



División de Gestión de la Salud Integral y el Desarrollo Humano
Manejo clínico de IRA (Infección respiratoria aguda)

Código: PA-GU-7-PT-32

Versión: 0

Fecha de actualización: 17-12-2014

Página 1 de 11

1. PROCESO/SUBPROCESO RELACIONADO:	Gestión de la Cultura y el Bienestar / Gestión del Bienestar Universitario
2. RESPONSABLE(S):	Profesional Universitario - Médico
3. OBJETIVO:	Establecer las directrices para que los médicos de Bienestar Universitario puedan realizar una valoración, diagnóstico (CIE 10) y tratamiento adecuado basados en la literatura actual y en los medios disponibles con respecto a la Infección Respiratoria Aguda realizando diagnóstico diferencial entre resfriado común faringitis amigdalitis sinusitis aguda
4. ALCANCE:	Inicia con la solicitud de cita médica por parte del estudiante y termina con el tratamiento ordenado por el médico tratante. Insistiendo en actividades de promoción y prevención
5. MARCO NORMATIVO:	Ley 100 de 1993 Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones Acuerdo 08 de 2009 Por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014: Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud 4505 DE 2012 (28 DIC 2012): Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento



División de Gestión de la Salud Integral y el Desarrollo Humano
Manejo clínico de IRA (Infección respiratoria aguda)

Código: PA-GU-7-PT-32

Versión: 0

Fecha de actualización: 17-12-2014

Página 2 de 11

6. CONTENIDO:

No.	Actividad / Descripción	Cargo Responsable	Punto de Control
1	Diligenciar la historia clínica Con base al orden de la agenda de citas, se llamará al paciente y se le invitará a seguir al consultorio. El médico debe presentarse y confirmar la identificación del paciente. Posteriormente se procederá a realizar la Anamnesis y registro en la historia clínica	Médico General	Historia clínica
2	Preparación ambiente de trabajo Supervise la preparación del ambiente, equipo e instrumental. Prepare al paciente, pídale que se siente en la cama de exploración médica	Médico general	Historia clínica
3	Lavar las manos según protocolo institucional	Médico general	Historia clínica
4	Equipo de protección personal Colóquese equipo de protección personal: tapabocas, bata, mascarilla y guantes	Médico general	Historia clínica
5	Exploración física Se inicia con la toma de los signos vitales exploración física siguiendo el orden por sistemas(cefalocaudal)	Médico general	Historia clínica
6	Diagnóstico y Tratamiento según Etiología : LAS RINOFARINGITIS, FARINGOAMIGDALITIS Y OTITIS MEDIA representan la mayor parte de los episodios de infección respiratoria aguda (IRA) que cursan sin insuficiencia respiratoria. La rinofaringitis aguda o resfriado común (nombre convencional) constituye uno de los principales motivos de consulta médica, ausentismo escolar y laboral. El síndrome se caracteriza por congestión nasal, rinorrea, estornudos, lagrimeo, irritación nasofaríngea, tos y malestar general. Puede acompañarse de fiebre. En adultos predomina la febrícula. El resfriado común es considerado de origen casi exclusivamente viral. Las infecciones bacterianas no son frecuentes. El período de incubación oscila entre 12 - 72 horas (rhinovirus). El cuadro generalmente se autolimita en 7	Médico general	Historia clínica



- 10 días. Los síntomas iniciales incluyen congestión nasal e irritación faríngea, malestar general, cefalea, fiebre, rinorrea acuosa durante los primeros días (reflejo glandular causado por estimulación de ramas del trigémino) y mucopurulenta posteriormente (reflejo de la severidad de la respuesta inflamatoria, no del agente etiológico), tos, estornudos. El diagnóstico se fundamenta básicamente en el cuadro clínico.

TRATAMIENTO.

