

GUÍA DE ACTUACIÓN PARA EL
FARMACÉUTICO COMUNITARIO EN
**INFECCIONES RESPIRATORIAS
AGUDAS LEVES - MODERADAS**

SEFAC

Sociedad Española de Farmacia
Clínica, Familiar y Comunitaria



CNC 2024-00134

GUÍA DE ACTUACIÓN PARA EL FARMACÉUTICO COMUNITARIO EN **INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS LEVES - MODERADAS**

Coordinadora

Ana Molinero Crespo

Farmacéutica comunitaria en Fuenlabrada (Madrid). Grupos de Trabajo de Enfermedades Infecciosas e Inmunología, de Indicación Farmacéutica y de Respiratorio y tabaquismo de la Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC).

Autores

Abraham Hidalgo Rodríguez

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Cijuela (Granada). Grupo de Trabajo de Respiratorio de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).

María Dolores López Alarcón

Farmacéutica comunitaria en La Alcayna, Molina de Segura (Murcia). Grupo de Trabajo de Indicación Farmacéutica de la Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC).

Elena Pérez Hoyos

Farmacéutica comunitaria en Gabaldón (Cuenca). Grupos de Trabajo de Enfermedades Infecciosas e Inmunología y de Indicación Farmacéutica de la Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC).

Laudy Rivero Rodríguez

Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Residente 4º año de Microbiología y Parasitología en Hospital Universitario Insular de Las Palmas de Gran Canaria. Grupo de Trabajo de IMVAP (Infecciones, Migrante, Vacunas y Actividades Preventivas) de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).

SEFAC

Sociedad Española de Farmacia
Clínica, Familiar y Comunitaria



© SEFAC, 2024

Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo sin el permiso de SEFAC.

ISBN: 978-84-09-71860-3

Esta publicación debe citarse de la siguiente forma:

Molinero A, Hidalgo A, López MD, Pérez E, Rivero L. Guía de actuación para el farmacéutico comunitario en infecciones respiratorias agudas leves-moderadas. Madrid: SEFAC;2024.



ÍNDICE

Prólogo	4
1. Introducción	
a. Definición de Infecciones Respiratorias Agudas Superiores (IRAs)	8
b. Epidemiología	10
2. Diagnóstico	
a. Diagnóstico por el médico	12
b. Pruebas diagnósticas	13
c. Test autodiagnóstico	15
3. Síntomas diferenciales y de alerta	
a. Diferencias entre IRAs	18
b. Criterios de progresión de enfermedad leve-moderada a grave	23
i. Derivación del farmacéutico comunitario al médico de atención primaria	23
ii. Derivación del médico de atención primaria al hospital	24
4. Tratamientos farmacológicos y no farmacológicos	
a. Prescripción	26
b. Indicación Farmacéutica	29
c. Medidas preventivas	34
5. Atención Farmacéutica en IRAs	
a. Dispensación de medicamentos para IRAs	38
b. Indicación Farmacéutica frente a síntomas compatibles con IRAs	39
- Criterios de derivación al médico	40
- Recomendaciones para la prevención	42
- Registro	43
6. Referencias bibliográficas	44
ANEXO 1	48
Medicamentos para tratar los síntomas compatibles con IRAs que no necesitan prescripción médica	

PRÓLOGO

El informe anual del Sistema Nacional de Salud (SNS) del año 2023, elaborado por el Ministerio de Sanidad, indica que **todas las personas residentes en España tienen reconocido derecho a la asistencia sanitaria**, financiada en un 96,6 % de los casos a través de fondos públicos por el SNS y en un 3,4 % por entidades privadas concertadas por las mutualidades de funcionarios.

Las infecciones respiratorias constituyen uno de los motivos de consulta más frecuentes en la Atención Primaria (AP), estimándose que hasta el **15 % de las consultas en AP** se relacionan con **infecciones del tracto respiratorio**.

En Farmacia Comunitaria (FC), si bien no hay datos oficiales, **las consultas relacionadas** con síntomas compatibles **con infecciones respiratorias son muy elevadas**, como se ha puesto de manifiesto con los estudios llevados a cabo recientemente por la Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC).

El informe del SNS refleja que, en 2023, solo el **9,1 %** de las personas que solicitaron **cita** en AP la obtuvieron **en el mismo día**, mientras que el 69,8% esperó más de un día y el **tiempo** medio de espera para obtener una **cita en AP** fue de **9,2** días. Además, el grado de satisfacción con el funcionamiento de la AP se redujo desde 7,3/10 en 2019 a 6,4/10 en 2023.

La incorporación del farmacéutico comunitario, como ya se ha hecho en otros países como Reino Unido o Francia, **para atender a los pacientes con síntomas respiratorios** en las farmacias comunitarias, **sería beneficioso para el paciente**, a la par que podría disminuir la carga asistencial de la AP.

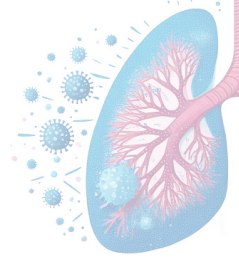
Esta **Guía** ha sido elaborada con el propósito de servir como una **herramienta práctica** para el farmacéutico comunitario, facilitando **atención farmacéutica** a aquellos pacientes que presenten síntomas compatibles con infecciones respiratorias agudas (IRA) o que soliciten medicamentos para aliviar dichos síntomas o tratar la enfermedad.

La **Guía** ofrece una visión general de las infecciones respiratorias y de los métodos de diagnóstico empleados en la práctica clínica, además de proporcionar un **marco basado en la evidencia** para la selección de **tratamientos** que pueden dispensarse sin necesidad de prescripción médica. Asimismo, establece **criterios claros** para identificar cuándo es necesario **derivar al paciente** al médico de atención primaria o a los servicios de urgencias hospitalarias.

Los autores confiamos en que esta guía sea una herramienta valiosa en la prestación de **Servicios de Atención Farmacéutica**, contribuyendo a garantizar los mejores resultados de salud para los pacientes.

Ana Molinero

Coordinadora de la Guía



ABREVIATURAS

AAS: Ácido acetilsalicílico.

ADN: Ácido Desoxiribonucleico.

AEMPS: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

AINE: Antiinflamatorio no esteroideo.

AP: Atención Primaria.

ARA II: Antagonista de los receptores de angiotensina II.

ARN: Ácido Ribonucleico.

ARNm: Ácido Ribonucleico mensajero.

CC.AA.: Comunidades Autónomas.

CDC: Centro para la Prevención y Control de Enfermedades.

CHMP: Comité de Medicamentos para uso Humano de la EMA.

COVID-19: Coronavirus Disease-19. Enfermedad por Coronavirus-19.

ECDC: Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades.

EDO: Enfermedad de Declaración Obligatoria.

EMA: Agencia Europea de Medicamentos.

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

FC: Farmacéutico/a Comunitario/a.

IECA: Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.

IgG/IgM: Inmunoglobulina G/ Inmunoglobulina M.

IMAO: Inhibidores de la monoaminoxidasa.

IRA: Infección respiratoria aguda de vías altas.

IRAG: Infección respiratoria aguda de vías altas grave.

IRSN: Inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina.

ISRS: Inhibidores de la recaptación de serotonina.

MAP: Médico de Atención Primaria.

MERS: Síndrome respiratorio de Oriente Medio.

Mpro: Proteasa de la replicación del virus SARS-CoV-2.

NHS: National Health System (Servicio Nacional de Salud).

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PCR: Reacción en cadena de la polimerasa.

