

# GOBIERNO FEDERAL



**SALUD**

**SEDENA**

**SEMAR**

## Guía de Práctica Clínica

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

## Evidencias y Recomendaciones

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

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



**DIF**  
SISTEMA NACIONAL  
PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

Av. Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,  
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

[Página Web: www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud

Deberá ser citado como: **Diagnóstico y Manejo de La Infección Aguda de Vías Aéreas Superiores en Pacientes Mayores de 3 Meses Hasta 18 Años de Edad**. México: Secretaría de Salud; **2008**.

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

**ISBN en trámite**

J02 Faringitis Aguda  
J03 Amigdalitis Aguda

Guía de Práctica Clínica  
Diagnóstico Manejo de la Infección Aguda de Vías Aéreas  
Superiores en Pacientes Mayores de 3 Meses  
Hasta 18 Años de Edad

**Autores:**

Dr. Humberto Díaz Ponce	Médico Pediatra Infectólogo	Instituto Mexicano Del Seguro Social	Jefe de la División de Pediatría de la UMAE Hospital de Pediatría CMN SXXI/México, D.F.
Lic. Francisco García Gómez.	Bibliotecólogo	Instituto Mexicano Del Seguro Social	Coordinador del Centro Nacional de Investigación Documental en Salud
Dra. Sonia Patricia De Santillana Hernández.	Médico Familiar	Instituto Mexicano Del Seguro Social	Médico Adscrito a la Consulta Externa/ UMF No. 20/Delegación
Dra. Silvia Sánchez Ambriz.	Médico Familiar	Instituto Mexicano Del Seguro Social	Médico Adscrito a la Consulta Externa /UMF No. 5/Delegación Norte. México D.F. Norte. México D.F.
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Médica Pediatría	Instituto Mexicano Del Seguro Social	Coordinadora de Programas Médicos/ Coordinación de UMAE, División de Excelencia Clínica. México D.F.
Dr. Jesús Arturo Zavala Arenas	Médico Pediatría	Instituto Mexicano Del Seguro Social	Profesor del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente del CMN SXXI.
<b>Validación Interna :</b>			
Dra. Alma Luisa Lagunas Espinosa.	Médica Familiar	Instituto Mexicano Del Seguro Social	Médico Adscrito a la Consulta Externa/UMF 52/Edo. de México Oriente.
Dra. Ma. del Rocío Rábago Rodríguez.	Médica Pediatría	Instituto Mexicano Del Seguro Social	Medico Adscrito al Servicio de Pediatría/HGZ 1 A "José Ma. Vertiz"/Delegación Sur. México D.F.

## Índice:

1. Clasificación .....	5
2. Preguntas a responder por esta guía .....	7
3. Aspectos Generales .....	8
3.1 Justificación .....	8
3.2 Objetivo de esta Guía .....	9
3.3 Definición .....	9
4. Evidencias y Recomendaciones .....	10
4.1 Prevención Primaria .....	11
4.2 Signos de Alarma .....	13
4.3 Diagnóstico Clínico .....	14
4.4 Pruebas Diagnósticas .....	16
4.5 Tratamiento .....	19
4.5.1 Tratamiento no Farmacológico .....	19
4.5.2 Tratamiento Farmacológico .....	20
4.5.3 Tratamiento Antimicrobiano de Faringitis estreptocócica (Algoritmo 2. Anexo 4) .....	23
4.6 Criterios de referencia y Contrarreferencia .....	27
4.6.1 Criterios técnico médicos de Referencia .....	27
4.7 Vigilancia y Seguimiento .....	28
Algoritmos .....	29
5. Definiciones Operativas .....	31
6. Anexos .....	33
6.1 Protocolo de Búsqueda .....	33
6.2 Sistemas de Clasificación de la Evidencia y Fuerza de la Recomendación .....	34
6.3 Clasificación o escalas de la Enfermedad .....	36
7. Bibliografía .....	40
8. Agradecimientos .....	41
9. Comité Académico .....	42
10. Directorio .....	43
11. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica .....	44

## 1. CLASIFICACIÓN

Registro: IMSS-062-08.	
<b>PROFESIONALES DE LA SALUD que participa en la atención (Consultar anexo IX Metodología)</b>	Médico Pediatra Infectólogo, Médico Familiar, Médica Pediatría
<b>CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD</b>	J00 Rinofaringitis Aguda [Resfriado Común] J02 Faringitis Aguda J03 Amigdalitis Aguda
<b>CATEGORÍA DE GPC (Consultar anexo IX Metodología)</b>	Primer y segundo nivel de atención Prevenición Diagnóstico Tratamiento
<b>USUARIOS POTENCIALES (Consultar anexo IX Metodología)</b>	Personal de salud en formación y servicio social, Médico General, Médico Familiar, Médico de Urgencias Medico-Quirúrgicas, Médico Pediatra Infectólogo, Médica Pediatría
<b>TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social Coordinación de UMAE, División de Excelencia Clínica/México D.F. Delegación Norte/ UMF No. 20/México D.F. Delegación Norte/ UMF No. 5/ México D.F. Delegación Sur/ HGZ 1 A "José Ma. Vertiz"/México D.F. Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>POBLACIÓN BLANCO (Consultar anexo IX Metodología)</b>	Pacientes mayores de 3 meses hasta 18 años de edad, de cualquier género, con infección aguda de vías aéreas superiores, sin enfermedad previa.
<b>FUENTE DE FINANCIAMIENTO/ PATROCINADOR</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social Coordinación de UMAE, División de Excelencia Clínica/México D.F. Delegación Norte/ UMF No. 20/México D.F. Delegación Norte/ UMF No. 5/ México D.F. Delegación Sur/ HGZ 1 A "José Ma. Vertiz"/México D.F. Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS</b>	Diagnóstico clínico Pruebas para detección rápida de Streptococcus pyogenes Cultivo de exudado faríngeo con antibiograma Diagnóstico clínico diferencial Tratamiento farmacológico Tratamiento no farmacológico
<b>IMPACTO ESPERADO EN SALUD</b>	Diagnóstico oportuno y Detección oportuna de síntomas de alarma Prescripción apropiada de antibiótico. Referencia oportuna y efectiva Disminución de complicaciones y secuelas Satisfacción con la atención
<b>METODOLOGÍA</b>	Definición del enfoque de la GPC Respuesta de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: 5 Guías seleccionadas: 4 del período 2000-2008 ó actualizaciones realizadas en este período Revisiones sistemáticas Ensayos controlados aleatorizados Reporte de casos Validación del protocolo de búsqueda por la División de Excelencia Clínica de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social Adopción de guías de práctica clínica Internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones *

<b>MÉTODO DE VALIDACIÓN</b>	Validación del protocolo de búsqueda Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación: Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>CONFLICTO DE INTERES</b>	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés
<b>REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN</b>	REGISTRO <b>IMSS-062-08</b> . FECHA DE ACTUALIZACIÓN <b>a partir del registro 2 a 3 años</b>

Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>.

## 2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cuáles son los signos y síntomas de infección aguda de vías respiratorias superiores en pacientes mayores de tres meses de edad hasta 18 años?
2. ¿Cuál es la información que debe recibir el paciente o sus familiares para que se sienta confortable y seguro con el manejo sugerido para Infección aguda de vías respiratorias superiores?
3. ¿Cuáles son los signos de alarma en Infección aguda de vías respiratorias superiores en pacientes mayores de tres meses de edad hasta 18 años, que el médico y personal de salud o sus familiares deben reconocer para que con base en ello se tomen las mejores decisiones?
4. ¿Cuáles son las medidas no farmacológicas eficaces para el manejo de Infección aguda de vías respiratorias superiores en pacientes mayores de tres meses de edad hasta 18 años?
5. ¿Cuáles son los signos y síntomas de mayor utilidad para el diagnóstico de faringitis estreptocócica en pacientes pediátricos?
6. ¿Cuáles de las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores en pacientes mayores de 3 meses de edad hasta 18 años se benefician con el uso de antibióticos?
7. ¿Qué antibióticos son más eficaces y seguros en el tratamiento de faringitis estreptocócica en pacientes pediátricos?

