

# GOBIERNO FEDERAL



**SALUD**

**SEDENA**

**SEMAR**

## Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Manejo de la Infección Aguda de Vías Aéreas Superiores en Pacientes Mayores de 3 meses hasta 18 años de Edad

### GPC

Guía de Práctica Clínica

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-062-08.

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

## GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

**J00 Rinofaringitis aguda [resfriado común]  
J02 Faringitis Aguda, J03 Amigdalitis Aguda**

**GPC**

**Diagnóstico y Manejo de la Infección Aguda de Vías Aéreas Superiores en  
Pacientes Mayores de 3 meses hasta 18 años de Edad**

**ISBN en trámite**

## DEFINICIÓN

El término Infección aguda de las vías respiratorias superiores (IAVAS) se refiere a la enfermedad infecciosa, que afecta al aparato respiratorio hasta antes de la epiglotis, durante un periodo menor a 15 días.

## PREVENCIÓN PRIMARIA

Se recomienda proporcionar información práctica acerca de las medidas generales de cuidado y prevención de las IAVAS a familiares y pacientes. Las medidas para prevenir y disminuir el contagio de IAVAS son:

- Lavado frecuente de manos con agua y jabón.
  - Evitar que los niños con resfriado común compartan con otros juguetes o chupones y lavarlos con agua y jabón cuantas veces sea posible.
  - Invitar a todos los visitantes a que se laven las manos antes de cargar a los niños.
  - Evitar el contacto con personas que están cursando con enfermedades respiratorias agudas.
  - Promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de edad y continuar con la leche materna hasta los 12 meses de edad.
1. Evitar que los niños asistan a la guardería cuando presenten IAVAS

## DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Es esencial reconocer los signos y síntomas de las diferentes IAVAS para realizar un diagnóstico oportuno y ofrecer el tratamiento adecuado. A continuación se señalan los datos de mayor relevancia para la identificación de cada una de ellas:

Faringoamigdalitis estreptocócica:

Es recomendable realizar diagnóstico de faringoamigdalitis estreptocócica en la población mayor de 3 años de edad que presente criterios clínicos de Centor:

- Fiebre
- Exudado amigdalino, inflamación amigdalina o faringe hiperemica
- Adenopatía anterior dolorosa o linfadenitis
- Ausencia de tos

Si la sospecha es alta y no existe la disponibilidad para la realización de prueba rápida de detección de antígeno de *Streptococcus pyogenes* y cultivo de exudado faríngeo ó la obtención de resultados no es en forma expedita se sugiere iniciar tratamiento empírico

Faringitis de etiología viral

- Tos
- Disfonia
- Congestión nasal
- Dolor faríngeo de más de 5 días de duración
- Vesículas o aftas en orofaringe orientan a faringitis de etiología viral

Rinitis alérgica

- Congestión nasal
- Rinorrea
- Estornudos y prurito nasal asociados frecuentemente a cambios estacionales

Sinusitis:

- Cuadro clínico de vías respiratorias superiores que persiste por más de siete días.
- Dolor facial que se intensifica con los cambios de posición y dolor en puntos de los senos paranasales
- Congestión nasal
- En los lactantes el diagnóstico de sinusitis puede basarse ante un cuadro de rinofaringitis con tos de más de 7 días de evolución

Resfriado común:

Es una enfermedad que se autolimita, típicamente dura de 5 a 14 días y se caracteriza por alguna combinación de los siguientes signos y síntomas:

- Congestión nasal.
- Fiebre.
- Odinofagia.
- Tos.
- Disfonía.
- Irritabilidad.
- Congestión conjuntival.

