

 <p><b>Colombiana de Salud</b> S.A. <small>Ciencia y amor nuestra solución</small></p>	COLOMBIANA DE SALUD S.A.	MANUAL DE CALIDAD	
	RINOFARINGITIS	Página 1 de 9	CDS–GDM 2.1.2.2 -01
		Revisión 00	Julio 2012



# **GUIA DE ATENCION EN PRIORITARIA**

## **INFECCION RESPIRATORIA AGUDA**

**2012**

<b>No de Revisión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Elaboró</b>	<b>Aprobó</b>
00	Julio 2012	Coordinación Médica	Dirección Prestación

	COLOMBIANA DE SALUD S.A.  RINOFARINGITIS	MANUAL DE CALIDAD	
		Página 2 de 9	CDS–GDM 2.1.2.2 -01
		Revisión 00	Julio 2012

## **INTRODUCCIÓN**

La Rino Faringitis Aguda (RFA) es una patología que implica un aspecto trivial de nuestra existencia como es la implicación de síntomas constitucionales en un marco anatómico próximo al exterior y de fácil acceso y manejo, pero a la vez con un cuidado meritorio ya que permitir avanzar lo implicaría un gran riesgo para nuestra vía respiratoria que en el corto y mediano plazo acabaría con esa existencia que tanto nos atañe como médicos, ya que esta patología aunque leve y de manejo descomplicado es puerta de entrada para infecciones mas severas.

Esta patología casi con frecuencia es radicada dentro del grupo de las Infecciones (Enfermedad) Respiratoria Aguda (IRA-ERA), responsable de ser una de la primera causa de morbilidad, no solo motivo de realización de esta guía sino mayor incidencia en el mundo, con una afección en prácticamente toda la humanidad, presentándose de manera endémica y epidémica.

En algunas recolecciones de datos mundiales y en estudios regionales puede dar cuenta que la RFA da cuenta de hasta más de la mitad de los cuadros respiratorios, tanto altos como bajos. Es decir que la gran mayoría de casos de cuadros respiratorios se deban a este tipo de infección, con lo que además se infiere que aunque el otro 50-70% de las patologías sean de mayor gravedad, estas tienen en una gran proporción origen en esta enfermedad.

Por tanto es necesario en esta guía definir lo que es esta patología, así como identificar entre las diferentes manifestaciones y cuadros clínicos no solo la presencia de esta enfermedad sino indicar que signos o estados de alarma nos indica mayor gravedad y/o cambio en la entidad nosológica.

Para ello es meritorio establecer dos grupos etáreos en los cuales se establece un punto de vista diferente para no solo enfocar sino manejar esta entidad, los menores de 5 años, en los cuales se encuentra un gran aliado en las guías AIEPI (Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) y los mayores de 5 años y adultos, en quien por su condición física, cambios en su rol social y tipo de cuidado se aplicará una evaluación distinta.

Como segundo logro de esta guía es aclarar todas las opciones terapéuticas que se hallen a la mano para dar resolución esta enfermedad, para lo cual y como primera medida se cuenta con los métodos tradicionales, siguiendo con el manejo alopático que ya se ha discutido en otras guías, finalizando con manejos alternativos tan en boga en nuestro medio, además teniendo en cuenta que a nuestros pacientes estos les resultan más cómodos y agradables.

<b>No de Revisión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Elaboró</b>	<b>Aprobó</b>
00	Julio 2012	Coordinación Médica	Dirección Prestación

	COLOMBIANA DE SALUD S.A.	MANUAL DE CALIDAD	
	RINOFARINGITIS	Página 3 de 9	CDS–GDM 2.1.2.2 -01
		Revisión 00	Julio 2012

## **ASPECTOS BÁSICOS**

### **Definición:**

Se define la Rino Faringitis Aguda como aquella entidad patológica de corto plazo (de 5 a 14 días) de causa predominantemente viral que compromete la vía respiratoria superior, específicamente la mucosa nasofaríngea, la cual desencadena en una respuesta inflamatoria sistémica que induce a síntomas constitucionales. También es conocido como catarro común, gripa, resfriado, en idioma anglosajón se denomina “common cold”

### **Caracterización epidemiológica:**

Se trata de una enfermedad de tipo infectocontagiosa, por ello se incide que su virulencia aumenta con una mayor convivencia con portadores sintomáticos, es debido a esto que su pico de frecuencia sea en la edad escolar (>5 años), ya que ellos presentan por la agrupación a la que son llevados mas probabilidad de contagio.

