



Infecciones respiratorias de vías altas, un nuevo reto

Upper respiratory infections, a new challenge

Luis Richard Rodríguez: Médico de familia, GT del respiratorio Semergen. Centro de Salud Puerto de Santa María (Cádiz).

Correspondencia: luisrichar28@gmail.com

RESUMEN

Han pasado ya dos años desde que a una nueva enfermedad, provocada por el SARS-CoV-2 (COVID-19), la pudiéramos caracterizar como una nueva pandemia. Desde entonces muchas cosas han cambiado, entre ellas, la importancia de las infecciones respiratorias de vías altas y la necesidad de que los profesionales de Atención Primaria (AP) tengan una gran formación en su manejo.

Estas son muy prevalentes, es muy difícil poder identificar su causa y consumen múltiples recursos. Podemos decir que la fase aguda de la pandemia, con su alta mortalidad y el colapso sanitario, puede haber llegado a su fin. Tanto la infección como la vacunación, proporcionan una buena inmunidad contra la enfermedad grave, pero no disminuyen los contagios.

Los expertos nos alertan que cuando baja el número de casos covid se deja espacio para otras infecciones de vías altas, entre ellas la gripe y virus respiratorio sincitial. Este hueco a cubrir sería enorme, de ahí la importancia de estar prevenidos y preparados.

Si realizamos un análisis detallado del tratamiento habitual, observaremos que España es uno de los países donde más antibióticos se prescriben. Las infecciones respiratorias representan más del 60 % de estas prescripciones.

Se estima que casi la mitad del consumo de antibióticos en Atención Primaria es inadecuado, asociándose a muchos problemas de salud.

La alta prevalencia de las infecciones respiratorias de vías altas, su difícil diagnóstico diferencial, el abuso de la prescripción antibiótica y la irrupción de la pandemia covid, hacen necesaria una reflexión por todos los profesionales implicados en la asistencia sanitaria de primer nivel.

Palabras clave: infecciones respiratorias de vías altas, coronavirus, diagnóstico diferencial, tratamiento, antibióticos, Atención Primaria.



ABSTRACT

It has now been two years since a new disease, caused by the SARS-CoV-2 (COVID-19), could be characterized as a new pandemic. Since then many things have changed, including the importance of upper respiratory infections and the need for Primary Care professionals to have a great deal of training in their management.

These are very prevalent, difficult to identify and resource-intensive.

We can say that the acute phase of the pandemic, with its high mortality and health care collapse, may have come to an end. Both infection and vaccination provide good immunity against severe disease, but do not reduce infection.

Experts warn us that when the number of covid cases drops, there is room for other upper respiratory infections, including influenza and respiratory syncytial virus. This gap would be enormous, hence the importance of being forewarned and prepared.

A detailed analysis of routine treatment shows that Spain is one of the countries in the world where most antibiotics are prescribed. Respiratory infections account for more than 60% of these prescriptions.

It is estimated that almost half of antibiotic consumption in Primary Care is inappropriate and associated with many health problems.

The high prevalence of upper respiratory tract infections, their difficult differential diagnosis, the abuse of antibiotic prescription and the emergence of the covid pandemic, make it necessary for all professionals involved in first-level health care to reflect on this issue.

Keywords: upper respiratory tract infections, coronavirus, differential diagnosis, treatment, antibiotics, Primary Care.

Las infecciones de las vías respiratorias altas (IRA) son patologías de origen bacteriano o viral de la nariz, los senos paranasales o la garganta. Los síntomas más frecuentes son goteo o congestión nasal y tos.

La mayoría de los cuadros infecciosos que vemos en Atención Primaria (AP) se resuelven espontáneamente y, por lo general, están causados por un virus, por lo que en nuestro medio es muy difícil poder diferenciar su causa.

En Ginebra, el 11 de marzo de 2020, el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus, anunció que la nueva enfermedad por el coronavirus (COVID-19) podía caracterizarse como una pandemia. Desde entonces, han pasado ya dos años y muchas cosas han cambiado. Entre ellas, la importancia de las infecciones respiratorias de vías altas y la necesidad de que los profesionales de Atención Primaria tengan una alta formación en el manejo de estas patologías. En la mayoría de los casos son enfermedades banales aunque su alta prevalencia, su

difícil diagnóstico diferencial, el abuso de la prescripción antibiótica y la irrupción de la pandemia covid, hacen necesaria una reflexión por todos los profesionales implicados en la asistencia sanitaria de primer nivel.