### 3. ASPECTOS GENERALES

#### 3.1 JUSTIFICACIÓN

La infección aguda de vías aéreas superiores (IAVAS) es la primera causa de enfermedad en México; igualmente es el primer motivo por el cual se busca atención médica. La enfermedad se presenta en todos los grupos etarios; sin embargo, dos terceras partes de los casos observados en la población general ocurren en pacientes pediátricos; aproximadamente una tercera parte suceden en menores de 4 años de edad.

La etiología de la IAVAS es viral en el 99.5% de los casos, de acuerdo a la información epidemiológica de nuestro país. Solo 0.5% son reportados como de etiología estreptocócica.

Por lo anterior es posible afirmar que la mayoría de los pacientes con IAVAS solo requieren de tratamiento sintomático. El uso de antibióticos está justificado en casos específicos de infección estreptocócica. Empero, además de las medidas generales, los clínicos deben enseñar a los familiares a reconocer los signos de alarma en pacientes con IAVAS, que permiten identificar oportunamente a los pacientes que requieren reevaluación médica o tratamiento hospitalario.

En el IMSS la infección respiratoria aguda es el principal motivo de demanda de atención médica en la población pediátrica en primer nivel de atención así como en los servicios de urgencias, por esta razón el equipo responsable de la búsqueda y adaptación de la GPC incluyó especialistas en medicina familiar, pediatría e infectología. La mayoría de los casos con IAVAS no requerirán del uso de antibióticos para su tratamiento, de tal manera que esta guía de práctica clínica permitirá disminuir la variabilidad diagnóstica-terapéutica en la atención de los niños mayores de 3 meses de edad hasta la adolescencia.

Con el objetivo fundamental de esta GPC de ofrecer al médico y pacientes los recursos de diagnóstico y tratamiento de IAVAS, con fundamento científico. Con impacto en el empleo excesivo de antibióticos mediante el uso de un sistema basado en el cuadro clínico en los pacientes con faringitis; favoreciendo la solicitud de consulta médica debido a infección respiratoria aguda de las vías aéreas superiores sea en el momento apropiado y justificado; fomentando en pacientes y médicos el conocimiento con respecto al manejo efectivo en casa de la sintomatología del resfriado común (catarro) y eliminar el uso inapropiado de antibióticos en estos pacientes. Esta guía de diagnóstico y tratamiento de infección aguda de vías aéreas superiores en población pediátrica es una adaptación a partir de la guía original "Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) Diagnosis and treatment of respiratory illness in children and adults" publicada en Enero del 2007, la cual reúne criterios de calidad metodológica



## 3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Manejo de la Infección Aguda de Vías Aéreas Superiores en Pacientes Mayores de 3 Meses Hasta 18 Años de Edad forma parte de las Guías que integrarán el **Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica**, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción **Específico de Guías de Práctica Clínica**, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el **Programa Sectorial de Salud 2007-2012**.

La finalidad de este Catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal de primer y segundo niveles de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- Detección, diagnóstico, manejo farmacológico y no farmacológico de las infecciones de vías respiratorias altas
- Asistir a los pacientes y familiares, por medio de intervenciones informativas y educativas, a sentirse seguros y confortables con el manejo ambulatorio de la infección respiratoria aguda de vías aéreas superiores.
- Orientar al personal médico a diferenciar infección respiratoria aguda de vías aéreas superiores versus enfermedades de mayor gravedad.
- Mejorar el uso apropiado de antibióticos en infección respiratoria aguda de vías aéreas superiores.

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

## 3.3 DEFINICIÓN

El término Infección aguda de las vías respiratorias superiores se refiere a la enfermedad infecciosa, que afecta al aparato respiratorio hasta antes de la epiglotis, durante un periodo menor a 15 días, frecuentemente ocasionado por virus y ocasionalmente por bacterias.

## 4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

### Evidencia / Recomendación

### Nivel / Grado

**E.** La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud

2++  
(GIB, 2007)

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

### Evidencia / Recomendación

### Nivel / Grado

**E.** El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada


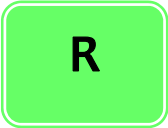

la  
[E: Shekelle]  
Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 6.2.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta Guía:

	EVIDENCIA
	RECOMENDACIÓN
	BUENA PRÁCTICA

#### 4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
	Estudios que evalúan la efectividad de educación a pacientes/familiares en caso de enfermedades en general y específicamente en el resfriado común, encontraron reducción en el tratamiento médico innecesario y en los costos de la atención de la enfermedad.	III, IV ICSI 2007
	Se recomienda proporcionar información práctica acerca de las medidas generales de cuidado y prevención de las IAVAS a familiares y pacientes.	C, D ICSI 2007
	El resfriado común es una enfermedad respiratoria, su contagio es a través de las manos y el contacto estrecho con las personas enfermas.	III, IV ICSI 2007

R

Las medidas que se recomiendan 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.

C, D  
ICSI 2007

E

La asistencia a guarderías incrementa la frecuencia, gravedad y duración del resfriado común e incrementa el riesgo de infecciones respiratorias secundarias (altas o bajas)

III, IV  
ICSI 2007

E

Enfermedades como otitis, sinusitis, neumonía y bronquiolitis son más frecuentes en los niños que asisten a la guardería.

III, IV  
ICSI 2007

R

Se recomienda que los niños con IAVAS no asistan a la guardería hasta que se hayan recuperado de la enfermedad.

C, D  
ICSI 2007

E

El promover y reforzar que los niños continúen la alimentación con leche materna puede ofrecer protección contra otitis recurrente y duración prolongada del resfriado común.

III, IV  
ICSI 2007

R

Se recomienda promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de edad y continuar con la leche materna hasta los 12 meses de edad.

C, D  
ICSI 2007  
C, D

Guía de Práctica Clínica "Control y Seguimiento de la Nutrición, el Crecimiento y Desarrollo del Niño Menor de 5 años"  
IMSS, 2008

## 4.2 SIGNOS DE ALARMA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p><b>E</b></p> <p>Los síntomas respiratorios que indican enfermedad grave son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cianosis</li> <li>• Estridor.</li> <li>• Respiración superficial</li> <li>• Dificultad respiratoria</li> </ul>	<p>III, IV ICSI 2007</p>
<p><b>E</b></p> <p>La presencia de síntomas neurológicos en un niño con enfermedad respiratoria, indican que se requiere atención inmediata.</p>	<p>III, IV ICSI 2007</p>
<p><b>E</b></p> <p>En un paciente con IAVAS los siguientes signos son indicativos de enfermedad grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vómito persistente</li> <li>• Oliguria</li> <li>• Exantema petequeial o purpúrico.</li> </ul>	<p>III, IV ICSI 2007</p>
<p><b>R</b></p> <p>Los pacientes con IAVAS deben recibir atención inmediata en el servicio de urgencias del segundo nivel de atención médica si presentan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas neurológicos.</li> <li>• Síntomas de obstrucción de vía aérea superior</li> <li>• Síntomas de obstrucción de vía aérea inferior</li> <li>• Alteración en el volumen urinario</li> <li>• Vomito persistente</li> <li>• Exantema petequeial o purpúrico</li> </ul> <p>(Anexo 3. Cuadro III)</p>	<p>C, D ICSI 2007</p>
<p><b>✓/R</b></p> <p>Se recomienda informar a los padres acerca de los datos de alarma de las enfermedades respiratorias para que el paciente reciba, de nueva cuenta, atención médica inmediata.</p>	<p>✓ Buena Práctica</p>



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.

✓  
Buena Práctica

### 4.3 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

#### Evidencia / Recomendación

#### Nivel / Grado



Los signos y síntomas asociados a faringitis por *Streptococcus pyogenes* (grupo A beta hemolítico) incluyen :

- Inicio súbito del dolor faríngeo
- Exudado en amígdalas
- Adenopatía cervical anterior dolorosa
- Fiebre
- Cefalea
- Ausencia de rinorrea, tos y disfonía.

IV  
[E: Shekelle]  
Alberta Clinical Practice Guideline 2008  
III, IV  
ICSI 2007



Los criterios propuestos por Centor para el diagnóstico de faringitis estreptocócica son:

- fiebre
- exudado amigdalino, inflamación amigdalina o faringe hiperémica
- adenopatía anterior dolorosa o linfadenitis
- ausencia de tos

Poseen 75% de sensibilidad y especificidad comparado con el cultivo de exudado faríngeo. Sin embargo su aplicación puede llevar a un 50% de tratamiento antibiótico inapropiado.