RNM: Resultados Negativos asociados a la Medicación.

PRES: Síndrome de encefalopatía posterior reversible.

PRM: Problemas Relacionados con los Medicamentos.

PS: Problema de Salud.

RT-PCR: Reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real.

SARS: Síndrome Respiratorio Agudo Grave.

SARS-CoV-2: Coronarivirus del Síndrome Respiratorio Agudo Grave 2.

SDRA: Síndrome de Distress Respiratorio Agudo.

SIF: Servicio de Indicación Farmacéutica.

SIVIRA: Sistema de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda.

SFT: Seguimiento Farmacoterapéutico.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

SPFA: Servicio Profesional Farmacéutico Asistencial.

SpO2: Saturación de oxígeno.

SRO: Soluciones de Rehidratación Oral.

SVCR: Síndrome de vasoconstricción cerebral reversible.

TAC: Tomografía Axial Computarizada.

TAR: Test de Antígeno Rápido.

TEPA: Tromboembolismo Pulmonar Agudo.

UMC: *Amsterdam University Medical.* Universidad médica de Ámsterdam.

UV: *Vrije Universiteit Amsterdam.* Universidad libre de Ámsterdam.

VLP: partículas virales similares.

VRS: Virus Respiratorio Sincitial.

ZAP: Zona de Atención Personalizada.

1. INTRODUCCIÓN

a) Definición de Infecciones Respiratorias Agudas Superiores

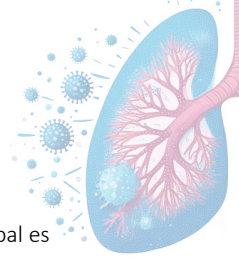
La Organización Mundial de la Salud (OMS) define las **Infecciones Respiratorias Agudas Superiores (IRAs)** o *Upper Respiratory Infection* (URI) como un conjunto de enfermedades infecciosas que afectan las vías respiratorias superiores, caracterizadas por un inicio súbito y una duración inferior a dos semanas (1).

Anatómicamente, las vías respiratorias superiores abarcan desde las narinas hasta la laringe, incluyendo estructuras como la cavidad nasal, los senos paranasales, el oído medio, la faringe, la laringe y las amígdalas. Las infecciones de estas áreas están asociadas a un elevado consumo de medicamentos y, frecuentemente, al uso inapropiado de antibióticos, lo que contribuye al desarrollo de resistencias bacterianas.

La **etiología** de estas infecciones es **predominantemente viral**, lo que generalmente las hace benignas y autolimitadas, con una resolución espontánea en aproximadamente una semana. La transmisión normalmente es por gotas, aerosoles o contacto ya sea entre individuos o fómites, lo que conlleva a ocasionar fácilmente brotes o epidemias. Estas infecciones comparten una sintomatología similar, tienen una alta incidencia, especialmente en países desarrollados y su manejo es sintomático. Las IRAs tienen un **impacto social y económico** significativo, provocando un alto índice de absentismo laboral y escolar. En Estados Unidos, las infecciones virales de las vías respiratorias superiores representan uno de los tres diagnósticos más frecuentes en atención ambulatoria. Se calcula que los costos anuales derivados de estas infecciones, excluyendo la gripe, superan los 22 mil millones de dólares (2). En España los costes asociados a la gripe pueden suponer hasta 1000 millones de euros anuales, incluyendo gasto sanitario, tratamientos y absentismo (3).

El **resfriado común** y la **gripe** son síndromes caracterizados por síntomas bien conocidos, provocados por infecciones virales en el tracto respiratorio superior. La definición exacta de estos síndromes es compleja debido a la variabilidad en la severidad, duración y manifestación de los síntomas. Los rinovirus son responsables del 30 al 50 % de los casos de resfriado, mientras que los coronavirus son el segundo agente más frecuente, causantes del 10 al 15 %. Los virus de la influenza generan entre el 5 y el 15 % de los resfriados, y otros virus como el respiratorio sincitial (VRS) producen enfermedades similares a la gripe, lo que refleja la considerable superposición entre las causas y síntomas del resfriado común y la gripe (4,5).

El término **catarro o síndrome catarral** se refiere de manera general a la inflamación de las vías respiratorias superiores, que incluye estructuras como la nariz, garganta, tráquea, laringe, senos paranasales y oído. En la práctica clínica, se utiliza para describir condiciones como el resfriado común, rinfaringitis e infección respiratoria de vías superiores, aunque en ocasiones se emplea incorrectamente para referirse al síndrome gripal. Habitualmente, estas condiciones cursan sin fiebre y son procesos benignos, con una incidencia promedio de 4 a 5 episodios de resfriado por año en individuos sanos (Ver capítulo 3).



La **gripe**, una de las IRAs más comunes, cuyo agente etiológico principal del síndrome gripal es el virus de la influenza, pertenece a la familia *Orthomyxoviridae*, género *Influenzavirus*. Existen **cuatro tipos de virus de la gripe**, los tipos A, B, C y D; de estos, los tipos A y B son los que más afectan al ser humano. El virus de la influenza tipo A se subdivide en diferentes subtipos basados en las características antigénicas de sus glicoproteínas de superficie: la hemaglutinina (H) y la neuraminidasa (N). Los antígenos H y N determinan la clasificación y variabilidad del virus. Este virus experimenta variaciones antigénicas anuales, lo que da lugar a la aparición de nuevas cepas que causan brotes epidémicos cada año, generalmente a finales de otoño y principios de invierno.

La gripe presenta una elevada morbilidad en la población general y, aunque suele tener un curso benigno, en pacientes de alto riesgo puede asociarse a una **mortalidad** significativa (1535 muertos en el año 2023) (6) debido a posibles complicaciones pulmonares. Estos factores justifican la importancia de monitorear su incidencia, además de ser la gripe A una enfermedad de declaración obligatoria (7). La vacunación es la estrategia más efectiva para prevenir la gripe. La quimioprofilaxis antiviral, con una eficacia del 70 % al 90 %, también resulta útil como medida preventiva y puede considerarse un complemento cuando la vacunación no está disponible o no es viable (8). Habitualmente, la quimioprofilaxis se utiliza durante la temporada gripal para:

- Personas con alto riesgo que no pueden recibir la vacuna debido a contraindicaciones o en quienes no se espera una respuesta inmunitaria adecuada.
- Para contener brotes en instituciones con poblaciones vulnerables.
- Para individuos de alto riesgo, por ejemplo, inmunocomprometidos, oncológicos, anticoagulados, etc. expuestos al virus.

Entre los patógenos emergentes más importantes se encuentran los coronavirus, pertenecientes a la familia *Coronaviridae*, causantes de las epidemias de Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS) y Síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) que durante las dos últimas décadas han causado brotes con una alta tasa de letalidad. El Coronavirus del Síndrome Respiratorio Agudo Grave 2 (SARS-CoV-2) pertenece a la familia *Coronaviridae*, género *Betacoronavirus*, responsable de la enfermedad por Coronavirus-19 (**COVID-19**), y ha venido a confirmar la extrema gravedad de las **epidemias causadas por estos virus emergentes** y la necesidad de una vigilancia integrada de los síndromes y de la circulación de estos virus en las poblaciones.