Como nos dice Juan Manuel Serrat en su canción, son "Aquellas pequeñas cosas, que como un ladrón te acechan detrás de la puerta. Te tienen a su merced como las hojas muertas que el viento arrastra ...". Y el invierno se acerca de nuevo para todos. Con la terrible sensación en los sanitarios de volver a una guerra que ya creíamos ganada, pero la tozuda realidad nos pone de nuevo a todos en el mismo punto de partida. Es la hora de la formación del profesional y del empoderamiento de los pacientes.

Las enfermedades infecciosas han sido históricamente una de las principales causas de muerte, y aún hoy, las infecciones pulmonares y digestivas se encuentran entre las diez principales causas de muerte en el mundo¹. En los países pobres, la malaria, el sida y la tuberculosis continúan cobrándose cientos de miles de vidas cada año, mientras que en



los países ricos las infecciones son una causa de muerte rara en comparación con las enfermedades cardiovasculares, la demencia o los tumores.

Es importante señalar que un tercio de las consultas de AP se deben a un proceso infeccioso. Con algo más del 50 %, la respiratoria es la más frecuente, sobre todo en invierno y, además, representa el 70 % de todos los procesos infecciosos².

La pandemia de la COVID-19 nos ha recordado el enorme potencial dañino de los agentes infecciosos para los humanos. Dada la dificultad para contabilizar las muertes por COVID-19, suele usarse el exceso de mortalidad sobre la serie histórica como estimación de su impacto global. Entre 2020 y 2021 ocurrieron entre 152 y 183 millones de defunciones más de las esperadas, un 0,2 % de la población mundial. Sin embargo, esta pandemia no es la primera y no será la última. Al contrario, la historia está llena de grandes epidemias que tuvieron efectos nefastos en la salud de las personas y que también tuvieron un profundo impacto en lo social, económico y cultural. Son ejemplo de ello: la peste negra en el siglo XIV, que acabó con más de la mitad de la población europea en tan solo 5 años, la gran pandemia en el continente recién descubierto por los españoles en 1519, la poliomielitis a finales del siglo XIX y la gran gripe española en 1918, que llegó a causar unos 50 millones de muertes en el mundo. En la reciente década de los 80, el VIH tuvo una importante repercusión social y, finalmente, la presente pandemia por COVID-19.

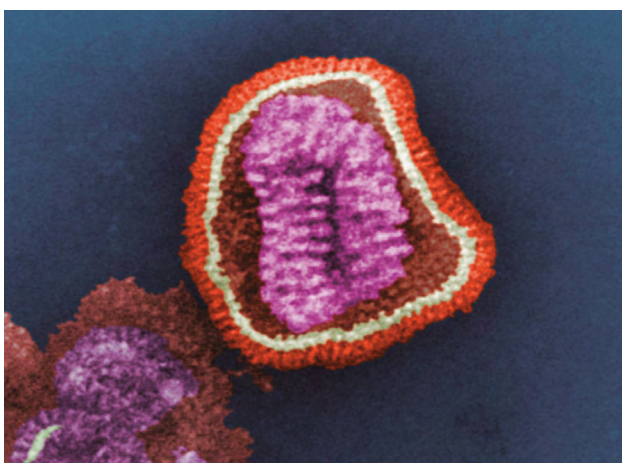


Figura 1. Virus de la gripe

Tomada de https://es.wikipedia.org/wiki/Gripe#/media/Archivo:Influenza_virus_particle_color.jpg

Como dejó escrito Benito Pérez Galdós en el Madrid del cólera del siglo XIX: “Las epidemias, por lo visto, sienten también su decadencia, lo cual sería un gran consuelo para la humanidad si la historia no nos enseñase que tras el acabamiento de una peste viene la aparición de otra”. Por ahora, podemos decir que la fase aguda de la pandemia de COVID-19, con su alta mortalidad y el colapso sanitario, puede haber llegado a su fin. Tanto la infección como la vacunación proporcionan una buena inmunidad contra la enfermedad grave, pero no disminuyen los contagios.

