# **INTRODUCCIÓN**

La rinofaringitis viral o resfriado común es una de las afecciones más frecuentes que se encuentran en la práctica clínica ambulatoria. La mayoría de los casos son causados por virus respiratorios que son autolimitados.

A nivel internacional se ha reportado que los adultos tienen un promedio de dos a tres resfriados por año, y este número es aún mayor para los niños (1). A nivel nacional constituye uno de los primeros motivos de consulta en el servicio médico de las universidades (2); en estas cifras se incluye la Universidad Católica de Manizales - UCM. En el periodo de pandemia por SARS-CoV-2, los casos de resfriado común incrementaron las consultas en urgencias, con respecto a los dos años anteriores, lo que podría ser debido a un incremento de casos no diagnosticados por este tipo de infección (3).

La rinofaringitis viral constituye un importante problema de salud pública en Colombia y continúan ocupando los primeros lugares de morbilidad en la población joven (4). Aunque la mayoría de las veces esta infección presenta síntomas leves, es una de las principales razones detrás de las ausencias en la escuela y el trabajo. De hecho, más del 50% de los adultos reportan que sus síntomas, especialmente la tos, impactan significativamente en su vida diaria. Además, esta situación conlleva una carga económica considerable, que se mide en la pérdida de productividad y los costos asociados al tratamiento (5).

En este sentido, su diagnóstico, tratamiento y control, son de vital importancia en la comunidad interna de la UCM, procurando minimizar su sintomatología y permitiendo acortar los días de ausencia de estudiantes y colaboradores, fortaleciendo así el bienestar en la comunidad universitaria.

Teniendo en cuenta lo anterior, la guía permite estandarizar el tratamiento según las recomendaciones, rutas y normativa vigentes, así como mejorar la calidad de la atención de la comunidad universitaria, al mismo tiempo que se promueve la eficiencia y la excelencia en la atención.

# **OBJETIVO**

Unificar criterios para el diagnóstico y tratamiento de la rinofaringitis viral en el servicio médico de la universidad, basados en la evidencia científica actual.

# **ALCANCE**

Esta guía es aplicable a la población adolescente, joven y adulta, de cualquier género, procedencia y condición social; usuaria del servicio médico de la Universidad Católica de Manizales. Las orientaciones aquí propuestas deben ser aplicadas por todos los profesionales que se encargan de su atención.

**RESPONSABLE**

Medico de los servicios de salud de la UCM.

# **DEFINICIÓN**

**La rinofaringitis** es una infección frecuente en población joven cuando se presenta en su forma aguda. Su gravedad se debe a la presencia de complicaciones o de formas recidivantes. El conocimiento de estas formas clínicas permite aplicar un tratamiento adecuado, tanto preventivo como curativo de esta enfermedad de adaptación. (4) Los virus son los principales agentes patógenos de las rinofaringitis, con gran diferencia: rinovirus, coronavirus, VRS, virus de la gripe y parainfluenza, adenovirus, enterovirus. (6)

El resfriado común se refiere a una infección viral leve de las vías respiratorias superiores que involucra, en grados variables, congestión y secreción nasal (rinorrea), estornudos, dolor de garganta, tos, fiebre baja, dolor de cabeza y malestar. Esta enfermedad se encuentra presente durante todo el año principalmente en áreas tropicales y en épocas de lluvia, la cual afecta a toda la población en especial la población joven. (6)

**INFORMACION GENERAL**

# **Etiología y transmisión.**

Se han asociado más de 200 subtipos de virus con el resfriado común. Los virus con marcada variación estacional, como la influenza y la parainfluenza, suelen causar más síntomas sistémicos que otros virus del resfriado; sin embargo, rara vez también pueden causar enfermedades similares al resfriado común. El virus de la influenza causa alrededor del 5 al 15% de los resfriados (7), y el virus sincitial respiratorio (VSR), así como el virus de la parainfluenza, son cada uno responsable de alrededor del 5%. (8)