## SIGNOS DE ALARMA.

Los pacientes con IAVAS deben recibir atención inmediata en el servicio de urgencias del segundo nivel de atención médica si presentan:

- Síntomas neurológicos.
- Síntomas de obstrucción de vía aérea superior
- Síntomas de obstrucción de vía aérea inferior
- Alteración en el volumen urinario
- Vómito persistente
- Exantema petequial o purpúrico

Se recomienda informar a los padres de pacientes con IAVAS que deben acudir a nueva valoración médica si el niño presenta alguna de las siguientes condiciones:

- Persistencia de la fiebre durante más de 3 días.
- Exacerbación de la sintomatología inicial o aparición de nuevos síntomas después de 3 a 5 días de evolución de la enfermedad.

Falta de mejoría después de 7 a 10 días de iniciada la enfermedad.

## PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Se recomienda que en todo paciente mayor de 3 años de edad que cumpla con los criterios clínicos de faringitis estreptocócica aguda se realicen las siguientes pruebas diagnósticas:

- Pruebas de detección rápida para *Streptococcus pyogenes*
- Cultivo de exudado faríngeo.

Se debe considerar que si la prueba de detección rápida resulta negativa es recomendable realizar cultivo de exudado faríngeo para descartar la enfermedad.

Se recomienda realizar pruebas de detección rápida para *Streptococcus pyogenes* en:

- Pacientes con criterios clínicos de faringitis estreptocócica
- Los casos en que se recomienda realizar cultivo de exudado faríngeo son:
- Pacientes con criterios clínicos de faringitis estreptocócica
- Pacientes con faringoamigdalitis estreptocócica que presentan falla al tratamiento (su realización dependerá de la disposición del recurso: primer ó segundo nivel de atención)

El seguimiento con cultivos de control de exudado faríngeo se recomienda en los siguientes casos:

- Pacientes con antecedente de fiebre reumática.
- Pacientes con faringitis aguda en un brote de fiebre reumática
- Pacientes con faringitis aguda durante un brote de glomérulo nefritis aguda post estreptocócica o de faringitis por estreptococo del grupo A en comunidades cerradas o parcialmente cerradas.
- Contagio intrafamiliar de tipo "ping-pong" de *Estreptococo del grupo A*

No se recomienda realizar de primera intención ó seguimiento con cultivo de exudado faríngeo en:

- Pacientes asintomáticos con tratamiento completo para faringitis estreptocócica aguda.
- Contactos asintomáticos de pacientes con faringitis estreptocócica del grupo A, excepto aquellos con riesgo elevado para infecciones frecuentes o secuelas no supurativas

Antiestreptolisinas

- No se recomienda realizar determinación de antiestreptolisinas en niños con faringoamigdalitis estreptocócica aguda.

## TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Se recomienda indicar las siguientes medidas de bienestar para los pacientes que presentan enfermedades respiratorias:

- Elevar la cabecera de la cama y aspirar gentilmente la secreción nasal con una perilla.
- Reposo de acuerdo a las necesidades de cada paciente.
- Inhalación de vapor (realizarla en el baño mientras se tiene abierta la llave del agua caliente) para el acumulo de secreción en narinas.
- Mantener la dieta habitual del paciente con incremento del aporte de líquidos (volumen y frecuencia) sobretodo en caso de fiebre y con mal manejo de secreciones

Medidas para disminuir la odinofagia: tomar bebidas calientes, gargarismos con solución salina

## TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO DE FARINGITIS ESTREPTOCÓCICA

El tratamiento antimicrobiano que se recomienda para la faringitis estreptocócica es:

Niños < de 20 kg:

Penicilina G benzatínica: 600,000UI IM dosis única.

Niños > de 20kg:

Penicilina G benzatínica: 1,200,000UI IM dosis única:

ó como alternativa

- Penicilina procaínica por 3 dosis (una cada 24h) más una dosis de penicilina benzatínica de la siguiente manera:

- En niños < de 20kg:

Penicilina procaínica 400,000UI intramuscular cada 24 horas por 3 días, más una dosis de penicilina benzatínica 600,000UI Intramuscular el cuarto día de tratamiento.

- En niños > de 20kg:

Penicilina procaínica 800,000UI intramuscular cada 24 horas por 3 días más una dosis de penicilina benzatínica 1,200,000UI Intramuscular el cuarto día de tratamiento

ó como alternativa:

- Penicilina VK: 40mg/Kg./día vía oral dividida en 2 o 3 dosis durante 10 días.

