

	<b>MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA</b>			
	<b>GUIA: INFECCION RESPIRATORIA AGUDA</b>			
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-02	Página: - 1 - de 28	Versión: 01

## INFECCION RESPIRATORIA AGUDA

### 1. ALCANCE

Aplica para las atenciones ambulatorias (consulta externa y prioritaria) de la ESE Centro de Salud Jenesano y su área de influencia.

### 2. SERVICIO Y POBLACION

Servicio Consulta externa y prioritaria de la ESE Centro de Salud Jenesano y su área de influencia. Tiene cobertura para todos los grupos etáreos.

### 3. PERIODICIDAD

La guía se revisara cada cinco años y/o según necesidad.

### 4. EPIDEMIOLOGIA

A pesar de los logros alcanzados en la última década las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), constituyen un importante problema de salud pública en Colombia y continúan ocupando los primeros lugares de morbilidad y mortalidad en la población menor de cinco años; en esta problemática están incluidas: Otitis media, Faringitis, Laringotraqueitis, Bronquiolitis y Bronconeumonías y Neumonías). Pero la Bronconeumonía y Neumonía son las más serias de las IRA en este grupo de edad y es la responsable de casi todas las muertes por esta causa, especialmente en los municipios con menor grado de desarrollo.

Las tasas de mortalidad por neumonía han disminuido en los últimos años, de 51 a 40 por 100.000 habitantes entre 1988 y 1996.

Con la morbilidad por IRA, no ha ocurrido lo mismo, la tendencia es al aumento, registrando tasas de 174,0 a 214,0 x 1.000 habitantes entre 1.991 y 1.996.

Es importante, establecer guías de atención que faciliten el manejo de estos Pacientes y con ello contribuir a la disminución de estas tasas de morbilidad y mortalidad.

La Infección Respiratoria Aguda, es el proceso infeccioso de cualquier área de las vías respiratorias; puede afectar la nariz, oídos, faringe, epiglotis, laringe, tráquea, bronquios, bronquiolos o pulmones. Debido a la posibilidad de afectar una o varias partes de las vías respiratorias, es posible encontrar signos y síntomas de infección variables, a saber: tos, fiebre diferentes grados de dificultad para respirar, dolor de garganta, secreción nasal, dolor de oídos, etc.

Afortunadamente la mayoría de los niños con estos síntomas sólo padecen una infección leve, y auto-limitada tal como un resfriado común o una bronquitis de poca intensidad. Sin embargo, unos cuantos niños contraen neumonía que debe ser tratada a tiempo por cuanto puede ocasionar la muerte como consecuencia de un compromiso respiratorio progresivo a insuficiencia respiratoria o por una invasión bacteriana que desencadene sepsis.

Una gran variedad de virus y bacterias ocasionan las infecciones respiratorias. Dentro del grupo de virus están ante todo los rinovirus, virus de la influenza, virus sincitial respiratorio, virus de la parainfluenza o adenovirus. En cuanto a los agentes bacterianos en infecciones adquiridas en la

	MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA			
	GUIA:		INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-02	Página: - 2 - de 28	Versión: 01

comunidad, los microorganismos más comunes son: Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae causando el 74% de estas y el Staphylococcus aureus, el 9%.

En la mayoría de los países, las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), ocurren con más frecuencia que cualquier otra enfermedad aguda; la incidencia de las IRA, parece similar en los países desarrollados y en desarrollo y es algo más elevada en las áreas urbanas que en las rurales. El número de episodios puede variar, oscilando entre 2 a 6 al año. No obstante la severidad de ellas en los países en desarrollo es mayor, hecho asociado con la presencia de factores de riesgo que facilitan una evolución más tórpida. En un porcentaje no despreciable de casos, la duración de la enfermedad antes de la muerte, es breve, por la severidad y rapidez de su evolución.

El mecanismo de transmisión es fundamentalmente por contacto directo. El período de incubación es variable de acuerdo al agente etiológico y varía entre 1 y 14 días. El período contagioso es también variable, iniciándose en algunas ocasiones un día antes de las manifestaciones clínica con prolongación en algunos casos por más de 5 días.

Al igual que con muchas otras enfermedades, el riesgo de muerte por IRA, es más alto en los lactantes pequeños. En los países en desarrollo aproximadamente del 20% al 25% de las muertes por IRA, ocurre en los lactantes menores de dos meses, registrándose muy pocas defunciones por IRA, entre los niños mayores de 5 años.

### **FACTORES DE RIESGO PARA LAS IRA**

Los principales factores de riesgo, asociados a muerte por neumonía, o al desarrollo de IRA son:

- Niño menor de 2 meses
- No lactancia materna o desnutrición
- Carencia de Vitamina A
- Bajo peso al nacer
- Falta de inmunizaciones
- Tiempo frío y/o cambios bruscos de temperatura
- Hacinamiento
- Prevalencia elevada de portadores nasofaríngeos de bacterias
- Exposición a la contaminación del aire: intra domiciliario: humo de cigarrillo y combustión de leña, carbón o cualquier material de biomasa, para cocinar; extra domiciliario: contaminación ambiental dada ante todo por aumento de dióxido de azufre (SO<sub>2</sub>), dióxido de nitrógeno (NO<sub>2</sub>), ozono (O<sub>3</sub>) y partículas respirables en especial aquellas de menos de 10 micras de tamaño o PM<sub>10</sub>.
- Desconocimiento del manejo integral de las IRA en el hogar y de los signos de alarma para neumonía.

	MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA			
	GUIA:		INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-02	Página: - 3 - de 28	Versión: 01

## FACTORES PROTECTORES PARA LA IRA

- Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.
- Alimentación complementaria adecuada y buen nivel de nutrición
- Inmunizaciones especialmente vacunas del sarampión, triple viral, DPT, *Haemophilus influenzae* y BCG.

## 5. NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

### 1. DEFINICION Y CLASIFICACION

Es la inflamación del parénquima pulmonar

1. Neumonía adquirida en la comunidad (NAC)
2. Neumonía intrahospitalaria
3. Neumonía por aspiración y absceso pulmonar por anaerobios

### 2. MECANISMO DE DEFENSA

- El 80% de las células que tapizan las vías respiratorias centrales son células epiteliales cilíndricas, ciliadas y pseudoestratificadas.
- Cada célula ciliada tiene 200 cilios los cuales se propagan hacia la orofaringe.
- Los cilios están cubiertos por una película de líquidos.
- 2 capas: capa externa (atrapa partículas).
- 95% neumocitos tipo I
  - aplanados
- Neumocitos tipo II (surfactante pulmonar)
  - redondeadas y granulares
- Líquido de revestimiento epitelial.
- Las vías respiratorias superiores son estériles
  - estornudo
  - deglutidas
  - células fagocíticas y factores humorales

### 3. TRANSMISION

1. Aspiración de los microorganismos que colonizan la bucofaringe
  - Mas común
  - Fibronectina receptor de la flora normal de la bucofaringe.
  - Cuando faltan se exponen los receptores de las células epiteliales a los bacilos aerobios---- estomago
2. Inhalación de aerosoles infecciosos
3. Diseminación hematológica a partir de n foco de infección extrapulmonar
4. Inoculación directa y diseminación por continuidad
  - IOT, Heridas en Tórax

	MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA			
	GUIA:		INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-02	Página: - 4 - de 28	Versión: 01

#### 4. EPIDEMIOLOGIA

- No se sabe el germen en el 50% de los casos.
- La presencia de co Infección con gérmenes atípicos varia según los diferentes estudios y va desde el 3% hasta el 40%.
- Cuando se hace cultivo de esputo el patógeno mas frecuentemente encontrado es el neumococo (9-20%).
- Cuando se hace estudios serologicos el germen mas frecuentemente encontrado es el M. Pneumoniae (13-37%): Chlamydia 17%: legionella (0.7-13%).
- Virus 36%