Entramos en una nueva etapa de normalización en la atención a la enfermedad aguda. Hay expertos que creen que cuando baja el número de casos covid se deja “nicho” para nuevas infecciones respiratorias agudas, entre ellas la gripe (Figura 1). Ese hueco a cubrir sería enorme tras la ola ómicron, de ahí la importancia de estar prevenidos y preparados para lo que pueda acontecer.

Según la red nacional de vigilancia epidemiológica, la tasa global en noviembre de 2022 se sitúa en 691 casos de IRA por 100.000 habitantes. Desde el inicio de la temporada el porcentaje de positividad de IRA a SARS-CoV-2, gripe y virus respiratorio sincitial (VRS) (Figura 2) es de 14,0 %, 13,5 % y 7,0 % respectivamente.

Actualmente, en la semana del 14 al 22 de noviembre de 2022 la tasa de gripe en Atención Primaria se sitúa en 81,3 casos por 100.000 habitantes y la tasa de COVID-19 en 115,6. Con una tasa de

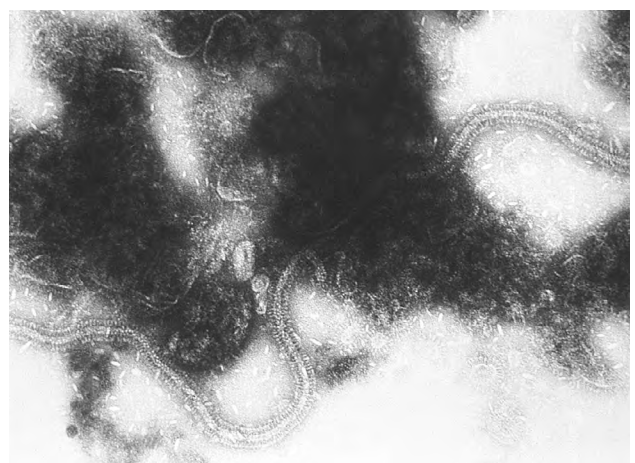


Figura 2. Virus Sincital Respiratorio

Tomada de https://es.wikipedia.org/wiki/Virus_sincital_respiratorio#/media/Archivo:Respiratory_syncytial_virus_01.jpg



hospitalización por gripe de 2,9 casos por cada 100.000 habitantes y de 2,6 por COVID-19³. Predomina la gripe A, pero no es el virus de la pandemia de 2009. Se ha impuesto el subtipo H3N2, similar al de la pandemia de 1968. Desde entonces no se han producido epidemias, pero estaba creciendo en número hasta la llegada del coronavirus.

Basándose en estudios genéticos realizados en el Centro Nacional de Microbiología se han caracterizado en su mayoría virus de la gripe A(H3N2), en concreto, del grupo 3C.2a1b.2a.2 (Bangladesh). Además, la tasa de mutación del subtipo de gripe A H3N2 es la más alta desde la temporada 2014-2015.

Para complicarlo más, en los sueros que se han analizado este año 2022, solo había antígenos contra el grupo A(H3N2) Camboya, pero no para el Bangladesh.

Debemos recordar que el uso de mascarillas y, sobre todo, la buena tasa de vacunación contra la gripe en las últimas dos temporadas entre la población de riesgo, puede estar tras el limitado alcance de la gripe en 2021-2022.

El catarro común es una enfermedad viral aguda de las vías respiratorias superiores. La palabra catarro proviene etimológicamente de la palabra griega "*katarrhein*", que contiene el prefijo *kata*, que significa movimiento hacia abajo, y la raíz *rhein*, que se refiere a la acción de fluir, asociada con una mayor secreción de moco.

Las infecciones del tracto respiratorio superior suponen un 11 % de las consultas de Atención Primaria en países occidentales, siendo el catarro o resfriado común uno de los motivos de consulta más frecuentes⁴.

El diagnóstico del resfriado es básicamente clínico, aunque con la llegada de la COVID-19, que tiene un gran espectro de síntomas, el diagnóstico diferencial es cada vez más difícil de realizar. Esto puede llegar a hacer necesarias pruebas diagnósticas (RT-PCR, pruebas antigénicas rápidas) y que los protocolos cambien a partir de la evidencia disponible.

Es necesario estudiar las diferencias clínicas entre estas dos entidades para optimizar el manejo de los pacientes (seguimiento de complicaciones, medidas de aislamiento, etc.) y hacer un uso más eficiente de los recursos. Aunque la mayoría de los casos son banales y autolimitados, estos consumen

múltiples recursos y fármacos, generando un importante impacto en nuestra sociedad debido al absentismo escolar y laboral.