III  
[E: Shekelle]  
UMHS Acute Pharyngitis in Children. Guideline 2006  
III  
[E: Shekelle]  
Flores, 2003



La faringitis por *Streptococcus pyogenes* es infrecuente en niños menores a tres años de edad y rara en menores a 18 meses de edad.

III, IV  
ICSI 2007

**R**

Es recomendable realizar diagnóstico de faringoamigdalitis estreptocócica, en la población mayor de 3 años de edad que presente criterios clínicos arriba mencionados. 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.  
(Anexo 3. Cuadro I)

D  
[E: Shekelle]  
Alberta Clinical Practice Guideline 2008  
C, D  
ICSI 2007  
C  
[E: Shekelle]  
UMSH Pharyngitis Guideline 2006  
C  
[E: Shekelle]  
Flores, 2003

**E**

La presencia de tos, disfonía, congestión nasal, dolor faríngeo de más de 5 días de duración, vesículas o aftas en orofaringe orientan a faringitis de etiología viral

III, IV  
ICSI 2007

**E**

La rinitis alérgica se caracteriza por síntomas como congestión nasal, rinorrea, estornudos y prurito nasal asociados frecuentemente a cambios estacionales

III, IV  
ICSI 2007

**E**

Son síntomas sugestivos de 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

III, IV  
ICSI 2007

**E**

En los lactantes el diagnóstico de sinusitis puede basarse ante un cuadro de rinofaringitis con tos de más de 7 días de evolución

Ib y III  
[E: Shekelle]  
Flores, 2003

**E**

El 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.

III, IV  
ICSI 2007

✓/R

Es esencial reconocer los signos y síntomas de las diferentes IAVAS para realizar un diagnóstico oportuno y ofrecer el tratamiento adecuado. (Algoritmo 1, Cuadro II )

✓  
Buena Práctica

#### 4.4 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p><b>E</b></p> <p>La sensibilidad de las pruebas de detección rápida para <i>Streptococcus pyogenes</i> es del 80 al 90% (o incluso menor) y la especificidad del 95% comparadas con el cultivo de exudado faríngeo en medio de agar sangre.</p>	<p>II Bisno 2002</p>
<p><b>E</b></p> <p>El cultivo de exudado faríngeo se considera el estándar de oro para el aislamiento de <i>Streptococcus pyogenes</i> del grupo A y con cuadro clínico sugestivo confirma el diagnóstico clínico de faringitis estreptocócica aguda.</p>	<p>II Bisno 2002</p>
<p><b>E</b></p> <p>El cultivo de exudado faríngeo (en medio de agar sangre), tiene una sensibilidad del 90 al 95% sin reportar especificidad para la identificación de <i>Streptococcus pyogenes</i> del grupo A.</p>	<p>II Bisno 2002</p>



**E**

El diagnóstico de faringitis estreptocócica aguda se basa en datos clínicos, epidemiológicos y se sustenta en pruebas de laboratorio. Un resultado positivo de la prueba de detección rápida y/ó del cultivo de faringe proporcionan confirmación adecuada de la presencia de estreptococo beta hemolítico en faringe. Sin embargo, en los niños y adolescentes una prueba de detección rápida negativa debe ser confirmada con un cultivo de exudado faríngeo. Ver ventajas y desventajas del tratamiento de acuerdo a cultivo.

(CUADRO IV y V)

II  
Bisno, 2002

**R**

Se recomienda que en todo paciente mayor de 3 años de edad que cumplan con los criterios clínicos de faringitis estreptocócica aguda, se realicen pruebas de detección rápida para *Streptococcus pyogenes* y cultivo de exudado faríngeo. Considerar que si la prueba de detección rápida resulta negativa es recomendable realizar cultivo de exudado faríngeo para descartar la enfermedad

A  
Bisno, 2002

**E**

No se requiere de cultivo de exudado faríngeo en los contactos asintomáticos de pacientes con faringitis estreptocócica del grupo A, excepto en aquellos que tienen un riesgo elevado para presentar infecciones frecuentes o secuelas no supurativas.

III  
Bisno, 2002

**E**

No es necesario realizar seguimiento con cultivo de control de exudado faríngeo en pacientes asintomáticos que recibieron curso completo de tratamiento antimicrobiano para faringitis estreptocócica aguda.

II  
Bisno, 2002

**R**

Se recomienda realizar seguimiento con cultivos de control de exudado faríngeo en pacientes asintomáticos en los siguientes casos:

- Pacientes con antecedente de fiebre reumática.
- Pacientes con faringitis aguda en un brote de fiebre reumática
- Pacientes con faringitis aguda

B  
Bisno, 2002

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

R

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.

A, B  
Bisno, 2002

E

Los pacientes con diagnóstico de faringitis estreptocócica con falla al tratamiento deben contar con cultivo de exudado faríngeo.

IV  
[E: Shekelle]  
Alberta Clinical Practice Guideline 2008

R

Se recomienda realizar cultivo de exudado faríngeo a los pacientes con faringoamigdalitis estreptocócica que presentan falla al tratamiento. Su realización dependerá de la disposición del recurso: primer ó segundo nivel de atención.

D  
[E: Shekelle]  
Alberta Clinical Practice Guideline 2008

E

Los títulos de anticuerpos antiestreptococicos reflejan eventos inmunológicos pasados y no actuales, no agregan valor diagnóstico en la faringitis aguda. Por lo que su utilidad consiste en confirmar infecciones previas por estreptococo en pacientes con sospecha de fiebre reumática o glomérulo nefritis post estreptocócica.

III  
Bisno, 2002

R

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

C  
Bisno, 2002

## 4.5 TRATAMIENTO

### 4.5.1 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<b>E</b> Medidas como elevación de la cabecera de la cama y aspiración de secreción nasal con una perilla pueden promover bienestar en el niño con enfermedad respiratoria aguda	III, IV ICSI 2007
<b>E</b> El reposo que necesita el paciente depende directamente de cuan enfermo se siente; no hay contraindicación para la actividad física normal si el paciente está afebril y con buen estado de ánimo.	III, IV ICSI 2007
<b>R</b> Se recomienda indicar las siguientes medidas de bienestar para los pacientes que presentan enfermedades respiratorias: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elevar la cabecera de la cama y aspirar gentilmente la secreción nasal con una perilla.</li> <li>2. Reposo de acuerdo a las necesidades de cada paciente.</li> </ol>	C, D ICSI 2007
<b>E</b> Para algunas personas, la inhalación de vapor funciona como una medida efectiva de bienestar. Sin embargo existe riesgo potencial de quemaduras y de crecimiento de microorganismos en los vaporizadores.	III, IV ICSI 2007
<b>E</b> Los humidificadores suministran vapor, evitan el riesgo de quemaduras; sin embargo con el riesgo de crecimiento de microorganismos en el equipo.	III, IV ICSI 2007
<b>E</b> Los resultados de un meta-análisis sobre el uso de vapor de agua caliente en pacientes con resfriado común o voluntarios con inducción experimental del resfriado común no son concluyentes en relación a la mejoría de los síntomas.	Ia [E: Shekelle] Singh, 2008
<b>R</b> Para el acumulo de secreción en narinas, se recomienda la inhalación de vapor como una medida de bienestar, es recomendable que se realice en el baño mientras se tiene abierta la llave del agua caliente.	C, D ICSI 2007

<b>E</b>	Los gargarismos con solución salina producen alivio del dolor faríngeo.	III, IV ICSI 2007
<b>E</b>	Comer alimentos suaves, ingerir líquidos en abundancia y tomar bebidas calientes son medidas especialmente confortantes para la garganta irritada.	III, IV ICSI 2007
<b>E</b>	Estudios observacionales comparativos no demostraron beneficio del aporte extra de líquidos en pacientes con IAVAS	Ia [E: Shekelle] Guppy 2008
<b>✓/R</b>	A pesar que no existe evidencia que sustente beneficio con la ingesta extra de líquidos en pacientes con IAVAS, se recomienda mantener la dieta habitual del paciente con incremento del aporte (volumen y frecuencia) sobretodo en caso de fiebre y con mal manejo de secreciones	✓ Buena Práctica
<b>R</b>	Es recomendable sugerir medidas no farmacológicas que disminuyan la odinofagia en los pacientes con IAVAS.	C, D ICSI 2007

#### 4.5.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<div style="text-align: center; border: 1px solid black; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; background-color: #4a86e8; color: white; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-weight: bold; font-size: 24px;">E</div> <p style="margin-top: 10px;">Los antibióticos sólo son efectivos para el tratamiento de las enfermedades causadas por bacterias. La etiología del resfriado común es viral y los antibióticos no modifican su evolución natural.</p>	<p>III, IV ICSI 2007</p>
<div style="text-align: center; border: 1px solid black; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; background-color: #4a86e8; color: white; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-weight: bold; font-size: 24px;">E</div> <p style="margin-top: 10px;">Ensayos clínicos aleatorizados señalan que los antibióticos tienen eficacia limitada en el tratamiento de niños con faringoamigdalitis aguda estreptocócica, sinusitis y otitis media aguda bilateral en niños menores de 2 años o con otorrea .</p>	<p>Ia [E: Shekelle] NICE, 2008</p>

**E**

Los resultados de Meta-análisis sobre el uso de antimicrobianos en el resfriado común no han demostrado beneficio en la evolución de la enfermedad.

la  
[E: Shekelle]  
NICE, 2008

**R**

No se recomienda el uso de antimicrobianos en los pacientes con resfriado común, el tratamiento de esta enfermedad debe ser conservador.