Los coronavirus causan alrededor del 10 al 15 por ciento de los resfriados comunes. Adicionalmente, se han identificado nuevos virus capaces de causar resfriados, como el metapneumovirus humano y los bocavirus, mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y la tecnología de microarrays de ADN panvírico (Virochip). (9)

Los virus del resfriado común afectan principalmente la vía aérea superior hasta la garganta y generalmente son inofensivos y de pronta recuperación. Para que se produzca la infección, estos virus, que están en suspensión en pequeñas gotitas de agua expulsadas por los enfermos, han de llegar a la nariz y penetrar en las células de la mucosa (9).

Los virus del resfriado común se pueden propagar mediante tres mecanismos (9):

* Contacto con las manos (contacto directo con una persona infectada o por contacto indirecto con una superficie ambiental contaminada).
* Gotas de partículas pequeñas (núcleos de gotitas o aerosoles) que se transportan por el aire al estornudar o toser.
* Gotas de partículas grandes (transmisión de gotas) que generalmente requieren un contacto cercano con una persona infectada.

Los virus que inducen el frío pueden permanecer viables en la piel humana hasta por dos horas. El riesgo de transferencia de persona a persona depende de la cantidad de tiempo que las personas pasan juntas, la proximidad de su contacto entre sí y la cantidad de virus que transmite la persona infectada.

La propagación viral de fómites contaminados es otro mecanismo de transmisión. Los rinovirus pueden sobrevivir en superficies ambientales durante varias horas, lo que permite la propagación por contacto con superficies contaminadas (10). Curiosamente, los materiales porosos como los tejidos y los pañuelos de algodón no parecen favorecer la supervivencia del virus y, por tanto, el contacto secundario con estos materiales es un modo ineficaz de transmisión del virus. La descontaminación de las superficies ambientales con desinfectantes viricidas como el fenol / alcohol puede ayudar a disminuir la tasa de transmisión de los virus que inducen el resfriado.

# **Factores de riesgo.**

# Los factores de riesgo para una mayor gravedad incluyen (11):

* Enfermedades crónicas subyacentes.
* Trastornos de inmunodeficiencia congénita.
* Desnutrición.
* Tabaquismo.
* Alergias
* Vida comunitaria
* Contaminación
* Reflujo Gastroesofágico

Adicionalmente, un factor asociado a esta enfermedad es el estrés psicológico. Las personas que duermen menos y tienen trastornos del sueño preexistentes pueden tener una mayor susceptibilidad a la infección por el virus. Por el contrario, el ejercicio físico moderado y una alimentación saludable nos hacen menos susceptibles a padecerlo.

**Presentación clínica**

Después de un periodo de incubación, que dura entre 2 a 5 días, se inicia un proceso inflamatorio del tracto respiratorio superior, lo cual genera un cuadro clínico caracterizado por: rinorrea, obstrucción nasal, tos, odinofagia, cefalea, fiebre y malestar general. Otros síntomas que pueden estar asociados son: hiporexia, vómito, mialgias, escalofríos, diarrea e inyección conjuntival. Estos dos últimos síntomas están más relacionados con infección por Adenovirus. (12)

 La tos es un reflejo desencadenado por la estimulación de receptores localizados en todo el tracto respiratorio superior e inferior y estos son estimulados principalmente por escurrimiento nasal posterior o simplemente secundario a hiperreactividad bronquial.

Posteriormente a los signos de localización, más o menos a los 3 días, las secreciones nasales se vuelven espesas y de aspecto mucopurulento, debido a la presencia de epitelio descamado y de leucocitos polimorfonucleares. (12) Esto no indica sobreinfección bacteriana, es una enfermedad de buen pronóstico, con una duración variable entre 7-14 días.

