

Resumen Ejecutivo
Guía de Práctica Clínica
Infecciones Respiratorias Agudas de niños y niñas menores de 5
años de manejo ambulatorio
Aprobada por Resolución Exenta N°----- de fecha -----



Resumen Ejecutivo Guía de Práctica Clínica de Infecciones Respiratorias Agudas de niños y niñas menores de 5 años de manejo ambulatorio
Versión completa de la Guía de Práctica Clínica de Infecciones Respiratorias Agudas de niños y niñas menores de 5 años de manejo ambulatorio

<https://diprece.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-auge-o-ges>

MINISTERIO DE SALUD. RESUMEN EJECUTIVO GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS DE MANEJO AMBULATORIO

Con esta nueva versión se deja sin efecto la GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS DE MANEJO AMBULATORIO, año 2013

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de diseminación y capacitación. Prohibida su venta.

Fecha de Publicación: 2024



W

ÍNDICE

ÍNDICE	2
RECOMENDACIONES DE LA GUÍA	3
DESCRIPCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DEL PROBLEMA O CONDICIÓN DE SALUD	8
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD	8
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (6)	8
OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	10
OBJETIVO GENERAL	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
TIPO DE PERSONAS Y ESCENARIO CLÍNICO.....	10
USUARIOS DE LA GUÍA.....	10
MÉTODOS	10
PRIORIZACIÓN DE PREGUNTAS CLÍNICAS.....	11
ELABORACIÓN DE RECOMENDACIONES.....	12
CÓMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES.....	13
CERTeza DE LA EVIDENCIA	14
EQUIPO ELABORADOR.....	15
PANEL DE EXPERTOS.....	16
RESPONSABLES DE LA BÚSQUEDA Y SÍNTESIS DE EVIDENCIA.....	17
RESPONSABLES DE LA EVALUACIÓN ECONÓMICA	17
DISEÑO, EDICIÓN, DESARROLLO Y MANTENCIÓN PLATAFORMA WEB.....	17
DECLARACIÓN DE POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS.....	17
FINANCIAMIENTO DE LA GUÍA	18
REFERENCIAS	18



RECOMENDACIONES DE LA GUÍA

RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN	CERTEZA EN LA EVIDENCIA
RECOMENDACIONES: TRATAMIENTO		
<p>En lactantes con bronquiolitis, el Ministerio de Salud recomienda no usar corticoides sistémicos.</p> <p><i>Justificación</i></p> <p>El panel consideró que no existe un beneficio neto al añadir corticoides sistémicos al cuidado estándar. Los eventos adversos más frecuentes de los corticoides sistémicos fueron vómitos, temblores y diarrea.</p>	FUERTE	MUY BAJA ⊕○○○
<p>En lactantes con bronquiolitis, el Ministerio de Salud sugiere no añadir broncodilatadores al cuidado estándar.</p> <p><i>Justificación</i></p> <p>El panel consideró que probablemente no hay un beneficio neto al añadir broncodilatadores al cuidado estándar. Los eventos adversos más frecuentes del uso de broncodilatadores fueron aumento de la frecuencia cardíaca, temblores e hiperactividad. Respecto a los factores contextuales, el uso de broncodilatadores implica costos despreciables para el Sistema Público de Salud. El panel consideró que el uso de broncodilatadores sí es una intervención aceptable por las partes interesadas y sí es viable de implementar.</p>	CONDICIONAL	BAJA ⊕⊕○○
<p>En lactantes con bronquiolitis, el Ministerio de Salud, sugiere no añadir nebulización con solución hipertónica al cuidado estándar.</p> <p><i>Justificación</i></p> <p>El panel consideró que probablemente no hay un beneficio neto al añadir nebulización con solución hipertónica al cuidado estándar. Los eventos adversos más frecuentemente para el uso de solución hipertónica fueron exacerbación de la tos, bradicardia y vómitos. Respecto a los factores contextuales, realizar nebulización con solución hipertónica implica costos despreciables para el Sistema Público de Salud. El panel consideró que la nebulización con</p>	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕○○○