C, D  
ICSI 2007  
A  
[E: Shekelle]  
NICE, 2008

**✓/R**

Si el paciente reúne criterios de resfriado común y se encuentra en tratamiento antimicrobiano se recomienda suspenderlo

✓  
Buena Práctica

**E**

Diversos estudios compararon niños con otitis media aguda sin riesgo de complicaciones con tratamiento antimicrobiano inmediato contra los pacientes que lo recibieron posterior al diagnóstico, sin reportar diferencias significativas

la  
[E: Shekelle]  
NICE, 2008

**E**

No existe evidencia de la efectividad del tratamiento antimicrobiano inmediato al diagnóstico de la sinusitis aguda

la  
[E: Shekelle]  
NICE, 2008

**E**

Se demostró beneficio en los resultados de pacientes con faringitis estreptocócica que reciben tratamiento antimicrobiano inmediato.

la  
[E: Shekelle]  
NICE, 2008

**R**

De acuerdo a la evaluación clínica y de la gravedad de la enfermedad los pacientes de los siguientes subgrupos se consideran para ofrecer una estrategia de tratamiento antimicrobiano inmediato:

- faringoamigdalitis aguda estreptocócica.
- Otitis media aguda bilateral en niños menores de 2 años.
- Otitis media aguda en niños con otorrea.

A  
[E: Shekelle]  
NICE, 2008

**E**

Diversos estudios han concluido que no existe buena evidencia acerca de la efectividad de los medicamentos antitúsigenos en pacientes con resfriado común

M  
Schroeder, 2007

**E**

No se ha demostrado que el empleo de descongestionantes acorte la duración o disminuya los síntomas del resfriado común.

III, IV  
ICSI 2007

**E**

Estudios en niños y adultos no han demostrado mejoría con la monoterapia con los antihistamínicos en:

- congestión nasal
- rinorrea
- estornudo

Se consideró que las combinaciones de antihistamínicos con descongestionantes no son efectivas en los niños pequeños.

En niños mayores y adultos existen ensayos clínicos que consideran un efecto benéfico sobre el estado general y los síntomas nasales. Sin embargo, estos resultados no son concluyentes.

la  
[E. Shekelle]  
De Sutter, 2008

**E**

El costo beneficio del empleo de spray nasal de bromuro de ipratropio no representa mayor beneficio clínico por lo que no se justifica su uso en pacientes con resfriado común

III, IV  
ICSI 2007

**E**

No hay consistencia en la evidencia publicada en relación a la utilidad de la vitamina C en altas dosis para acortar la evolución del resfriado común.

III, IV  
ICSI 2007

**E**

Los estudios que evalúan la utilidad del gluconato de zinc para acortar la duración y gravedad de los síntomas del resfriado común, no son concluyentes.

III, IV  
ICSI 2007

**R**

No se recomienda utilizar los siguientes medicamentos en el manejo del resfriado común:

- Antitúsigenos.
- Descongestionantes.
- Spray nasal de bromuro de ipratropio.
- Vitamina C.
- Gluconato de zinc

M  
Schroeder, 2007  
C, D  
ICSI 2007

**E**

Estudios clínicos que han comparado los efectos de antipiréticos en voluntarios infectados con virus del resfriado común concluyeron que se debe evitar el uso de ibuprofeno y de ácido acetilsalicílico en los siguientes casos:

- Antecedente de enfermedad ácido-péptica, asma o insuficiencia renal.
- Niños con síndrome de Reye.

III, IV  
ICSI 2007

**R**

Se recomienda el uso de paracetamol como medicamento de elección para el manejo de la fiebre en los pacientes con resfriado común.

C, D  
ICSI 2007

#### 4.5.3 TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO DE FARINGITIS ESTREPTOCÓCICA (ALGORITMO 2. ANEXO 4)

##### Evidencia / Recomendación

##### Nivel / Grado

**E**

La faringitis/amigdalitis por *Streptococcus pyogenes* requiere de tratamiento antimicrobiano apropiado para prevenir casos de fiebre reumática, complicaciones supurativas y minimizar el riesgo de casos secundarios.

IV  
[E: Shekelle]  
Alberta Clinical Practice Guideline, 2008

**E**

El antimicrobiano que ha demostrado que previene los ataques iniciales de fiebre reumática es la penicilina G procaínica administrada por vía intramuscular.

I  
Bisno, 2002

E

Existe evidencia de la utilidad de penicilina benzatinica en disminuir la ocurrencia de casos de fiebre reumática durante epidemias estreptocócicas en campos militares y en pacientes que han tenido un episodio previo de fiebre reumática.

I  
Bisno, 2002

E

En México, se ha detectado que más del 16% de cepas de Streptococcus pyogenes son resistentes a macrólidos, por lo cual se recomienda utilizarlos con reserva y tener en cuenta la posibilidad de falla terapéutica por cepas resistentes a macrólidos.

III  
[E: Shekelle]  
Rodríguez, 2000

R

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

Niños < de 20 kg:

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

Niños > de 20kg:

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

Ó como alternativa

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

1. En niños < de 20kg:

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

2. En niños > de 20kg:

Penicilina procaínica 800,000UI intramuscular cada 24horas por 3 días más una dosis de penicilina benzatinica 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.

Cabe mencionar que esta presentación no esta incluida en el cuadro básico interinstitucional.

A  
Bisno, 2002  
D  
[E: Shekelle]  
Alberta Clinical Practice Guideline 2008  
C  
Rodríguez, 2000



**R**

El manejo alternativo que se recomienda para pacientes alérgicos a la penicilina es:

- 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

D  
[E: Shekelle]  
Alberta Clinical Practice Guideline 2008  
A  
Bisno, 2002

**E**

Las causas posibles de falla al tratamiento de la faringitis estreptocócica incluyen falta de apego al tratamiento, exposición repetida a los agentes, resistencia a antibióticos y existencia de copatógenos.

III, IV  
ICSI 2007

**E**

En los pacientes con faringoamigdalitis estreptocócica que presentan falla al tratamiento antibiótico, se debe dirigir el manejo para la erradicación del Streptococcus Díógenes y bacterias productoras de beta lactamasa.

IV  
[E: Shekelle]  
Alberta Clinical Practice Guideline, 2008

**R**

El manejo antimicrobiano que se recomienda para los casos de faringoamigdalitis estreptocócica con falla al tratamiento es el siguiente:

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

o

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

C, D  
ICSI 2007  
D  
[E: Shekelle]  
Alberta Clinical Practice Guideline, 2008

**E**

Los pacientes crónicamente colonizados por Streptococcus pyogenes tienen bajo riesgo de complicarse con enfermedad supurativa o no supurativa y es poco probable que ocurra diseminación a contactos cercanos; no obstante existen indicaciones precisas para ofrecer tratamiento antimicrobiano a portadores asintomáticos del germen (CUADRO VI):

III  
Bisno 2002

**R**

Para los pacientes portadores asintomáticos de *Streptococcus pyogenes* que requieren tratamiento de erradicación se recomiendan los siguientes antimicrobianos:

Clindamicina:

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

Amoxicilina-ácido clavulánico:

20 a 40 MG/Kg./día vía oral, divididos cada 8hs, por 10 días.