El **VRS** es un virus ARN perteneciente al género *Orthopneumovirus*, familia *Pneumoviridae*, que origina cuadros respiratorios de amplia variabilidad clínica y gravedad, desde cuadros leves hasta infecciones graves del tracto respiratorio inferior, **representando una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial**. Afecta a personas de cualquier edad, con mayor incidencia en niños menores de 2 años, adultos mayores de 60 años (especialmente si son ancianos, frágiles, están institucionalizados o afectados de enfermedades crónicas), personas inmunocomprometidas o personas con enfermedades crónicas (cardiovasculares, respiratorias, renales, hepáticas, neurológicas, diabetes u obesidad) (9).

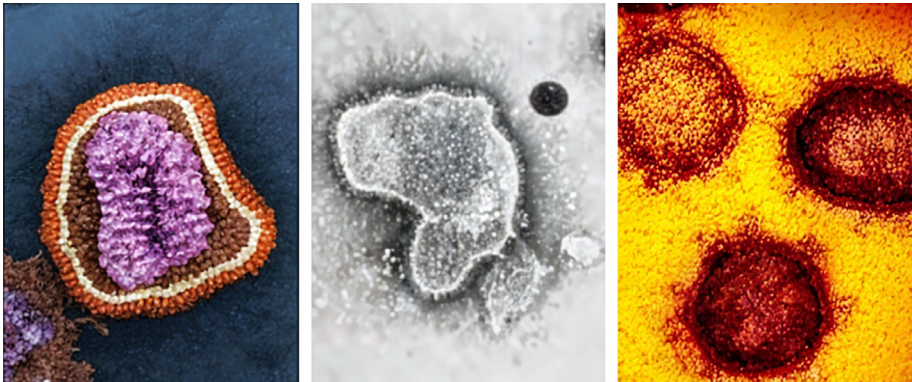


Figura 1. Imágenes al microscopio de los virus de la gripe, VRS y SARS-CoV-2.

Fuente: Instituto de Salud Carlos III. Disponible en: <https://www.ciberesp.es/noticias/la-vigilancia-integral-de-gripe-vrs-y-covid-19-revela-el-comportamiento-de-las-infecciones-respiratorias-agudas-en-la-temporada-2021-2022>

b) Epidemiología

Las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores representan una de las principales causas de consulta en la atención primaria en España, afectando tanto a niños como a adultos.

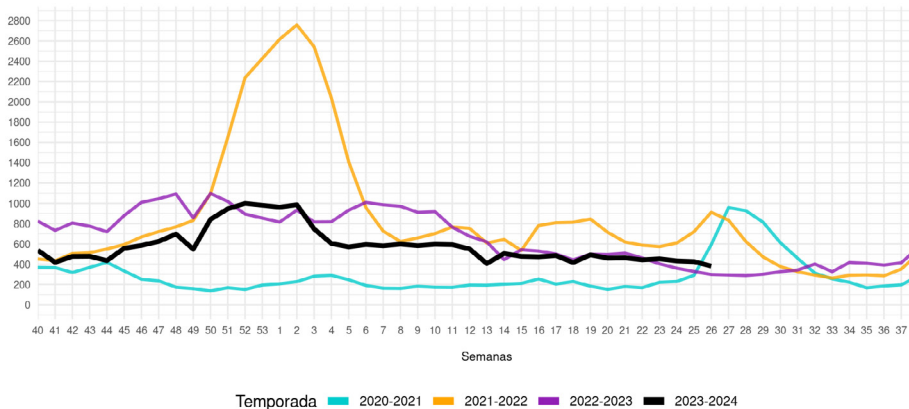


Figura 2. Tasas de incidencia de IRAs en las temporadas 2020-21 a 2023-24 (10)

Fuente: Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia centinela de Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria (IRAs) y en Hospitales (IRAG) en España. Gripe, COVID-19 y otros virus respiratorios. Semana 26/2024 (del 24 de junio al 30 de junio de 2024). Disponible en: https://docsivira.isciii.es/informe_semanal_SiVIRA_202426.html

Vigilancia epidemiológica

A lo largo de la historia, la vigilancia de la gripe en España se ha apoyado en diversos sistemas y fuentes de información que permiten un análisis completo del comportamiento de la enfermedad y de los virus circulantes tanto a nivel nacional como en cada comunidad autónoma. No obstante, la



pandemia de COVID-19 que surgió a principios de 2020, provocó una alteración significativa de estos sistemas, afectando tanto a la red centinela de atención primaria como a la vigilancia en hospitales. Esta disrupción se extendió durante la temporada de gripe 2020-21, lo que impulsó la necesidad de adaptar y revisar los métodos de vigilancia.

En línea con las recomendaciones del Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC) y la (OMS), se propuso establecer sistemas de vigilancia centinela en atención primaria y hospitales, integrando los aprendizajes del Sistema de Vigilancia de Gripe en España (SVGE), creándose el Sistema de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda (SiVIRA) en España. Este enfoque busca monitorear conjuntamente la gripe y la COVID-19, creando un sistema sostenible capaz de vigilar también otras IRA, tanto leves como graves, facilitando la detección de nuevos virus emergentes.

Durante la temporada 2022-23 (11), se registró una disminución en la incidencia de IRA en atención primaria y de infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) en hospitales, en comparación con la temporada anterior. El pico de incidencia de IRA en atención primaria se alcanzó entre las semanas 48 y 50, coincidiendo con la primera ola estacional de COVID-19, gripe, y el máximo de casos de VRS. Las mayores tasas de IRA se registraron en niños menores de 4 años, mientras que, en hospitales, las tasas de IRAG fueron más elevadas en personas mayores de 79 años y en menores de 5 años durante la semana 48.

En comparación con la temporada 2021-22, las tasas de incidencia de IRA e IRAG fueron más bajas en 2022-23, y las distintas olas epidémicas de gripe, COVID-19 y VRS presentaron patrones temporales diferentes. La gripe tuvo dos ondas: la primera, más severa, estuvo asociada al virus A(H3N2), mientras que la segunda, dominada por el virus B, presentó mayor transmisibilidad, pero menor gravedad. La COVID-19 mostró una actividad reducida en comparación con la temporada anterior, con fluctuaciones de gravedad relacionadas con los picos de hospitalización (11).

El VRS tuvo una única ola antes de finales de 2022, afectando principalmente a niños menores de cinco años en atención primaria y a menores de un año en hospitalizaciones, aunque también se observó una carga considerable en personas mayores de 65 años. Los datos de vigilancia resaltaron la importancia de subtipar muestras de gripe A debido al riesgo de gripe aviar, y permitieron evaluar la efectividad de las campañas de vacunación contra la gripe y COVID-19 (11). El sistema de vigilancia SiVIRA logró cumplir sus objetivos, proporcionando información crítica para guiar las estrategias de prevención de estas enfermedades respiratorias.

2. DIAGNÓSTICO

a) Diagnóstico por el médico

El **diagnóstico** de las infecciones respiratorias de vías altas **es predominantemente clínico**. Los síntomas típicos incluyen mialgias, tos, sensación de ocupación óptica, cefalea, disfonía, febrícula, congestión nasal, rinorrea con secreción clara, estornudos e irritación o dolor faríngeo, entre otros, como se detalla en la Tabla 1 (en el capítulo 3 se verán con más profundidad las diferencias entre las diferentes IRAs).

Tabla 1. Principales virus causantes de IRAs.