#### AUMENTAN EL RIESGO DE INFECCION CON GERMEENES ESPECIFICOS

- Neumococo resistente a la penicilina.
- Edad > 65 años.
- Terapia con lactamicos en los últimos tres
- Alcoholismo
- Enfermedad inmunosupresiva (incluye terapia con corticosteroides)
- Múltiples co morbilidades medicas
- Exposición a niños en un jardín
- Gram.-negativos Entericos
- Que viva en un anciano
- Enfermedad cardiopulmonar existente
- Múltiples co morbilidades medicas.
- Tratamiento antibiótico reciente
- Pseudomonas aeruginosa
- Enfermedad que altere la estructura pulmonar (bronquiectasias)
- Tratamiento con corticosteroides (> 10 mg de prednisolona día)
- Tratamiento con antibióticos de amplio espectro por > 7 d en el ultimo mes
- Malnutrición

#### 5. CLASIFICACION DE LOS PACIENTES

- GRUPO I: Pacientes ambulatorios, sin enfermedad cardiopulmonar, y sin factores modificantes.
- GRUPO II: Pacientes ambulatorios con factores modificantes y/o con enfermedad cardiopulmonar.
- GRUPO III: Pacientes hospitalizados , no en UCI\*,
  - a. Enfermedad cardiopulmonar y/o factores modificantes (incluyendo estar en un anciano)
  - b. Sin enfermedad cardiopulmonar y sin factores modificantes
- GRUPO IV: pacientes admitidos a la UCI

**MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA****GUIA: INFECCION RESPIRATORIA AGUDA**Levantamiento:  
Agosto de 2010Aprobación:  
Octubre de 2010Código:  
G-CE-M-02Página:  
- 5 - de 28Versión:  
01

- a. Sin riesgo para Pseudomonas aeruginosa
- b. Riesgo para Pseudomonas aeruginosa

**CONDICIONES EPIDEMIOLOGICAS RELACIONADO CON PATOGENOS ESPECIFICOS EN PACIENTES CON NAC**

Alcoholismo	Streptococcus pneumoniae anaerobios, bacilos Gram.-negativos, tuberculosis
EPOC/fumador	S. pneumoniae, Hemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis, Legionella
Infecciones	S. aureus, anaerobios, tuberculosis, Pneumocystis carinii
Obstrucción endobronquial	Anaerobios
Tratamiento antibiótico previo	Neumococo, P. aeruginosa
Aspiración de grandes cantidades	Anaerobios, neumonitis química por obstrucción
Alteración estructural del pulmón (bronquiectasias, fibrosis quística, etc.)	P. aeruginosa, Pseudomonas

**GRUPO I****ORGANISMOS**

- Streptococcus pneumoniae
- Mycoplasma pneumoniae
- Chlamydia pneumoniae (solo o mixta)
- Hemophilus influenzae
- Respiratorio virus
- Miscellaneous
- Legionella spp.

**TRATAMIENTO**

Generación avanzada de macrolidos: Azitromicina. Claritromicina Doxyciclina

**GRUPO II**

## ORGANISMOS

- Streptococcus pneumoniae incluyendo DRSP).
- Mycoplasma pneumoniae
- Chlamydia pneumoniae
- Infección mixta (bacteria + un patógeno atípico o virus)
- Hemophilus influenzae
- Gram - negativos
- Virus respiratorios
- Miscellanea:  
(Moraxella catarrhalis, Legionella spp., aspiración (anaerobios), Mycobacterium tuberculosis endémico)

## TRATAMIENTO

Beta Lactamicos

**VIA ORAL:** cefpodoxime, cefuroxime, amoxicilina, amoxicilina/clavulanato;

## MANIFESTACIONES CLINICAS

- Típicas.
- Atípicas
- Virus

### TIPICAS

- Aparición brusca de fiebre
- Tos productiva
- Respiración superficial
- En algunos casos dolor pleurítico
- Auscultación
- Condensación
  - Matidez
  - Aumento del frémito
  - Egofonía
  - Ruidos bronquiales
  - Estertores

### ATIPICAS

- Comienzo mas gradual
- Tos seca
- Respiración superficial
- Predominio síntomas extrapulmonares

### VIRUS

- Respiración superficial
- Tos seca no productiva
- Síntomas extrapulmonares



## MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA

### GUIA: INFECCION RESPIRATORIA AGUDA

Levantamiento:  
Agosto de 2010

Aprobación:  
Octubre de 2010

Código:  
G-CE-M-02

Página:  
- 7 - de 28

Versión:  
01

## 7. METODOS DIAGNOSTICOS

### PACIENTES AMBULATORIOS

- Radiografía de Tórax
- Gram. y Cultivo
- Oximetría de Pulso
- Exámenes complementarios
  - Paciente mayor de 65 años
  - Enfermedad concomitante presente

### 8. FACTORES DE RIESGO

- Mas de 65 años
- Enfermedad coexistente
  - EPOC, bronquiectasias, malignidad \*, DM, IRC\*, ICC\*, Enf. Crónica Hepática\*, abuso de sustancias, desnutrición, ECV\*, postesplenectomia.
- Hallazgos al examen físico
  - FR mas de 30\*, PD menos de 60mmHg o PS menos de 90\*, Fiebre menos de de o mas de 40\*, hallazgos de infección extrapulmonar.
- Hallazgos de Laboratorio
  - WBC menos de 4000 o mas de 30000, neutrofilia menos de 1000
  - Pao2 menos de 60, PaCo2 mas de 50
  - Alteración función renal (creatinina mas de 1.2 o Bun mas de 20)
  - Radiografía de Tórax: Mas de un lóbulo afectado, cavitaciones, efusión pleural \*, o deterioro radiográfico
  - Hto menos de 30 \* o Hb menos de 9 Sepsis, acidosis metabólica, coagulopatía
  - pH arterial menos de 7.35\*

### 9. INMUNIZACION

- Neumococo: 23 serotipos que causan el 85-90% de las infecciones pneumococicas invasivas.
- Previene enfermedades invasivas (meningitis, bacteremia)
- Paciente mayores de 65 años costo efectivo para prevenir bacteremia
- Anticuerpos que disminuyen 5-10años

## 6. BRONQUIOLITIS

### 1. DEFINICION

- Inflamación de los bronquiolos o vías aéreas terminales.
- Inflamación Autolimitada
- Mas frecuencia en niños menores de dos años- síndromes bronco obstructivo

### 2. EPIDEMIOLOGIA / AGENTES ETIOLOGICOS

- Virus Sincitial Respiratorio

- 5-40% de las neumonías en niños
- 50-90% de los casos de bronquiolitis
- Tipo A y el Tipo B
- Fuente de infección los seres humanos
- Inicialmente existen anticuerpos maternos
- A los 7 meses se consideran Anticuerpos de infección natural
- Parainfluenza 1 y 3, Adenovirus 3, 7, 21, Rinovirus, Enterovirus
- Al final del primer año de vida 25 a 50% de los lactantes han sido infectados con el VSR
- Para los cinco años el 95% han sido infectados. Edad adulta 100% VSR
- Tasa de contagio de población adulta 17%. Dentro del Hogar 45%. Lactantes sanos en sala cunas 98%.
- Más frecuente en población urbana que en población rural.
- mas frecuente en niños que en mujeres (1.5; 1)
- Transmisión por partículas de saliva contaminada y auto inoculación

### **3. FACTORES DE RIESGO**

#### **MENORES**

- Guarderías
- Hacinamiento
- Presencia de Hermanos Mayores
- Falta de alimentación materna
- Bajo Peso al nacer
- Padres Fumadores
- Época Epidémica
- Ser niño
- Vivir en medio urbano

#### **PARA ENFERMEDAD SEVERA**

- Prematuros
- Displasia Bronco-Pulmonar
- Enfermedad cardiaca
- Enfermedades Respiratorias Crónicas
- Inmunodeficiencias
- Enfermedades neurológicas y Metabólicas.