En el examen físico se evidencia congestión, edema de la mucosa nasal y faríngea y en algunos pacientes se puede observar hiperemia en la membrana timpánica. La presencia de exudado purulento y de adenopatías cervicales puede indicar la presencia de infección bacteriana, sin embargo, no son signos claros de ésta y se deben correlacionar con la historia clínica del paciente. (12)

Los síntomas se deben en gran medida a la respuesta inmunitaria a la infección, más que al daño viral directo del tracto respiratorio y pueden variar sustancialmente de una persona a otra. Su intensidad y el tipo de síntomas del también se relacionan con factores del huésped, como la edad, las enfermedades subyacentes y la experiencia inmunológica previa, así como con el tipo de virus infeccioso (13,14).

**Síntomas comunes.**

* Secreción nasal que puede ser clara o purulenta.
* la secreción nasal coloreada es una fase auto limitada normal del resfriado común sin complicaciones. La presencia de purulencia por sí sola no puede distinguir entre un resfriado y una infección de los senos nasales.
* Obstrucción nasal.
* Sequedad o irritación de garganta.
* Malestar general.
* Dolor de cabeza (ocasional).
* Presión o malestar en los oídos y la cara.
* Tos: aparece después del inicio de la secreción y la obstrucción nasal (cuando se presenta, generalmente persiste más allá del tiempo en que se resuelven los síntomas nasales y faríngeos) (15).
* Fiebre ocasional (Suele ser en bajo grado)
* Ganglios cervicales inflamados.

**DIAGNÓSTICO.**

El diagnóstico de la rinofaringitis aguda se fundamenta en la historia clínica y en la exploración del paciente.

La presentación más o menos súbita del cuadro y sus características clínicas (fiebre, malestar general, mal aliento, dolor cervical, etc.) hacen sospechar un cuadro de faringoamigdalitis aguda.

Se basa en los síntomas notificados y observados. En el examen físico se puede identificar inyección conjuntival, inflamación de la mucosa nasal, congestión nasal y eritema faríngeo. La adenopatía suele estar ausente o es mínima; en ausencia de broncoespasmo secundario, el examen pulmonar suele ser claro.

Las encuestas de síntomas respiratorios no son utilizadas en la práctica clínica, dada su baja sensibilidad y especificidad, básicamente son utilizadas en las investigaciones (16,17). Los estudios radiológicos tampoco están indicados de forma rutinaria, ya que la alteración respiratoria de la rinofaringitis viral es propia de la vía aérea alta.

La identificación del virus por medio de exámenes de laboratorio es innecesaria y se estas son útiles solamente cuando existen situaciones epidemiológicas específicas que favorezcan el control y prevención de la enfermedad. Enfocados en el tratamiento que es netamente sintomatológico, tampoco se consideran pertinentes realizar cultivos de cavidad nasal o nasofaringe, así como la radiografía de tórax, a menos que existan signos o síntomas que sugieran enfermedad pulmonar.

Dado que el diagnóstico es esencialmente clínico, se debe tener en cuenta la presencia de un contacto epidemiológico (18).

**Diagnóstico diferencial.**

Dentro del diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta que algunas enfermedades pueden manifestarse inicialmente como una rinofaringitis aguda; entre ellas sarampión, varicela, tosferina y mononucleosis infecciosa, patologías que inician con un cuadro similar al que le siguen los hallazgos propios de cada una de ellas; por ello es muy importante dar al paciente recomendaciones generales y signos de alarma para volver a la consulta. (15)

Conforme a esto, esta afección puede ser confundida o simular esta enfermedad:

* **Rinitis alérgica o estacional:** no cursa con dolor de garganta y tos.
* **Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19:** Diferenciar clínicamente los síntomas del resfriado común de la infección por SARS-CoV-2-19 es un desafío en la actualidad, ya que existe un alto grado de variabilidad en la presentación del COVID-19 y muchos síntomas se superponen con los del resfriado común. Los hallazgos que pueden hacer que el COVID-19 sea más probable incluyen un historial de exposición con una persona conocida infectada, presencia de anosmia o ageusia y falta de aire progresiva de moderada a grave.
* **Faringitis o amigdalitis bacteriana:** no cursa con rinorrea prominente ni congestión nasal.
* **Rinosinusitis bacteriana aguda:** a diferencia del resfriado común, esta entidad cursa por lo general con, dolor facial junto con secreción nasal purulenta.
* **Influenza:** suele producir fiebre alta, dolor de cabeza y mialgias.
* **Tos ferina:** en ella, la presencia de tos se caracteriza por ser prolongada, típicamente paroxística, con vómitos y, a veces, apnea.

**Complicaciones frecuentes**

* Rinosinusitis aguda.
* Enfermedad del tracto respiratorio inferior.
* Exacerbación del asma.
* Otitis media aguda.
* Laringitis aguda
* Sinusitis

**TRATAMIENTO**

Según la literatura, no existe un tratamiento etiológico de la rinofaringitis. Los lavados nasales con suero fisiológico son el tratamiento curativo y preventivo que se recomienda como primera elección (19).

La terapia sintomática continúa siendo el pilar en el tratamiento de la rinofaringitis viral o resfriado común. Las personas con síntomas de moderados a graves pueden usar una variedad de terapias para aliviar los síntomas.

**Objetivos del tratamiento**

* Mejorar los síntomas.
* Disminuir el contagio a otros.
* Evitar antibióticos.
* Educación sobre la no gravedad del cuadro clínico.

**Terapias iniciales**

Las intervenciones comúnmente consideradas con suficientes datos disponibles para la utilización son las siguientes, teniendo en cuenta que dependerán de los síntomas y no se favorece ningún tratamiento sobre otro:

* **Analgésicos:** el acetaminofén y los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son aproximadamente equivalentes para aliviar algunos síntomas como: dolor de cabeza, dolor de oído, dolores musculares y articulares, malestar y estornudos. Su utilización corta es generalmente segura y bien tolerada (20,21). Se ha encontrado que los AINE no mejoran la tos o la secreción nasal y no reducen significativamente la puntuación total de síntomas o la duración de los resfriados (21).
* ***Combinaciones de antihistamínicos / descongestionantes:*** Esta combinación puede ser más beneficiosa que cualquiera de los componentes por separado. Sin embargo, el uso de antihistamínicos solo en personas con resfriado común tiene un beneficio mínimo y con frecuencia produce efectos secundarios molestos (22).
* ***Cromolín sódico intranasal / inhalado:*** se ha demostrado que puede resolver los síntomas más rápidamente y sus efectos secundarios generalmente son leves (19).

**Otras terapias con beneficios mínimos o inciertos:**

* ***Dextrometorfano:*** la evidencia que respalda su uso para la tos aguda debida al resfriado común es limitada y, en general, de mala calidad, y varios estudios muestran resultados mixtos (23,24). Sin embargo, incluso en aquellos estudios que demuestran un beneficio estadísticamente significativo, el beneficio es pequeño (25).
* ***Descongestionantes:*** de uso tópico y oral, como la pseudoefedrina, pueden ofrecer un alivio leve de la congestión nasal asociada con el resfriado común cuando se usan solos (25,26).
* ***Fenilefrina:*** de uso oral, es menos eficaz que la pseudoefedrina para el tratamiento de los síntomas de la rinitis. La mayoría de los estudios sugieren que 10 mg de fenilefrina (la dosis comúnmente utilizada en la mayoría de los productos para el resfriado) no es más eficaz que el placebo (27).
* ***Salina Nasal Spray:*** puede ayudar a los síntomas nasales del resfriado común. Una revisión sistemática de 2015 de la irrigación nasal con solución salina para las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores concluyó que puede haber beneficios sintomáticos, pero hubo pruebas limitadas para apoyar esta conclusión, ya que los ensayos disponibles eran pequeños y tenían un alto riesgo de sesgo (28).
* ***Expectorantes:*** se ha encontrado un efecto marginal en comparación con el placebo en un ensayo aleatorizado (29). Sin embargo, una revisión sistemática concluyó que no había pruebas sólidas a favor o en contra de la eficacia de estos medicamentos de venta libre para la tos aguda (30).
* ***Zinc:*** aunque las preparaciones de zinc pueden disminuir la gravedad y duración de los síntomas del resfriado, se sugiere no usarlo debido a los beneficios inciertos y los efectos adversos conocidos, particularmente la anosmia irreversible cuando se administra por vía intranasal. En algunas revisiones sistemáticas, el zinc puede asociarse con una reducción de la duración y gravedad de los síntomas del resfriado. Las dosis de zinc mayores de 75mg/día han sido efectivas para reducir la duración de los síntomas del resfriado, pero las dosis más bajas no lo han sido. Así mismo, los efectos adversos, incluido el mal gusto y las náuseas, han sido comunes los reportes de los estudios (31,32).