Es así que en la población de 0 a 4 años 2 de cada tres menores presentan un episodio de RFA al año, reportando la tercera parte de todos los casos. Así mismo en lugares donde haya mayor hacinamiento y con portadores es frecuente ello, dando así a la razón de que una persona promedio puede sufrir entre 4 y 6 cuadros de RFA viral por año.

Otro aspecto importante para la elevación de brotes de la enfermedad es el clima, es bien sabido (y en esta capital lo es mas) que un estado invernal de bajas temperaturas es el medio ideal para la proliferación de la RFA, en otras latitudes las variaciones estacionales llevan a periodos de tiempo pico para su aparición. La prevalencia mundial en temporada alta llega a 50 casos por cada 1000 habitantes.

Para Colombia, según el SIVIGILA la incidencia de IRA es en un número de 5'150.671 casos reportados en el 2010, con una tasa de 113 casos por 1000 habitantes, teniendo en Boyacá una tasa mayor a la media colombiana (244 casos por 1000 hab) y siendo posiblemente un 30-50% de su ocurrencia por la RFA. La influenza estacional en niños menores de dos años causa anualmente cerca de 2.741 consultas, 1.352 hospitalizaciones y 384 muertes; en adultos mayores de 65 años, genera 24.743 hospitalizaciones y 1.879 muertes.

Un factor que es de relevancia anotar en esta guía ya que cada vez más se presenta en este medio son la presencia de patologías respiratorias altas crónicas coadyuvantes; esto no solo hace más frecuente la aparición de la RFA, sino que su tasa de complicación y/o sobreinfección también aumenten. En estos casos citamos:

<b>No de Revisión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Elaboró</b>	<b>Aprobó</b>
00	Julio 2012	Coordinación Médica	Dirección Prestación

	COLOMBIANA DE SALUD S.A.  RINOFARINGITIS	MANUAL DE CALIDAD	
		Página 4 de 9	CDS–GDM 2.1.2.2 -01
		Revisión 00	Julio 2012

- Rinitis alérgica-Hipertrofia de cornetes-Pólipos nasales.
- Faringitis crónica.
- Laringitis crónica-nódulos laríngeos.
- Hipertrofia de adenoides.
- Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico. Sea por esta sola o por ser causa de las anteriores
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica-Hábito tabáquico.
- Asma.

Entre los factores de riesgo que se han hallado como adyuvantes no solo de la aparición de la enfermedad sino de su complicación son:

- Niño menor de 2 meses.
- No Lactancia Materna o Desnutrición.
- Carencia de Vitamina A.
- Bajo peso al nacer.
- Falta de inmunización.
- Clima frío.
- Hacinamiento.
- Prevalencia elevada de gérmenes nasofaríngeos.
- Exposición ambiental.
- Desconocimiento.

De la misma manera se deben anotar factores protectores que reducen la posibilidad de enfermar y/o complicar:

- Lactancia Materna Exclusiva.
- Buen estado nutricional.
- Inmunización al día.

## ETIOLOGÍA

La RFA tiene como causa casi absoluta la viral, de hecho se han refrenciado hasta doscientas causas virales, en un estudio se halló de doscientas muestras tan solo siete positivas para infección bacteriana (de predominio *Clamidia pneumoniae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Micoplasma pneumoniae*, *Haemóphilus influenzae* y *Moraxella catarrhalis*), respondiéndose en un 60% de la causa a Rinovirus (50%) y Coronavirus (8.5%), otros gérmenes son virus Influenza A y B, Adenovirus, Parainfluenza tipo 1, 2 y 3, Virus sincitial respiratorio, enterovirus. En cuanto a la causa predominante de esta enfermedad, es de tipo picornaviridae, de tipo ARN y con alrededor de 110 serotipos, lo que explica su gran virulencia y los pocos éxitos que se dan en cuanto a vacunas.

No de Revisión	Fecha	Elaboró	Aprobó
00	Julio 2012	Coordinación Médica	Dirección Prestación

	COLOMBIANA DE SALUD S.A.	MANUAL DE CALIDAD	
	RINOFARINGITIS	Página 5 de 9	CDS–GDM 2.1.2.2 -01
		Revisión 00	Julio 2012

## MANIFESTACIÓN CLÍNICA

Los síntomas cardinales son obstrucción nasal, escalofríos y dolor de garganta (faringe). La obstrucción de la vía nasal se debe al compromiso mucoso predominante en septo nasal y cornetes, los cuales además de ello produce la hipersecreción de las células caliciformes que no solo buscan protección contra la agresión viral, sino como arma de doble filo, es la manera como el virus recorre otras partes de la vía respiratoria y ser su forma de transmisión a otras personas. Este síntoma puede ser mas notorio en personas con rinopatía previa (p.ej. Rinitis estacional) y presentar una mayor compromiso, como cefalea, dolor en senos paranasales, hasta epistaxis.