<p>solución hipertónica probablemente sí es aceptable por las partes interesadas y probablemente no es viable de implementar.</p>		
<p>En lactantes con bronquiolitis, el Ministerio de Salud sugiere no añadir kinesioterapia respiratoria (técnica manual) al cuidado estándar.</p> <p><i>Justificación</i></p> <p>El panel consideró que probablemente no hay un beneficio neto al añadir kinesioterapia respiratoria (técnica manual) al cuidado estándar. No se reportan eventos adversos serios para la kinesioterapia respiratoria en los estudios incluidos en el análisis. El panel consideró que la kinesioterapia respiratoria manual probablemente sí es una intervención aceptable por las partes interesadas y sí es viable de implementar.</p>	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕○○○
<p>En niños y niñas menores de 5 años con laringitis obstructiva, el Ministerio de Salud sugiere el uso de prednisona, prednisolona oral o dexametasona oral.</p> <p><i>Justificación</i></p> <p>El panel consideró que probablemente no hay diferencias en el efecto neto entre ambas alternativas (prednisona o prednisolona en comparación con dexametasona oral). Los eventos adversos más frecuentes reportados para prednisona y prednisolona fueron vómitos. Respecto a los factores contextuales, el uso de prednisona o prednisolona implica costos despreciables para el Sistema Público de Salud. El panel consideró que el uso de prednisona o prednisolona probablemente sí es aceptable por las partes interesadas y sí es viable de implementar.</p>	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕○○○
<p>En niños y niñas entre 2 y 5 años con sibilancias moderadas a graves el Ministerio de Salud recomienda no añadir azitromicina al cuidado estándar.</p> <p><i>Justificación</i></p> <p>El panel consideró que se observa un daño neto importante al añadir azitromicina al tratamiento estándar en niños y niñas con sibilancias. Los eventos adversos más frecuentes fueron gastrointestinales y podría contribuir a la resistencia bacteriana.</p>	FUERTE	MODERADA ⊕⊕⊕○

<p>En niños y niñas menores de 5 años con neumonía bacteriana, el Ministerio de Salud recomienda usar dosis baja de amoxicilina de 50 mg/kg/día por sobre el uso de dosis altas de 90 mg/kg/día.</p> <p><i>Justificación</i></p> <p>El panel consideró que no se observa un beneficio neto importante al usar altas dosis de amoxicilina en comparación a dosis bajas de amoxicilina. Ambos esquemas se asocian con efectos adversos, principalmente gastrointestinales y podrían contribuir a la resistencia bacteriana.</p>	FUERTE	MODERADA ⊕⊕⊕○
<p>En niños y niñas menores de 5 años con sibilancias por obstrucción bronquial, el Ministerio de Salud sugiere no añadir kinesioterapia respiratoria (técnica manual) al cuidado estándar.</p> <p><i>Justificación</i></p> <p>El panel consideró que probablemente no hay un beneficio neto al añadir kinesioterapia respiratoria (técnica manual) al cuidado estándar. No se reportan eventos adversos serios para la kinesioterapia respiratoria en los estudios incluidos en el análisis. El panel consideró que la kinesioterapia respiratoria manual probablemente sí es una intervención aceptable por las partes interesadas y sí es viable de implementar.</p>	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕○○○
<p>En niños y niñas entre 2 y 5 años con sibilancias, el Ministerio de Salud sugiere añadir corticoides orales al cuidado estándar.</p> <p><i>Justificación</i></p> <p>El panel consideró que probablemente hay un beneficio neto pequeño al añadir corticoides orales al cuidado estándar. Los eventos adversos más frecuente para el uso de corticoides fueron vómitos. Respecto a los factores contextuales, utilizar corticoides orales implica costos despreciables para el Sistema Público de Salud. El panel consideró que el uso de corticoides orales sí es una intervención aceptable por las partes interesadas y sí es viable de implementar.</p>	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕○○○
<p>En niños y niñas menores de 5 años con sibilancias el Ministerio de Salud sugiere usar salbutamol por sobre usar bromuro de ipratropio.</p>	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕○○○