Están causados por más de 200 tipos de virus, aunque en casi un 50 % de los casos está producida por rinovirus. Esta gran variedad de agentes dificulta la inmunidad duradera, pudiendo acontecer hasta 3-4 episodios anuales en los adultos. Aunque pueden aparecer todo el año, presentan un pico estacional en otoño e invierno.

La transmisión del virus se lleva a cabo a través del contacto manual, fómites contaminados y transmisión por partículas pequeñas emitidas al toser o estornudar. Hay que tener en cuenta que el rinovirus se puede mantener viable en la piel y en los objetos al menos 2 horas y que requieren de un contacto cercano con la persona infectada. Tras un período de incubación corto, el resfriado se manifiesta mediante odinofagia, congestión nasal, rinorrea y estornudos. También puede acompañarse de tos seca, fiebre no muy alta y síntomas generales de intensidad leve (cefalea, fatiga, mialgias).

La **rinosinusitis** aguda engloba la rinosinusitis viral aguda (resfriado común) cuando el cuadro clínico dura hasta 10 días y la rinosinusitis bacteriana aguda (sinusitis) cuando sobrepasa este tiempo.

Actualmente, se estima que solo en un 0,5 %-1 % de las infecciones rinosinusales está implicada una infección bacteriana (*Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* los más frecuentes)⁵. Se traduciría por un empeoramiento a los 5 días de iniciarse los síntomas nasales, incluyendo malestar general, fiebre, secreción nasal purulenta y dolor facial, que suele ser unilateral. Según una revisión Cochrane sobre antibióticos en el catarro común, estos no estarían indicados, ya que no evitan sus complicaciones ni acortan la duración del proceso, pero aumentan el riesgo de acontecimientos adversos⁶. La medida con mayor evidencia para evitar la propagación de la rinosinusitis es el lavado de las manos con agua y jabón por parte del enfermo⁷.

Se debería facilitar información a los pacientes y a sus familias para potenciar el autocuidado e informar que los síntomas se resolverán en 8-10 días. Es muy importante reducir la politerapia y así evitar sus posibles efectos secundarios.

La antibioticoterapia estaría justificada en la sinusitis aguda bacteriana cuando los casos sean graves



(temperatura superior a 39 °C, dolor facial intenso con supuración nasal purulento de 3 días o más de duración), y en casos menos graves que empeoran progresivamente. También en pacientes con alto riesgo de complicaciones por presentar inmunosupresión o comorbilidad crónica y que no mejoran tras 10-14 días del inicio⁸.

La **faringoamigdalitis** aguda supondría el 14,1 % de todos los procesos infecciosos valorados por un médico de Atención Primaria en un año².

En el 75 %-80 % de los casos su causa es vírica, suponiendo el *Streptococcus betahemolítico* del grupo A o S (*Streptococcus pyogenes*) el 5 %-15 % de episodios en adultos y el 15 %-30 % en los niños⁹. Otras bacterias pueden producir faringitis como el *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Fusobacterium necrophorum*, etc.

Es habitualmente un proceso autolimitado, que se resuelve sin tratamiento específico en 8-10 días y la fiebre desaparece a los 3-5 días. Su principal indicación para el tratamiento antibiótico, si es por el *S. Pyogenes*, sería que reduce en 1 día la duración de los síntomas y acorta el período de transmisión y de diseminación. La faringitis bacteriana suele manifestarse con dolor faríngeo intenso, de aparición brusca, dificultad para tragar y fiebre de entre 39-40,5°C. Las de origen vírico se acompañan de otros síntomas como congestión nasal, ronquera y tos.

En la actualidad, las complicaciones de la faringitis bacteriana (abscesos periamigdalinos, otitis media, etc.) se observan solo en el 1 % de los adultos. Por lo que el número de pacientes a tratar (NNT) para prevenir un caso de otitis media aguda en la actualidad es de 200¹⁰.

Hace décadas, la prescripción de antibióticos se asoció a un descenso de otras complicaciones (fiebre reumática, absceso periamigdalino, glomerulonefritis, etc.), pero hoy en día estas complicaciones son excepcionales.