El tratamiento consiste en reducir los signos y síntomas asociados a la enfermedad, tales como tos, congestión nasal, rinorrea, malestar general. No existe un tratamiento específico. El empleo de fármacos combinados que incluyen al menos dos de los siguientes: antihistamínico, antitusivo, expectorante, descongestivo, antipirético, debe contemplarse con reservas. Los antihistamínicos no esteroideos ofrecen efectos analgésicos sobre la cefalea, otalgia, artralgias y mialgias. El dextrometorfano, antitusígeno central, puede ser de utilidad en el alivio de la tos irritativa, con escasos efectos en sistema nervioso central. Los anticongestivos nasales tópicos disminuyen los síntomas nasales; pueden utilizarse durante un corto período de tiempo (menos de una semana), ya que ocasionan irritación nasal, efecto de rebote y dependencia. La utilización de irrigaciones nasales con suero fisiológico no ha demostrado ser de beneficio en el alivio de los síntomas. Medidas generales, tales como la ingesta abundante de líquidos, una dieta balanceada, el reposo y la utilización de aire humidificado constituyen el mejor tratamiento. Los antibióticos no son de utilidad, salvo en caso de complicaciones bacterianas. Los suplementos de vitamina C no reducen la incidencia de los resfriados en la población general. Sin embargo, puede ser útil para personas expuestas a ejercicio físico severo por breves períodos de tiempo. La administración regular de al menos 200 mg/día puede reducir la duración y severidad de los resfriados en adultos y niños, pero no previene su aparición

AMIGDALITIS AGUDA: inflamación de la orofaringe y de las formaciones linfoides de la orofaringe, las tonsilas o amígdalas palatinas, apareciendo habitualmente en la clínica en forma de faringoamigdalitis aguda.



La amigdalitis aguda se manifiesta por:

- Dolor local (odinofagia) que puede ser intenso
- Fiebre y malestar general
- Voz gangosa
- Adenopatías cervicales dolorosas
- Dificultad para la deglución (disfagia)
- Cuando la amigdalitis es de causa viral puede acompañar: tos, rinitis o rinorrea, afonía y conjuntivitis

TRATAMIENTO: no alérgicos a la penicilina:

– Penicilina V (fenoximetilpenicilina potásica o benzatina) vía oral, durante 10 días: < 12 años: 250 mg cada doce horas

> 12 años: 500 mg cada doce horas

– Penicilina G benzatina, en inyección única intramuscular profunda:

< 12 años: 600.000 U

> 12 años: 1.200.000 U

(Elección de la inyección si: vómitos, no asegurado el cumplimiento por vía oral, prevalencia de fiebre reumática, países en desarrollo)

– Amoxicilina, durante diez días:

-40-50 mg/kg/día. c/ 12 ó 24 horas o bien:

750 mg/día, en una dosis/día, en mayores de 4 años

Alérgicos a la penicilina (reacción retardada):

– Cefadroxilo: 30 mg/kg/día, cada 12 horas. 10 días

Alérgicos a la penicilina (reacción inmediata o acelerada). Tres opciones:

a) Estolato o etilsuccinato de eritromicina, diez días: 30-40 mg/kg/día, cada 12 h, o:

b) Azitromicina: 10 mg/kg/día 5 días o 20 mg/kg/día, tres días,

c) Claritromicina: 10 mg/kg/día. 10 días

- - Si sospecha de resistencia a macrólidos (ver texto): tratamiento según cultivo y antibiograma. Si no es posible examen bacteriológico: tratamiento durante diez días con: macrólidos de 16 átomos: josamicina (30 mg/kg/día, cada 12 h), diacetato de midecamicina (20 mg/kg/día, cada 12 h) o bien con clindamicina (20 mg/kg/día, cada 12 h)

-Antiinflamatorios.

-Calmantes para la disfagia.

-Antipiréticos.

-Gárgaras, que pueden hacerse con una solución de agua salada o con productos basados en



la iodopovidona.

En caso de **amigdalitis crónica** (tonsilitis crónica), el tratamiento de mayor éxito consiste en extraer definitivamente las amígdalas por medio de una **tonsilectomía**. De este modo, los afectados no tienen que luchar constantemente con **amigdalitis** recurrentes ni con otras enfermedades asociadas. La eliminación del foco infeccioso también puede ayudar a reducir en gran medida el riesgo de enfermedades secundarias por estreptococos en otros órganos.

