o desaparecido la secreción, si cumple con las indicaciones y tratamiento dado por especialista, si lo ha realizado elogiar a la madre e incentivar a que lo complete. Si la secreción persiste después de 2 semanas de secar adecuadamente el oído, referir al hospital.
- Si no hay dolor de oído ni secreción, elogiar a la madre y motivar a que finalice el tratamiento.

OTOSCOPIA NORMAL



OTITIS MEDIA



INFECCION DE GARGANTA

¿Tiene la niña o niño un problema de garganta?

Si la respuesta es afirmativa	
PREGUNTAR:	OBSERVAR (UTILICE OTOSCOPIO), PALPAR.
¿Tiene dolor de garganta?	• Palpar si en el cuello hay ganglios crecidos y dolorosos. • Observar en la garganta si hay exudado blanco. • Observar si la garganta está eritematosa.

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
• Ganglios linfáticos del cuello crecidos y dolorosos, y • Exudado blanco en la garganta.	INFECCIÓN BACTERIANA DE GARGANTA.	• Dar un antibiótico (ver cuadro abajo) y cumplir la primera dosis en el establecimiento de salud. • Dar un remedio inocuo para aliviar el dolor de garganta. • Dar en el establecimiento la primera dosis de acetaminofén para la fiebre (38.5 °C o más) o para el dolor. • Citar a los cinco días (ver página 117).
• Garganta eritematosa o • Dolor de garganta sin ganglios delcuello, crecidos o dolorosos.	FARINGITIS VIRAL	• Indicar para el dolor de garganta un remedio casero inocuo. • Dar en el servicio de salud la primera dosis de acetaminofén para la fiebre (38.5 °C o más) o el dolor. • Indicar a la madre cuando debe volver de inmediato.
• No tiene dolor de garganta ni está eritematosa, ni exudados blancos, ni ganglios crecidos o dolorosos.	NO TIENE FARINGITIS	• Orientar a la madre, padre o cuidador recomendaciones sobre signos de peligro.

Recordar que en las niñas y niños hasta los dos años , son infecciones virales.

Dar un antibiótico para la infección de garganta

Medicamento	Presentación	Dosificación	Duración de tratamiento
Penicilina benzatínica	Frasco vial 1.2 millones de UI	50,000 UI / Kg de peso sin sobrepasar 1,200,000 UI	Dosis única.
Amoxicilina	Suspensión en polvo (250 mg / 5 ml) o Tableta de 500 mg	80 – 90 mg/kg/día cada 8 horas	10 días.
Claritromicina*	Suspensión (250 mg / 5 ml) o tableta de 500 mg.	15 mg/Kg/día cada 12 horas	7 días.

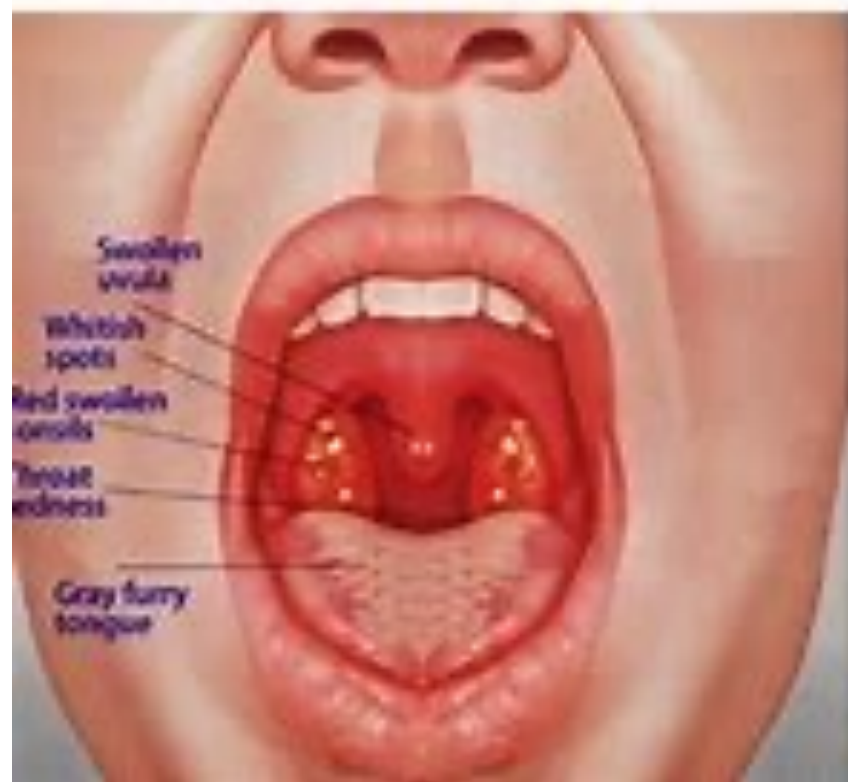
* Si es alérgico a la penicilina.

Cita para reevaluar a la niña o niño con infección bacteriana tomando en cuenta la clasificación del riesgo familiar y el grupo dispensarial.