Entre el primer y tercer día del comienzo de los síntomas puede presentarse secreción nasal mucosa o mucopurulenta, debido esta última a la expulsión de células epiteliales y a la acción de mieloperoxidasa, esta por su acción lítica produce la coloración verdosa amarilla. Por tanto, observar rinorrea incluso con características purulentas (espesa, amarilla-verdosa, maloliente) no es indicación de antibioticoterapia basándose en una sobre infección bacteriana, a menos que este síntoma persista por más de 10 días.

Es el síndrome más frecuente con malestar faríngeo, secreción nasal acuosa y estornudos, junto a signos de fiebre no elevada inconstante, hiperemia faríngea y obstrucción nasal. La tos como fenómeno irritativo de las vías respiratorias corresponde al 60% de las causas de tos en adultos y el 59% en niños. Incluso en el 25% de los adultos con RFA esta tos puede durar hasta 1 mes.

Estas manifestaciones clínicas deben diferenciarse entre los menores de 5 años, de 5 a 15 años y los mayores de 15 años (se consideran adultos), así mismo debe hacerse estricta diferenciación y enfoque entre los que sufren enfermedades crónicas y los que no.

También hay que llamar la atención a síntomas de alarma en < 5 años: deshidratación, somnolencia o difícil de despertar, inapetencia; en adultos: Fiebre de rápida aparición, o contacto con pacientes con brotes de influencias de alta morbilidad (SARS, H1N1), viajes o cirugías recientes (sospecha de TEP), o exposición a irritantes respiratorios. Como signos de alarma se anotan disnea, fiebre alta, taquipnea, tirajes, aleteo nasal. Es por ello además importante reseñar al paciente y/o sus familiares la benignidad o la severidad del cuadro y resolver las dudas y ansiedades que se presenten en torno a la enfermedad.

Para los menores de cinco años un cuadro que resume los puntos a tener en cuenta a la hora de evaluar un paciente con cuadro respiratorio alto, predominantemente esta, y dar luces sobre las acciones en salud pública y puntos a tener en cuenta para realizar un tratamiento eficaz:

No de Revisión	Fecha	Elaboró	Aprobó
00	Julio 2012	Coordinación Médica	Dirección Prestación

	COLOMBIANA DE SALUD S.A.	MANUAL DE CALIDAD	
	RINOFARINGITIS	Página 6 de 9	CDS–GDM 2.1.2.2 -01
		Revisión 00	Julio 2012

<b>Diagnóstico y tratamiento</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación rápida de signos no específicos de enfermedad grave (convulsiones, somnolencia, dificultad para beber), cuya presencia indica la remisión al hospital</li> <li>• Valoración secuencial de los signos y síntomas de las enfermedades más frecuentes para efectuar la clasificación y dar el tratamiento específico: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tos o dificultad para respirar</li> <li>• Diarrea</li> <li>• Fiebre</li> <li>• Dolor de garganta</li> <li>• Dolor de oídos</li> <li>• Otros signos de enfermedades comunes (según la adaptación basada en la situación epidemiológica local)</li> <li>• Evaluación del estado de nutrición</li> <li>• Evaluación del estado de vacunación</li> </ul> </li> </ul>
<b>Prevención</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administración de vacunas</li> <li>• Administración de vitamina A</li> </ul>
<b>Promoción de la salud</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación y apoyo sobre la técnica de amamantamiento adecuada</li> <li>• Educación y apoyo sobre la alimentación adecuada de los niños</li> <li>• Enseñanza de medidas generales de atención del niño en el hogar</li> <li>• Enseñanza de los signos de alarma que deben llevar de inmediato a consultar con el servicio de salud</li> </ul>

## TRATAMIENTO

Básicamente el manejo es sintomático, aunque hay médicos que siguen el precepto de sir William Osler “*El mejor camino para tratar la gripa es el desprecio*”. Basar un tratamiento en la causa no solo haría del tratamiento de la rinofaringitis aguda algo dispendioso para el paciente, es además costoso (un tratamiento estándar de ganciclovir, oseltamivir o amantadina supera los \$80.000 pesos persona) y con una mayor probabilidad de efectos adversos, lo cual deja el manejo a tratar los síntomas mientras el virus es depurado del cuerpo.

