

Atención en la estrategia de Salas ERA

Mesa técnica

Fecha 22/05/2020

Versión 2

SURA tiene disponible para el equipo de salud, guías, protocolos y lineamientos que buscan orientar sobre el abordaje integral de nuestros asegurados.

Este documento tiene como orientar para la atención de niños y niñas menores de 6 años en la estrategia de Salas ERA y su alcance en fase de mitigación son las IPS Convencionales¹.

Contenido

Atención en la estrategia de Salas ERA	1
1. Definición Sala ERA	2
2. Consideraciones.	2
3. Propósito de las salas ERA	2
4. Criterios de atención	3
4.1. Criterios Generales	3
4.2. Aspectos a tener en cuenta	3
5. Patologías que aplican	4
5.1. Bronquiolitis	4
5.2. Crup leve o moderado	4
5.3. Episodio sibilante recurrente	5
6. Alta y recomendaciones	5
7. Insumos y medicamentos disponibles	7
8. Bibliografía:	8

¹ Son IPS básicas con la operación y horario habitual, tendrán servicio de atención prioritaria y se les adaptará una ruta liviana con aislamiento en caso de recibir pacientes con sospecha de COVID 19. Pudieran o no tener consulta programada dependiendo de las necesidades de las rutas de poblaciones en riesgo y de la evolución de la fase de mitigación



1. Definición 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 prestadoras de servicios de salud de todos los grados de complejidad.

De acuerdo con la Resolución 3100 de 2019, la Sala ERA (Enfermedad Respiratoria Aguda) a nivel institucional puede hacer parte del servicio de consulta externa, consulta prioritaria o de urgencias. Para esto se debe definir un espacio en el cual se disponga de los insumos necesarios para brindar soporte en el manejo ambulatorio a los pacientes con cuadro respiratorio agudo o con algún componente de dificultad respiratoria no complicado y que no requiere hospitalización.

2. Consideraciones.

La atención en Sala ERA está organizada para niños con diferentes tipos de enfermedad respiratoria, principalmente asociada con cuadro bronco obstructivo agudo e infección respiratoria aguda, incluyendo la atención de agudizaciones de cuadros recurrentes o crónicos.

Ante la epidemia del COVID-19 se considera como una estrategia que permite atender preferiblemente a la población infantil con síntomas respiratorios leves o moderados de forma individualizada, con estancias cortas y asegurar el seguimiento de todos los casos, lo que disminuye la congestión en los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa por patología respiratoria no complicada.

La priorización de la atención en Sala ERA de niños y niñas menores de 6 años, implica que se deben seguir fortaleciendo los procesos definidos para el primer pico respiratorio de Infección Respiratoria Aguda, cómo lo indica el programa nacional, comprendiendo la dinámica actual de expansión de servicios de salud a expensas de un probable incremento de hospitalización de adultos y adultos mayores, pero sin desconocer la necesidad de atender cuadros de IRA en la población infantil de manera organizada y en lo posible diferencial para evitar sobreinfecciones con los cuadros respiratorios de la población adulta.

3. Propósito de las salas ERA

Disminuir la morbilidad y mortalidad por enfermedad respiratoria aguda, manejando los casos tempranamente y de manera estandarizada. Esto incluye facilitar el diagnóstico, la clasificación de severidad y la identificación de factores de riesgo, lo que permitirá racionalizar la hospitalización, el nivel de hospitalización, el uso de paraclínicos, el uso de antibióticos y de las medidas de higiene bronquial.



Tiene como pilar la educación al paciente y sus cuidadores para el manejo en casa, la detección temprana de signos de alarma y posterior seguimiento de los casos atendidos con el fin verificar la evolución del cuadro y recalcar las medidas sobre el cuidado y la disminución de la transmisión a los demás integrantes de la familia.