	CARACTERÍSTICAS	INCUBACIÓN	SINTOMATOLOGÍA	DIAGNÓSTICO	COMPLICACIONES
Rinovirus	Los niños son el principal reservorio	2-5 días	Dolor de garganta, obstrucción nasal, rinorrea, estornudos, afonía, malestar general	Clínico PCR en exudado nasal	Sinusitis vírica o bacteriana, otitis media aguda (especialmente niños)
Virus respiratorio sincitial	La infección es grave en prematuros	2-8 días	Rinorrea, tos, febrícula	PCR Detección rápida de antígeno	Bronquiolitis: niños pequeños Traqueobronquitis: niños grandes
Coronavirus	SARS-CoV-2 MERS SARS-CoV-1 Otros coronavirus	Hasta 14 días, depende de la variante.	Dolor de garganta, obstrucción nasal, rinorrea, estornudos, afonía, malestar general	PCR Detección rápida de antígeno	Neumonía vírica o sobreinfección bacteriana Síndrome de distress respiratorio del adulto Trombosis Insuficiencia renal aguda COVID prolongado
Parainfluenza virus	4 serotipos	2-7 días	En niños < 5 años: rinitis, faringitis, crup (laringotraqueitis)	PCR	En niños < 5 años: bronquiolitis En niños pequeños y ancianos: neumonía
Influenzavirus	Existen 4 tipos: A, B, C, D. Reservorio humano y animal dependiendo del tipo.	1-3 días	Inicio súbito con fiebre >38°, escalofríos, mialgias, cefaleas, dolor retro-ocular, tos, rinorrea	Clínico Prueba rápida para detección de antígeno PCR en hisopado nasofaríngeo	Neumonía vírica o secundaria a sobreinfección bacteriana o fúngica (especialmente inmunodeprimidos)

Fuente: elaboración propia, modificado de Mensa (12).

Dado que estos síntomas pueden superponerse entre diferentes entidades clínicas, es necesario en ocasiones el uso de pruebas diagnósticas complementarias para distinguir entre posibles causas virales y descartar complicaciones bacterianas, garantizando un tratamiento adecuado (13).



b) Pruebas diagnósticas

A continuación se mencionan pruebas comunes para las infecciones respiratorias de vías altas, algunas de las cuales se pueden realizar en la consulta de medicina de familia o en la farmacia comunitaria y otras en un laboratorio de microbiología.

1. Hisopado nasofaríngeo

- **Descripción:** se toma una muestra de secreción nasofaríngea con un hisopo estéril. En caso de solicitar PCR (Reacción en cadena de la polimerasa) para virus, remitir al laboratorio en medio de transporte para virus.
- **Aplicación:** se usa para detectar infecciones virales como infecciones por rinovirus, Influenzavirus, SARS-CoV-2, VRS. En caso de paneles de detección múltiple también se usa para detectar bacterias.
- **Métodos:**
 - PCR: identifica material genético de virus o bacterias de forma precisa.
 - Pruebas de antígeno rápido: especialmente para la detección de SARS-CoV-2, VRS o Influenzavirus (14,15).

2. Hisopado orofaríngeo

- **Descripción:** se toma una muestra de secreción orofaríngea con un hisopo estéril. En caso de solicitar cultivo de dichas secreciones remitir al laboratorio en medio de transporte para bacterias. Cultivo bacteriano: detecta bacterias como *Streptococcus pyogenes* (estreptococo del grupo A).

Prueba rápida de antígeno para faringitis estreptocócica:

- **Descripción:** detecta de forma rápida proteínas específicas del *Streptococcus pyogenes* en muestras orofaríngeas.
- **Aplicación:** utilizada en casos de sospecha de faringitis bacteriana causada por *Streptococcus pyogenes*.
- **Ventajas:** resultados en pocos minutos, alta especificidad (16,17).

3. Panel respiratorio multiplex (tabla 2)

- **Descripción:** es una prueba molecular que permite detectar varios virus y bacterias en una sola muestra nasofaríngea.
- **Aplicación:** detecta infecciones virales como el Rinovirus, Adenovirus, Influenzavirus y VRS, y también bacterias causantes de cuadros respiratorios de vías altas y neumonía. Además, detecta bacterias atípicas. Utiliza la técnica de PCR en tiempo real.
- **Ventajas:** amplia cobertura de patógenos respiratorios.
- **Desventaja:** alto coste.

Tabla 2. El Panel Respiratorio FilmArray™ cuenta con pruebas simultáneas para 20 de los patógenos más comunes implicados en las IRAs (18).

VIRUS		BACTERIAS
Adenovirus	Influenza A / H1	Bordetella pertussis
Coronavirus 229E	Influenza A / H1 -2009	Chlamydomphila pneumoniae
Coronavirus HKU1	Influenza A / H3	Mycoplasma pneumoniae
Coronavirus OC43	Influenza B	
Coronavirus NL63	Parainfluenza 1	
Metapneumovirus humano	Parainfluenza 2	
Rinovirus / Enterovirus humano	Parainfluenza 3	
Influenza A	Parainfluenza 4	
	VRS	

Fuente: BioMérieux. Panel Respiratorio FilmArray™ [Internet]. [Citado 10 de octubre de 2024]
Disponible en: www.biomerieux.es/diagnostico-clinico/productos/panel-respiratorio-filmarraytm

4. Cultivo de exudado faríngeo

- **Descripción:** permite el crecimiento de bacterias en un medio especial a partir de una muestra de la garganta.
- **Aplicación:** se utiliza principalmente cuando la prueba rápida de *Streptococcus pyogenes* da negativa, pero hay sospecha de infección bacteriana.
- **Ventajas:** amplia cobertura de patógenos respiratorios.
- **Desventaja:** toma más tiempo (24-48 horas) para obtener resultados (19,20).

5. Serologías

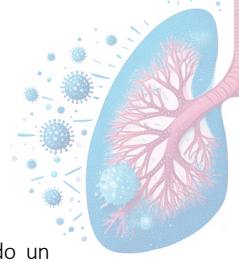
- **Descripción:** miden los niveles de anticuerpos en la sangre contra patógenos específicos.
- **Aplicación:** se usan con menor frecuencia, pero pueden ser útiles para diagnosticar infecciones respiratorias virales como el virus de Epstein-Barr (causante de la mononucleosis infecciosa) o ciertos virus respiratorios si se buscan infecciones previas o persistentes. Generalmente no se usan para diagnóstico sino más para estudios epidemiológicos en caso de querer saber si una población ha estado en contacto con un determinado microorganismo (21).

6. Radiografía de tórax

- **Descripción:** puede mostrar signos de infección respiratoria baja; se usa en casos en los que hay sospecha de complicaciones o de afectación más grave o sobreinfección bacteriana, como sinusitis o neumonía.
- **Aplicación:** útil cuando la infección puede haberse extendido o si se sospecha de una infección secundaria (22).

7. Tomografía axial computarizada (TAC)

- **Descripción:** se utiliza principalmente para descartar sinusitis crónica, ya que sus síntomas pueden confundirse con los de las IRAs. Sin embargo, no es habitual realizarla en casos de IRAs de origen viral o sinusitis aguda. La TAC se reserva para casos de sinusitis crónica que no mejoran con los tratamientos convencionales (23).



c) Test de autodiagnóstico

Los autotest para la detección de infecciones respiratorias de vías altas han experimentado un notable progreso en los últimos años, impulsados en gran parte por la pandemia de COVID-19, que ha favorecido el desarrollo de test rápidos de antígenos y diagnóstico molecular. A continuación se detallan los principales tipos de pruebas autodiagnósticas disponibles, su eficacia en la identificación de distintas infecciones respiratorias y los principios que rigen su funcionamiento.