En relación a su diagnóstico, el cultivo del exudado faríngeo es la técnica de referencia, aunque comporta un retraso diagnóstico considerable.

Debemos tener en cuenta de manera inicial que la probabilidad pretest de presentar una faringitis aguda estreptocócica en adultos es del 5 %-15 % y en niños del 20 %-30 %¹¹. El test rápido para la detección de antígenos (Strep-A) podrá identificar la infección en casos de elevada sospecha clínica, determinada por la presencia de dos o más criterios clínicos de Centor, McIsaac o más de 1 de FeverPAIN (Tabla 1). Este presenta una sensibilidad para el estreptococo del 70 %-90 %, con una especificidad del 90 %-100 %.

El tratamiento antibiótico empírico a partir de tres o cuatro criterios de Centor determina el uso adecuado de antibióticos en el 59 % de los pacientes, infrautilización en el 9 % y sobretreatmento en el 32 %¹².

Tabla 1. Escalas clínicas de predicción de faringitis causada por estreptococo B hemolítico del grupo A

Criterios Clínicos		Centor	McIsaac	FeverPAIN
Temperatura	>38.5 °C	+1		
	>38 °C		+1	+1
Exudado	Amigdalar	+1		+1
	Amigdalar o inflamación		+1	
	Purulento			+1
Adenopatías latero-cervicales dolorosas		+1	+1	
Ausencia de tos		+1	+1	+1
Edad	3-14 años		+1	
	>44 años		-1	
Consulta médica rápida (< 3 días)				+1

Fuente: elaboración propia.



Sociedades científicas consideran esta tasa no aceptable e indican el tratamiento a partir de pruebas de detección antigénica o cultivo faríngeo; excepto ante manifestaciones víricas clásicas¹³.

Deberíamos recomendar la utilización de pruebas antigénicas rápidas cuando se sospeche clínicamente que pueda existir infección por el estreptococo Sería en los pacientes que cumplan dos o más criterios de Centor.

Podemos plantearnos, en centros sin disponibilidad del test Strep A, recomendar el uso de la prescripción diferida en caso de que se cumplan dos criterios de Centor y tratar con antibióticos aquellos que cumplan con tres o cuatro. No debemos olvidar que los médicos que no usan técnicas antigénicas rápidas prescriben más antibióticos innecesarios que aquellos que sí las usan¹⁴.

Si realizamos un análisis detallado del tratamiento habitual en el manejo de las IRA, observaremos que España es uno de los países del mundo donde más antibióticos se prescriben, especialmente los de amplio espectro, como betalactámicos y quinolonas de 2ª generación.

Se calcula que el número de muertes que podrían producirse por infecciones causadas por gérmenes multirresistentes podría llegar a 10 millones en todo el mundo en el año 2050¹⁵. La resistencia a los antimicrobianos es un fenómeno natural e imparable, exacerbado por el mal uso de estos medicamentos. Además, la aparición de nuevos antibióticos ha disminuido drásticamente en los últimos años.

Las prescripciones en medicina familiar y pediatría ambulatoria representan el 80 %-90 % de todas las prescripciones de antibióticos, con más del 60 % para las infecciones respiratorias¹⁶. A diferencia de otros países europeos, se utiliza más amoxicilina-ácido clavulánico que la amoxicilina, con un aumento progresivo de las presentaciones de mayor cantidad (875 mg). También es uno de los países europeos con mayor consumo de quinolonas, especialmente en población anciana; el consumo de levofloxacino supera al de ciprofloxacino. Esta exposición inapropiada se relaciona con el aumento de las resistencias de las enterobacterias gramnegativas. Con todo ello, se estima que casi la mitad del consumo de antibióticos en AP es inadecuado¹⁷.

Uno de los motivos de esta deficiencia es que en la mayoría de los casos asumimos que los pacientes

que nos consultan esperan obtener antibióticos. Sin embargo, la mayoría de los pacientes no quieren que su médico se los recete, el paciente prefiere una explicación, saber qué puede hacer y cuánto tardará en mejorar su enfermedad. Otra razón importante es que nuestro diagnóstico de la infección respiratoria de vías altas se basa habitualmente en manifestaciones clínicas.