**MEDIDAS PREVENTIVAS Y RECOMENDACIONES**

El tratamiento preventivo tiene como objetivo limitar los factores de riesgo y disminuir la contagiosidad, así como tomar medidas de precaución tales como:

* Enseñar un adecuado lavado de manos. Los desinfectantes para manos a base de alcohol (geles desinfectantes que contengan por lo menos 60% de alcohol) son una buena alternativa para desinfectar las manos si no hay un fregadero disponible.
* Las manos deben lavarse antes de preparar alimentos, antes de comer y después de toser, sonarse la nariz o estornudar.
* Si bien no siempre es posible limitar el contacto con personas que pueden estar infectadas con un resfriado, se debe evitar tocarse los ojos, la nariz o la boca después del contacto directo cuando sea posible.
* Evitar el contacto con secreciones y fómites de familiares y amigos enfermos.
* Cuando se está enfermo, evitar el contacto con personas vulnerables (niños menores de 3 meses, embarazadas, ancianos e inmunosuprimidos).
* Utilizar mascarilla cuando se está enfermo y hacer uso del distanciamiento social.
* Cuando se está enfermo, usar pañuelos para cubrir la boca al estornudar o toser, y los pañuelos usados ​​deben desecharse rápidamente. Estornudar y/o toser en la manga de la ropa (en la parte interna del codo).
* La utilización de vacunas se utiliza en casos de epidemia asociada a Influenza y COVID 19.
* Las medidas caseras como: las bebidas con miel, limón y agua caliente no presentan evidencia científica, pero pueden aliviar la tos e irritación y no causan eventos adversos en la persona.
* Mantener una ventilación adecuada y evitar el uso y/o contacto con el humo del cigarrillo.
* Enseñar signos de alarma: dificultad respiratoria, fiebre alta o la persistencia de esta por más de 72 horas a pesar del uso de antipiréticos, descarga nasal purulenta por más de 10 días, tos persistente por más de 10 días, otalgia y petequias. (33)

# **SIGNOS DE ALARMA**

La identificación de signos de alarma es esencial para evitar complicaciones, es por esto que se hace necesaria la educación al paciente acerca de la importancia de consultar a su centro de urgencias si presenta:

* Fiebre de más de 38 ºC por más de 72 horas
* Fiebre si tiene diagnóstico previo de cualquier enfermedad pulmonar
* Tos que dura más de 10 días
* Dolor de pecho al toser
* Dificultad para respirar
* Tos con sangre
* Otalgia
* Petequias

**NOTIFICACIÓN A SIVIGILA**

Toda persona con infección respiratoria aguda debe ser notificada al SIVIGILA en la semana epidemiológica pertinente (Notificación colectiva semanal).

|  |
| --- |
| Persona que consulta por rinorrea, obstrucción nasal, tos, odinofagia, cefalea, fiebre y malestar general |