4. Criterios de atención

4.1. Criterios Generales

- Tener una edad mayor de 2 meses.
- Presentar una dificultad respiratoria de leve intensidad, que requiera suministro de Oxígeno a menos de 1 litro por minuto por cánula nasal, para lograr saturación de Oxígeno adecuada para la altitud.
- No presentar ningún signo de gravedad ni de peligro (Vomita todo, no come nada, alteración de la conciencia, convulsiones).
- No tener factores de riesgo que le generen de por sí, connotación de gravedad a cualquier episodio de dificultad para respirar así sea de leve intensidad (bajo peso al nacer, prematurez, desnutrición, esquema de vacunación incompleto, entre otros)
- Estar en capacidad de ingerir líquidos vía oral, sin necesidad de administración de líquidos intravenosos.
- Requerir, a criterio del médico atención por un período breve (máximo 6 horas), para lograr una respuesta satisfactoria.
- Deben usar medicación convencional y continuar con su tratamiento controlado.
- En niños que cumplan con criterio de caso sospechoso o confirmado para COVID-19 se requiere extremar las medidas de protección y aislamiento para ellos y sus familiares, de acuerdo con la guía de abordaje COVID-19

4.2. Aspectos a tener en cuenta

- Todo niño que asista con sintomatología respiratoria se le ofrecerá una mascarilla quirúrgica a excepción de los niños menores de dos años, los cuales debe permanecer en brazos de sus cuidadores. Los niños mayores de dos años que no permitan la colocación de mascarilla deberán permanecer al lado de los cuidadores y a dos metros como mínimo de las demás personas.
- Si se clasifica el niño como caso probable (sospechoso) COVID-19, continuará manejo de acuerdo con la guía de abordaje vigente.
- Es fundamental informar a familiares, cuidadores y al mismo niño la situación de manera clara, sencilla, completa, con espacio y disposición de resolución de dudas.

5. Patologías que aplican

El ingreso a Sala ERA admite niños en quienes se realice diagnóstico de las siguientes patologías, para lo cual se establece realizar el abordaje descrito a continuación en la sala y aplicar las guías de práctica clínica específicas para cada una de las patologías.

5.1. Bronquiolitis

- Inicie aporte de oxígeno por cánula nasal para saturación mayor al 90% (máximo a 1 lt/min, de requerir mayor concentración no cumple con criterio de Salas ERA).
- Aseo nasal con suero fisiológico.
- Asegurar continuación de lactancia materna e ingesta de líquidos orales.
- Si existe **historia familiar de padres asmáticos o personal de dermatitis atópica**, se deberá considerar el uso de salbutamol inhalador de dosis medida como terapia de prueba así:
 - 2 Inh c/10 minutos en 30 minutos 3 veces
 - 2 Inh c/20 minutos en 60 minutos 3 veces
 - 2 Inh c/60 minutos en 3 horas 3 veces
- Manejo de fiebre con antipiréticos orales, a dosis seguras e indagando si hay administración previa de los mismos.
- Monitorización de signos vitales, signos de dificultad respiratoria, estado de hidratación y estado de consciencia.
- Después de cada ciclo de inhalador revalorar signos de mejoría, una vez transcurridas dos horas de tratamiento evaluar respuesta terapéutica, de ser satisfactoria se completará el esquema. Si han transcurrido dos horas y hay deterioro de signos de dificultad respiratoria, se decidirá manejo intrahospitalario y el manejo se definirá de acuerdo con guía de manejo clínico respectiva.
- Educación al cuidador.

5.2. Crup leve o moderado

- Inicie aporte de oxígeno por cánula nasal para saturación mayor al 90%.
- Administre dexametasona única dosis de 0,3 mg/kg intramuscular en Crup leve. (puede prescribirse, si cuenta con ella, vía oral)
- En **Crup moderado** adicionar nebulización con adrenalina dosis única de 2.5 ampollas directas sin diluir) en menores de 2 años o 10 kg y 5 ampollas directas sin diluir, en mayores de 2 años o 10 kg. **TENGA EN CUENTA QUE SI REQUIERE PRESCRIBIR ESTA NEBULIZACIÓN DEBE UTILIZAR TODAS LAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN PERSONAL.** Si tiene alguna inquietud, y cuenta con el recurso dentro de su IPS, consulte al pediatra.