En los centros sanitarios daneses más del 90 % de los pacientes con dolor de garganta realizan una prueba rápida de antígenos antes de recetarles antibióticos. En España, por el contrario, el uso de estas pruebas en las consultas de Atención Primaria es deficiente. Un estudio en 2004 que comparaba el uso de pruebas diagnósticas y la prescripción de antibióticos demostró que en estos pacientes la tasa de prescripción de antibióticos en países nórdicos era del 30 % frente al 70 % en España¹⁸.

La sobreprescripción de antibióticos se asocia a muchos problemas de salud; mayor gravedad, mayor duración y riesgo de complicaciones. También mayor mortalidad, costes sanitarios y riesgo de efectos adversos, estos no son infrecuentes, principalmente con fluoroquinolonas y la asociación de amoxicilina y ácido clavulánico. Suponen la consulta más frecuente por efectos adversos en los servicios de urgencias.

La hepatotoxicidad por la asociación de amoxicilina-clavulánico es la primera causa de ingreso hospitalario por hepatotoxicidad medicamentosa en adultos¹⁹. Para reducir la sobreprescripción de antibióticos, en estas infecciones podemos recomendar la prescripción diferida en caso de duda sobre los beneficios de la antibioticoterapia, pruebas de diagnóstico rápido y material informativo para los pacientes.

La prescripción diferida se basaría en la entrega de una receta del antibiótico, indicando al paciente que solo la utilice si se encuentra peor al cabo de unos días (según el tipo de infección que presente). Es una práctica muy extendida en el Reino Unido, implantada en las guías de práctica clínica de aquel país, pero sigue siendo novedosa en España.

La prescripción diferida consigue disminuir significativamente el consumo de antibióticos (más de un 50 %) cuando se compara con la estrategia de prescripción antibiótica inmediata, sin perjuicio en la evolución de los pacientes²⁰.

Durante los primeros meses de la epidemia, el abordaje clínico de la COVID-19 fue básicamente



sindrómico (Figura 3). La exploración se realizó solo cuando se consideró imprescindible, por lo que la mayor parte de la información disponible, actualmente, se refiere a casos graves que requirieron hospitalización.

Se necesita más conocimiento sobre los síntomas observados en Atención Primaria para diagnosticar con mayor precisión la COVID-19 en el contexto de otras patologías (catarro común, gripe, etc.).

Actualmente, ante un paciente con sospecha de COVID-19, la exploración solo se utiliza para evaluar la gravedad, pero no para poder diferenciar de otras patologías ni aumentar la probabilidad de diagnóstico.

Instituciones de prestigio, como el Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM), advierten que no hay datos suficientes acerca de los síntomas y signos de la COVID-19 para ofrecer unos criterios estandarizados para su diagnóstico y que, en caso de hacerlo, deberían ser temporales²¹.

Hay preguntas que nunca habría que dejar de hacer a un paciente con sospecha de COVID-19: si ha tenido un contacto estrecho, si tiene algún conviviente afectado o si ha viajado recientemente. Si el paciente o un familiar son profesionales sanitarios o cuidadores, habría que preguntar si han participado en reuniones sociales con más de 10 personas, sobre la densidad de trabajadores y medidas de protección en el trabajo.

Y relacionadas con la clínica: si ha notado alteración del gusto o del olfato, si ha tenido fiebre, ha notado fatiga, dolor abdominal, muscular o de cabeza.

Por último, hay que recordar que la Gripe afecta cada año al 10 %-20 % de la población mundial. Lo hace en forma de epidemia estacional los meses más fríos de cada hemisferio, los cuales son los de mayor mortalidad del año.

El virus de la gripe sufre constantemente cambios menores que le permiten sortear parcialmente el sistema inmunitario. En España, en los años 2015 y 2018 los inviernos tuvieron una mayor mortalidad por gripe que en el 2022, debido a la gran oleada de contagios que hubo por la variante Ómicron²².

La vacuna contra la gripe ha estado disponible desde la década de 1940, pero aún se desconoce su eficacia para prevenir enfermedades graves. Estas vacunas se revisan cada año en función de las cepas que se espera que circulen ese año.