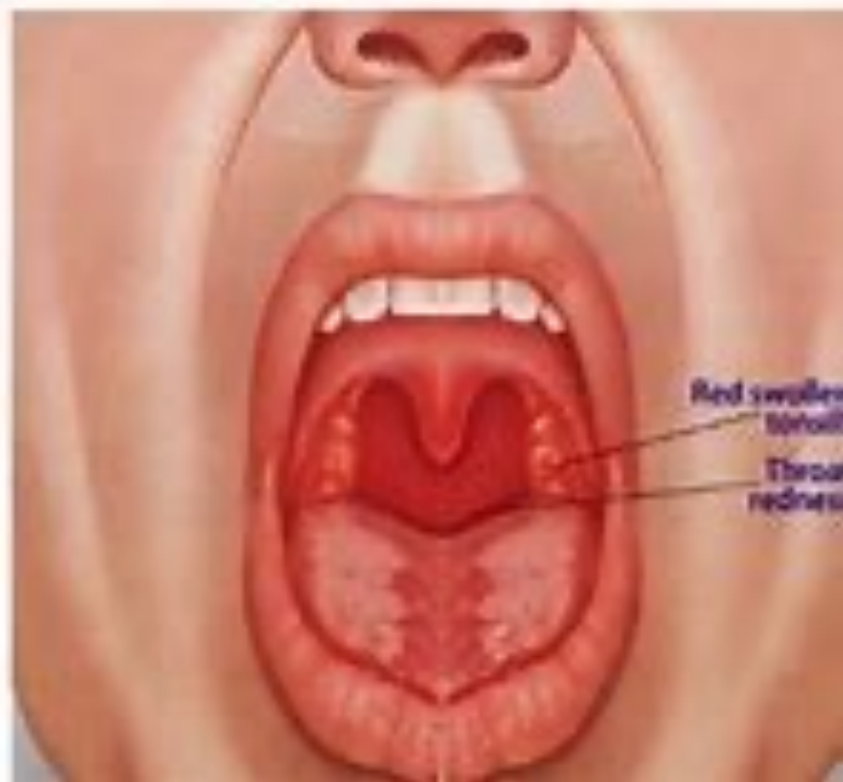
A los cinco días:

- Reevaluar el problema de garganta (consultar el cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR en página 116).
- Verificar la persistencia de ganglios linfáticos (crecimiento, tumefacción, movilidad, dolor y aumento en el número). Si persiste, referir al pediatra del Ecos Especializado o del hospital de la red.
- Examine garganta para ver exudados.

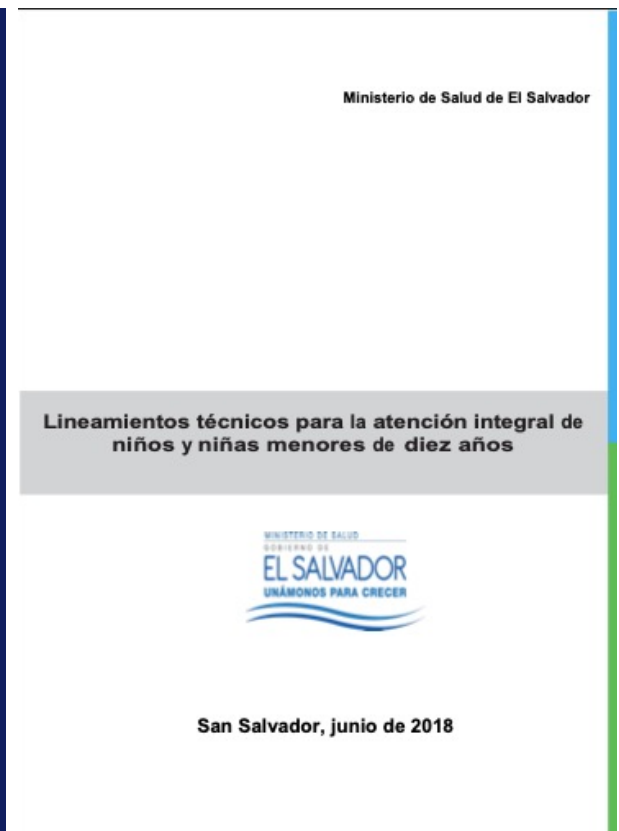
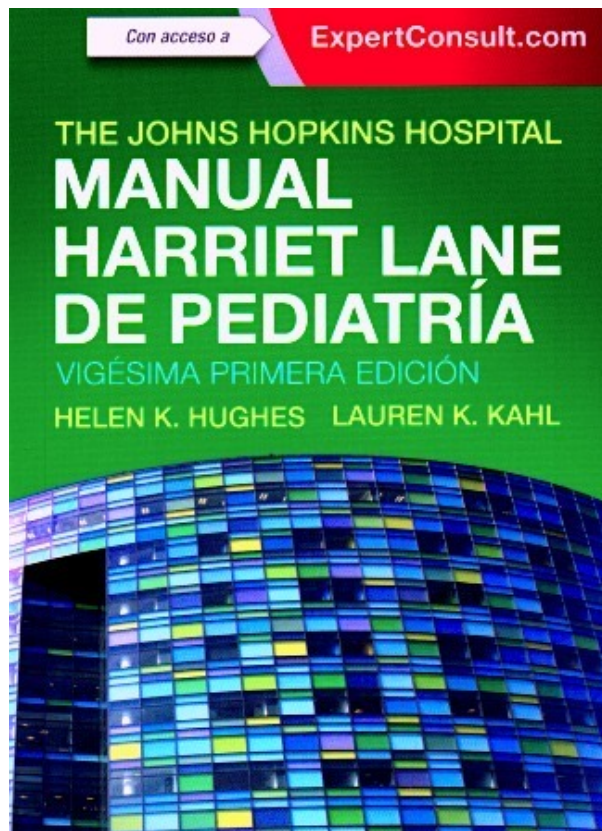
Bacterial



Viral







DOCUMENTOS A CONSULTAR



GOBIERNO DE
EL SALVADOR

MINISTERIO
DE SALUD