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.

C, D  
ICSI 2007  
D

[E: Shekelle]  
Alberta Clinical Practice Guideline, 2008

**E**

Antimicrobianos como clindamicina, penicilina, amoxicilina-ácido clavulánico y rifampicina han mostrado tener altos rangos de erradicación faríngea de estreptococo bajo ciertas circunstancias particulares. (Cuadro VII)

II  
Bisno 2002

**R**

El tratamiento que se recomienda para personas con faringitis estreptocócica recurrente probada por pruebas de detección rápida de estreptococo o por cultivo faríngeo son:

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

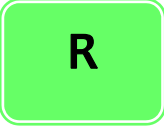
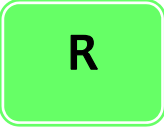
A  
Bisno 2002

## 4.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

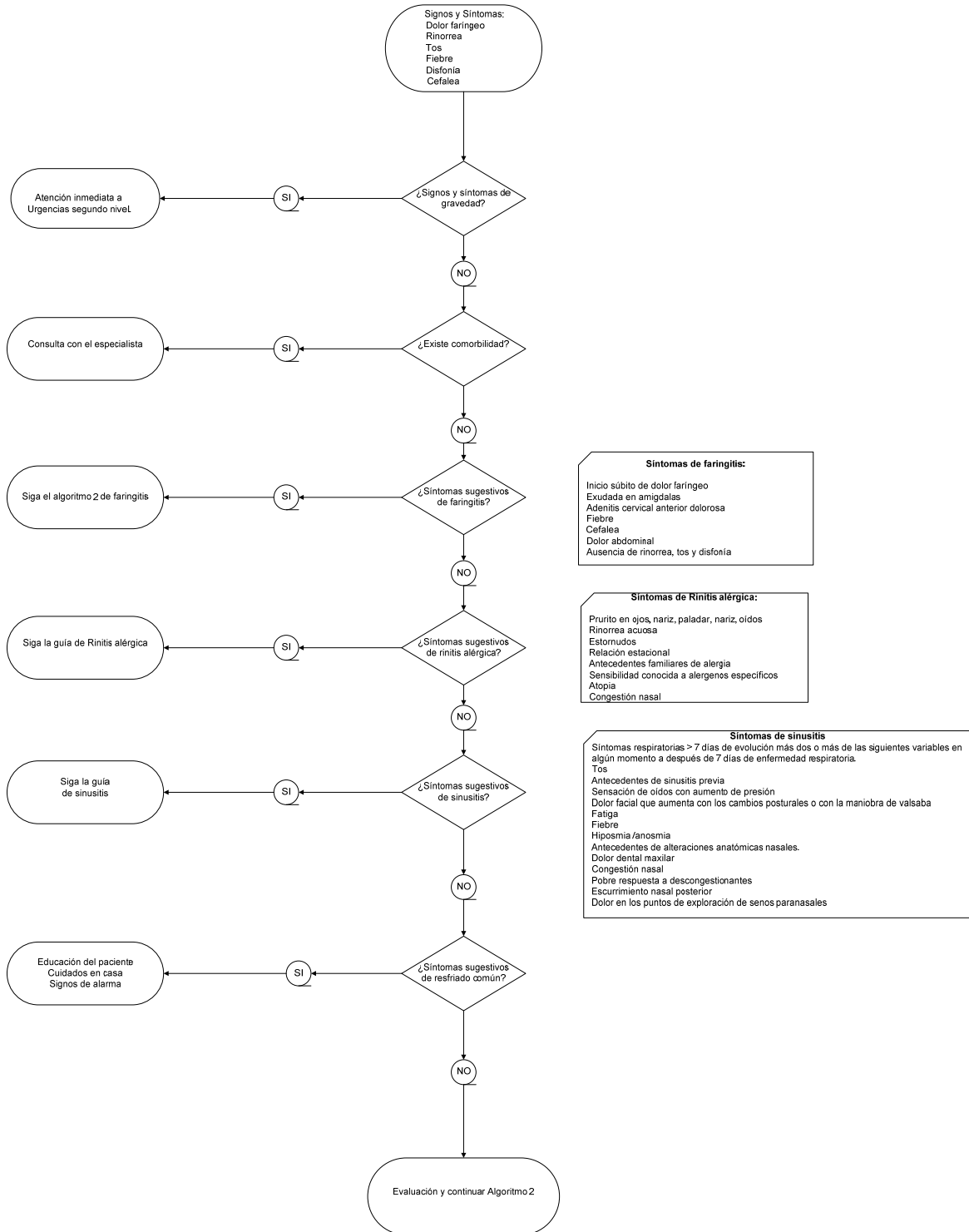
### 4.6.1 CRITERIOS TÉCNICO MÉDICOS DE REFERENCIA

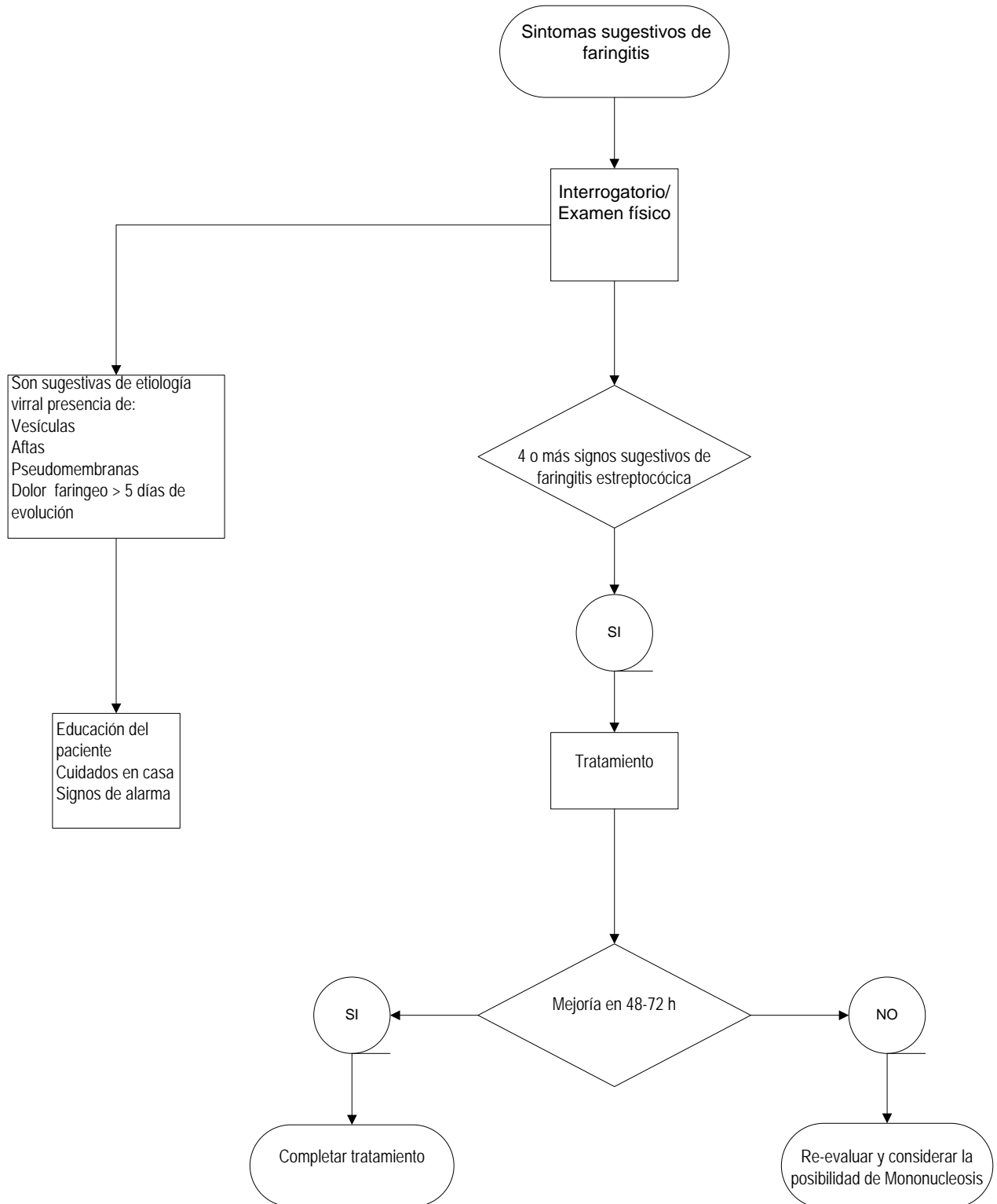
Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>Se recomienda enviar a la consulta externa de pediatría del segundo nivel de atención a pacientes con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Faringitis estreptocócica y falla al tratamiento; en los casos en que no sea posible realizar cultivo faríngeo en el primer nivel de atención</li> </ul>	<p>✓ Buena Práctica</p>
 <p>Se recomienda enviar al servicio de urgencias del segundo nivel de atención a pacientes con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>IAVAS sin comorbilidad y con datos de alarma</li> </ul>	<p>✓ Buena Práctica</p>
 <p>Los pacientes con IAVAS y comorbilidad tienen mayor probabilidad de descompensación cardiopulmonar; por lo que deben recibir atención médica y consultar con un especialista de acuerdo a cada caso.</p>	<p>III, IV ICSI 2007</p>
 <p>Los pacientes con antecedentes de cardiopatía congénita, displasia bronco pulmonar y fibrosis quística tienen mayor riesgo de presentar dificultad respiratoria e insuficiencia cardíaca cuando cursan con IAVAS</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Presenten descompensación de su patología de base.</li> <li>Manifiesten datos de alarma.</li> </ul>	<p>IIb Medrano (a), 2007 III Medrano (b), 2007 IIb Broughton, 2006 IIb Bhandari, 2006 B Medrano, 2007 C Medrano, 2007 B Broughton, 2006 B Bhandari, 2006 ✓ Buena Práctica Clínica</p>
	