En los pacientes alérgicos a la penicilina se recomienda como alternativa a la penicilina:

- Eritromicina 30-40 MG/Kg./día vía oral, dividido en tres dosis durante 10 días

ó

- Clindamicina 10-20 MG /Kg./día vía oral dividido en 4 dosis durante 10 días

En faringoamigdalitis estreptocócica con falla al tratamiento los antimicrobianos recomendables son:

- Amoxicilina-ácido clavulánico: 20 a 40 MG/Kg./día vía oral, divididos cada 8hs, por 10 días.

ó

- Clindamicina: 10 a 20 MG/kg/día vía oral, dividida en 4 dosis, por 10 días

Los antimicrobianos recomendados para los portadores asintomáticos de Streptococcus pyogenes que requieren tratamiento de erradicación son:

- Clindamicina: 10-20 MG /Kg /día dividido en 4 dosis por 10 días. Vía oral.

ó

- Amoxicilina-ácido clavulánico: 20 a 40 MG/Kg./día vía oral, divididos cada 8hs, por 10 días.

ó

- Penicilina VK 40mg/Kg./día vía oral dividida en 2 o 3 dosis en 24 horas, más rifampicina 10mg/Kg./dosis (máximo 300mg/dosis) dividida en 2 dosis, por 10 días.

En la faringitis estreptocócica recurrente probada por pruebas de detección rápida de estreptococo o por cultivo faríngeo se recomienda utilizar:

- Clindamicina: 20 a 30mg/Kg./día, vía oral, dividido en 3 dosis durante 10 días

o

- Amoxicilina-ácido clavulánico: 20 a 40 MG/Kg./día vía oral, divididos cada 8hs, por 10 días.

o

- Penicilina benzatínica: 1, 200,000 U.I. dosis única, vía intramuscular.

o

Penicilina benzatínica : 1,200,000 U.I. dosis única, vía intramuscular más rifampicina 20mg/kg/día, vía oral, dividida en 2 dosis, durante 4 días

## CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Se recomienda enviar a la consulta externa de pediatría del segundo nivel de atención a pacientes con:  
Faringitis estreptocócica y falla al tratamiento; en los casos en que no sea posible realizar cultivo faríngeo en el primer nivel de atención

Se recomienda enviar al servicio de urgencias del segundo nivel de atención a pacientes con:  
IAVAS sin comorbilidad y con datos de alarma

Se recomienda que los pacientes con IAVAS y comorbilidad (cardiopatía congénita, fibrosis quística, displasia broncopulmonar, inmunosupresión, diabetes mellitus) sean referidos al servicio de urgencias de la unidad en donde se encuentre su servicio tratante cuando:

- Presenten descompensación de su patología de base.
- Manifiesten datos de alarma.