<p><i>Justificación</i></p> <p>El panel consideró que ambos medicamentos podrían tener un perfil de seguridad similar (salbutamol en comparación a bromuro de ipratropio). Los eventos adversos más frecuentes con ambos medicamentos fueron arritmias. Respecto a los factores contextuales, el uso de bromuro de ipratropio implica costos despreciables para el Sistema Público de Salud. El panel consideró que el uso de bromuro de ipratropio es una intervención que probablemente es aceptable por las partes interesadas, pero que podría no estar disponible en todos los centros de salud.</p>		
<p>En niños y niñas menores a 5 años con neumonía bacteriana, el Ministerio de Salud recomienda el uso de esquema corto (5 días) de antibióticos por sobre un esquema largo de uso de antibióticos.</p> <p><i>Justificación</i></p> <p>El panel consideró que no se observa un beneficio neto al usar esquemas prolongados de antibióticos. Por el contrario, podrían aumentar el riesgo de efectos adversos, como diarrea o exantema y contribuir a una mayor resistencia bacteriana.</p>	FUERTE	ALTA ⊕⊕⊕⊕
<p>En niños y niñas menores de 5 años con infección respiratoria aguda baja de sospecha viral (IRAB), el Ministerio de Salud recomienda no añadir antibióticos al cuidado estándar.</p> <p><i>Justificación</i></p> <p>El panel consideró que añadir antibióticos al cuidado estándar en infecciones que se presumen de origen viral probablemente genera un daño neto importante: aumento de efectos adversos, principalmente gastrointestinales, y contribuir a una mayor resistencia bacteriana.</p>	FUERTE	MODERADA ⊕⊕⊕○
<p>En niños y niñas menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas, el Ministerio de Salud sugiere no añadir antialérgicos al cuidado estándar.</p> <p><i>Justificación</i></p> <p>El panel consideró que probablemente no hay un beneficio neto al añadir antialérgicos orales al cuidado estándar. Los eventos adversos más frecuentes de los antialérgicos fueron vómitos.</p>	CONDICIONAL	BAJA ⊕⊕○○

Respecto a los factores contextuales, el uso de antialérgicos implica costos despreciables para el Sistema Público de Salud. El panel consideró que el uso de antialérgicos orales es una intervención que probablemente es aceptable por las partes interesadas y sí es viable de implementar.

En niños y niñas menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas, el Ministerio de Salud sugiere no añadir antitusivos al cuidado estándar.

Justificación

El panel consideró que probablemente no hay un beneficio neto al añadir antitusígenos orales al cuidado estándar. Los eventos adversos más frecuentes fueron hiperactividad, vómitos y náuseas. Respecto a los factores contextuales, el uso de antitusivos implica costos despreciables para el Sistema Público de Salud. El panel consideró que el uso de antitusivos orales es una intervención que probablemente es aceptable por las partes interesadas y sí es viable de implementar.

CONDICIONAL

BAJA



Las recomendaciones fueron formuladas durante el año 2023 -2024 utilizando metodología GRADE

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) constituyen una herramienta esencial en el ámbito de la atención médica al ofrecer recomendaciones fundamentadas en una minuciosa revisión sistemática de la evidencia científica disponible, por lo que se encuentran respaldadas por una evaluación ponderada de los riesgos y beneficios de las intervenciones médicas alternativas, jugando un papel crucial para proporcionar una base sólida para la toma de decisiones clínicamente informadas.

Sin perjuicio de lo anterior, las GPC no se encuentran ligadas intrínsecamente a un régimen de garantías específicas ni a los mecanismos de coberturas financieras determinadas en las leyes y reglamentos de nuestro país, por lo que únicamente se centran en optimizar la atención de salud a nivel individual y colectivo según corresponda.



DESCRIPCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DEL PROBLEMA O CONDICIÓN DE SALUD

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son enfermedades que afectan al sistema respiratorio alto y bajo; pueden ser de origen vírico, bacteriano o mixto y se transmiten a través de gotitas, aerosoles o por contacto. Los virus más importantes desde un punto de vista de salud pública son el virus respiratorio sincicial (VRS), el adenovirus y el virus de la influenza y parainfluenza (1); entre las bacterias destacan el *Streptococcus beta hemolítico grupo B* y gram (-), *Haemophilus influenzae* y *Streptococcus pneumoniae* (2).

Las IRA son la causa principal de morbilidad y mortalidad por enfermedad infecciosa en el mundo y afectan en especial a los niños, niñas y personas mayores. En nuestro país constituyen un problema de salud pública durante la temporada invernal, siendo un importante motivo de consulta en los servicios de salud, produciendo ausentismo escolar y laboral y determinando elevados costos sanitarios y pérdida de productividad. Debido a su significativo impacto, demanda un plan de acción anticipado, pertinente, atingente y coordinado de la Red de salud para enfrentarla (3).