## 4.7 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 R Se recomienda al médico que ante la persistencia de dolor faríngeo o fiebre por más de 48 a 72 horas de iniciado el tratamiento considere la posibilidad de mononucleosis infecciosa y otras causas virales de faringitis o falla al tratamiento	C, D ICSI 2007
 R Se recomienda informar a los padres de pacientes con IAVAS que deben acudir a nueva valoración médica cuando: <ul style="list-style-type: none"><li>• La fiebre persista durante más de tres días</li><li>• Empeoren los síntomas o aparezcan nuevos después de 3 a 5 días de evolución.</li><li>• No presente mejoría de los síntomas después de 7 a 10 días.</li></ul>	C, D ICSI 2007

## ALGORITMOS





## 5. DEFINICIONES OPERATIVAS

**Antibiótico** a la sustancia química que impide el desarrollo o multiplicación de ciertos microbios o los destruye.

**Atención integrada** al conjunto de acciones que se proporcionan al menor de cinco años en la unidad de salud, independientemente del motivo de la consulta e incluyen: vigilancia de la vacunación, vigilancia de la nutrición, atención motivo de la consulta, capacitación de la madre y atención a la salud de la madre.

**Cianosis** a la coloración azul de piel y mucosas.

**Comorbilidad:** La existencia o la presencia de cualquier entidad distinta adicional durante el curso clínico de un paciente que tiene una enfermedad indexada bajo estudio.

**Comunicación** a la acción de informar la presencia de padecimientos o eventos, por parte de fuentes que pertenecen al Sistema Nacional de Salud.

**Educación para la salud** al proceso de enseñanza-aprendizaje que permite mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamiento para cuidar la salud individual, familiar y colectiva.

**Estado de portador:** Pacientes crónicamente colonizados por *Streptococcus pyogenes*.

**Estrategia** al método para resolver o controlar un problema.

**Estridor** al ruido áspero, de predominio inspiratorio, que ocurre cuando se estrecha la laringe.

**Falla al tratamiento** se define como la recurrencia de los síntomas dentro de los siete días de completar el tratamiento con antibióticos

**Faringitis estreptocócica** recurrente se define a toda faringitis cuya causa ha sido probada por cultivo es debida a *Streptococcus pyogenes* y recurre entre 7 a 30 días después de haber terminado el tratamiento específico

**Fiebre** a la elevación anormal de la temperatura corporal, por encima de los límites normales citados, arriba de 38.0°C.

**Lactancia materna** exclusiva a la alimentación de los niños con leche materna, como único alimento, durante los primeros cuatro meses de vida.

**Líquidos caseros** recomendados a las aguas preparadas de frutas, sopas, tés, atoles, y agua de coco verde.

**Otalgia** al dolor de oído.

**Otitis** media aguda a la inflamación del oído medio que incluye la cavidad del oído medio, la trompa de Eustaquio limitando la movilidad de la membrana timpánica. Su presentación puede ser muy diversa con sintomatología inespecífica, incluyendo otalgia, fiebre, sensación de oído ocupado, hipoacusia y otorrea.

**Otorrea** a la supuración en el oído, salida de líquido, o pus, por el conducto auditivo externo.

**Taquipnea** o respiración rápida al aumento de la frecuencia respiratoria arriba de 60 por minuto, en niños menores de 2 meses de edad; arriba de 50 por minuto, en niños de 2 a 11 meses, y arriba de 40 por minuto, en niños de uno a cuatro años.

**Promoción de la salud** al proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectivo mediante actividades de participación social, comunicación educativa y educación para la salud.

**Sibilancia** a los ruidos respiratorios silbantes, de predominio espiratorio.

**Somnolencia** a la dificultad para mantener la vigilia.

**Tiro o tiraje** al hundimiento del hueco supraesternal, de los espacios intercostales y del hueco epigástrico, durante la inspiración, como consecuencia de la obstrucción de las vías respiratorias, que, en su expresión de mayor gravedad, se manifiesta como disociación torácico-abdominal.

### **Símbolos y abreviaturas**

°C: grado Celsius.

cm.: centímetro.

IRA: Infección respiratoria aguda.

Kg: kilogramo.

mL: mililitro.

MG: miligramo.

U.I.: unidades internacionales.



## 6. ANEXOS

### 6.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

Se formularon preguntas clínicas concretas y estructuradas según el esquema paciente-intervención-comparación-resultado (PICO) sobre diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías aéreas superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta 18 años de edad.

Se estableció una secuencia estandarizada para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica (GPC), a partir de las preguntas clínicas formuladas sobre diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías aéreas superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta 18 años de edad en las siguientes bases de datos: Fistera, Guidelines Internacional Networks, Practice Guideline, Guideline Clearinghouse, New Zealand Clinical Guidelines Group, Primary Care Clinical Practice Guidelines y Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

El grupo de trabajo selecciono las guías de práctica clínica con los siguientes criterios:

1. Idioma inglés y español
2. Metodología de medicina basada en la evidencia
3. Consistencia y claridad en las recomendaciones
4. Publicación reciente
5. Libre acceso

Se encontraron 5 guías:

1. Alberta Clinical Practice Guidelines: Guideline for the Diagnosis and Treatment of Acute Pharyngitis. 2006
2. Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney JM, Kaplan EL and Schwartz RH. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis. Clin Infect Dis 2002; 35:113–25
3. Institute for Clinical System Improvement (ICSI): Diagnosis and Treatment of Respiratory Illnes in Children and Adults. 2007.
4. NICE clinical guideline. Respiratory tract infections-antibiotic prescribing. 2008; 1-113.
5. University of Michigan Health System (UMHS). Michigan Quality Improvement Consortium. Acute Pharyngitis in Children. Guideline for clinical Practice 2006.

De estas guías se tomaron parte de las recomendaciones. Para las recomendaciones no incluidas en la guía de referencia el proceso de búsqueda se llevo a cabo en Pubmed y Cochrane Library Plus utilizando los términos y palabras claves: "acute respiratory infectious diseases", "common cold", "pharingytis", "tonsillitis".

La búsqueda se limitó a revisiones sistemáticas, meta-análisis y ensayos clínicos controlados en idioma inglés y español, publicados a partir del 2000.

En caso de controversia de la información y resultados reportados en los estudios, las diferencias se discutieron en consenso y se empleo el formato de juicio razonado para la formulación de recomendaciones. Se marcaron con el signo  $\oplus$  y recibieron la consideración de práctica recomendada u opinión basada en la experiencia clínica y alcanzada mediante consenso.