1. Test de Antígeno Rápido (TAR)

Estos son los más comunes y ampliamente utilizados para detectar infecciones virales de las vías respiratorias superiores, como la gripe, la COVID-19 y otras enfermedades respiratorias causadas por virus. Los TAR funcionan detectando proteínas virales específicas en secreciones respiratorias obtenidas por hisopado nasal o nasofaríngeo (24).

- **COVID-19:** la mayoría de los test rápidos de autodiagnóstico disponibles detectan antígenos de SARS-CoV-2, generalmente las proteínas de la nucleocápside. Los resultados suelen obtenerse en 15-30 minutos. Estos test tienen una sensibilidad adecuada en casos con alta carga viral, pero su sensibilidad disminuye en etapas tardías de la infección o en casos leves o asintomáticos.

- **Gripe:** existen test rápidos de antígenos específicos para detectar gripe A y B. Son útiles en el diagnóstico rápido en casos sintomáticos, aunque, como los test de COVID-19, la sensibilidad suele ser inferior a las pruebas moleculares (RT-PCR), especialmente en casos de baja carga viral.

- **Virus respiratorio sincitial:** algunos test rápidos también están diseñados para detectar VRS, especialmente útiles en pediatría, donde este virus causa infecciones graves en lactantes. La sensibilidad varía según el fabricante y la calidad de la muestra.

Los TAR son herramientas rápidas y accesibles para el diagnóstico inicial, pero su baja sensibilidad en comparación con métodos moleculares puede generar falsos negativos, por lo que en casos de alta sospecha clínica se recomienda confirmación mediante PCR.

2. Test de Reacción en Cadena de la Polimerasa en Tiempo Real

Aunque los PCR en tiempo real son tradicionalmente realizados en laboratorios, algunas plataformas de diagnóstico molecular han sido desarrolladas para uso doméstico o en entornos de punto de atención. Estas pruebas tienen alta sensibilidad y especificidad, aunque si se realizan en fases muy tempranas de la infección, especialmente en casos de COVID-19, existe la posibilidad de dar falsos negativos

- **COVID-19:** existen plataformas portátiles de PCR, como las basadas en isoterma de amplificación mediada por bucles (*LAMP-Loop-mediated isothermal amplification*), que permiten la amplificación y detección de ARN viral en un formato reducido para el hogar o clínicas. Estas pruebas, aunque más costosas que los TAR, ofrecen mayor precisión diagnóstica y son útiles para detectar infecciones en etapas tempranas o en personas asintomáticas (25). Las pruebas isotérmicas, al igual que la

PCR, amplifican segmentos del material genético viral, pero lo hacen a una temperatura constante, eliminando la necesidad de ciclos de calentamiento y enfriamiento, lo que simplifica el equipo y acelera los resultados a menos de 30 minutos. Aunque estas pruebas ofrecen una sensibilidad casi comparable a la PCR y permiten el uso de antígenos, su principal limitación es el costo elevado, aproximadamente 50 dólares por muestra, similar al de la PCR, pero mucho más alto que las pruebas rápidas de antígenos. Durante la pandemia, este tipo de pruebas rápidas y precisas fueron adoptadas en entornos críticos como residencias de ancianos, prisiones y clínicas remotas, a pesar de su costo (26).

- **Paneles de virus respiratorios:** algunas plataformas integradas permiten la detección simultánea de múltiples patógenos respiratorios (paneles respiratorios) en una sola muestra, identificando agentes etiológicos como el Influenzavirus, Rinovirus, Enterovirus, Adenovirus y VRS.

3. Test de Inmunocromatografía de Anticuerpos

Estos test son menos comunes en el autodiagnóstico de infecciones respiratorias agudas, pero existen test rápidos que detectan anticuerpos generados en respuesta a infecciones virales. Son menos útiles para el diagnóstico agudo, pero pueden ayudar a confirmar infecciones pasadas o en la fase de convalecencia.

- **COVID-19:** los test rápidos de anticuerpos IgG/IgM detectan la presencia de anticuerpos contra SARS-CoV-2 en sangre o suero, indicando exposición previa al virus. Sin embargo, su uso en el autodiagnóstico de infecciones respiratorias agudas es limitado, ya que no son útiles para identificar infecciones activas o recientes (27).

En España y en Europa se han realizado test de proteína C reactiva para valorar la posible infección bacteriana y limitar el uso de antibioterapia en determinados pacientes. Es un test rápido que se podría realizar en farmacia comunitaria. Los resultados de la realización de esta prueba son que se puede reducir la prescripción antibiótica (28).

Consideraciones clínicas

- **Sensibilidad y especificidad:** aunque los test rápidos de antígenos y autodiagnóstico PCR han mejorado considerablemente, la sensibilidad de los TAR sigue siendo menor en comparación con la PCR de laboratorio. Es importante tener en cuenta la ventana de detección de cada prueba y la fase de la enfermedad, ya que los TAR son más efectivos durante la fase aguda con alta carga viral (29).

- **Ventajas y limitaciones:** estos test, realizados en el hogar, en las consultas de atención primaria y hospitales, permiten un diagnóstico rápido por el médico, reduciendo la sobrecarga de los laboratorios y acelerando el manejo clínico. Sin embargo, los falsos negativos son comunes, especialmente en individuos asintomáticos o con baja carga viral. En estos casos, la confirmación por PCR sigue siendo el estándar de oro (30).



- **Recomendaciones:** en casos de alta sospecha clínica de una infección respiratoria, especialmente en escenarios de alto riesgo (pacientes inmunocomprometidos, pediátricos o geriátricos), se recomienda el uso de test de alta sensibilidad, como los basados en PCR o la combinación de test rápidos con diagnóstico molecular (31).

Los test de autodiagnóstico para infecciones respiratorias de vías altas, como los TAR y PCR portátiles, constituyen herramientas rápidas y eficaces para la detección de infecciones comunes. Estos test resultan especialmente útiles para que los pacientes con sintomatología leve puedan autoadministrárselos o realizarlos en farmacias comunitarias, reduciendo así la sobrecarga en consultas de atención primaria y servicios de urgencias, donde las listas de espera son prolongadas. De acuerdo con el Informe 2023 del Sistema Nacional de Salud, publicado en agosto de 2024 (32), solo el 9,1 % de los pacientes de atención primaria son atendidos el mismo día de su solicitud, y el 12 % al día siguiente, mientras que el resto debe esperar un promedio de 9,1 días, con una tendencia creciente en comparación con años anteriores.

En el Reino Unido, el programa *Pharmacy First*, impulsado por el Servicio Nacional de Salud (NHS) (33), ha sido clave en la redirección de pacientes con síntomas leves, incluidas IRA, hacia las farmacias comunitarias, evitando la saturación de los servicios de atención primaria y urgencias hospitalarias. Esta iniciativa no solo disminuye la presión sobre estos servicios, sino que también mejora el acceso a la atención, permitiendo a los farmacéuticos comunitarios (FC) proporcionar consejo y tratamiento, reforzando así el primer nivel asistencial.

De manera similar, Francia ha implementado medidas para empoderar a sus FC en la gestión de patologías menores. El Ministerio de Salud Pública francés ha autorizado a los FC a prescribir tratamientos para infecciones leves como la faringitis y la cistitis. Cada año, se registran en Francia aproximadamente 9 millones de consultas por faringitis y 3 millones por cistitis, lo que genera una demanda excesiva sobre los servicios de salud. Esta medida busca liberar recursos de atención primaria para otras patologías, acelerando así los tiempos de atención (34).