En Chile el grupo de infecciones respiratorias en la población infantil son una de las principales causas de atención de morbilidad en APS; en servicios de urgencia y de hospitalización. Para el año 2023, del total de egresos hospitalarios de menores de 5 años, el 38% fue por causas respiratoria (47.148 egresos), siendo el grupo etario que más peso tiene en egresos por esta causa. Del total de egresos respiratorios, el 88% es por causa enfermedades respiratorias agudas (J00-J39) con 41.564 egresos, siendo la principal causa de hospitalización de menores de 5 años (4).

Con respecto a la atención en servicios de urgencia hospitalaria y de atención primaria, en el año 2023, del total de atenciones registradas en menores de 5 años (2.461.236 atenciones) 1.143.710 fueron por causa respiratoria (47%), de las cuales el 90% se clasificó según CIE-10 entre los códigos J00 a J21 (1.024.289 atenciones), representando la principal causa de consultas en servicios de urgencia en este grupo etario (5).

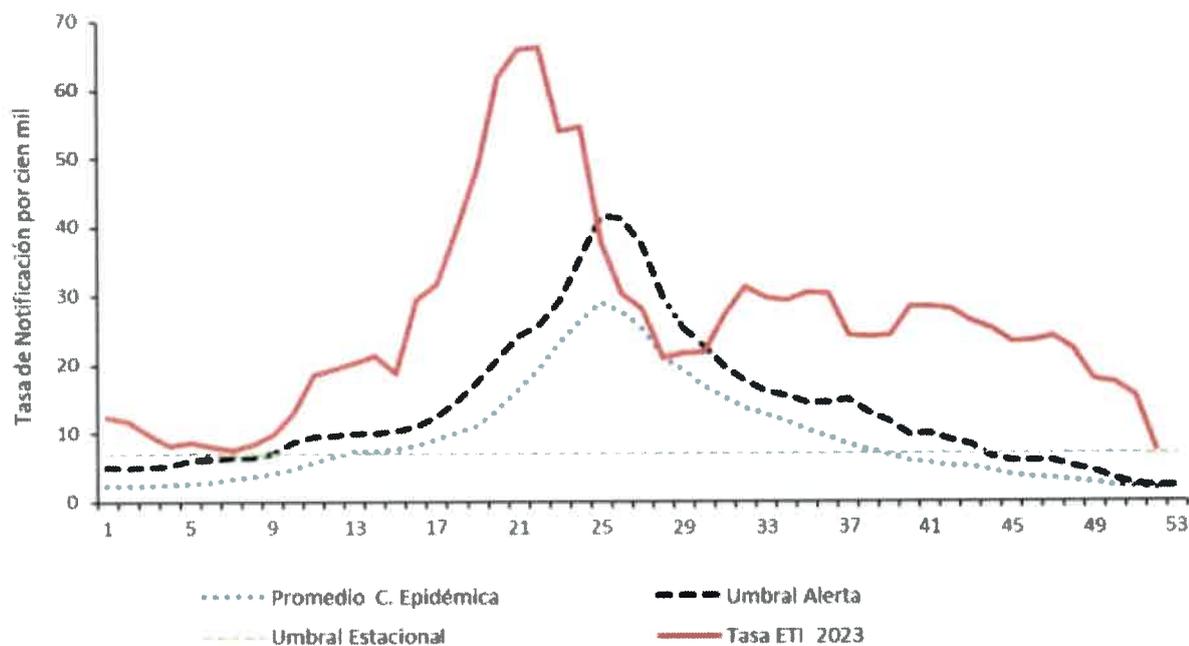
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (6).

En Chile a nivel ambulatorio de atención primaria se vigila la enfermedad tipo Influenza (ETI), la que considera todo paciente con fiebre (> a 38,5°C) y tos, asociado a algunos de los siguientes síntomas: mialgias, odinofagia o cefalea. La vigilancia es realizada en 43 centros de atención primaria (APS) del país, 24 de los cuales tienen confirmación etiológica en una muestra de casos notificados para virus respiratorios a través de PCR multiplex.