## 6.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster en Canadá. En palabras de Sackett, “la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales” (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett et al, 1996. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992;268:2420-2425)

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero et al, 1996)

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006)

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R et al, 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se describen las escalas de evidencia para las referencias utilizadas en esta guía y de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

### CUADRO 1. CLASIFICACIÓN DEL NIVEL DE EVIDENCIA CIENTÍFICA UTILIZADA POR ICSI

A. Fuentes primarias de información	
CLASE A	Ensayo clínico controlado aleatorizado.
CLASE B	Estudio de cohorte.
CLASE C	-Ensayo clínico no aleatorizado con controles históricos o concurrentes.

	-Estudio de caso y control. -Estudio sobre prueba diagnóstica.
CLASE D	-Estudio transversal -Serie de casos -Reporte de casos
<b>B. Fuentes secundarias de la Información</b>	
CLASE M	-Meta-análisis -Revisión sistemática -Análisis de decisión -Análisis de costo-efectividad
CLASE R	-Consenso de expertos -Revisiones narrativas
CLASE X	-Opinión de experto

Tomado de: Institute for Clinical System Improvement (ICSI) Diagnosis and Treatment of Respiratory Illnes in Children and Adults. 2007

**CUADRO 2. SISTEMA DE GRADACIÓN DE EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES  
INFECTIOUS DISEASES SOCIETY OF AMERICA–UNITED STATES PUBLIC HEALTH SERVICE**

<b>Categoría, grado</b>	<b>Definición</b>
<b>Fuerza de la Recomendación</b>	
<b>A</b>	Buena evidencia que soporta la recomendación para su uso
<b>B</b>	Moderada evidencia que soporta la recomendación para su uso
<b>C</b>	Mala evidencia que soporta la recomendación para su uso
<b>D</b>	Moderada evidencia para desaconsejar su uso
<b>E</b>	Buena evidencia para desaconsejar su uso
<b>Calidad de la evidencia</b>	
<b>I</b>	Evidencia de 1 ensayo controlado aleatorizado
<b>II</b>	Evidencia de 1 ensayo clínico bien diseñado, sin aleatorización; de cohorte o estudios analíticos de casos y controles preferentemente de más de un centro; o de experimentos no controlados
<b>III</b>	Evidencia procedente de opinión de autoridades, basados sobre la experiencia clínica, estudios descriptivos o reportes de comité de expertos

Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney JM, Kaplan EL and Schwartz RH. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis. Clin Infect Dis 2002; 35:113–25

**CUADRO 3. LA ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES**

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

<b>Categoría de la evidencia</b>	<b>Fuerza de la recomendación</b>
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorios	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

**6.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD****CUADRO I. TRATAMIENTO CON BASE EN DATOS CLÍNICOS DE FARINGITIS ESTREPTOCÓCICA**

<b>Ventajas</b>	<b>Desventajas</b>
Reducir el tiempo del inicio de la terapia definitiva	Sobret ratamiento ya la precisión diagnóstica es de 50-75% con los mejores sistemas clínicos de puntuación
No se realizan pruebas diagnósticas redundantes.	Debido a sobret ratamiento, efectos secundarios: intolerancia, alergia hasta choque anafiláctico.
Alta satisfacción del paciente por el inicio pronto de tratamiento previo a los resultados de la prueba.	Refuerza falsas creencias acerca de la faringitis estreptocócica.

Tomado de: Institute for Clinical System Improvement (ICSI) Diagnosis and Treatment of Respiratory Illnes in Children and Adults. 2007

## CUADRO II. ENFERMEDADES QUE DEBEN SER DIFERENCIADAS CON RESFRIADO COMÚN

Diagnóstico	Síntomas
Otitis media	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otagia</li> <li>• Otorrea</li> <li>• Hipoacusia</li> <li>• Abombamiento de membrana timpánica.</li> <li>• Mareo</li> </ul>
Faringitis por <i>Streptococcus pyogenes</i> (grupo A beta hemolítico)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicio súbito del dolor faríngeo</li> <li>• Exudado en amígdalas</li> <li>• Adenopatía cervical anterior dolorosa</li> <li>• Fiebre</li> <li>• Cefalea</li> <li>• Dolor abdominal</li> <li>• Ausencia de rinorrea, tos y disfonía.</li> <li>• Vómito</li> <li>• Astenia</li> <li>• Anorexia</li> <li>• Exantema o urticaria.</li> </ul>
Faringitis viral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tos, disfonía, congestión nasal y dolor faríngeo con duración mayor de 5 días.</li> <li>• Presencia de vesículas, aftas, úlceras y pseudo membranas en orofaringe</li> </ul>
Rinitis alérgica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedentes personales y familiares de atopia</li> <li>• Prurito ocular, nasal, en paladar y oídos,</li> <li>• Rinorrea acuosa,</li> <li>• Estornudos,</li> <li>• Congestión nasal,</li> <li>• Escurrimiento nasal posterior</li> <li>• Sensibilidad a alérgenos específicos como son ácaros, caspa de animales, polvo, polen y hongos filamentosos.</li> </ul>
Sinusitis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedente de sinusitis previa (probada).</li> <li>• Cuadro clínico de vías respiratorias superiores que persisten por más de siete días.</li> <li>• Dos o más de los siguientes síntomas presentes por más de siete días después del inicio de la sintomatología:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• - Tos</li> <li>• - Sensación de aumento de presión en oídos</li> <li>• - Dolor facial que se intensifica con los cambios de posición o maniobra de Valsalva y a la exploración dolor en puntos de los senos paranasales</li> <li>• - Fatiga</li> <li>• - Fiebre</li> <li>• - Hiposmia /anosmia</li> <li>• - Bloqueo nasal conocido</li> </ul> </li> <li>• Congestión nasal</li> <li>• Escurrimiento nasal anterior y/ó posterior</li> <li>• Dolor dental</li> <li>• Pobre respuesta a descongestionantes</li> </ul>
Epiglotitis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disfonía</li> <li>• Odinofagia severa</li> <li>• Estridor</li> <li>• Sialorrea</li> </ul>

Modificado de Institute for Clinical System Improvement (ICSI) Diagnosis and Treatment of Respiratory Illnes in Children and Adults. 2007.

**CUADRO III. 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 laringotraqueítis 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 laringotraqueítis 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 petequeal o purpúrico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exantema petequeal o purpúrico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poliuria y baja ingesta de líquidos</li> <li>• Exantema petequeal o purpúrico</li> </ul>

Tomado de: Institute for Clinical System Improvement (ICSI) Diagnosis and Treatment of Respiratory Illnes in Children and Adults. 2007

**CUADRO IV. PRUEBA DE DETECCIÓN RÁPIDA DE *STREPTOCOCCUS PYOGENES***

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Especificidad cercana al 100%.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costos elevados de auxiliares de diagnóstico.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La rapidez en la obtención del resultado reduce tratamientos cortos innecesarios y la complejidad de estrategias en el tratamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con las pruebas actuales, ante un resultado negativo siempre se requiere de un cultivo de exudado faríngeo de respaldo. (Gerber, 1997; Schlager, 1996).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potencialmente reduce la necesidad de otras consultas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los resultados de estudios recientes con PCR de tiempo real, están a favor de su utilidad como reemplazo de las pruebas de detección rápida y cultivo de <i>Strep. pyogenes</i> (Uhl, 2003). Es improbable que esta prueba pueda ser empleada como una prueba rápida en la que el paciente espera para la toma de decisiones.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permite el inicio del tratamiento de manera oportuna, reduciendo la morbilidad aguda y casos secundarios.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Requiere personal capacitado para el desarrollo de la pruebas.</li> </ol>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• puede ser costo-efectiva por medio de la reducción de</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. El costo de la prueba</li> </ol>

trabajo extra y un periodo breve de tiempo en la atención (Lieu, 1990).	
1. Alta satisfacción de los pacientes	2. Esta prueba no está incluida en el cuadro básico
	3. Se necesita asignar a personal específico para el desarrollo de las pruebas y rediseño de consultorios
	4. Pueden detectarse falsos positivos aún en pacientes que han recibido 14 días de tratamiento antibiótico apropiado.
	5. No diferencia entre enfermedad y estado de portador.

#### CUADRO V. CULTIVO DE EXUDADO FARÍNGEO

Ventajas	Desventajas
A pesar que no es una prueba perfecta se considera el estándar de oro	El tiempo de incubación retrasa el inicio de tratamiento definitivo, reduciendo la satisfacción del paciente
Menor costo que las pruebas rápidas	No diferencia entre enfermedad y portadores
	La sensibilidad depende de la técnica y experiencia técnica.