El comienzo del cuadro gripal suele ser súbito, con fiebre superior a 39°C, cefalea, dolores musculares,

astenia, congestión nasal, dolor torácico y tos. En ocasiones, puede venir acompañada de trastornos gastrointestinales como vómitos y diarrea. Las complicaciones causadas por la gripe pueden dar lugar a sobreinfecciones bacterianas graves, agravamiento y descompensación de enfermedades crónicas. Si quisiéramos hacer un esquema mental clínico que nos ayude a hacer un **diagnóstico diferencial** de estas patologías, tendríamos que tener en cuenta que:

1. El resfriado común suele durar entre 1 y 14 días y tiene un periodo de incubación corto (1-2 días), con un inicio gradual. Sus síntomas principales son la rinorrea acuosa, estornudos y odinofagia (muy frecuente). La tos es seca y ocasional, como la debilidad. Son raros los síntomas como la fiebre alta, la cefalea, dolor torácico, mialgias o diarrea.
2. La gripe dura entre 7 y 14 días y tiene un periodo de incubación de 1 a 4 días, con un inicio súbito. Sus síntomas principales son la tos, cefalea, fiebre alta (superior a 38°C), debilidad y mialgias. Son raros síntomas como la rinorrea, estornudos, odinofagia, diarrea, dolor torácico y disnea (salvo complicaciones).
3. La COVID-19 dura entre 5-14 días y tiene un periodo de incubación de 2 a 14 días, con un inicio súbito. Sus síntomas principales son la tos (incluso

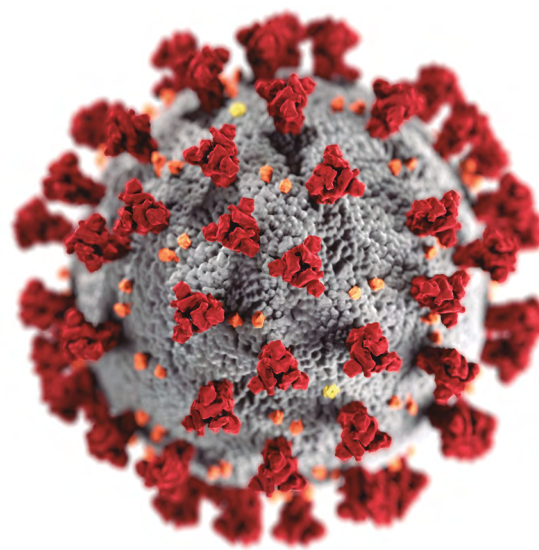


Figura 3. Coronavirus SARS-cov2

Tomada de Foto de CDC: <https://www.pexels.com/es-es/foto/coronavirus-3992933/>



persistente), fiebre alta, debilidad, disnea, anosmia o disgeusia. Otros síntomas como la rinorrea, estornudos, odinofagia, cefalea, mialgias, dolor torácico o diarrea son menos frecuentes.

Como ya hemos mencionado, el tratamiento en las infecciones respiratorias de vías altas es principalmente y de forma inicial sintomático, salvo complicaciones.

Aunque se resuelven espontáneamente, la mayoría de los pacientes intentan algún remedio para

mejorar sus síntomas, pues son molestos. Interrumpen el descanso, hacen que la respiración nasal sea incómoda y la tos produce sensación de ahogo.

Algunas medidas de soporte, aún de eficacia dudosa se incluyen porque pueden ser beneficiosas, son baratas y con buen perfil de seguridad.