Resumen Ejecutivo Guía de Práctica Clínica de Infecciones Respiratorias Agudas de niños y niñas menores de 5 años de manejo ambulatorio
Para el año 2023, se calcularon las tasas a nivel nacional y regional por semana epidemiológica (SE), en base a población inscrita. Se presentan los niveles esperados de la curva epidémica a través de la metodología de umbrales de alerta. Como se observa en la figura 1, el año 2023 tuvo una curva de notificación por ETI muy por sobre a umbral de alerta con un peak en la semana 22 de 65,9 por 100.000.

Figura 1. Notificación de Enfermedad Tipo Influenza en establecimientos de salud de Atención Primaria según Semana Epidemiológica. Chile, SE 52 de 2023 (comparado con 2015-2019)



Fuente: Vigilancia centinela ETI. Depto. Epidemiología MINSAL



m

OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

OBJETIVO GENERAL

Generar recomendaciones, basadas en la mejor evidencia disponible, para el manejo clínico de niños y niñas menores de 5 años con infección respiratoria aguda de manejo ambulatorio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Entregar recomendaciones para el tratamiento clínico de manejo ambulatorio de niños y niñas menores de 5 años con infección respiratoria aguda.

TIPO DE PERSONAS Y ESCENARIO CLÍNICO

Niños y niñas menores de 5 años con diagnóstico de infección respiratoria aguda de manejo ambulatorio, tanto en el sector público como privado de salud.

USUARIOS DE LA GUÍA

Equipos clínicos del sistema público y privado que estén capacitados para el abordaje de este problema de salud.

MÉTODOS

Para la elaboración de esta Guía se constituyó un equipo elaborador compuesto por: responsables temáticos, metodólogos, responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia, expertos clínicos, representante de Instituto de Salud Pública, referentes del Ministerio de Salud y del Fondo Nacional de Salud (FONASA), quienes realizaron su declaración de conflictos de interés y confidencialidad. Las reuniones se desarrollaron de manera telemática en modalidad sincrónica y fueron guiadas por los coordinadores metodológicos en el desarrollo de los juicios respecto de los dominios de la tabla de la Evidencia a la Decisión (EtD). Se discutió cada juicio de manera abierta y se llegó a conclusión mediante consenso, y cuando esto no fue logrado en una primera instancia, se realizó votación a través de herramienta de la plataforma utilizada para la reunión telemática.

- Ver más detalle en [Equipo Elaborador y declaración de potenciales conflicto de intereses](#)

Para cada una de las preguntas de la guía se realizó una búsqueda electrónica amplia de revisiones sistemáticas y estudios aleatorizados en las bases de datos Cochrane *database of systematic reviews* (CDSR); PubMed; EMBASE desde su fecha de inicio hasta el año 2024. No se aplicaron restricciones en base al idioma o estado de publicación. Dos revisores de manera independiente realizaron la selección de los títulos y los resúmenes, la evaluación del



Resumen Ejecutivo Guía de Práctica Clínica de Infecciones Respiratorias Agudas de niños y niñas menores de 5 años de manejo ambulatorio
 texto completo y la extracción de datos. Un tercer miembro del equipo resolvió cualquier discrepancia entre los distintos revisores. Adicionalmente se realizó una búsqueda de estudios de valores y preferencias de las personas.

PRIORIZACIÓN DE PREGUNTAS CLÍNICAS

El equipo elaborador de la guía formuló 15 preguntas nuevas definiendo claramente la población, intervención y comparación, utilizando el software GRADEpro GDT. Para la actualización de esta Guía de Práctica Clínica se elaboraron 14 preguntas clínicas.

Guía de Práctica Clínica de Infecciones Respiratorias Agudas de niños y niñas Menores de 5 años de Manejo Ambulatorio