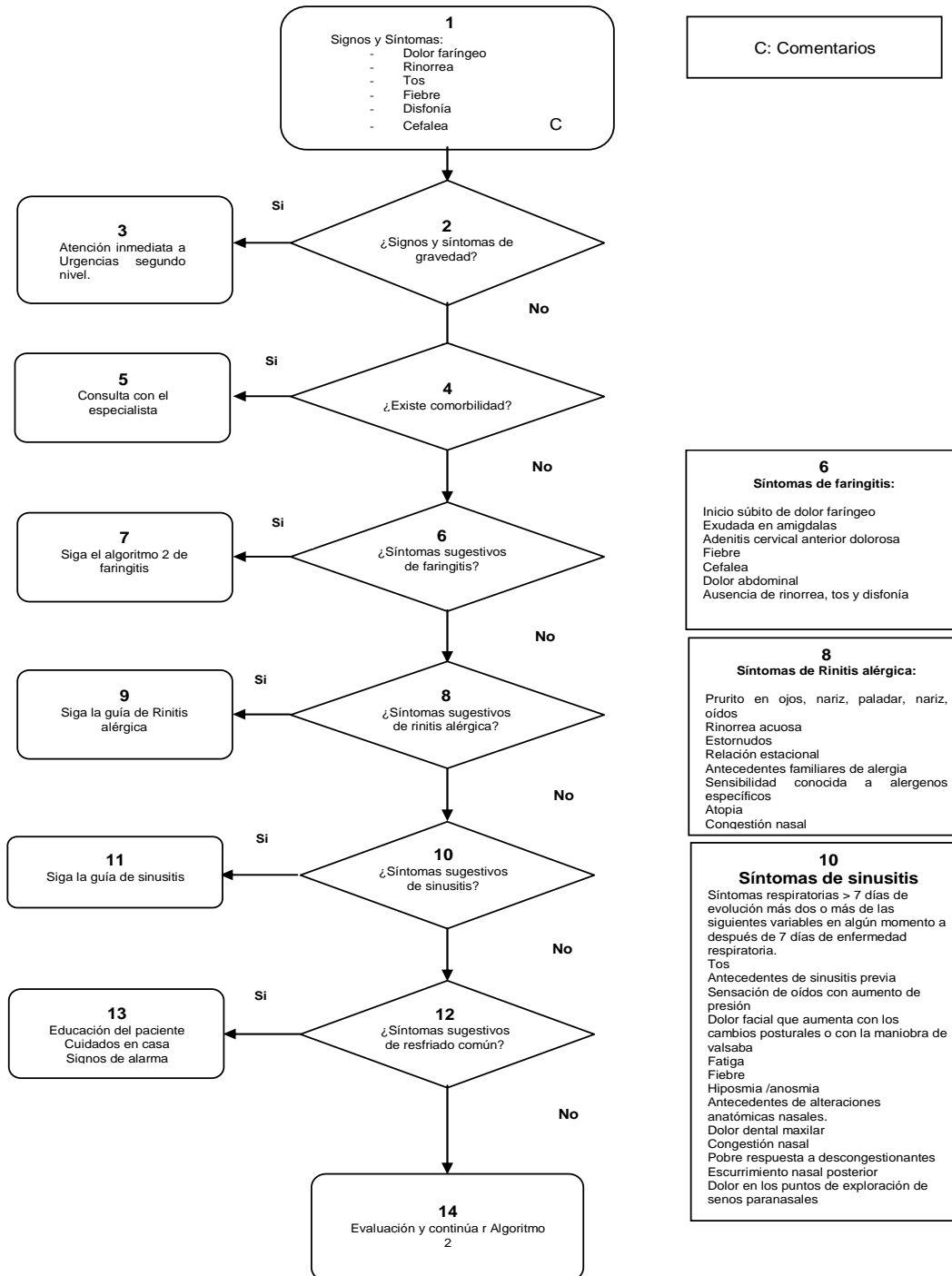
## VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