El primer punto a tener en cuenta para su control es la hidratación, induce la fluidez y expectoración de material viral, así como contrarresta el efecto hipermetabólico de la fiebre. Así mismo para el control de la descarga y la

No de Revisión	Fecha	Elaboró	Aprobó
00	Julio 2012	Coordinación Médica	Dirección Prestación

	COLOMBIANA DE SALUD S.A.	MANUAL DE CALIDAD	
	RINOFARINGITIS	Página 7 de 9	CDS–GDM 2.1.2.2 -01
		Revisión 00	Julio 2012

congestión nasal se recomienda uso de extractores de goma de moco previa fluidificación con solución salina normal. Puede ser recetada o con una solución casera sencilla: a media taza de agua mezclar media cucharadita de sal. Instilar de 2 a 3 gotas 10 a 15 minutos antes de cada comida, y proceder inmediatamente a su extracción. El uso de pañuelos nasales (faciales) es necesario para prevenir la contagiosidad.

Para la fiebre y dolor es necesario acetaminofen 500 mg a 1 gr VO cada 4 a 6 horas, en niños de 10 a 15 mg/kg/dosis. En caso de mitigar la inflamación de zona rinofaríngea dar ibuprofeno 400 a 800 mg VO cada 12 a 8 horas, en niños 20 mg/kg/día. El uso de ácido acetil salicílico está contraindicado, en especial los casos de influenza, debido a la aparición de Síndrome de Reyé.

Otros analgésicos tienen igual efectividad que los anteriormente indicados, con la única ventaja antiinflamatoria en contra del acetaminofen. Es menester decir que el uso de antibióticos está contraindicado en la RFA, teniendo en cuenta que la etiología es exclusivamente viral, además que puede causar una colonización por gérmenes resistentes, no previenen por tanto una colonización bacteriana de la mucosa nasofaríngea ni tampoco previene infecciones respiratorias bajas.

En cuanto a la tos, este es un mecanismo de defensa y por lo tanto no se debe suprimir. Suelen usarse antitusígenos, mas estos están contraindicados en niños; dentro de ellos el mas recomendado es el dextrometorfano, otros que se pueden usar son la dihidrocodeína, codeína, el bromuro de ipratropio, tiotropio y la N-acetil cisteína, con variables efectos tanto antitusígenos como aliviadores de la mucosa nasofaríngea.

En este párrafo es de importancia resaltar el uso de antihistamínicos, entre ellos es de preferencia usar de primera generación (clorfeniramina, dimenhidramina, hidroxicina, desafortunadamente producen somnolencia) ya que no solo funcionan como descongestionantes, sino que además reducen la posibilidad de que se produzca síndrome de goteo postnasal (anteriormente denominado tos subaguda/crónica postgripal) una patología que como antes se reseñaba puede producirse en una cuarta parte de los adultos con resfriado, y que en especial en pacientes con problemas de sobrecarga vocal o lesiones crónicas de la vía aérea (tan frecuentes entre los docentes) es un motivo de reconsulta.

No existen vacunas para los resfríos. Aunque existen inmunizaciones ya conocidas para los brotes de influenza, estos responden a lo sumo por el 30% de los episodios de RFA, haciendo de ello una medida inefectiva, mayor aún en zonas endémicas de esta enfermedad. El lavado de manos frecuente durante la etapa inicial de las infecciones agudas de vías respiratorias, juntas el uso de pañoletas nasales desechables de único uso y la cobertura naso bucal durante tos y estornudos son necesarias para limitar la infectocontagiosidad.

No de Revisión	Fecha	Elaboró	Aprobó
00	Julio 2012	Coordinación Médica	Dirección Prestación

	COLOMBIANA DE SALUD S.A.	MANUAL DE CALIDAD	
	RINOFARINGITIS	Página 8 de 9	CDS–GDM 2.1.2.2 -01
		Revisión 00	Julio 2012

En cuanto al uso de métodos alternativos para el manejo de la RFA, se encuentra en primera medida la equinácea (*Echinacea purpurea* o *Echinacea angustifolia*) reseñándose en estudios clínicos que su uso no reduce significativamente ni la duración ni la severidad de los accesos de enfermedad, aunque sus limitantes son la edad (mayor a 20 años), la mayoría de la población en un sexo (mujeres) y la heterogeneidad de las presentaciones usadas en los diferentes estudios según una revisión Cochrane. Siguiendo esta línea de investigación se reportó la conclusión que el uso de vitamina C en adultos y niños sería de más utilidad como profilaxis de RFA en casos de accesos de frío o de ejercicio de alta intensidad para evitar episodios de broncoconstricción mediados por la tos, sin embargo para efectos de evitar accesos de enfermedad o para tratarlo, su RR es de apenas 0.97.