Preguntas clínicas
¿Debería usarse corticoides sistémicos versus manejo general en lactantes con bronquiolitis?
¿Debería usarse broncodilatadores versus cuidado estándar en lactantes con bronquiolitis?
¿Debería usarse nebulización con solución hipertónica versus cuidado estándar en lactantes con bronquiolitis?
¿Debería usarse kinesioterapia respiratoria (técnica manual) versus cuidado estándar en lactantes con bronquiolitis?
¿Debería usarse prednisona o prednisolona oral versus dexametasona oral en niños y niñas menores de 5 años con laringitis obstructiva?
¿Debería usarse azitromicina versus cuidado estándar en niños y niñas entre 2 y 5 años con sibilancias moderadas a graves?
¿Debería usarse dosis baja de amoxicilina de 50 mg/kg/día versus dosis altas de amoxicilina de 90 mg/kg/día en niños y niñas menores de 5 años con neumonía bacteriana?
¿Debería usarse kinesioterapia respiratoria (técnica manual) versus cuidado estándar en niños y niñas menores de 5 años con sibilancias por obstrucción bronquial?
¿Debería usarse corticoides orales versus cuidado estándar en niños y niñas entre 2 y 5 años con sibilancias?
¿Debería usarse bromuro de ipratropio versus salbutamol en niños y niñas menores de 5 años con sibilancias?

Resumen Ejecutivo Guía de Práctica Clínica de Infecciones Respiratorias Agudas de niños y niñas menores de 5 años de manejo ambulatorio

¿Debería usarse esquema corto de antibióticos (5 días) versus esquema largo de antibióticos en niños y niñas menores de 5 años con neumonía bacteriana?
¿Debería usarse antibióticos versus cuidado estándar para niños y niñas menores de 5 años con infección respiratoria aguda baja de sospecha viral?
¿Debería usarse antialérgicos orales versus cuidado estándar en niños y niñas menores de 5 años con infección respiratoria aguda?
¿Debería usarse medicamentos para la tos (antitusivos, antitusígenos, mucolíticos) versus cuidado estándar en niños y niñas menores de 5 años con infección respiratoria aguda?

En el proceso de elaboración de recomendaciones, para una mejor comprensión o delimitación de la incertidumbre, se precisaron algunas preguntas por consenso del panel.

ELABORACIÓN DE RECOMENDACIONES

Las recomendaciones de esta Guía fueron elaboradas de acuerdo con el sistema “*Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation*” (GRADE) (7). Para cada una de las preguntas seleccionadas, se realizó la búsqueda y la síntesis de evidencia respecto de:

1. Efectos deseables e indeseables de la intervención versus comparación: La síntesis de evidencia se realizó con el formato de Tabla de Resumen de Hallazgos GRADE (Summary of Findings - SoF) cuando fue posible.
2. Valores y preferencias de las personas respecto a la intervención versus comparación.
3. Costos de la intervención y comparación.
4. Impacto presupuestario de la intervención versus comparación cuando fue necesario.

Ver más detalle en [Recomendaciones GRADE](#)

El grupo elaborador formuló las recomendaciones considerando su experiencia clínica, la evidencia respecto a los desenlaces de interés (por ejemplo: mortalidad, días de hospitalización, calidad de vida, etc.), los valores y preferencias de las personas, la viabilidad de implementación, y el uso de recursos.

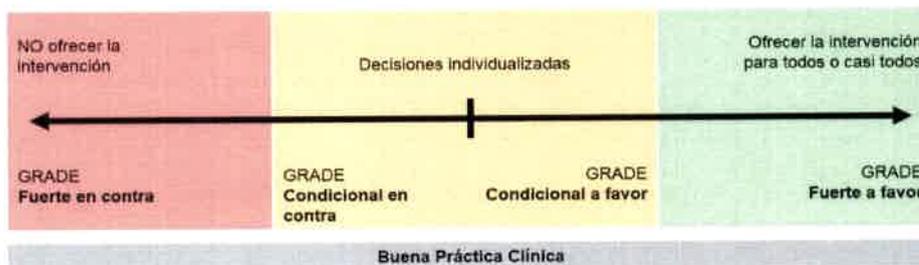
Para mayor detalle consultar [Guía de Práctica Clínica de Infecciones Respiratorias Agudas de Niños y Niñas Menores de 5 años de Manejo Ambulatorio](#)



CÓMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES

El sistema GRADE distingue el grado de la recomendación y certeza de la evidencia sobre la cual se realiza la recomendación.