#### **ESTACIONES**

- Zonas templadas
  - Estaciones mas frías y durante las épocas lluviosas
- Países tropicales
  - Temperaturas bajas
- Bogota
  - Abril, mayo y Junio

### **4. FISIOPATOLOGIA**

- Necrosis del epitelio bronquiolar

- Desaparición de los cilios
- Aparece infiltrado peribronquiolar de linfocitos, células plasmáticas y macrófagos
- Edema adventicial y submucoso
- Hipersecreción de moco
  1. Obstrucción valvular que permite solo la entrada de aire- atrapamiento aéreo
  2. Obstrucción valvular que permite solo la salida de aire- Atelectasia de formación rápida
  3. Obstrucción total que impide el flujo de aire- formación gradual de atelectasias
- Primeros días hay predominio de neutrófilos
- Después predominan los macrófagos.
- Caracteriza por:
  - Obstrucción bronquial
  - Edema
  - Acumulación de moco y restos celulares
  - Broncoespasmo

## 5. MANIFESTACIONES CLINICAS

- Lactante con historia de infección respiratoria aguda con sibilancias
- Comienza con rinorrea, congestión nasal, tos leve y fiebre
- 40% comprometen tracto respiratorio inferior a los 2-3 días
- Bronquiolitis: taquipnea, hiperinsuflación del tórax, tirajes intercostales y sibilancias a la auscultación
- Apnea central- Pretérminos o en menores de 6 meses

## 6. DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES

- Enfermedades que produzcan Dificultad Respiratoria y Sibilancias
  - ASMA
  - Neumonías Atípicas
  - Aspiración traqueo bronquial de cuerpos extraños
  - Pólipos traqueo bronquiales
  - Tumores
  - ICC
  - Exposición a gases irritantes
  
- Miocarditis Viral
- Fibrosis Quística

Es importante tener en cuenta, de acuerdo con las circunstancias epidemiológicas y para todos los grupos sindrómicos, principalmente los atípicos y de evolución rápida al deterioro, la posibilidad de infección por influenza, para esto se recomienda en la presente guía la revisión y socialización de las respectivas guías y directrices emanadas del área de epidemiología de acuerdo a las normas que para ello por parte de los diferentes entes reguladores en salud de nivel territorial y nacional.

	MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA			
	GUIA:		INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-02	Página: - 10 - de 28	Versión: 01

## 7. METODOS DIAGNOSTICOS

Principalmente el diagnostico es **CLINICO**

- Pruebas Rápidas para la detección del virus Sincitial Respiratorio
  - Inmunofluorescencia o ELISA- sustentar el diagnostico
  - Cultivos celulares- Gold Estándar
- Oximetría
  - La oximetría debe hacerse en todos los niños en que se sospeche bronquiolitis o afección pulmonar.
- Cuadro Hemático- VSG – PCR
  - No son útiles en el diagnostico de bronquiolitis
- Radiografía de Tórax
  - Atrapamiento de Aire es el hallazgo mas frecuente
  - Infiltrados Peri bronquiales y Atelectasia

## 8. TRATAMIENTO

- MEDIDAS GENERALES
  - Soporte de Líquidos
    - Evitar administración excesiva- edema intersticial y obstrucción marcada
  - Soporte Nutricional
    - Ingesta por vía oral debe mantenerse
    - Descontinuar alimentación si FR mayor de 80, SDR severa
  - Oxigenoterapia
- **MEDIDAS FARMACOLOGICAS**
  - Corticosteroides
    - No hay evidencia de mejoría a corto y largo plazo de los corticosteroides nebulizados en la fase aguda de bronquiolitis
    - Administración de esteroides sistémicos no ha mostrado mejoría en el puntaje clínico
    - Evidencia Grado II. Recomendación Grado D
  - Broncodilatadores
    - Broncodilatadores B2 mejoría Clínica a corto plazo
    - Administración por un periodo de 60 min. y continuarse según respuesta clínica.
  - Adrenalina
    - Efecto alfa y beta- agonista simpático-mimético
    - Posibilidad de actuar sobre el edema de la submucosa por medio de vasoconstricción
    - Mejoría de la relación VQ
    - Mejoría en la oxigenación y en el puntaje clínico
    - Evidencia Grado II. Recomendación Grado A
  - Anticolinérgicos
    - Uso de Bromuro De Ipratropium solo o combinado con B2 no es recomendado

	MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA			
	GUIA:		INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-02	Página: - 11 - de 28	Versión: 01

## 7. FARINGOAMIGDALITIS

### 1. DEFINICION Y EPIDEMIOLOGIA

- Streptococcus pyogenes es el responsable de aproximadamente el 30% de todos los casos de faringoamigdalitis.
- Más frecuente en niños entre los 5 y los 15 años de edad.
- Raro encontrarlo en pacientes menores de dos años
- Más frecuente en las estaciones de invierno y primavera

### 2. ETIOLOGIA

- Estreptococo beta hemolítico del grupo a: Streptococcus pyogenes.
  - Patógeno más Frecuente
- Estreptococo beta hemolíticos de grupo C y G
- Corynebacterium haemolyticum
- Mycoplasma pneumoniae
- Otras Bacterias: Neisseria gonorrhoea, Corynebacterium diphtheriae y ulcers, Treponema pallidum, etc.
- Virus

### 3. FACTORES DE RIESGO

#### 3.1 Factores epidemiológicos

La mayoría de los casos de faringoamigdalitis aguda ocurre durante los meses más fríos y lluviosos. Es así como las infecciones por estreptococos usualmente aparecen en el invierno tardío o en la primavera temprana.

La transmisión ocurre en epidemias y en lugares de elevado hacinamiento donde sube la frecuencia a 80%. De igual manera es frecuente que el pico de infección se aumente cuando el niño comienza a asistir a la escuela. Es frecuente la aparición de varios casos en la familia. Alrededor de los seis meses de edad la inmunidad transmitida por la madre se reduce dramáticamente y los lactantes se hacen más susceptibles a las infecciones del tracto respiratorio superior.

El riesgo de contagiarse un niño es cerca de 20 a 50% dependiendo de la virulencia del germen y del grado de hacinamiento.

#### 3.2 Factores Generales

Hacinamiento.  
Desnutrición.  
Contaminación del medio ambiente.  
Uso inadecuado de antibióticos y autoformulación.  
Factores intrínsecos del huésped.  
Sexo y edad: parecen ser más frecuentes en los varones.  
Falta de alimentación materna.

### 4. CUADRO CLINICO



## MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA

### GUIA: INFECCION RESPIRATORIA AGUDA

Levantamiento:  
Agosto de 2010

Aprobación:  
Octubre de 2010

Código:  
G-CE-M-02

Página:  
- 12 - de 28

Versión:  
01

La elaboración de una historia y un examen físico completo son esenciales para el diagnóstico. Las amígdalas y la faringe deben ser evaluadas cuidadosamente para evidenciar la presencia de eritema, exudado, tamaño y simetría.

#### 4.1 Infección Viral

El eritema no exudativo de la faringe con lesiones vesiculares o ulcerativas, sugiere causa viral.

Sin embargo, la mononucleosis infecciosa se presenta con exudados en las amígdalas, linfadenopatías generalizadas, malestar y esplenomegalia. Esta enfermedad debe sospecharse en adultos jóvenes que están siendo tratados por una faringoamigdalitis aguda que es resistente a los antibióticos. Los pacientes inmunocomprometidos con agranulocitosis tienen una morbilidad aumentada.

El virus herpes tipo I, provoca faringoamigdalitis indistinguible de la estreptocócica.