# **FLUJOGRAMA**

|  |
| --- |
| **Nexo epidemiológico**Indagar por contactos sintomáticos en casa, universidad |

|  |
| --- |
| **Realizar exploración física**Descartar sobreinfección bacteriana agregada |

NO

SI

|  |
| --- |
| **Realizar manejo sintomático*** Medidas de higiene nasal y descongestión con solución salina normal.
* Uso de analgésicos y antipiréticos.
* Descongestionante nasal.
* Alimentación normal, adecuada hidratación
 |

|  |
| --- |
| **Realizar tratamiento** antibiótico según el foco encontrado |

|  |
| --- |
| **Medidas preventivas y recomendaciones**-Adecuado lavado de manos-Evitar contacto con secreciones y fomites de familiares y amigos enfermos-Mantener ventilación adecuada-Educar sobre signos de alarma-Recomendar no uso de antibióticos |

**Notificación al SIVIGILA** Semanalmente en Notificación Colectiva.

# **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Perry Country, Health Department; Prevention C for DC and. Common Colds: Protect Yourself and Others [Internet]. [ Revisado en mayo de 2024]. Disponible en: https://www.perrycountyhealth.com/newsDetail.php?Common-Colds-Protect-Yourself-and-Others-7
2. Peralta P.Sánchez T. Muñoz G; Perfil epidemiológico de estudiantes que consultaron al servicio de salud de una universidad. Rev Salud Bosque. 2018;8(1):38. [Internet]. [ Revisado en mayo de 2024]. Disponible en: https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RSB/article/view/2373
3. Sánchez J. Berrocla F. González A. Ibáñez J. Catalán M. Exceso de casos de gripe en el servicio de urgencias del hospital ernest lluch sector calatayud . posibles casos covid 19 anteriores a la pandemia. 2020;67–76. [Internet]. [Revisado en mayo de 2024]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7896566
4. Sánchez J. Estarita J. Salemi C. Efecto de la rinitis y el asma en el ausentismo y rendimiento laboral y escolar en una población del trópico latinoamericano. Rev Alerg México. 2016;63(1):32. [Internet]. [ Revisado en mayo de 2024]. Disponible en: https://revistaalergia.mx/ojs/index.php/ram/article/view/132/291#:~:text=Conclusi%C3%B3n%3A%20la%20rinitis%20y%20el,efecto%20negativo%20a%20nivel%20laboral.
5. Guía de promoción y atención en enfermedad respiratoria aguda (ERA). Alcaldía Mayor de Bogotá, D. C., Secretaría Distrital de Salud (SDS). Citado en última revision [Internet]. [Revisado en mayo de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS19.pdf
6. Monto A. Estudios de la comunidad y la familia: enfermedad e infección respiratoria aguda. Epidemiol Rev. 1994;16:351. [Internet]. [ Revisado en mayo de 2024]. Disponible en https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/PRO-Infecci%C3%B3n-respiratoria-aguda.pdf
7. Casalegno JS. Eibach D. Valette M et al. Performance of influenza case definitions for influenza community surveillance: based on the French influenza surveillance network GROG, 2009-2014. Euro Surveill. 2017;22. [Internet]. [Revisado en mayo de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/spotlight/history-of-vaccination/history-of-influenza-vaccination?topicsurvey=ht7j2q)&gad\_source=1&gclid=Cj0KCQjwudexBhDKARIsAIGWYXT3bNz2ZlDjViJJZKuHFElM5YgcuyMBQjJb\_5zxJLXNweKG6l8m\_UaAgz5EALw\_wcB
8. Hall C. Respiratory syncytial virus and parainfluenza virus. N Engl J Med. 2001;344:1917. [Internet]. [ Revisado en mayo de 2024]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8668850/#:~:text=Respiratory%20syncytial%20virus%20(RSV)%20and,stranded%20RNA%20viruses%2C%20the%20paramyxoviruses.
9. Dicpinigaitis P. Eccles R. Blaiss MS. MA W. Impact of cough and common cold on productivity, absenteeism, and daily life in the United States: ACHOO survey. Curr Med Res Opin. 2015;31(8):1519–1525. [Internet]. [ Revisado en mayo de 2024]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26073933/