Grado de la recomendación



Las recomendaciones fuertes y condicionales deben interpretarse de la siguiente manera:

- **FUERTE:** Indican que existe una alternativa claramente superior, por lo que seguir la recomendación es la conducta más apropiada en **TODAS** o **CASI TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS** O CASOS. Salvo casos muy justificados, la gran mayoría de las personas deberían recibir el curso de acción recomendado. Este tipo de recomendación puede ser **Fuerte a Favor** o **Fuerte en Contra** de la intervención.
- **CONDICIONAL:** Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en la **MAYORÍA DE LOS CASOS**, pero se requiere considerar y entender la evidencia de efectos, valores y preferencias, costos y disponibilidad de recursos en que se sustenta la recomendación. Estas recomendaciones se generan cuando existe incertidumbre respecto de cuál alternativa resulta mejor, por lo tanto, distintas opciones pueden ser adecuadas para distintas personas o circunstancias. Para aplicar una recomendación condicional puede ser importante conversar con la persona los potenciales beneficios y riesgos de la intervención propuesta, y tomar una decisión en conjunto que sea coherente con las preferencias de cada persona.

Este tipo de recomendación puede ser **Condicional a Favor** o **Condicional en Contra** de la intervención.

- **BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS:** Son recomendaciones excepcionales relacionadas con intervenciones que corresponden a estándares mínimos y necesarios para la atención en salud para las cuales no es necesario realizar una búsqueda de evidencia. Estas recomendaciones estarán categorizadas como **Buenas Prácticas Clínicas**.

CERTEZA DE LA EVIDENCIA

El concepto de certeza de la evidencia se refiere a la confianza que se tiene en que los estimadores del efecto son apropiados para apoyar una recomendación determinada. El sistema GRADE propone cuatro niveles de certeza en la evidencia:

Certeza	Definición
Alta ⊕⊕⊕⊕	Tenemos alta confianza en que el valor verdadero de una variable se encuentra en un determinado rango o por sobre cierto umbral.
Moderada ⊕⊕⊕○	Tenemos una confianza moderada en que el valor verdadero de una variable se encuentra en un determinado rango o por sobre cierto umbral.
Baja ⊕⊕○○	Tenemos poca confianza en que el valor verdadero de una variable se encuentra en un determinado rango o por sobre cierto umbral.
Muy baja ⊕○○○	Tenemos muy poca confianza en que el valor verdadero de una variable se encuentra en un determinado rango o por sobre cierto umbral. Existe considerable incertidumbre respecto al efecto de la intervención

Ver más detalle en [Manual metodológico Desarrollo de Guías de Práctica Clínica.](#)

EQUIPO ELABORADOR

El equipo elaborador que ha participado de la presente elaboración es responsable, según sus competencias, del conjunto de las preguntas y recomendaciones formuladas.

<p>Coordinación</p>	<p>Clínica: Javiera Inés Corbalán Pössel. Médica Cirujana. Sociedad Chilena de Medicina Familiar. Rodrigo Hernán Torres Castro. Kinesiólogo. Sociedad Chilena de Kinesioterapia Respiratoria.</p> <p>Temática: Patricia Alejandra Contreras Cerda. Jefa Departamento de Enfermedades Transmisibles. División de Control y Prevención de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.</p>
<p>Metodólogos</p>	<p>Coordinadora: Eduardo Andrés Quiñelen Rojas. Profesional Unidad de Evidencia Clínica. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud. Patricio Soto Fernández. Profesional Unidad de Evidencia Clínica. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud. Rocío Valencia Pinilla. Profesional Unidad de Evidencia Clínica. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud. Marco Rubilar González. Profesional Unidad de Evaluación Económica. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.</p>

PANEL DE EXPERTOS

Javiera Inés Corbalán Pössel	Médica Cirujana. Sociedad Chilena de Medicina Familiar.
Rodrigo Hernán Torres Castro	Kinesiólogo. Sociedad Chilena de Kinesioterapia Respiratoria.
Guillermo Enrique Zepeda Flores	Médico Cirujano. Sociedad de Enfermedades Respiratoria.
Marcela Ivón Garrido Valdebenito	Médica Cirujana. Sociedad Chilena de Medicina de Urgencia.
Francisco Prado Atlaglic	Médico Cirujano. Sociedad Chilena de Emergencias Pediátricas.
Daniela Pavez Azurmendi	Médica Cirujana. Sociedad Chilena de Infectología.
Ida Concha Murray	Médica Cirujana. Sociedad Chilena de Pediatría.
Carolina Paz Saez Carvallo	Kinesióloga. Fondo Nacional de Salud (FONASA)
Rodrigo Fasce Pineda	Bioquímico. Subdepartamento Enfermedades Virales. Instituto de Salud Pública
María Fernanda Olivares Barraza	Tecnólogo Medico. Departamento de Epidemiología, Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.
Lorena Sotomayor Soto	Kinesióloga, Departamento Gestión del Cuidado. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.