#### INFECCIÓN BACTERIANA

El síndrome clínico clásico se presenta en los niños de cinco a 12 años de edad, con un período de incubación de 12 horas a cuatro días de:

Fiebre alta de inicio súbito  
Dolor de garganta principalmente  
Amígdalas de aspecto exudativo  
Cefalea  
Náuseas, vómito, dolor abdominal  
Adinamia  
Adenomegalias dolorosas en el cuello y

Lesiones petequiales en el paladar blando y  
Un eritema en papel de lija de tipo «escarlatina» que compromete tórax anterior y pliegues dando el signo de Pastia.

La presencia de tos, rinorrea, conjuntivitis, mialgias, malestar y diarrea está en contra del diagnóstico clínico de amigdalofaringitis aguda por estreptococo beta hemolítico (pero no lo excluye completamente desde que se observen otros signos característicos de ésta).

Las infecciones virales usualmente duran de cinco a siete días, en cambio las estreptocócicas se prolongan algo más, y los síntomas son más dramáticos y sobresalientes.

#### 5. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El diagnóstico de faringoamigdalitis estreptocócica, puede basarse en las consideraciones clínicas y epidemiológicas anotadas, pero es necesario tener presente que aún reuniendo todas las características para ello, la especificidad de diagnóstico clínico es de un 50% - 60%, cifra útil, ante situaciones con dificultad de contar con exámenes confirmatorios y presencia de otros factores de riesgo asociados como bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, etc. y es en si la conducta ampliamente utilizada y recomendada en la práctica diaria de la mayor parte de las condiciones en que se atienden niños en nuestro país.

	MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA			
	GUIA:		INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-02	Página: - 13 - de 28	Versión: 01

Otra prueba comúnmente utilizada es la determinación de antiestreptolisina (ASTOS), prueba serológica que detecta anticuerpos dirigidos contra uno de los productos extracelulares del Streptococcus; títulos de 250 no se consideran elevados en un niño, pero sí en un adulto. Para que se considere elevado en un niño, tendrá que ser de 333 unidades o más en niños mayores de 5 años. Títulos positivos no siempre indican infección actual, por lo cual deben interpretarse junto con una evaluación clínica cuidadosa.

Para el diagnóstico de esta patología en el I nivel de atención es clínico.

Los factores epidemiológicos y clínicos para el diagnóstico etiológico de la faringoamigdalitis han sido reportados. Breese mostró que un sistema de evaluación de nueve factores para prever la infección verdadera por estreptococos:

Mes de observación (estación, aspecto climático).

Edad.

Número de leucocitos.

Fiebre.

Faringitis.

Tos.

Cefalalgias.

Faringe anormal.

Ganglios cervicales anormales.

Cada factor tiene un valor numérico relativo asignado para obtener un índice de predicción. Cuanto más alto es este índice, más probable es la presencia de infección estreptocócica. Lamentablemente, cuando los puntajes son intermedios, como ocurre en la mayoría de los casos, el valor predictivo es mucho menor. Globalmente, los puntajes clínicos permitieron predecir correctamente el resultado del cultivo en 77,8% de las infecciones respiratorias agudas. Estos datos y los provenientes de otros estudios que mostraron tasas aún más bajas de valores

predictivos positivos, indican la necesidad de otros métodos para diagnosticar con precisión las infecciones estreptocócicas.

El diagnóstico clínico de la amigdalofaringitis aguda por estreptococo beta hemolítico del grupo A es difícil de hacer porque comparte el mismo cuadro clínico con las de origen viral o de causa desconocida. No hay ningún signo o síntoma que sea patognomónico de faringoamigdalitis aguda por estreptococo beta hemolítico del grupo A. La regla de oro, consiste en la identificación del estreptococo (beta hemolítico del grupo A en el exudado de garganta).

Un cuadro hemático completo puede ser útil para el diagnóstico diferencial. Por ejemplo, un recuento de leucocitos de menos de 12.500/mm<sup>3</sup>, es raro en niños con infección por estreptococo (beta hemolítico del grupo A). La presencia de más de 10% de linfocitos atípicos, puede ser signo de mononucleosis infecciosa.

Los estudios clínicos demuestran que cerca de la mitad de los cultivos de secreción faríngea no están asociados con un aumento en anticuerpos antiexoenzimas estreptocócicas, por lo tanto, representan aislamiento de organismos de portadores. La tasa de portadores varía de un lugar a otro y de un tiempo a otro. En general, aproximadamente 10% de los niños presentan estreptococos beta hemolítico del grupo A en sus gargantas en un momento dado.

El estado de portador puede persistir por meses, particularmente después de una infección activa, de esta manera simula una infección «crónica».

Estos portadores representan un pequeño riesgo tanto para ellos mismos como para otros. La clasificación de esta entidad según nivel de severidad sería:

<b>CUADRO CLINICO, CLASIFICACION Y MANEJO</b>			
<b>CLASIFIQUE LA ENFERMEDAD</b>			
Signos:	No puede beber.	Ganglios linfáticos del Cuello sensibles y abultados y Secreción purulenta en la garganta.	Secreción u obstrucción nasal, Garganta roja, Dolor o ardor de garganta.
Clasifíquese Como:	ABSCESO DE GARGANTA	INFECCION DE GARGANTA (STREPTOCOCICA)	FARINGITIS VIRAL
Tratamiento:	Hospitalización	Formule un antibiótico para infección estreptocócica de la garganta). Trate la fiebre = o > 38.5°C axilar o el dolor seg. Recomiende medios físicos Dígale a la madre que regrese inmediatamente si el niño empeora Seguimiento en dos días. Haga otra evaluación en 2 días, si no mejora o sigue igual cambie de antibiótico.	Indicaciones sobre como cuidarlo en el hogar. Recomiende un remedio inofensivo y suavizante para el dolor de garganta. Trate la fiebre o el dolor. Dígale a la madre que regrese inmediatamente si el niño empeora.

## 6. TRATAMIENTO

Los analgésicos, incluyendo la aspirina, el ibuprofeno y el acetaminofén, pueden ser útiles para la molestia de la garganta y la fiebre.

La faringoamigdalitis aguda viral usualmente se trata con medicaciones sintomáticas, aunque la terapia con agentes tales como el aciclovir, el clorhidrato de amantadina y la ribavirina puede ser beneficiosa.

El manejo del paciente depende de la facilidad que tengamos para hacer el diagnóstico bacteriológico. Si no contamos con esta ayuda debemos basarnos en el cuadro clínico.

Si contamos con la prueba rápida y el cultivo para el estreptococo beta hemolítico del grupo A, debemos ordenar al laboratorio que practique primero la prueba rápida. Si esta es positiva nos basamos en el resultado para prescribir el antibiótico y no es necesario hacer el cultivo. Si, por el contrario, la prueba es negativa se hace el cultivo y se maneja sintomáticamente el paciente por 48-72 horas hasta que esté el resultado. Si este es negativo, se continúa el manejo sintomático.

	MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA			
	GUIA:		INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-02	Página: - 15 - de 28	Versión: 01

Si es positivo se inicia el antibiótico. La demora de 48-72 horas no disminuye la efectividad del antibiótico en prevenir la fiebre reumática, la nefritis o las complicaciones supurativas y en cambio sí evita tratamientos innecesarios.

La penicilina sigue siendo el tratamiento de elección. Esta puede usarse como penicilina G benzatínica en una sola aplicación intramuscular, a dosis de 600.000 U para menores de 27 Kg., pero tiene la desventaja que es una inyección muy dolorosa y tiene más alta incidencia de reacciones alérgicas que la penicilina oral. Cuando se prefiere el tratamiento oral, la administración de penicilina V debe ser a dosis de 250 mg 3 veces al día durante 10 días para los menores de 27 Kg., o 500 mg 3 veces al día durante 10 días para los mayores de éste peso, teniendo la desventaja principal que como los síntomas mejoran rápidamente al instaurar el tratamiento, éste puede no ser completado durante los 10 días, por lo cual se debe explicar y convencer a los padres, la necesidad de administrar el esquema hasta el final. (Tabla 1).