No obstante, esta iniciativa en Francia requiere el cumplimiento de estrictos requisitos (32):

1. La farmacia comunitaria debe estar habilitada para realizar estas consultas.
2. El FC debe contar con una capacitación previa y estar certificado para llevar a cabo la consulta y prescribir la medicación.
3. Es imprescindible la realización de un test diagnóstico rápido para guiar el tratamiento.
4. Los resultados del test y las decisiones clínicas deben ser registrados en la historia clínica del paciente.
5. Los FC recibirán una compensación económica adicional por este nuevo rol.

En nuestro país, este enfoque podría ser principalmente beneficioso para los pacientes, que no tendrían que esperar largos periodos para ser atendidos, así como para el sistema nacional de salud y los médicos de atención primaria (MAP), quienes verían disminuida la saturación en sus consultas.

3. SÍNTOMAS DIFERENCIALES Y DE ALERTA

a) Diferencias entre IRAs

Como se ha indicado anteriormente, las infecciones de las vías respiratorias altas (IRAs) son habitualmente autolimitadas, no suelen asociar complicaciones y presentan etiología viral; solo en torno al 25 % presentan implicación bacteriana (figura 3). Estas infecciones afectan a las estructuras de la vía respiratoria superior, dando como resultado rinitis, faringoamigdalitis y/o laringitis principalmente, pudiendo favorecer la aparición de sinusitis y otitis media. Los síntomas respiratorios más frecuentes son congestión nasal y dolor de garganta, aunque es posible que existan otros como tos, disfonía, fiebre, cefalea, astenia, artromialgias, conjuntivitis, náuseas, anosmia y ageusia (ya mencionados en el capítulo 1) (35).

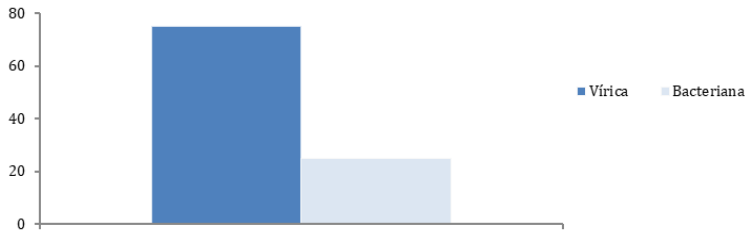


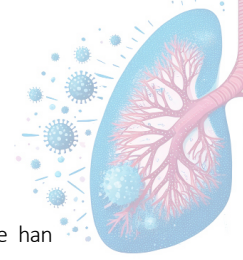
Figura 3. Etiología infecciosa de las IRAs (35).

Aunque el diagnóstico de las IRAs es fundamentalmente clínico (como ya se ha comentado), la gran cantidad de patógenos que pueden producirlas (tabla 3) y la diversidad de síntomas dificultan en gran medida la capacidad del profesional para poder identificar correctamente la causa sin la utilización de test o pruebas diagnósticas específicas. Esta situación puede favorecer el uso inadecuado y la sobreprescripción de antibioterapia, con los riesgos que ello conlleva. Por tanto, resulta necesario conocer las diferencias clínicas más relevantes de las IRAs más frecuentes, con el fin de optimizar el manejo de los pacientes que las padecen y hacer un uso más eficiente de los recursos, teniendo en cuenta que suponen en torno al 11 % de las consultas médicas de Atención Primaria (36).

Tabla 3. Patógenos implicados en IRAs.

VIRUS		BACTERIAS
Rinovirus	Adenovirus	<i>Streptococcus pyogenes</i>
Virus influenza	SARS CoV-2	<i>Streptococcus pneumoniae</i>
Virus parainfluenza	Coronavirus no SARS CoV-2	<i>Staphylococcus aureus</i>
Virus sincitial respiratorio	Citomegalovirus	<i>Haemophilus influenzae</i>
Metapneumovirus	Virus Epstein Barr	<i>Moraxella catarrhalis</i>
Bocavirus	Virus herpes simple	<i>Bordetella pertussis</i>
Enterovirus (Coxsackie, Echovirus)	Virus inmunodeficiencia humana (VIH)	Anaerobios

Fuente: Elaboración propia basada en infecciones agudas de la vía aérea superior (35-38).



IRAs de etiología vírica:

Hasta hace poco, el catarro común (producido principalmente por el rinovirus) y la gripe han sido las dos grandes entidades que se han intentado diferenciar en el contexto clínico de una IRA, como ya se ha comentado en el capítulo 1. Sin embargo, la existencia de otros cuadros infecciosos y potencialmente graves como es el caso de la enfermedad por Coronavirus-19 (COVID-19) y de la infección asociada al virus respiratorio sincitial (VRS) suponen una dificultad añadida para poder distinguirlos adecuadamente. A continuación, se detallan los aspectos más característicos de cada uno de estos cuatro cuadros clínicos (tabla 4).

Tabla 4. Principales diferencias entre catarro común, gripe, COVID-19 y VRS.

	CATARRO COMÚN	GRIPE	COVID-19	VRS
Patógeno	Rinovirus	Virus Influenza	SARS-CoV2	Virus respiratorio sincitial
Alta transmisión en invierno	Sí, pero presente todo el año	Sí	Sí, pero presente todo el año	Sí, pero más en niños pequeños
Incubación	2-5 días	1-3 días	2-14 días	2-8 días
Inicio	Gradual	Súbito	Variable	Gradual
Duración	3-10 días	7-14 días	7-21 días	7-14 días
Congestión nasal y/o estornudos	Muy habitual	Ocasional	Habitual, sin estornudos	Habitual
Odinofagia	Habitual	Poco habitual	Habitual	Poco habitual
Fiebre alta, cefalea Mialgias, astenia	Poco habitual	Muy habitual (astenia puede prolongarse)	Habitual (astenia puede prolongarse)	Poco habitual
Anosmia Ageusia	Poco habitual	Poco habitual	Habitual	Poco habitual
Tos	Leve	Seca e intensa	Seca o productiva	Tos húmeda
Disnea	Poco habitual	Poco habitual	Habitual	Habitual
Complicaciones	Sinusitis aguda, otitis media aguda, exacerbación asma y EPOC	Neumonía, exacerbación asma y EPOC	Neumonía, enfermedad tromboembólica, miocarditis, síndrome COVID-19 persistente	Neumonía, bronquiolitis

Fuente: Elaboración propia basada en infecciones agudas de la vía aérea superior (35-46).

El **catarro o resfriado común** supone casi el 80 % de todas las IRAs, siendo el rinovirus el agente etiológico casi en la mitad de los casos. No obstante, existen más de 200 tipos de virus que pueden dar lugar a este cuadro, entre los que se encuentran varios coronavirus, virus parainfluenza, adenovirus, metapneumovirus y enterovirus. Esta variedad de patógenos dificulta el desarrollo de inmunidad duradera y predispone a su contagio, siendo posible presentar unos 4 episodios al año, sobre todo en otoño e invierno (y hasta 8 episodios en niños). Tras un periodo de incubación corto, aparece de forma gradual la congestión nasal y los estornudos que suelen acompañarse de dolor de garganta y tos. No obstante, también pueden aparecer síntomas generales leves, como fiebre baja, cefalea, astenia y mialgias. Tiende a resolverse antes de 10 días, a diferencia de la gripe, el COVID-19 y el VRS que suelen ser más prolongados. Las complicaciones son infrecuentes, pudiendo causar sinusitis y otitis media en niños, o exacerbaciones en personas con patología respiratoria crónica (35-37).