- Manejo de fiebre con antipiréticos orales, a dosis seguras e indagando si hay administración previa de los mismos.
- Monitorización de signos vitales, signos de dificultad respiratoria, estado de hidratación y estado de consciencia.
- Educación al cuidador.

5.3. Episodio sibilante recurrente

- Inicie aporte de oxígeno por cánula nasal para saturación mayor al 90% (máximo a 1 lt/min, de requerir mayor concentración no cumple con criterio de Salas ERA).
- Aseo nasal con suero fisiológico.
- Asegurar continuación de lactancia materna e ingesta de líquidos orales.
- Iniciar esquema con salbutamol inhalador de dosis medida así:
 - 2 Inh c/10 minutos en 30 minutos 3 veces
 - 2 Inh c/20 minutos en 60 minutos 3 veces
 - 2 Inh c/60 minutos en 3 horas 3 veces
- Administrar primera dosis de corticoide oral, prednisolona 1 mg/k/día, la cual se continuará por 3 a 5 días.
- Manejo de fiebre, en caso de presentarse, con antipiréticos orales, a dosis seguras e indagando si hay administración previa de los mismos.
- Monitorización de signos vitales, signos de dificultad respiratoria, estado de hidratación y estado de consciencia.
- Después de cada ciclo de inhalador revalorar signos de mejoría, una vez transcurridas dos horas de tratamiento evaluar respuesta terapéutica, de ser satisfactoria se completará el esquema. Si han transcurrido dos horas y hay deterioro de signos de dificultad respiratoria, se decidirá manejo intrahospitalario y el manejo se definirá de acuerdo con guía de manejo clínico respectiva.
- Educación al cuidador.

Los niños que tengan diagnóstico de rinofaringitis aguda, o cuya gravedad permitan manejo ambulatorio, no ingresarán a sala ERA, desde el momento de la consulta inicial se continuará manejo en casa haciendo énfasis en la educación al cuidador en los tres mensajes clave. Así mismo, quienes cursen con diagnóstico de Neumonía, requerirán manejo antibiótico en casa o intrahospitalaria, no cumplen con criterios de ingreso a sala ERA.

6. Alta y recomendaciones

Una vez se realiza el tratamiento y observación en sala ERA, se observa mejoría clínica, acepta y tolera vía oral, se encuentra sin signos de peligro y se logra suspensión de oxígeno suplementario para lograr oximetrías normales a aire



ambiente, y no hay signos de dificultad respiratoria, se decidirá egreso con las siguientes recomendaciones, haciendo mucho énfasis en las medidas de prevención para COVID 19:

1. Educación al cuidador y al niño. ¿Cómo evitar que el niño/adulto mayor se enferme? ¿Cómo cuidar al niño/adulto mayor en casa? ¿Cuándo consultar al médico?
2. Asegurar seguimiento y control: el cual debe ser entre las 48 y 72 horas una vez ha egresado, sea de forma telefónica, virtual o presencial. Se indagará por evolución del niño y presencia de signos de alarma, adicionalmente se reforzarán las medidas de prevención.
3. Continuará con las atenciones definidas para su grupo de edad: esquema completo de vacunación y controles médicos en caso de pertenecer a un grupo definido como población vulnerable.

Continuar la lactancia materna

Mensajes claves:

- La lactancia es segura y compatible.
- Sin riesgo para la lactancia y el lactante.

Alimentación complementaria

Mensajes claves:

- Iniciar la alimentación complementaria.
- Dar preferencia a productos fortificados para evitar deficiencias.
- Seguir medidas de higiene.

Consumo de micronutrientes

Mensaje clave:

- Ofrecer alimentos ricos en vitamina D como el huevo, leche, pescado, aguacate (poca exposición solar).

Afecto, cariño y estimulación temprana

Mensajes claves:

- Hacer actividades especiales en familia (rutinas).
- Explicar a los niños con amor por qué no deben salir de casa.
- Utilice cuentos o actividades lúdicas para explicar en forma sencilla y clara que es un virus
- Ayude a gestionar las emociones y protege su bienestar emocional.
- Evita que se expongan a noticias.
- Evita involucrarlos en conversaciones de adultos sobre la situación.