10. Winther B. McCue K. Ashe K et al. Rhinovirus contamination of surfaces in homes of adults with natural colds: transfer of virus to fingertips during normal daily activities. J Med Virol. 2011;83:906. [Internet]. [ Revisado en mayo de 2024]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21412799/
11. Kirkpatrick G. The common cold. Prim Care. 1996;23:657. [Internet]. [ Revisado en mayo de 2024]. Disponible en:
12. Heikkinen T JA. The common cold. Lancet. 2003;361:51. [Internet]. [ Revisado en mayo de 2024]. Disponible en https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/common-cold
13. Ebell MH. Lundgren J YS. How long does a cough last? Comparing patients’ expectations with data from a systematic review of the literature. Ann Fam Med. 2013;11:5. [Internet]. [ Revisado en mayo de 2024]. Disponible en: https://augusta.elsevierpure.com/en/publications/how-long-does-a-cough-last-comparing-patients-expectations-with-d
14. Eccles R. Understanding the symptoms of the common cold and influenza. Lancet Infect Dis . 2005;5:718. [Internet]. [ Revisado en mayo de 2024]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16253889/
15. Ministerio de salud Colombia. Guía de atención de la infección respiratoria aguda. 2010;45(2):1–5. [Internet]. [ Revisado en mayo de 2024].Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/16Atencion%20de%20la%20IRA.PDF
16. Barrett B, Brown RL, Mundt MP et al. Validation of a short form Wisconsin Upper Respiratory Symptom Survey (WURSS-21). Heal Qual Life Outcomes. 2009;7(76). [Internet]. [ Revisado en mayo de 2024]. Disponible en: https://www.fammed.wisc.edu/wurss/
17. Little P. Moore M. Kelly J et al. Ibuprofen, paracetamol, and steam for patients with respiratory tract infections in primary care: pragmatic randomised factorial trial. BMJ. 2013;347:f6041. [Internet]. [ Revisado en mayo de 2024]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24162940/
18. Clinica universidad de navarra. Faringitis aguada. 2023; 45(2):1–5. [Internet]. [ Revisado en mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/faringitis-aguda>.
19. Universidad industrial de Santander. Guía de atención medica de resfriado común (Rinofaringitis aguda) Febrero del 2018.;45(2):1–5. [Internet]. [ Revisado en mayo de 2024]. Disponible en: https://hospitalsanfelix.gov.co/images/Rinofaringitis.pdf.
20. Kim SY, Chang YJ, Cho HM et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for the common cold. Cochrane Database Syst Rev. 2015;CD006362. [Internet]. [ Revisado en mayo de 2024]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/26657531\_Non-steroidal\_anti-inflammatory\_drugs\_for\_the\_common\_cold
21. De Sutter AI, van Driel ML, Kumar AA et al. Oral antihistamine-decongestant-analgesic combinations for the common cold. Cochrane Database Syst Rev. 2012;CD004976. [Internet]. [ Revisado en mayo de 2024]. Disponible en: https://www.cochrane.org/CD004976/ARI\_oral-antihistamine-decongestant-analgesic-combinations-common-cold
22. Le Gac M-S, Delahaye L, Martins-Carvalho C, Marianowski R. Rinofaringitis. EMC Pediatr;45(2):1–5. [Internet]. [ Revisado en mayo de 2024]. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1245-1789(10)70176-1](http://dx.doi.org/10.1016/s1245-1789%2810%2970176-1).
23. AlBalawi ZH, Othman SS AK. Intranasal ipratropium bromide for the common cold. Cochrane Database Syst Rev. 2013;CD008231. [Internet]. [ Revisado en mayo de 2024]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6492479/#:~:text=There%20is%20no%20proven%20cure%20for%20the%20cold%20and%20only,no%20effect%20on%20nasal%20stuffiness.