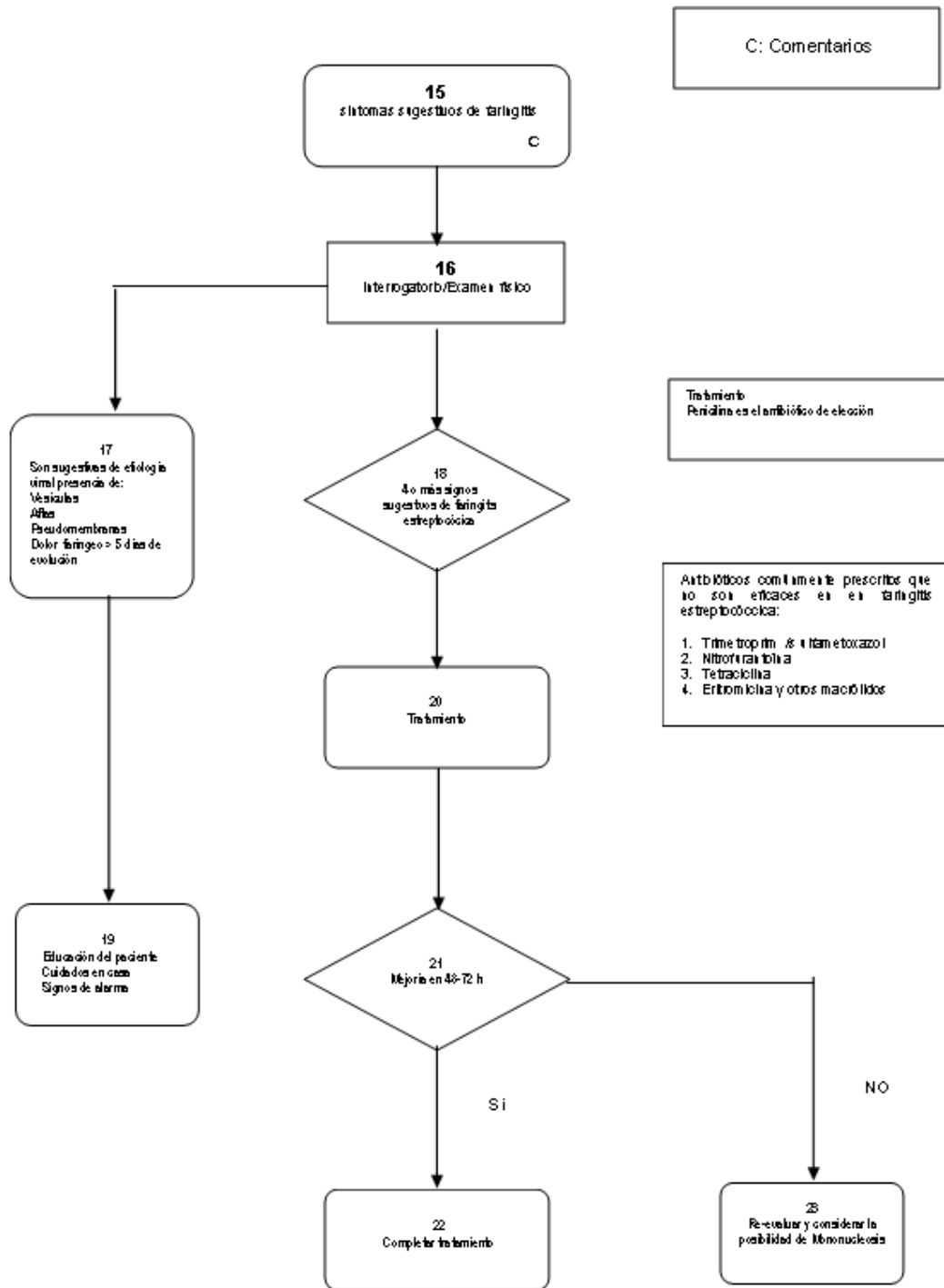
Se recomienda al médico que ante la persistencia de dolor faríngeo o fiebre por más de 48 a 72 horas de iniciado el tratamiento se considere la posibilidad de mononucleosis infecciosa y otras causas virales de faringitis o falla al tratamiento

Se recomienda informar a los padres de pacientes con IAVAS que deben acudir a nueva valoración médica cuando:

- La fiebre persista durante más de tres días.
- Empeoren los síntomas o aparezcan nuevos después de 3 a 5 días de evolución.
- No presente mejoría de los síntomas después de 7 a 10 días.