OTITIS MEDIA AGUDA:

Consiste en la inflamación e infección del oído medio, el cual se encuentra localizado justo detrás del tímpano, puede existir de una manera aguda o crónica y con o sin síntomas. Las diferentes estrategias de manejo requieren que la otitis sea clasificada de una manera clínica como otitis media Aguda (OMA), otitis media exudativa (OME) y otitis externa (OE).

La OMA es un proceso con la presencia de fluido en el oído medio y de esta manera la otoscopia y los síntomas deben ser congruentes con la presencia de Fluido y asociados con signos sistémicos. Estos síntomas incluyen dolor de oído, Prurito, irritabilidad, mal dormir y fiebre. Los pacientes pueden presentar historia de tos y rinorrea. Sin embargo el dolor de oído como tal puede ser el síntoma más importante.

La OME es diagnosticada si existe un exudado del oído medio sin presencia de signos inflamatorios. La presencia de:

Al menos dos anomalías de la membrana timpánica (color amarillento, ámbar o azul; opacificación no por cicatrización y disminución o ausencia de la movilidad) y/o

Una otoscopia que muestre una membrana timpánica cóncava o con diferente coloración (amarillenta o ámbar). Con la probable presencia de burbujas de aire o un nivel aire-líquido e incluso una membrana llena o

abombada. El principal síntoma asociado con la OME es la pérdida de audición.

OTITIS EXTERNA

Signos de inflamación del conducto auditivo:

Hipersensibilidad del trago, pabellón auricular o ambos (signo del trago positivo)

Eritema y edema difuso del conducto auditivo

Otorrea (puede o no estar presen

te) , eritema de membrana timpánica, celulitis del pabellón

auricular y piel adyacente así como linfadenitis regional

El diagnóstico de otitis externa aguda es clínico y re

quiere exploración otoscópica, en caso de que la otoscopia sea normal se deberán investigar otras causas de otalgia como:

Disfunción de la articulación temporomandibular

Alteraciones dentales como terceros molares impactados

Faringitis o amigdalitis ,Artritis de la columna cervical

,Dolor neuropático ,disfunción de la trompa de Eustaquio.

Etiología:

-obstrucción de trompas de Eustaquio, tumores nasofaríngeos, barotrauma, tratamientos con radioterapia

Cualquier cosa que ocasione inflamación o bloqueo de las trompas de Eustaquio provoca que se acumulen más líquidos en el oído medio detrás del tímpano.

Estas causas abarcan:

- Alergias
- Resfriados e infecciones sinusales
- Exceso de moco y de saliva producidos durante la dentición
- Infección o agrandamiento de adenoides
- Humo del tabaco u otros irritantes

Síntomas.

- Dolor de oídos u otalgia
- Llenura en el oído
- Sensación de malestar general
- Vómitos
- Diarrea
- Hipoacusia en el oído afectado

La infección del oído puede comenzar poco después



de haber tenido un resfriado. La secreción súbita de un líquido amarillo o verde del oído puede significar que hay ruptura del tímpano.

Pruebas y exámenes

El médico examinará el interior del oído, utilizando un instrumento llamado otoscopio. Esto puede mostrar:

- Áreas de matidez o enrojecimiento
- Burbujas de aire o líquido detrás del tímpano
- Líquido con sangre o pus dentro del oído medio
- Un agujero (perforación) en el tímpano

Tratamiento

amoxicilina antibiótico de elección (500 mg cada 8 horas VO por 7 días).

Cefaclor, cefixime, cefuroxime, cefpodoxime, macrólidos como la Azitromicina, trimetoprim (800 mg cada 12 horas) y eritromicina (500 mg cada 6 horas u 800 mg cada 12 horas) pueden ser efectivos pero son menos seguros que el Amoxicilina.