## CONTROL

En términos generales no hay necesidad de realizar una consulta de control para la Rinofaringitis viral, en razón de su autolimitación y de las escasas consecuencias negativas que se amilanan si se sigue un cuidado adecuado. La única exclusión es en los lactantes menores, en quienes por su calibre reducido de vía respiratoria sería meritorio un control en las siguientes 48 a 72 horas. Las únicas razones para indicar un control o una reconsulta son:

- Persistencia de síntomas por más de 2 semanas (sospecha de sobreinfección bacteriana o de bronquitis crónica).
- Síntomas o signos de alarma.
- Fiebre continua por más de tres días.
- Otagia.

## CRITERIOS DE REMISIÓN A URGENCIAS

Se remitirá al paciente a servicio de Urgencias si presenta signos de falla respiratoria inminente, tales como aumento de frecuencia respiratoria, cianosis, y tirajes de músculos intercostales, subcostales y supraclaviculares.

Paciente con inadecuada saturación de oxígeno, por debajo de 87% (FiO<sub>2</sub> 21%)

Paciente con fiebre persistente o signos de Sepsis.

No de Revisión	Fecha	Elaboró	Aprobó
00	Julio 2012	Coordinación Médica	Dirección Prestación

	COLOMBIANA DE SALUD S.A.	MANUAL DE CALIDAD	
	RINOFARINGITIS	Página 9 de 9	CDS–GDM 2.1.2.2 -01
		Revisión 00	Julio 2012

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fauci A., Braunwald E. Harrison Principios de Medicina Interna. Vol. 17 (2009). Gripe (Cap 180). Pags. 1125-1131.
2. Barrett B., Brown R. Echinacea for treating the common cold. A randomized trial. *Ann Intern Med.* 2010; 153:769-777.
3. y. Benguigui, J.C. Bossio, H. Fernández. Manual de implementación de la estrategia AIEPI. Organización panamericana de la salud.
4. Ministerio de la protección social, República de Colombia. Guía para la comunidad, Vacunas contra la influenza estacional y contra el virus de la influenza A (H1N1). 26 de abril de 2009.
5. Rosenstein N., Phillips W., Gerber M., Marcy S.M., Schwartz B., Dowell S. The Common Cold--Principles of Judicious Use of Antimicrobial Agents. *Pediatrics.* 1998; 101; 181.
6. Pratter M.R. Cough and the Common Cold: ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2006;129;72S-74S.
7. Sociedad conjunta de Pediatría y Atención Primaria de la Gran Canaria. Catarro de las vías altas. Protocolo consensuado área de Gran Canaria. 2006.
8. Diagnóstico y manejo de la infección aguda de las vías aéreas superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta los 18 meses de edad. México: 2008.
9. Maldonado A. Diagnóstico y tratamiento de las infecciones agudas de vías respiratorias. Centro Médico Quirúrgico Boliviano Belga Colegio Médico Cochabamba.
10. Simasek M., Blandino, D. Treatment of the Common Cold. *Am Fam Physician* 2007; 75: 515-20, 522.
11. Worrall G. Common cold. *Canadian Family Physician.* Vol 57: Noviembre 2011.
12. Hemilä H, Chalker E, Douglas B. Vitamin C for preventing and treating the common cold. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD000980.
13. Worrall G. Acute cough in adults. *Can Fam Physician* 2010; 57: 48-51.
14. Melchart D, Linde K, Fischer P, Kaesmayr J. Echinacea for preventing and treating the common cold. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 1999, Issue 1.
15. Worrall G. Acute cough in children. *Can Fam Physician* 2011; 57: 315-8.
16. Mäkelä M., Puhakka T., Ruuskanen O., Hyypiä M., Leinonen P., Saikku P., Kimpimäki M., Blomqvist S. Viruses and Bacteria in the Etiology of the Common Cold. *J. Clin. Microbiol.* 1998, 36(2):539.

No de Revisión	Fecha	Elaboró	Aprobó
00	Julio 2012	Coordinación Médica	Dirección Prestación