En pacientes alérgicos a penicilina puede usarse eritromicina (40 mg/Kg./día, cada ocho horas por 10 días, VO); si hay vómitos o rechazo a eritromicina, en estos pacientes la droga de elección es lincomicina (10mg/Kg./día, cada 24horas x 10 días). Si se presenta diarrea la droga debe ser suspendida. (Tabla 1).

Otra alternativa en la recurrencia, son otros macrólidos o incluso las cefalosporinas orales como cefalexina, cefadroxilo y cefaclor, ceftibuten, cefixima, cefuroxima, que además han demostrado ser algo más efectivas. El costo significativamente más alto de las cefalosporinas obliga a reservar su uso para fallas en el tratamiento. Su efectividad en prevenir la fiebre reumática se ha mencionado pero no documentado.

Las otras penicilinas orales como amoxicilina o las penicilinas resistentes a las penicilinasas como dicloxacilina o amoxicilina-ácido clavulánico son también efectivas en el tratamiento de la faringoamigdalitis aguda por estreptococo beta hemolítico del grupo A.

Los antibióticos de amplio espectro más nuevos, como loracarbef, claritromicina y azitromicina también son efectivos pero más costosos. La claritromicina una dosis cada 12 horas, al igual que el loracarbef y la azitromicina, una dosis diaria por tres días, con tasas de curación de 95%, cefuroxima axetil por cuatro días, dan una tasa de curación de 96%.

#### a. Fallas Del Tratamiento E Infección Recurrente

Las posibles causas de aparente falla en el tratamiento incluyen:

- Pobre cumplimiento.
- Flora faríngea productora de beta lactamasa.
- Resistencia a la penicilina.
- Reinfeción.
- Resistencia a los antibióticos administrados (eritromicina, clindamicina).
- Complicaciones supurativas.

Se han sugerido 3 esquemas de antibióticos en los pacientes a los cuales la penicilina ha fallado en erradicar el *Streptococcus*:

1. Clindamicina oral por 10 días
2. Amoxicilina - clavulanato

	MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA			
	GUIA:		INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-02	Página: - 16 - de 28	Versión: 01

3. Penicilina + rifampicina en forma simultánea los últimos 4 días de tratamiento penicilina benzatinica + rifampicina.

De estos esquemas solo el número 3 está en el listado básico de medicamentos.

A pesar de lo comentado en relación a la situación de colonización por *Streptococcus*, hay situaciones especiales, en las cuales es deseable la erradicación del estado de portador de *Streptococcus* del grupo A, como son:

- Cuando el *Streptococcus* se ha estado transmitiendo a otros individuos a partir del niño portador.
- Si se ha presentado un brote epidémico de amigdalitis estreptocócica en una comunidad cerrada o semicerrada (una guardería por ejemplo).
- Cuando existe alto grado de ansiedad en la familia por la presencia de *Streptococcus* en la faringe del niño.
- Si existe un caso de fiebre reumática en la familia del caso índice.
- Cuando se está usando como pretexto para realizar una amigdalectomía y como única indicación, el hecho que en la faringe del niño persista el *Streptococcus*.

El propósito mas importante del tratamiento con antibióticos para una faringitis o amigdalitis estreptocócicas, es matar las bacterias y de este modo prevenir la fiebre reumática y la subsiguiente cardiopatía reumática. La fiebre reumática es principalmente un problema de los niños en edad escolar (de 5 -15 años de edad) y es poco común en los niños menores de tres años.

La terapéutica recomendada en estos casos sería, para infección recurrente.

Penicilina benzatínica IM

Antibióticos resistentes a la betalactamasa: cefalosporina, clindamicina, amoxicilina - clavulanato, claritromicina y azitromicina, dicloxacilina.

Para recaída clínica en la primera semana o persistencia del estreptococo beta hemolítico, repetir dosis de penicilina benzatínica combinada con rifampicina (20 mg/Kg./día, c/24hs por cuatro días = 600 mg/día).

b. Indicaciones quirúrgicas

En la población pediátrica, las indicaciones actuales de la amigdalectomía son muy precisas e incluyen:

- Padecimiento de seis a siete episodios comprobados de faringoamigdalitis estreptocócica del grupo A en un período de uno o dos años, a pesar del tratamiento antibiótico.
- Crecimiento de las amígdalas que causa dificultad respiratoria.
- Falla cardiaca por obstrucción de las amígdalas, que ocasione corpulmonale.
- Otitis media recurrente.
- Apnea obstructiva durante el sueño (elevación del CO<sub>2</sub>).
- Hipoventilación alveolar.
- Abscesos periamigdalinos.

	<b>MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA</b>			
	<b>GUIA:</b>		<b>INFECCION RESPIRATORIA AGUDA</b>	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-02	Página: - 17 - de 28	Versión: 01

Se hace énfasis nuevamente en el seguimiento de las guías y parámetros recomendados por el área de epidemiología y las directrices de los organismos reguladores, principalmente en las situaciones de epidemia o pandemia.

## **7. CONTROL Y SEGUIMIENTO**

La faringoamigdalitis aguda y sus complicaciones supurativas son más frecuentes en los grupos socioeconómicamente en desventaja, ya que para ellos el hacinamiento se constituye en un importante factor de riesgo.

El contagio de la faringoamigdalitis aguda estreptocócica alcanza su grado máximo durante la infección aguda y disminuye en forma gradual, en pacientes sin tratamiento, en períodos de algunas semanas. Es menos probable que se de la transmisión por un portador, quizá por la producción decreciente de la proteína M y la desaparición de bacterias de la secreción nasal.

No se han definido los casos de transmisión durante el período de incubación. Los miembros de la familia que tienen infecciones periódicas de faringoamigdalitis aguda o recurrente, en un lapso de siete días, son un problema especial y hay que confirmar que tengan estreptococo del grupo A en la garganta.

En las escuelas, u otros ambientes de contacto cercano en grupos grandes de personas, los cultivos no se recomiendan habitualmente, a menos que haya brotes de enfermedad estreptocócica, fiebre reumática o glomerulonefritis.

Entre las medidas de control se define la de aislar el germen de manera inmediata y el tratamiento de las infecciones. Los contactos positivos con cultivo positivo deben tratarse. Los índices de adquisición de infección por estreptococo del grupo A son más elevados entre los contactos de hermanos en un 25% que entre el contacto de los padres en los ambientes no epidémicos.

Los niños no deben regresar a la escuela hasta que hayan transcurrido por los menos 24 horas después de haber iniciado la terapia antimicrobiana y hasta que estén afebriles.

Una profilaxis diaria con penicilina oral (o eritromicina) es efectiva para prevenir la adquisición de estreptococo beta hemolítico del grupo A, así como penicilina benzatínica IM dada cada 21-28 días. La tonsilectomía puede ser utilizada solamente como un último recurso cuando falla la profilaxis.

## **7. OTITIS MEDIA AGUDA**

### **1. DEFINICION Y EPIDEMIOLOGIA**

- "La otitis media aguda (OMA) es la inflamación del oído medio con o sin perforación timpánica"
- "La OMA es un proceso anormal de predominio infeccioso, caracterizado por la inflamación del oído medio o de alguna de sus partes por causa de la obstrucción de la trompa de Eustaquio, que le impide cumplir sus funciones de equilibrar presiones, drenar fluidos y defender el conjunto funcional"
- Se define como otitis media aguda cuando el cuadro clínico no tiene evolución de más de tres semanas."



## MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA

### GUIA: INFECCION RESPIRATORIA AGUDA

Levantamiento:  
Agosto de 2010

Aprobación:  
Octubre de 2010

Código:  
G-CE-M-02

Página:  
- 18 - de 28

Versión:  
01

- Mas Frecuente en el sexo masculino que en el sexo femenino
- Microorganismos que se encuentran en un 90 % de los casos de OMA son:
  - Streptococcus pneumoniae.
  - Haemophilus influenzae.
  - Moraxella catarrhalis
- Otros Microorganismos
  - Streptococcus pyogenes.
  - Escherichia coli.
  - Pseudomonas aeruginosa.
  - Klebsiella sp.
  - Staphylococcus aureus.

### 2. FISIOPATOLOGIA

La fisiopatología varía un poco según las edades del paciente

En los pacientes pediátricos la causa principal es la inmadurez de la trompa de Eustaquio, la cual es más horizontal y corta y permite mayor conectividad con el oído medio. Al igual que la no alimentación con leche materna disminuye las defensas inmunológicas del paciente

En el Adulto por lo contrario se debe a una disminución de la presión de los gases que se difunden hacia el espacio vascular

### 3. FACTORES DE RIESGO

1. Ausencia de alimentación materna
2. Convivir con un fumador
3. Alimentación con tetero
4. Otitis Media Previa
5. Inmunosupresión
6. Asistir a un jardín a edades muy tempranas

### 4. MANIFESTACIONES CLINICAS

- Otolgia ( el lactante lo puede demostrar por medio de molestarse el oído)
- Irritabilidad (en los niños menores de cinco años)
- Fiebre
- Otorrea
- Hipoacusia

Los tres primeros síntomas son inespecíficos y pueden estar presentes hasta en el 72% de todos los niños que consultan por infección respiratoria alta de origen viral y en el 90% de los niños con otitis media aguda.

### 5. DIAGNOSTICO

#### Clínico

- Otoscopia
  - o Eritema y abombamiento del oído medio son signos de que hay presencia de efusión en el oído medio.)



**MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA**

**GUIA: INFECCION RESPIRATORIA AGUDA**

Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-02	Página: - 19 - de 28	Versión: 01
----------------------------------	--------------------------------	----------------------	-------------------------	----------------

- Debe distinguirse el eritema causado por la infección de aquello eritema causado por el llanto y por la fiebre, signos que desaparecen cuando la fiebre se controla y el lactante se tranquiliza).
- En miringitis bullosa se puede observar bullas en la membrana timpánica.

Lo más importante es la discriminación entre la Otitis Media Aguda y La Otitis Media Externa. La Otitis Media externa es mas frecuentemente asociada con Infecciones Respiratorias Altas. En muchos casos se prescribe antibioticoterapia sin necesidad.

En los lactantes e infantes el diagnostico de otitis media aguda por lo general es imprecisa por la dificultad de realizar un examen clínico adecuado.

Debe existir los siguientes tres criterios para hacer el diagnostico de OMA

1. Que el cuadro sea AGUDO
2. Signos y síntomas de INFLAMACION del oído medio
3. Evidencia de EFUSION en el oído medio.

**6. TRATAMIENTO**

Manejo Sintomático

- a. Manejo del Dolor
- b. Descongestionantes ( en caso de síntomas de infección respiratoria alta)
- c. Disminución de la fiebre

Antibioticoterapia

- d. No se debe utilizar en todos los pacientes. Solo en aquellos que clínicamente presentes infecciones severas y en los cuales no se sospeche que la infección es de carácter viral.
- e. Debe evitarse usar antibiótico en todos los pacientes. Debe usarse si después de 24 a 72 horas de observación el paciente no mejora con medidas sintomáticas

**Antibióticos**

1. Amoxicilina
  - a. 80mg/ kg/ día
  - b. La Amoxicilina administrada a dosis altas parece ser efectiva sobre 2/3 de las cepas de neumococo con resistencia intermedia y en 1/3 de las cepas resistentes
2. Amoxicilina-Clavulanico
  - a. Debe usarse en los casos en que el paciente no haya respondido a dosis altas de amoxicilina y en ocasiones se recomienda en los lactantes
  - b. Debe advertirse la presencia de síntomas digestivos con la ingesta de este antibiótico
3. Cefalosporinas
  - a. Cefuroxime (ventaja solo dos dosis diarias)
  - b. Ceftriaxona (en manejo Intramuscular)
4. Azitromicina  
Su ventaja: una dosis diaria y menos días de uso.

**7. RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMÚN)**

	MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA			
	GUIA:		INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-02	Página: - 20 - de 28	Versión: 01

## 1. DEFINICIÓN

El resfriado común es una enfermedad viral aguda, autolimitada, de carácter benigno, transmisible llamado también «catarro común», «resfrío», «rinofaringitis» o «nasofaringitis», aunque en algunos casos estos términos resultan inapropiados pues no siempre el resfriado común compromete la faringe; mal llamada "gripa", constituye 50% de las infecciones de las vías respiratorias superiores.

En Colombia representa 20 millones de días laborales perdidos por año y 26 millones de días con inasistencia escolar.

## 2. EPIDEMIOLOGÍA

Los virus más implicados son:

Rinovirus  
 Coxsackie A.  
 Adenovirus  
 Coronavirus  
 Parainfluenza  
 Sincitial respiratorio  
 Influenza A

Sobresalen los siguientes aspectos:

- Es una enfermedad universal.
- Los resfriados son más frecuentes en los trópicos en épocas lluviosas.
- Más frecuente en los preescolares.
- Se presentan, con tres a nueve resfriados por año, uno cada seis semanas.
- Se incrementa a 12 episodios/año en guarderías y en programas de educación preescolar.
- Es necesario el contacto personal estrecho entre los niños para la transmisión de los virus.
- En la población infantil los niños tienden a padecer más resfriados que las niñas.
- El periodo de incubación habitual de los resfriados es de dos a cinco días.
- El resfriado común es más contagioso entre el tercer y quinto día que es también cuando es más sintomático.
- Hay factores coadyuvantes como el hacinamiento, la aglomeración en sitios cerrados, la contaminación ambiental y el humo del cigarrillo.
- La mayor parte de los virus que el individuo infectado expulsa al ambiente es a través del estornudo, al sonarse la nariz o por contaminación por secreciones nasales.

	MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA			
	GUIA:		INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-02	Página: - 21 - de 28	Versión: 01

### 3. ASPECTOS CLÍNICOS

Después de un periodo de incubación que varía de dos a cinco días, aparecen los síntomas predominantes del resfriado común como:

Rinorrea, obstrucción nasal y estornudos.

Otros síntomas son: tos, dolor de garganta, cefalea y malestar general; la fiebre varía en intensidad y frecuencia; puede haber sintomatología en otros sistemas como vómitos, diarrea, dolor abdominal, mialgias e irritación ocular.

Se caracteriza por diferentes grados de manifestaciones, dependiendo de la edad del paciente. En los menores de tres meses la coriza es el único síntoma y la fiebre es rara o discreta. En los lactantes mayores de tres meses, quienes generalmente tienen fiebre, irritabilidad y en cuanto más

pequeño es el niño más manifiesta es la obstrucción nasal que interfiere con la alimentación o el sueño.

En los niños mayores al igual que en los adultos, el inicio de la enfermedad se caracteriza, en 80% de las veces, por la presencia de malestar general, cefalea, ardor de garganta, tos, irritación nasal y escurrimiento nasal posterior (Tabla 2).

La mayoría de los niños con resfriado común padece de tos debido a que hay receptores del reflejo de la tos a nivel de fosas nasales, laringe, tráquea y bronquios; también se ha explicado como un reflejo debido al goteo pos nasal o un factor desencadenante del fenómeno de hiperreactividad bronquial.

Posteriormente a los signos de localización, más o menos a los tres días, las secreciones nasales se vuelven espesas y de aspecto mucopurulento, debido a la presencia de epitelio descamado y de leucocitos polimorfonucleares, esto no indica sobreinfección bacteriana.