24. De Sutter AI, van Driel ML, Kumar AA et al. Oral antihistamine-decongestant-analgesic combinations for the common cold. Cochrane Database Syst Rev. 2012;CD004976. [Internet]. [ Revisado en mayo de 2024]. Disponible en: https://www.cochrane.org/CD004976/ARI\_oral-antihistamine-decongestant-analgesic-combinations-common-cold
25. Taverner D LJ. Nasal decongestants for the common cold. Cochrane Database Syst Rev. 2007;CD001953. [Internet]. [ Revisado en mayo de 2024]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17253470/
26. Horak F, Zieglmayer P, Zieglmayer R et al. A placebo-controlled study of the nasal decongestant effect of phenylephrine and pseudoephedrine in the Vienna Challenge Chamber. Ann Allergy Asthma Immunol. 2009;102:116. [Internet]. [ Revisado en mayo de 2024]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1081120610602402
27. Hatton RC, Winterstein AG, McKelvey RP et al. Efficacy and safety of oral phenylephrine: systematic review and meta-analysis. Ann Pharmacother. 2007;41:381. [Internet]. [ Revisado en mayo de 2024]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/6540681\_Efficacy\_and\_Safety\_of\_Oral\_Phenylephrine\_Systematic\_Review\_and\_Meta-Analysis
28. King D, Mitchell B, Williams CP SG. Saline nasal irrigation for acute upper respiratory tract infections. Cochrane Database Syst Rev. 2015;CD006821. [Internet]. [ Revisado en mayo de 2024]. Disponible en: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006821.pub3/full
29. Vlachojannis JE, Cameron M CS. A systematic review on the sambuci fructus effect and efficacy profiles. Phytother Res. 2010;24:1. [Internet]. [ Revisado en mayo de 2024]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19548290/
30. Smith SM, Schroeder K FT. Over-the-counter (OTC) medications for acute cough in children and adults in community settings. Cochrane Database Syst Rev. 2014;CD001831. [Internet]. [ Revisado en mayo de 2024]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25420096/
31. Hemilä H. Zinc lozenges may shorten the duration of colds: a systematic review. Open Respir Med J. 2011;5:51. [Internet]. [ Revisado en mayo de 2024]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21769305/
32. Science M, Johnstone J, Roth DE et al. Zinc for the treatment of the common cold: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. CMAJ. 2012;184:E551. [Internet]. [ Revisado en mayo de 2024]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/224918921\_Zinc\_for\_the\_treatment\_of\_the\_common\_cold\_A\_systematic\_review\_and\_meta-analysis\_of\_randomized\_controlled\_trials
33. Estilita. Resfriado común. Offarm [Internet]. 2001 [citado el 14 de mayo de 2024];20(11):57–65. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-resfriado-comun-13023373

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elaboró** | **Revisó** | **Aprobó** | **Fecha de vigencia** |
| Mónica Liliana Salgado | Aseguramiento de la Calidad  | Rectoría | Noviembre de 2015 |
| **Actualizó** María Alejandra RodríguezJulián Cortes Burgos | Mónica Liliana Salgado | Comité de Calidad | Mayo de 2024 |

**CONTROL DE CAMBIOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA** | **VERSIÓN** | **ÍTEM** | **MODIFICACIÓN** |
| Agosto de 2015 | 1 | Todo el documento | Creación del documento |
| Agosto de 2017 | 2 | Revisión periódica | Normatividad  |
| Agosto de 2019 | 3 | Revisión periódica | Normatividad  |
| Mayo de 2024 | 4 | Se justifica la guía desde el contexto local.Se modifica definición según guías de práctica clínicaSe añade periodo de incubación de la enfermedad y cuadro clínico inicialSe añade cuadro clínico como método diagnosticoSe añade ápice | Estructura del documento  |