La alternativa con amoxicilina + inhibidos de (b lactamasas o cefalos-porinas de segunda generación; ambas indicaciones sólo en ambientes con alta prevalencia de *H. influenza* productor (b lactamasa y *M. catarrhalis*); macrólidos, sabiendo que presentan 10% de resistencia, ceftriaxona, como una medida de extrema excepción, por falta de respuesta al tratamiento

Algunas infecciones del oído se alivian sin problema por sí solas sin necesidad de antibióticos. A menudo, todo lo que se necesita es tratar el dolor y dejar que el cuerpo sane por sí mismo.

. Considere antihistamínicos o descongestionantes en aquellos pacientes con OMA y un fuerte componente alérgico.

Prescriba y recomiende el uso de paracetamol o acetaminofén para brindar analgesia.

No prescriba la inserción de aceites para reducir el dolor en la OMA.

No recomiende el uso de homeopatía para la OMA.

- Aplique agua tibia con compresas o con una botella en el oído afectado
- .pueden prescribirse gotas nasales de suero fisiológico con clorhidrato de efedrina al 1% o con oximetazolina
- Tratamiento para el dolor tipo acetaminofén o aines.



<p>Como tratamiento de elección aplicar 5 gotas de neomicina-polimixina B-fluocinolona en el oído afectado cada 8 horas durante 7 días para otitis externa</p> <p>CIRUGÍA</p> <p>Si una infección no desaparece con tratamiento médico normal o si un niño tiene muchas infecciones durante un corto período de tiempo, el médico puede recomendar la colocación de tubos de timpanostomía.</p> <p>Si las vegetaciones <u>adenoides</u> están agrandadas, se puede considerar su extirpación quirúrgica.</p> <p>Posibles complicaciones</p> <p>Generalmente, una infección de oído es un problema médico menor que mejora sin complicaciones. En raras ocasiones, se puede desarrollar una infección más seria, como:</p> <ul style="list-style-type: none">• <u>Mastoiditis</u> (una infección de los huesos alrededor del cráneo)• <u>Meningitis</u> (una infección del cerebro)• <u>Tímpano roto o perforado.</u>• <u>Infecciones crónicas y recurrentes del oído.</u>• <u>Agrandamiento de las adenoides</u> o de las amígdalas.• Formación de un absceso o un quiste (llamado colesteatoma) debido a infecciones crónicas y recurrentes del oído.• Retraso en el desarrollo del lenguaje o del habla en un niño que padece hipoacusia prolongada a causa de infecciones auditivas múltiple. <p>SINUSITIS AGUDA</p> <p>Se refiere a la inflamación de los senos paranasales que ocurre con una infección a raíz de un virus, una bacteria o un hongo. Los senos paranasales son espacios llenos de aire en el cráneo. Están localizados por detrás de la frente, los huesos de la nariz, las mejillas y los ojos. Los senos paranasales saludables no contienen bacterias ni otros microorganismos. Por lo general, el moco puede salir y el aire puede circular a través de ellos.</p> <p>Los síntomas de la sinusitis aguda en adultos por lo regular se presentan después de un resfriado que no mejora o uno que empeora después de 5 a 7 días de tener los síntomas. Los síntomas abarcan:</p> <ul style="list-style-type: none">• Mal aliento o pérdida del sentido del olfato• Tos que generalmente empeora por la noche• Fatiga y sensación de malestar general		
---	--	--



- Fiebre
- Dolor de cabeza: dolor similar a presión, dolor detrás de los ojos, dolor de muela o sensibilidad facial
- Congestión y secreción nasal
- Dolor de garganta y goteo retrorinal

Los síntomas de la sinusitis crónica son los mismos que los de la sinusitis aguda, pero tienden a ser más leves y durar más de **12 semanas**.