El **virus influenza**, agente causal de la gripe, causa un porcentaje importante de IRAs en épocas de alta transmisión (principalmente gripe A y B en invierno). Este virus presenta gran facilidad para la mutación, motivo por lo que se recomienda su vacunación con carácter anual (adaptándose su composición cada año). Presenta un periodo de incubación corto similar al del catarro común, pero a diferencia de éste, el inicio de los síntomas es rápido y súbito, con aparición de tos seca asociada a fiebre elevada (pudiendo ser mayor de 40°C sobre todo en niños), cefalea intensa, mialgias y astenia que suelen autolimitarse en 6 o 7 días (aunque la tos y la astenia pueden persistir varias semanas). La congestión nasal puede aparecer los 3 primeros días. La rinorrea, estornudos, odinofagia y disnea son menos habituales o característicos. En ocasiones puede predisponer a exacerbaciones de personas con patología respiratoria crónica, a neumonía (con mayor mortalidad que las de etiología bacteriana), al desarrollo de otitis media y/o bronquiolitis (principalmente en niños) o a otras menos habituales como rabdomiolisis, miopericarditis, encefalitis, síndrome de Guillain Barré y síndrome de Reye (38,39).

El **coronavirus SARS-CoV-2**, responsable de la enfermedad por coronavirus COVID-19, al igual que la gripe, es causa frecuente de IRA en periodos de alta transmisión (invierno), pudiendo producir en ocasiones porcentajes de contagios iguales o incluso mayores que por gripe sobre todo en poblaciones de baja cobertura de vacunación y cuando aparecen nuevas variantes. Tras un periodo de incubación que puede variar de entre 2 a 14 días, aparece de forma brusca tos asociada a fiebre alta, astenia, cefalea y mialgias, pero a diferencia de la gripe suele ser más frecuente la presencia de congestión nasal, odinofagia y disnea. La anosmia y/o la ageusia son muy características de COVID-19 (aunque no de todas sus variantes). Otros síntomas como rinorrea o estornudos son menos frecuentes. Aunque la duración de los síntomas es variable, suelen permanecer entre 5 y 14 días, pero en los casos más graves pueden mantenerse de forma persistente (síndrome de COVID-19 persistente). Otras complicaciones que pueden aparecer son neumonía, que puede asociarse a síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) o enfermedad tromboembólica, como la aparición de un tromboembolismo pulmonar agudo (TEPA), aparición de eventos vasculares y exacerbaciones en broncopatas (36,38).

Por último, **el VRS** supone una causa habitual de IRA durante el invierno en población infantil (con una anticipación de 2 semanas en su onda epidemiológica con respecto a la de la gripe). Tras unos 5 días de haberse producido la infección, al igual que en el catarro común, suele aparecer gradualmente congestión nasal, dolor de garganta, astenia y fiebre leve con recuperación tras 1 o 2 semanas. Sin embargo, la infección por VRS puede ser grave y presentar complicaciones, sobre todo en menores de un año y adultos vulnerables (especialmente inmunocomprometidos), requiriendo en ocasiones ingreso hospitalario. La tos, sibilancias y disnea orientan a la existencia de afectación de las vías respiratorias bajas, habitualmente bronquiolitis (en el caso de los niños), aunque también puede dar lugar a neumonía, SDRA, reagudizaciones de asma o EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) y otras complicaciones. Se debe tener en cuenta que las coinfecciones son frecuentes, tanto víricas (21,8 %) como bacterianas (12,5-23,4 %). Desde 2023 existen dos vacunas frente a este virus autorizadas por la EMA (Agencia Europea de Medicamentos), indicadas en embarazadas y adultos mayores de 60 años (38-40).



Existen **otros virus asociados a IRAs** que también producen cuadros clínicos característicos y que se deben tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de los mismos, ya sea por su frecuencia, relevancia o peculiaridades clínicas:

- **Síndrome mononucleósico:** hasta un 90 % de los casos está relacionado con la mononucleosis infecciosa o enfermedad del beso causada por el **virus de Epstein-Barr**, aunque existen otros síndromes mononucleósicos, como el causado por el citomegalovirus o el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Es más frecuente en adolescentes, produciendo odinofagia intensa con exudados amigdalares gruesos y difusos, acompañados de fiebre elevada y astenia (que puede durar semanas o incluso meses), linfadenopatía generalizada y, en ocasiones, hepatoesplenomegalia. Es característica la aparición de un rash cutáneo secundario al uso de ampicilina u otros betalactámicos (35-41).

- **Herpangina:** producida por el virus **Coxsackie A**, sobre todo en niños, dando lugar a fiebre con odinofagia asociada a vesículas en paladar blando y pilares amigdalinos. Este virus también puede producir la enfermedad de boca-mano-pie (35-42).

- **Gingivostomatitis herpética:** producida por el **virus herpes tipo 1**, más frecuente en niños y jóvenes, caracterizado por fiebre y odinofagia con vesículas en toda la cavidad oral incluyendo las amígdalas (35-43).

Independientemente del virus que produzca la IRA, y aunque la probabilidad es baja, dicha infección puede progresar y dar lugar a **complicaciones** tales como otitis media aguda, sinusitis aguda, obstrucción inflamatoria de vías altas, meningoencefalitis, miopericarditis, SDRA, eventos vasculares y afectación de la vía aérea inferior con broncoespasmo, bronquitis, reagudización de enfermedades respiratorias crónicas y/o neumonía. Además, pueden predisponer a una sobreinfección bacteriana (37,44).

IRAs con implicación bacteriana:

Las bacterias pueden ser causa inicial de una IRA, o bien aparecer como una sobreinfección en el contexto de una infección vírica. Aunque las IRAs de etiología bacteriana ocupan un porcentaje mucho menor (en torno a una cuarta parte de los casos), es de gran importancia su detección, ya que la demora en su tratamiento puede condicionar su progreso y el desarrollo de complicaciones tales como abscesos, bacteriemia o incluso la muerte (**tabla 5**).

Tabla 5. IRAs bacterianas y sus complicaciones.

INFECCIÓN	COMPLICACIÓN
Otitis media	Mastoiditis, laberintitis, parálisis facial, meningitis, absceso intracraneal, tromboflebitis seno sigmoide o lateral
Sinusitis	Celulitis orbitaria, meningitis, absceso subperióstico, trombosis seno cavernoso
Faringoamigdalitis	Absceso periamigdalino, absceso faríngeo, absceso del suelo boca (angina Ludwig), mediastinitis, glomerulonefritis, miocarditis, pericarditis, fiebre reumática
Epiglotitis	Obstrucción rápida vías respiratorias
Laringitis diftérica	Pseudomembranas amígdala y/o laringe
Tos ferina	Neumonía, apneas, convulsiones

Fuente: Elaboración propia basada en infecciones agudas de la vía aérea superior (35,37,45,46).

- **Otitis media aguda bacteriana:** puede aparecer durante un proceso catarral. En torno al 20 % de los niños que sufren una IRA la desarrollan. Es causada por *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* y/o *Streptococcus pyogenes*. Si persisten, pueden producir mastoiditis y otras complicaciones más severas (37).

- **Sinusitis aguda bacteriana:** al igual que en el caso anterior, puede aparecer durante un cuadro catarral siendo el 0,5-2 % de los casos, y alcanzando un 5-10 % en niños. Las bacterias implicadas suelen ser *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Moraxella catarrhalis* (37).