La enfermedad dura de siete días a dos semanas, puede persistir tos decreciente y secreción nasal.

Al examen físico existe inflamación y edema de la mucosa nasal y faríngea sin exudado o nódulos linfáticos faríngeos, y con signos de extensión a otros niveles del aparato respiratorio como las cuerdas vocales (disfonía) y los bronquios (tos húmeda).

El resfriado común en niños es de buen pronóstico, un pequeño porcentaje de éstos sufre complicaciones como otitis media, sinusitis, adenoiditis bacteriana, síndrome sibilante o neumonías.

La presencia de dolor de oído intenso o permanente, la persistencia de secreción nasal purulenta asociada a la reaparición o intensificación de la fiebre, son indicios clínicos de que hay complicaciones.

### 4. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El antecedente epidemiológico actual contribuye a establecer el diagnóstico. Pero el cuadro clínico, que es característico y autolimitado, es la base del diagnóstico.

El diagnóstico específico y los exámenes auxiliares son innecesarios por lo autolimitado de la enfermedad, solo se emplearía con fines epidemiológicos.

A propósito del diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta que algunas enfermedades pueden

	MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA			
	GUIA:		INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-02	Página: - 22 - de 28	Versión: 01

empezar como resfriado común, entre ellas sarampión, tos ferina, a los síntomas iniciales siguen rápidamente los síntomas propios de cada enfermedad.

## 5. TRATAMIENTO

No se cuenta todavía con un tratamiento específico, eficaz para el resfriado común, por lo cual, básicamente se procura aliviar los síntomas.

Aun cuando hay cientos de tratamientos contra el resfriado, pocos ofrecen algún beneficio al paciente pediátrico y muchos pueden ser nocivos. No hay medicamentos específicos antivirales disponibles para erradicar los virus que causan los resfriados.

Las recomendaciones actuales están basadas en la aplicación de medidas sencillas:

- Aliviar la obstrucción nasal.
- Controlar la fiebre.
- Continuar una alimentación normal.
- Ofrecer líquidos con frecuencia.
- Detectar complicaciones.
- El alivio de los síntomas nasales y de la obstrucción nasal en los lactantes es fundamental, la limpieza adecuada de las secreciones y el lavado con suero salino cada vez que sea necesario es suficiente y no tiene ningún riesgo.
- Los analgésicos y antipiréticos están indicados en aquellos niños con fiebre, malestar general, cefaleas, mialgias, odinofagias, otalgias siendo más seguro el acetaminofén, dosis de 10 a 15 mg/kg., cada cuatro a seis horas durante los primeros tres días de la infección.

El ácido acetilsalicílico no se recomienda en niños con síntomas respiratorios porque lo relacionan con el síndrome de Reye asociado a infecciones respiratorias por influenza.

- Existen múltiples medicamentos para el resfriado que son una combinación de antihistamínicos, descongestionantes y antitusígenos, pero no se ha comprobado su eficacia, se deben evitar durante los primeros nueve meses de vida.
- Recordar que la tos es un mecanismo reflejo de defensa por lo cual resulta contraproducente emplear antitusígenos.
- Con respecto de los descongestionantes locales del grupo de los simpaticomiméticos (oximetazolina) el mayor riesgo está en su efecto de rebote, otro efecto que no debe olvidarse es la posibilidad de hipertensión arterial, sobre todo cuando se sobredosifica. Otros efectos secundarios de los antihistamínicos son irritabilidad y somnolencia.

La principal razón para no recomendar este tipo de medicamentos es que sus efectos secundarios pueden ser más perjudiciales que el verdadero alivio que pueda brindar su administración.

	MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA			
	GUIA:		INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-02	Página: - 23 - de 28	Versión: 01

- Los expectorantes mucolíticos, como la N- acetilcisteína, no son efectivos como agentes antitusivos.
- El uso de los antibióticos en el resfriado común no acorta la duración ni previene las complicaciones.

## 6. CONTROL Y SEGUIMIENTO

La prevención no específica, solamente, es la que es posible aplicar, tratando de cortar el modo de transmisión:

- El simple lavado de manos por sí mismo.
- Eliminación adecuada de secreciones nasales, aunque estas medidas no son aplicables en niños pequeños.
- 

La prevención específica por medio de vacunas para rinovirus aún no es posible. Solamente en aquellos casos de epidemia controlada por influenza y en grupos de alto riesgo.

En la mayoría de los casos están indicadas medidas no medicamentosas para aliviar el resfriado común, consistentes en las siguientes recomendaciones:

- Conservar una adecuada hidratación con líquidos orales frecuentes.
- Alimentación normal a tolerancia con alimentos nutritivos y calóricos.
- Seguir amamantándolo.
- Reposo en cama.
- Mantenerlo en un lugar fresco.
- Destaparle la nariz con solución salina a chorros, con cuatro onzas de agua más media cucharadita cafetera de sal.
- Aliviar la tos e irritación con sustancias que produzcan saliva, es de considerar el uso de bebidas con miel, limón y agua caliente.
- Humedecer el medio ambiente y mantener una ventilación adecuada.
- Control de la fiebre y los síntomas generales con analgésicos y antipiréticos comunes como el acetaminofen.
- Usar vestimenta y aseo personal (baño) de forma habitual.
- Detectar y vigilar la aparición de complicaciones (frecuencia respiratoria aumentada en reposo con nariz destapada, persistencia de la fiebre después de dos a tres intentos de bajarla, dolor de oído, petequias de reciente aparición, antecedentes de convulsión febril).
- Fomentar la lactancia materna.
- Tratar de disminuir los factores coadyuvantes que en un momento dado aumentan la incidencia de la enfermedad como son el hacinamiento, la contaminación ambiental y el humo del cigarrillo.

Es importante recordar que el resfriado común es una enfermedad autolimitada, de pronóstico bueno, por lo cual más que recetar cualquier medicamento, debe explicársele adecuadamente a la familia el curso usual de la enfermedad y que cualquier alteración en la secuencia habitual tanto en la duración como en la intensidad de los síntomas, sirva para detectar posibles complicaciones o infección por microorganismos más agresivos, ante estas situaciones se deben tener en cuenta el nexos y las circunstancias epidemiológicas existentes al momento.

## 8. REMISIÓN AL SEGUNDO NIVEL

## **NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD:**

Se recomienda Hospitalizar si:

La Respuesta esperada una vez iniciado el tratamiento

- 24 a 72 horas- se espera estabilización del paciente
- Día 3 Mejoramiento de signos, síntomas y laboratorios. (deterioro por lo general ocurre en los primeros tres días).
- Recuperación y resolución de hallazgos anormales
- Fiebre puede durar 2 a 4 días
- Leucocitosis disminuye al día 4 aprox.
- Hallazgos auscultatorios persisten aprox. 7 días (20-40%) de los ptes.
- Hallazgos radiológicos mejoran a las 4 semanas en el 60% (neumonía atípica se demora mas)
- Cuando existen múltiples factores de riesgo asociado se debería considerar hospitalizar al paciente
- Se debe mirar si es posible el seguimiento del paciente. En caso de que no sea posible se debería hospitalizar al paciente.

## **BRONQUILITIS**

### **CRITERIOS DE HOSPITALIZACION**

- Taquipnea
  - FR mayor a 50 en niño menor de un año
  - FR mayor de 40 en un niño mayor de un año
- Menor de 6 meses con hiporexia o rechazo total de la vía oral
- Saturación menor de 90%
- Historia de Apnea o cianosis
- Paciente menor de dos meses
- Pacientes con Factores de alto riesgo
- Pacientes con alteración del estado de consciencia

## **FARINGOAMIGDALITIS**

### **REMISIÓN A OTORRINOLARINGOLOGIA:**

Pacientes resistentes al tratamiento.