#### CUADRO VI ERRADICACIÓN DEL ESTADO DE PORTADOR DE *STREPTOCOCCUS PYOGENES*

##### SITUACIONES EN LAS QUE SE RECOMIENDA ERRADICACIÓN DEL *Streptococcus pyogenes* DE PORTADORES ASINTOMÁTICOS

- Antecedente de fiebre reumática o glomerulonefritis post estreptocócica en algún miembro de la familia.
- Brotes de fiebre reumática.
- Diseminación intrafamiliar repetida de *Streptococcus pyogenes*
- Brotes de faringitis estreptocócica en grupos cerrados o semicerrados
- Múltiples episodios de faringitis estreptocócica ( 3 años) confirmados por cultivo.

Alberta Clinical Practice Guidelines: Guideline for the Diagnosis and Treatment of Acute Pharyngitis. 2006

#### CUADRO VII. FARINGITIS RECURRENTE POR *STREPTOCOCCUS PYOGENES*.

##### SITUACIONES EN LAS QUE SE DEBE PENSAR EN FARINGITIS RECURRENTE POR *Streptococcus pyogenes*

- Hallazgos clínicos compatibles con faringitis estreptocócica.
- Datos epidemiológicos sugerentes de *Streptococcus pyogenes* 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 *Streptococcus pyogenes* (antiestreptolisinas) en caso de ser medidos.

Institute for Clinical System Improvement (ICSI) Diagnosis and Treatment of Respiratory Illnes in Children and Adults. 2007

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Alberta Clinical Practice Guidelines: Guideline for the Diagnosis and Treatment of Acute Pharyngitis. 2006
2. Bhandari A, Panitch HB. Pulmonary outcomes in bronchopulmonary dysplasia. *Semin Perinatol* 2006; 30:219-26
3. Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney JM, Kaplan and Schwartz RH. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis. *Clin Infect Dis* 2002; 35:113-25
4. Broughton S, Bhat R, Roberts A, Zuckerman M, Rafferty G, A. Diminished lung function, RSV infection, and respiratory morbidity in prematurely born infants. *Arch Dis Child*. 2006; 91:26-30.
5. De Sutter AIM, Lemiengre M, Campbell H, Mackinnon HF. Antihistamínicos para el resfriado común (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
6. Flores HS, Trejo y Pérez JA, Reyes MH, Pérez CR y Guiscafré GH. Guía clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las infecciones respiratorias agudas. *Rev Med IMSS* 2003; 41 (Supl): S3-S14
7. Guía de Práctica Clínica "Control y Seguimiento de la Nutrición, el Crecimiento y Desarrollo del Niño Menor de 5 años" IMSS, 2008
8. Guppy MPB, Mickan SM, Del Mar CB. Asesoramiento a pacientes para aumentar la ingesta de líquidos en el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
9. Institute for Clinical System Improvement (ICSI) Diagnosis and Treatment of Respiratory Illnes in Children and Adults. 2007
10. Medrano López C (a), García-Guereta Silva L. Respiratory infections and congenital heart disease: two seasons of the CIVIC study. *An Pediatr (Barc)* 2007; 67:329-36.
11. Medrano C (b), García-Guereta L, Grueso J, Insa B, Ballesteros F, Casaldaliga J, Cuenca V, Escudero F, de la Calzada LG, Luis M, Luque M, Mendoza A, Prada F, del Mar Rodríguez M, Suárez P, Quero C, Guilera M. Respiratory infection in congenital cardiac disease. Hospitalizations in young children in Spain during 2004 and 2005: the CIVIC Epidemiologic Study. *Cardiol Young* 2007; 17:360-71.
12. NICE clinical guideline. Respiratory tract infections-antibiotic prescribing. 2008; 1-113.
13. Rodríguez RS, Calderón-Jaimes E, Gómez-Barreto D, Espinosa de los Monteros LE. Características de la resistencia antimicrobiana de una colección clínica de *Streptococcus pyogenes*. *Salud Pública Mex* 2000; 42:226-229.
14. Schroeder K, Fahey T. Over-the-counter medications for acute cough in children and adults in ambulatory settings. *The Cochrane Library* 2007, Issue 4.
15. Singh M. Aire caliente humidificado para el resfriado común (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
16. University of Michigan Health System (UMHS). Michigan Quality Improvement Consortium. Acute Pharyngitis in children. Guideline for clinical Practice 2006.



## 8. AGRADECIMIENTOS

El grupo de trabajo manifiesta su sincero agradecimiento a quienes hicieron posible la elaboración de esta guía, por contribuir en la planeación, la movilización de los profesionales de salud, la organización de las reuniones y talleres, la integración del grupo de trabajo, la realización del protocolo de búsqueda y la concepción del documento, así como su solidaridad institucional.

### Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO/ADSCRIPCIÓN</b>
Dr. Hermilo de la Cruz Yañez	Director UMAE Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI
Dr. Fortino Solorzano Santos	Director médico UMAE Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI
Lic. Francisco García	Licenciado e Bibliotecología adscrito al CENAIDS. Instituto Mexicano del Seguro Social
Srita. Laura Fraire Hernández	Secretaría División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Srita. Alma Delia García Vidal	Secretaría División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Lic. Uri Ivan Chaparro Sánchez	Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionado UMAE HO CMN S. XXI)

## 9. COMITÉ ACADÉMICO

### Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad/ CUMAE

#### División de Excelencia Clínica

#### Instituto Mexicano del Seguro Social/ IMSS

Dr. Alfonso A. Cerón Hernández	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra	Jefe de Área
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	
Dr. Antonio Barrera Cruz	
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadores de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	
Dra. Agustina Consuelo Medécigo Micete	
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	
Dr. Carlos Martínez Murillo	
Dra. Sonia P. de Santillana Hernández	
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Comisionadas a la División de Excelencia Clínica
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador

## 10. DIRECTORIO

### Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos  
Secretario de Salud

### Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh  
Director General

### Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares  
Director General

### Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morin  
Titular del organismo SNDIF

### Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza  
Director General

### Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza  
Secretario de Marina

### Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván  
Secretario de la Defensa Nacional

### Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas  
Secretario del Consejo de Salubridad General

### Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Santiago Echevarría Zuno  
Director de Prestaciones Médicas

Dr. Francisco Javier Méndez Bueno  
Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. Alfonso Alberto Cerón Hernández  
Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dr. Hermilo de la Cruz Yañez.  
Director  
UMAE Hospital de Pediatría  
Centro Médico Nacional Siglo XXI

Dr. Fortino Solorzano Santos  
Director médico  
UMAE Hospital de Pediatría  
Centro Médico Nacional Siglo XXI

## 11. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

	Presidenta
Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez <b>Subsecretaría de Innovación y Calidad</b>	
Dr. Mauricio Hernández Ávila <b>Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</b>	Titular
Dr. Julio Sotelo Morales <b>Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</b>	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg <b>Comisionado Nacional de Protección Social en Salud</b>	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González <b>Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud</b>	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin <b>Representante del Consejo de Salubridad General</b>	Titular
Gral. De Brig. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes <b>Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional</b>	Titular
Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos <b>Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México</b>	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno <b>Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social</b>	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo <b>Director General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado</b>	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate <b>Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos</b>	Titular
Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna <b>Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia</b>	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci <b>Comisionado Nacional de Arbitraje Médico</b>	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García <b>Director General de Calidad y Educación en Salud</b>	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre <b>Director General de Evaluación del Desempeño</b>	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy <b>Directora General de Información en Salud</b>	Titular
M. en A. María Luisa González Rétiz <b>Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	Titular y suplente del presidente
Dr. Franklin Libenson Violante <b>Secretaria de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México</b>	Titular 2008-2009
Dr. Luis Felipe Graham Zapata <b>Secretario de Salud del Estado de Tabasco</b>	Titular 2008-2009
Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola <b>Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas</b>	Titular 2008-2009
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero <b>Presidente de la Academia Nacional de Medicina</b>	Titular
Dr. Jorge Elías Dib <b>Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía</b>	Titular
Act. Cuauhtémoc Valdés Olmedo <b>Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.</b>	Asesor Permanente
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez <b>Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC</b>	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno <b>Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales</b>	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma <b>Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.</b>	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda <b>Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.</b>	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román <b>Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	Secretario Técnico