## ALGORITMOS







## ESCALAS

### SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD GRAVE

	Menores de 3 meses	3 meses a < de 4 años	4 años hasta adolescencia
<b>Dificultad respiratoria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quejido</li> <li>• Tiros</li> <li>• Cianosis</li> <li>• Estridor con síntomas de laringotraqueitis que no mejoran con medidas conservadoras.</li> <li>Taquipnea: &gt; 60 por minuto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiros</li> <li>• Cianosis</li> <li>• Disnea ostensible</li> <li>• Taquipnea :&gt; 50 por minuto en niños de 3 a 11 meses</li> <li>&gt; 40 por minuto en niños de 1 a 5 años</li> <li>• Respiración superficial</li> <li>• Dificultad para deglutir</li> <li>• Sibilancias a distancia</li> <li>• estridor con síntomas de laringotraqueitis que no mejoran con medidas conservadoras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiros</li> <li>• Cianosis</li> <li>• Disnea moderada a severa</li> <li>• Taquipnea (&gt; 40 por minuto en niños de 1 a 5 años)</li> <li>• Respiración superficial</li> <li>• dificultad para deglutir</li> <li>• Sibilancias a distancia</li> <li>• Sialorrea</li> <li>• Disfonía</li> <li>• Sensación de que se está cerrando la garganta.</li> </ul>
<b>Respuesta a estímulos y actividad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flácido</li> <li>• letárgico</li> <li>• No puede despertar o mantenerse despierto</li> <li>• Llanto débil o succión débil</li> <li>• Inconsolable</li> <li>• Rechazo al alimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No reactivo</li> <li>• Estado de alerta disminuido</li> <li>• No puede despertar o mantenerse despierto</li> <li>• Actividad ostensiblemente disminuida</li> <li>• Muy letárgico</li> <li>• Somnolencia excesiva</li> <li>• Inconsolable</li> <li>Llanto débil o succión débil (si es lactante)</li> <li>Rechazo al alimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confuso</li> <li>• Estado de alerta disminuido</li> <li>• Actividad ostensiblemente disminuida</li> <li>• Rechaza comer</li> <li>• Muy letárgico</li> <li>• Somnolencia excesiva</li> <li>• No puede despertar o mantenerse despierto</li> <li>• No reactivo</li> </ul>
<b>Deshidratación y vómito</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escaso número de pañales húmedos en un periodo mayor a 8 horas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin micción en un periodo de 6 a 8 h ( en &lt; de 1 año de edad)</li> <li>• Sin micción en un periodo de 12 ( en &gt; de 1 año de edad)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anuria por &gt; 12 h</li> </ul>
<b>Signos meníngeos</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rigidez de nuca</li> <li>• Vómito persistente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rigidez de nuca</li> <li>• Vómito persistente</li> <li>• Cefalea intensa</li> </ul>
<b>Otros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exantema petequial o purpúrico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exantema petequial o purpúrico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poliuria y baja ingesta de líquidos</li> <li>• Exantema petequial o purpúrico</li> </ul>

**ERRADICACION DEL ESTADO DE PORTADOR DE *Streptococcus pyogenes***

<b>SITUACIONES EN LAS QUE SE RECOMIENDA ERRADICACIÓN DEL <i>Streptococcus Pyogenes</i> DE PORTADORES ASINTOMÁTICOS</b>
• Antecedente de fiebre reumática o glomerulonefritis post estreptocócica en algún miembro de la familia.
• Brotes de fiebre reumática.
• Diseminación intrafamiliar repetida de <i>Streptococcus pyogenes</i>
• Brotes de faringitis estreptocócica en grupos cerrados o semicerrados
• Múltiples episodios de faringitis estreptocócica ( 3 años) confirmados por cultivo.

**FARINGITIS RECURRENTE POR *STREPTOCOCCUS PYOGENES*.**

<b>SITUACIONES EN LAS QUE SE DEBE PENSAR EN FARINGITIS RECURRENTE POR <i>Streptococcus pyogenes</i></b>
• Hallazgos clínicos compatibles con faringitis estreptocócica.
• Datos epidemiológicos sugerentes de <i>Streptococcus pyogenes</i> como posible etiología (grupo de edad: 5-15 años, invierno/primavera),
• Estrecha relación entre tratamiento y curación.
• Cultivos faríngeos negativos entre los episodios de faringitis.
• Respuesta a antígenos extracelulares de <i>Streptococcus pyogenes</i> (antiestreptolisinas) en caso de ser medidos.