Sospecha clínica o apoyo terapéutico de complicaciones como neumonía, fiebre reumática, glomérulo nefritis.

Indicación quirúrgica.

## **OTITIS MEDIA**

### **Tratamiento Quirúrgico**

1. Otitis medias resistentes a manejo antibiótico
2. Otitis media a repetición, que no mejoren con los tratamientos expuestos



## MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA

### GUIA: INFECCION RESPIRATORIA AGUDA

Levantamiento:  
Agosto de 2010

Aprobación:  
Octubre de 2010

Código:  
G-CE-M-02

Página:  
- 25 - de 28

Versión:  
01

3. Otitis Media en pacientes con septicemia
4. Otitis media con síntomas y manifestaciones de mastoiditis
5. Otitis Media en pacientes inmunosuprimidos



## MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA

### GUIA: INFECCION RESPIRATORIA AGUDA

Levantamiento:  
Agosto de 2010

Aprobación:  
Octubre de 2010

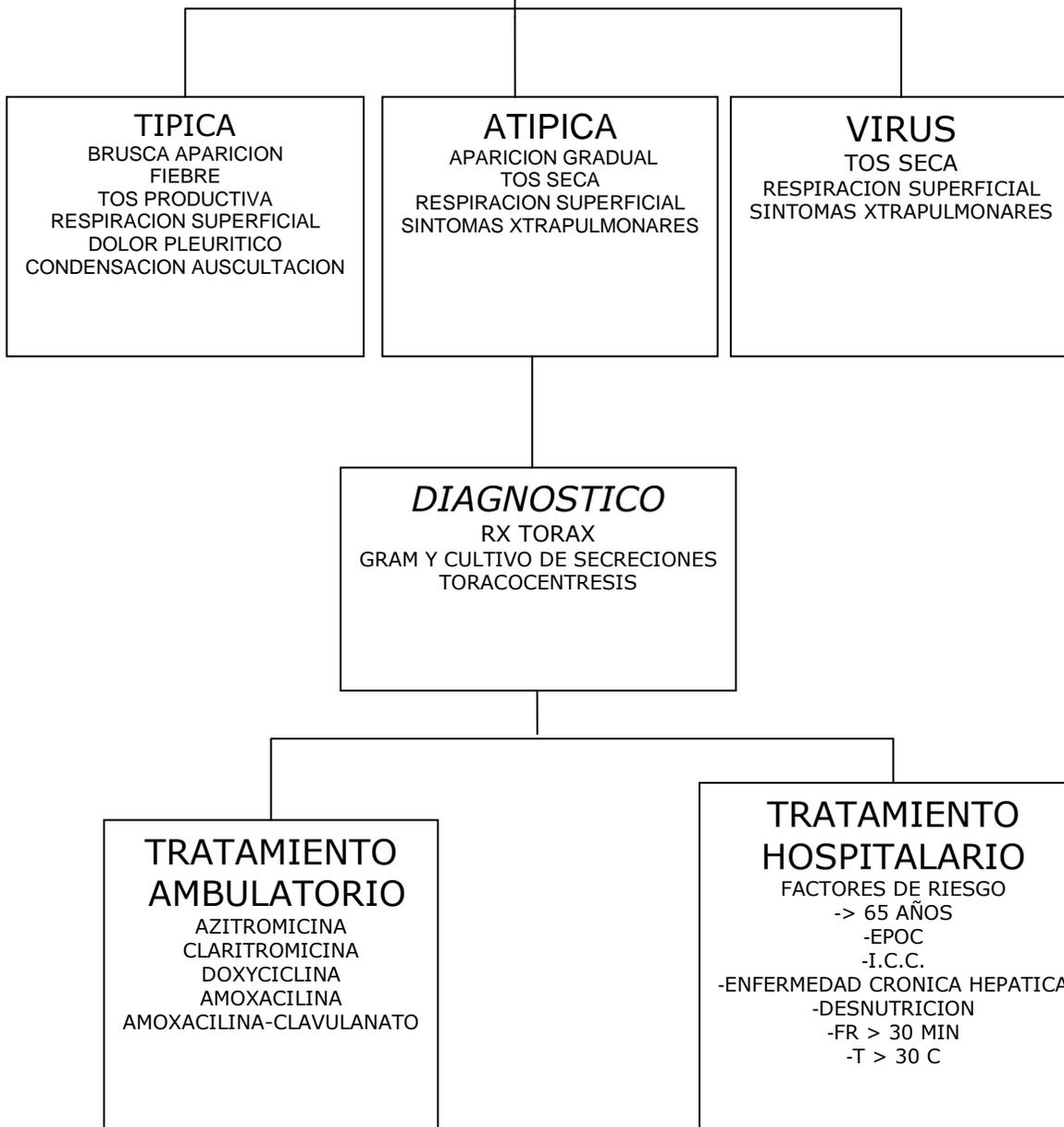
Código:  
G-CE-M-02

Página:  
- 26 - de 28

Versión:  
01

#### ALGORITMO 1

### NEUMONIA ADQUIRIDA COMUNIDAD





# MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA

## GUIA: INFECCION RESPIRATORIA AGUDA

Levantamiento:  
Agosto de 2010

Aprobación:  
Octubre de 2010

Código:  
G-CE-M-02

Página:  
- 27 - de 28

Versión:  
01

### ALGORITMO 2

#### BRONQUILITIS

##### CUADRO CLINICO

- LACTANTE HC IRA-SIBILIANCIAS
  - RINORREA, TOS FIEBRE
- TAQUIPNEA, TIRAJES, SIBILIANCIAS
  - APNEA CENTRAL

##### DIAGNOSTICO

- OXIMETRIA
- CUADRO HEMATICO
- RX TORAX

##### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- ASMA
- NEUMONIA
- ASPIRACION CUERPO EXTRAÑO
- TUMORES
- I.C.C.
- EXPOSICIÓN A GASES

##### CRITERIOS HOSPITALIZACION

- < 6 MESES
- FR > 50 EN < 1 AÑO
- FR > 40 EN > 1 AÑO
- RECHAZO VIA ORAL
  - APNEA
  - < 2 MESES
- FACTORES DE RIESGO
- ALTERACION CONCIENCIA

##### TRATAMIENTO AMBULATORIO

- CORTICOSTEROIDES
- BRONCODILATADORES

##### TRATAMIENTO HOSPITALARIO

- ADRENALINA
- ANTICOLINERGICOS

### ALGORITMO 3



## MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA

### GUIA: INFECCION RESPIRATORIA AGUDA

Levantamiento:  
Agosto de 2010

Aprobación:  
Octubre de 2010

Código:  
G-CE-M-02

Página:  
- 28 - de 28

Versión:  
01

#### **FARINGOAMIGDALITIS**

##### **CUADRO CLINICO VIRAL**

ERITEMA NO EXUDATIVO FARINGE  
LESIONES VESICULARES

##### **CUADRO CLINICO BACTERIANA**

FIEBRE, DOLOR GARGANTA, AMPOLLAS  
EXUDATIVAS, CEFALEA, NAUSEAS,  
VOMITO, ADINAMIA, ADENOPATIA,  
LESIONES  
PETEQUIALES PALADAR BLANDO

#### **DIAGNOSTICO**

CUADRO CLINICO

#### **TRATAMIENTO**

##### **VIRAL**

- ASA
- IBUPROFEN
- ACETAMINOFEN

##### **BACTERIANA**

- PENICILINA BENZATINICA 600.000 IM > 27 KG
- PENICILINA VIA ORAL 250 MG 3 VECES DIA X 10 DIAS PESO < 27 KG
- 500 MG 3 VECES DIA X 10 DIAS > 27 KG
- ERITROMICINA (40 KG/DIA C/8HR X 10 DIAS
- AMOXACILINA