Resumen Ejecutivo Guía de Práctica Clínica de Infecciones Respiratorias Agudas de niños y niñas menores de 5 años de manejo ambulatorio

Cesar Morales Sepúlveda	Químico Farmacéutico. Departamento Gestión del Cuidado. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.
Roberto Vera Uribe	Kinesiólogo, Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria. División de Gestión de Redes Asistenciales. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.
María Paz Medel Salas	Médica Cirujana. Departamento de Ciclo Vital. División de Control y Prevención de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.

RESPONSABLES DE LA BÚSQUEDA Y SÍNTESIS DE EVIDENCIA

Eduardo Quiñelen	Búsqueda y síntesis de evidencia de los efectos clínicos, beneficios y riesgos de las intervenciones, y valores y preferencias de las personas.
Andres Rojas	
Patricio Soto Fernández	
Rocío Valencia Pinilla	

RESPONSABLES DE LA EVALUACIÓN ECONÓMICA

Marco Rubilar Gonzalez	Informe de uso de recursos (costo de las intervenciones).
------------------------	---

DISEÑO, EDICIÓN, DESARROLLO Y MANTENCIÓN PLATAFORMA WEB

Miguel Contreras Torrejón	Ingeniero en Informática. División de Control y Prevención de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.
---------------------------	--

DECLARACIÓN DE POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Todo integrante del equipo elaborador declaró no tener potenciales conflictos de interés.



FINANCIAMIENTO DE LA GUÍA

El desarrollo de esta guía de práctica clínica fue financiado íntegramente por el Ministerio de Salud.

REFERENCIAS

1. Instituto de Salud Pública. Informe de Circulación de Virus Respiratorios [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.ispch.cl/wp-content/uploads/2024/01/Informe-circulacion-virus-respiratorios-SE52-02-01-2024-4.pdf>
2. Stuckey-Schrock K, Hayes BL, George CM. Community-acquired pneumonia in children. Am Fam Physician. 1 de octubre de 2012;86(7):661-7. Disponible en: [Community-acquired pneumonia in children - PubMed](#)
3. Ministerio de Salud. Plan campaña de invierno 2024. 2024. Disponible en: <https://www.minsal.cl/campana-invierno-2024/>
4. DEIS, Minsal. Egresos Hospitalarios, últimos 4 años - SAS® Visual Analytics [Internet]. [citado 12 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F23138671-c0be-479a-8e9d-52850e584251§ionIndex=0&sso_guest=true&reportViewOnly=true&reportContextBar=false&sas-welcome=false
5. DEIS, Minsal. Atenciones Urgencia - Vista por semanas - Servicios - IBM Cognos Viewer [Internet]. [citado 12 de noviembre de 2024]. Disponible en: http://cognos.deis.cl/ibmcognos/cgi-bin/cognos.cgi?b_action=cognosViewer&ui.action=run&ui.object=/content/folder%5B@name=%27PUB%27%5D/folder%5B@name=%27REPORTES%27%5D/folder%5B@name=%27Atenciones%20de%20Urgencia%27%5D/report%5B@name=%27Atenciones%20Urgencia%20-%20Vista%20por%20semanas%20-%20Servicios%27%5D&ui.name=Atenciones%20Urgencia%20-%20Vista%20por%20semanas%20-%20Servicios&run.outputFormat=&run.prompt=true
6. Ministerio de Salud. INFORME EPIDEMIOLOGICO N°52 VIGILANCIA CENTINELA ETI E IRAG DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS. Año 2023 [Internet]. 2023. Disponible en: https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/01/EPIDEMIOLOGICO_N_52_VIGILANCIA_CENTINELA_ETI_IRAG_DE_INFLUENZA_Y_OTROS_VIRUS_RESPIRATORIOS.pdf
7. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ. 26 de abril de 2008;336(7650):924-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18436948/>