Hablamos de antipiréticos, antiinflamatorios, antihistamínicos, descongestionantes nasales, antitusivos etc. Aunque este sería otro tema a tratar de forma más detenida en los siguientes capítulos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Las 10 principales causas de defunción [Internet]. 2020 Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
2. Llor C, Hernández S. Enfermedad infecciosa en Atención Primaria: estudio prospectivo efectuado durante un año. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010;28(4):222-226. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-enfermedad-infecciosa-atencion-primaria-estudio-S0213005X09003644>
3. Vigilancia centinela de Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria (IRAs) y en Hospitales (IRAG) Gripe, COVID-19 y otros virus respiratorios. 2022: 105. Disponible en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/GRIPE/Informes%20semanales/Temporada_2022-23/Informe%20semanal_SIVIRA_452022.pdf
4. Arroll B. Common cold. *BMJ Clin Evid*. 2008;1510. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19450292/>
5. Smith SS., Ference EH., Evans CT., Tan BK., Kern RC., Chandra RK. The prevalence of bacterial infection in acute rhinosinusitis: a systematic review and meta-analysis. *Laryngoscope*. 2015;125 (1) :57-69. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24723427/>
6. Kenealy T., Arroll B. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 2013(6):CD000247. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23733381/>
7. Allan GM., Arroll B. Prevention and treatment of the common cold: making sense of the evidence. *CMAJ*. 2014;186 (3):190-199. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3928210/>
8. Hughes PR., Hungerford CH., Jensen KN. Acute rhinosinusitis: When to prescribe an antibiotic. *J Fam Pract*. 2020;69(5):244-250. Disponible en: <https://www.mdedge.com/familymedicine/article/223467/pain/acute-rhinosinusitis-when-prescribe-antibiotic>
9. Fernández R, Chávez M, Olivencia M, Marmesat F, De la Campa A, García R. Infecciones respiratorias superiores adultos. En: *Guía Terapéutica Interniveles del Área Aljarafe* [Internet]. 3.ª Ed. Sevilla: Distrito de Atención Primaria Aljarafe; 2018 111-123 Disponible en: http://pirasoa.iavante.es/pluginfile.php/20224/mod_resource/content/2/Gu%C3%ADa%20de%20Terap%C3%A9utica%20Antimicrobianos_Aljarafe_2018.pdf
10. Kocher JJ., Selby TD. Antibiotics for sore throat. *Am Fam Physician*. 2014;90:23-24.
11. Ebell MH., Smith MA., Barry HC., Ives K., Carey M. The rational clinical examination. Does this patient have strep throat? *JAMA*. 2000; 284 (22):2912-2918. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11147989/>
12. Bisno AL., Peter GS., Kaplan EL. Diagnosis of strep throat in adults: are clinical criteria really good enough? *Clin Infect Dis*. 2002;35: 126-129. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12087517/>
13. Shulman ST., Bisno AL., Clegg HW., Gerber MA., Kaplan EL., Lee G., et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A Streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2012: 55(10): 1279-1282. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23091044>
14. Cohen JF., Bertille N., Cohen R., Chalumeau M. Rapid antigen detection test for group A streptococcus in children with pharyngitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;7 (7):CD010502. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27374000/>
15. O'Neill J. Tackling drugs resistant globally: final report and recommendations. [Internet.] London: Wellcome Trust; 2016. Disponible en: https://amr-review.org/sites/default/files/160518_Final%20paper_with%20cover.pdf
16. European Centre for Disease Prevention and Control. Key messages for primary care prescribers, 2014. [Internet]. Disponible en: <https://antibiotic.ecdc.europa.eu/en/get-informed/key-messages/primary-care-prescribers>
17. Llor C., Cots JM., Bjerrum L., Cid M., Guerra G., Arranz X., et al, y Grupo de Estudio Happy Audit España. Prescripción de antibióticos en las infecciones del tracto respiratorio y factores predictores de su utilización. *Aten Primaria*. 2010;42(1):28-35. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7022111/>



18. Bjerrum L., Boada A., Cots JM., Llor C., Fores GD., Gahrn-Hansen B., et al. Respiratory tract infections in general practice: considerable differences in prescribing habits between general practitioners in Denmark and Spain. *Eur J Clin Pharmacol.* 2004;60:23-28. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14689127/>
19. Nota informativa de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios sobre la asociación Amoxicilina-Ácido Clavulánico. Uso de la asociación amoxicilina-ácido clavulánico y riesgo de hepatotoxicidad. Ref.: 2006/01. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/informa/notasinformativas/medicamentososohumano-3/seguridad-1/2006/ni_2006-01_amoxicilina/
20. Little P., Moore M., Kelly J., Williamson I., Leydon G., McDermott L., et al.; PIPS Investigators. Delayed antibiotic prescribing strategies for respiratory tract infections in primary care: pragmatic, factorial, randomised controlled trial. *BMJ.* 2014; 348:g1606. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24603565/>
21. Graziadio S., Hicks T., Allen AJ., Sucklan J., Urwin SG., Winter A., et al. A composite reference standard for COVID-19 Diagnostic Accuracy Studies: a roadmap. [Internet]. 2020. CEBM. Disponible en: <https://www.cebm.net/covid-19/a-composite-reference-standard-for-covid-19-diagnostic-accuracy-studies-a-roadmap/>
22. Instituto Nacional de Estadística. Estadística experimental. Estimación del número de defunciones semanales (EdeS) durante el brote de covid-19. [Internet.] Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177074&menu=ultiDatos&idp=1254735573175