Hay que vacunar a todos los niños

Mensajes claves:

- Hay que continuar con el esquema de vacunación establecido para la edad.
- No existe contraindicación para que el niño pueda ser vacunado.



Saneamiento básico

Mensajes claves:

- Lávese las manos con frecuencia durante al menos 20 segundos.
- Desinfecte las superficies regularmente (agua + hipoclorito) objetos de uso permanente (juguetes).
- Limpia con jabón todas las frutas y verduras bajo el chorro de agua.
- Refrigerar a 4°C o menos todas las frutas y verduras y mantenerlas lejos de las carnes, pescados, mariscos y aves crudas.
- Evita comprar y comer alimentos en la calle.

Alimentación del niño enfermo en el hogar

Mensaje clave:

- Continúe la alimentación de siempre y ofrezca más líquidos, y en especial leche materna.

Tratamiento en casa del niño enfermo

Mensajes claves:

- Evitar el contacto con personas fumadores.
- Lavado de manos.
- Hay que enseñar a los niños y sus padres a toser y estornudar.
- Ventilar adecuadamente la casa y el cuarto del niño.
- El niño debe ser cuidado en el hogar y cumplir con las medidas de aislamiento.

Buen trato y cuidado permanente de los niños

Mensajes claves:

- Conversa con el niño y explícale que es el coronavirus para que sean conscientes de la importancia de su protección y la de los demás.
- Detectar malentendidos que pueden estar afectando la percepción de salud y enfermedad.
- Evite que el niño utilice estereotipos o prejuicios: “mi vecino chino es un coronavirus” “si tu abuela tose se va a morir” “hay que alejarse de los viejos.
- El ejemplo vale más que mil palabras (lavado de manos, tranquilidad).

Identificar signos de peligro

Mensajes claves:

- El niño respira rápida y agitadamente; cuando respira se queja y hace ruidos, se le hunde el estómago y se le ven las costillas.
- Si el niño no quiere mamar, no se quiere despertar, le dan convulsiones, vomita todo lo que come.

Seguir las recomendaciones del personal de salud

Mensajes claves:

- Hay que seguir los consejos del personal de salud acerca del tratamiento, el seguimiento o la referencia a otro servicio.

7. Insumos y medicamentos disponibles



- Sillas para atención de niñas y niños.
- Sillas para los padres o cuidadores.
- Fonendoscopio, tensiómetro, termómetro.
- Guantes, batas, tapabocas, toallas de papel, insumos para lavado de manos.
- Oxímetro de pulso.
- Cánulas nasales para las diferentes edades.
- Inhalo cámaras.

De igual forma se debe tener acceso a los siguientes medicamentos requeridos para iniciar manejo en Sala ERA:

- Oxígeno
- Prednisolona tabletas de 5 mg
- Dexametasona solución inyectable 8 mg/2ml
- Salbutamol IDM 100 mcg/puff
- Adrenalina ampolla 1mg/1ml

Se debe realizar la consolidación mensual de casos atendidos a través del “Formato individual de Sala ERA” y posterior remisión al referente de programa IRA de su territorio.

8. Bibliografía:

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la atención en la estrategia de salas ERA en el contexto de la epidemia de COVID-19 en Colombia. Bogotá; 2020.
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.
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. Ministerio de Salud y Protección Social Lineamientos para la prevención, diagnóstico, manejo y control de casos de Influenza Bogotá, junio de 2018
6. Instituto Nacional de Salud Protocolo de Vigilancia en Salud Pública Infección respiratoria aguda. Bogotá 2017.
7. Callén Blecua M T, Esteller Carceller M. Laringitis y resfriado común. Form Act Pediatr Aten Prim. 2013;6;194-202
8. Smith D, Mcdermott A, Sullivan J. Croup: Diagnosis and Management. Am Fam Physician. 2018;97(9):575-580.
9. Kyler K, McCulloh R. Current Concepts in the Evaluation and Management of Bronchiolitis. Infectious Disease Clinics of North America. 2018;32(1):35-45.