Los exámenes imagenológicos que se pueden usar para decidir sobre el tratamiento son:

- Una tomografía computarizada de los senos paranasales para ayudar a diagnosticar sinusitis u observar los huesos y tejidos del área en mayor detalles. : Pruebas para alergias

TRATAMIENTO

el tratamiento exclusivamente sintomático es una opción a tener en

cuenta siempre que el seguimiento del paciente esté asegurado. En base a los datos anteriores en pacientes con

síntomas que duran más de 10 días se recomienda:

- **Observación y tratamiento sintomático, en pacientes con síntomas leves durante otros 7 días más.**
- **Tratamiento antibiótico con amoxicilina o amoxicilina-clavulánico en pacientes con síntomas moderados a severos, 7-10 días.**

Los analgésicos son adecuados para el alivio del dolor y la fiebre. La irrigación nasal con suero salino puede reducir la necesidad de medicación y mejorar el confort del paciente. Los descongestionantes nasales son eficaces para reducir el edema, aunque no se recomienda utilizarlos más de 3 días consecutivos debido a la congestión de rebote. Los antihistamínicos se prescriben con frecuencia, pero no están recomendados en pacientes sin atopia, ya que no hay estudios en esta situación y la excesiva sequedad de la mucosa puede producir malestar en los pacientes. Los corticoides tópicos pueden reducir la inflamación y el edema de la mucosa nasal. Son moderadamente eficaces; su eficacia podría ser mayor en los pacientes con síntomas más leves.

PROMOCION Y PREVENCION :Aplicacion anual de



División de Gestión de la Salud Integral y el Desarrollo Humano
 Manejo clínico de IRA (Infección respiratoria aguda)

Código: PA-GU-7-PT-32

Versión: 0

Fecha de actualización: 17-12-2014

Página 10 de 11

	vacuna para influenza en personas susceptibles (asma ,EPOC,fibrosis quística) INCAPACIDAD : según la sintomatología mínimo 3 días calendario		
7	Diligenciar la formula médica Una vez terminada la exploración física y definido diagnóstico se procederá a dar las recomendaciones pertinentes y se diligenciará la formula según las pautas de manejo revisadas en esta guía.	Médico general	Historia clínica
8	Control médico Se indicará que debe acudir nuevamente a la consulta si continua igual o peor de su sintomatología o al terminar el tratamiento ordenado , para realizar controles de laboratorio según la patología y definir seguimiento	Médico general	Historia clínica
9	Indicaciones de remisión Falla respiratoria ,fiebre persistente, determinación de BK positivos se remitirá a urgencias o a neumología o infectología según el caso	Médico general	Historia clínica
10	Registros finales Diligenciar historia clínica y registro estadístico	Médico general	Historia clínica y RIPS
7. FORMATOS:	Historia clínica institucional Registro diario de actividades Recetario institucional		
8. ABREVIATURAS Y DEFINICIONES:	IRA: J00X RINOFARINGITIS Y MAIGDALITIS AGUDA : J069 SINUSITIS AGUDA : J 019 SINUSITIS CRONICA : J 329 OTITIS MEDIA AGUDA H651 OTITIS EXTERNA H 609 Mg: miligramos		



División de Gestión de la Salud Integral y el Desarrollo Humano
Manejo clínico de IRA (Infección respiratoria aguda)

Código: PA-GU-7-PT-32

Versión: 0

Fecha de actualización: 17-12-2014

Página 11 de 11

	Gr: gramos Kg: kilogramos Im: intramuscular EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (J449)
--	---

9. REGISTRO DE MODIFICACIONES:

FECHA	VERSIÓN : No	CÓDIGO	MODIFICACIONES
17-12-2014	0	PA-GU-7-PT-32	Elaboración protocolo

10. ANEXOS:

N. / A.

ELABORACIÓN	REVISIÓN
Funcionario Responsable	Responsable Subproceso
Cargo: Profesional Universitario	Cargo: Profesional Especializado
Fecha: 07-08-2014	Fecha: 08-08-2014
REVISION	APROBACION
Responsable Proceso	
Cargo: Vicerrector (a.) Cultura y Bienestar	Rector
Fecha: 11-08-2014	Fecha: 17-12-2014

Nota: La firma en el espacio revisión - responsable de subproceso, aplica cuando el subproceso exista