- **Faringoamigdalitis bacteriana:** del 5 al 15 % de las faringoamigdalitis agudas presentan etiología bacteriana (y hasta un 30 % en niños), principalmente por *Streptococcus pyogenes*. Esta bacteria también puede producir escarlatina (caracterizadas por amígdalas hiperémicas, lengua aframbuesada y enantema). Por otro lado, algunos anaerobios pueden dar lugar a la amigdalitis ulceromembranosa de Plaut Vincent, en la que las amígdalas y encías presentan lesiones ulceradas con pseudomembranas. En población sexual activa, se debe tener en cuenta la posibilidad de faringitis por *Neisseria gonorrhoeae* o *Chlamydia trachomatis* (35,45).

- **Laringitis o laringotraqueítis bacterianas:** una de las más temidas es la epiglotitis producida por *Haemophilus influenzae*, habitualmente en niños de 2 a 6 años, ya que supone una emergencia médica al poder causar una obstrucción rápida de las vías respiratorias. La difteria, secundaria a *Corynebacterium diphtheriae*, también es una infección grave que requiere atención en hospital, ya que produce pseudomembranas grisáceas en amígdalas y/o laringe que pueden dificultar la respiración. La tos ferina ocurre debido al daño a células ciliadas causado por las toxinas de *Bordetella pertussis* (favoreciendo la acumulación de moco y mayor sensibilidad de las vías respiratorias), produciendo tos paroxística y severa asociada a una inspiración ruidosa que aparece tras un cuadro catarral de 1 o 2 semanas de duración (35,46).

Enfermedades con sintomatología similar a algunas IRAs:

Los síntomas habituales presentes en una IRA no son exclusivos de las mismas, por lo que es importante considerar algunas de las patologías que pueden presentar síntomas similares para poder alcanzar un diagnóstico adecuado (tabla 6).

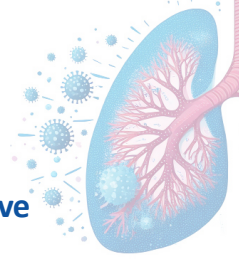
Tabla 6. Algunos cuadros clínicos que presentan síntomas menores respiratorios.

Otitis media crónica y/o colesteatoma	Asma no diagnosticada	Tos por IECAs
Rinitis alérgica	EPOC no diagnosticado	Edema de úvula
Sinusitis crónica con/sin poliposis nasal	Bronquiectasias	Hipertrofia de úvula
Obstrucción nasal por cuerpo extraño	Infección bronquial crónica	Fibrosis quística
Faringitis crónica	Tuberculosis	Déficit alfa 1 antitripsina
Tos por reflujo gastroesofágico	Patología tumoral área respiratorio	Discinesia ciliar primaria
Patología tumoral área ORL	Aspergilosis broncopulmonar alérgica	Tos por insuficiencia cardíaca

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; ORL: otorrinolaringología;

IECAs: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.

Fuente: Elaboración propia basada en infecciones agudas de la vía aérea superior (35-46).



b) Criterios de progresión de enfermedad leve-moderada a grave

i. Derivación del farmacéutico comunitario al médico de atención primaria

La colaboración entre médicos de atención primaria (MAP) y farmacéuticos comunitarios (FC) es necesaria en el manejo de los síntomas menores respiratorios asociados a las IRAs, ya que el paciente acude a ambos profesionales sanitarios para su tratamiento. Estos síntomas, principalmente congestión nasal, odinofagia y/o tos, pueden mejorar o controlarse con fármacos dispensados directamente por el FC tras la realización de un servicio de indicación farmacéutica (SIF).

No obstante, algunos casos, siguiendo criterios de derivación consensuados entre FC y MAP, que se describirán más adelante, requerirán valoración por el MAP (tabla 7), especialmente aquellos donde se requiera antibioterapia (por etiología o sobreinfección bacteriana) u otros fármacos que necesiten prescripción médica para el control de determinados síntomas o entidades clínicas (como tratamiento broncodilatador o corticoides orales en una bronquitis aguda) (48).

Tabla 7. Patologías en la que es recomendable la valoración de un médico.

IRA VÍRICA O COMPLICACIÓN	IRA BACTERIANA O COMPLICACIÓN
Síndrome mononucleósico Laringitis aguda vírica Exacerbación de asma o EPOC Bronquitis aguda vírica Neumonía vírica	Sinusitis aguda bacteriana Otitis media aguda bacteriana Faringitis y/o amigdalitis bacteriana Tos ferina Bronquitis aguda bacteriana Neumonía bacteriana

Fuente: Elaboración propia basada en infecciones agudas de la vía aérea superior (35-47).

Aquellas personas que pertenezcan a **población de riesgo o grupos vulnerables (tabla 8)** desarrollarán con mayor frecuencia complicaciones asociadas a la IRA, por lo que requerirán más probablemente valoración por su MAP.

Tabla 8. Grupos de población más vulnerable.

Niños pequeños y lactantes	Presentan mayor riesgo de complicaciones, especialmente de otitis media bacteriana, sinusitis bacteriana, faringitis bacteriana y bronquiolitis o neumonías por VRS
Embarazo y lactancia	El embarazo se caracteriza por un estado de inmunosupresión fisiológica. Además, se debe evitar el uso de los fármacos no recomendables durante la gestación y lactancia
Adultos mayores de 65 años y/o personas con patología crónica que presenten mayor riesgo de descompensación	Las complicaciones asociadas a las IRAs pueden ser más habituales en adultos mayores (como las neumonías), y pueden descompensar enfermedades crónicas subyacentes como insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, insuficiencia hepática y diabetes
Personas con enfermedades respiratorias crónicas (como asma y EPOC)	Las IRAs puede favorecer la aparición de exacerbaciones de su enfermedad
Inmunocomprometidos	Se incluyen entre otros, infección por VIH, tratamiento con inmunosupresores, inmunomoduladores, fármacos biológicos, quimioterápicos o uso mantenido de corticoterapia oral
Personas con conductas sexuales de riesgo	Pueden aparecer faringitis agudas por gonococo y/o clamidia

Fuente: Elaboración propia basada en infecciones agudas de la vía aérea superior (35-47).

Teniendo en cuenta lo anterior, a continuación se indican aquellos supuestos en los que sería recomendable valoración por el MAP (**tabla 9**). Los criterios de derivación al médico se verán detenidamente en el capítulo 5.

Tabla 9. Valoración por el médico de atención primaria.

DERIVACIÓN AL MÉDICO DE FAMILIA	
Sintomatología	Empeoramiento desde el inicio de los síntomas o tras mejoría previa
Fiebre	> 38°C o > 2 días
Congestión nasal	Dolor facial intenso o persistente Rinorrea purulenta Otalgia no controlada con tratamiento
Odinofagia	Persistente (pese a tratamiento sintomático) Exudado amigdalor o faríngeo Otalgia no controlada con tratamiento
Tos	Expectoración purulenta o hemoptisis
Disfonía	Asociada a estridor inspiratorio
Disnea	Con o sin autosibilancias
Dolor costal o torácico	De características pleuríticas o no mecánicas

Fuente: Elaboración propia basada en infecciones agudas de la vía aérea superior (35-47).

ii. Derivación del médico de atención primaria al hospital

Aunque la presencia de una complicación grave asociada a una IRA es muy infrecuente, puede ocurrir sobre todo en personas que pertenecen a los grupos de riesgo (**tabla 8**). El MAP, en base a la clínica y pruebas complementarias de las que disponga, deberá valorar si la situación clínica puede o no ser manejada de manera ambulatoria, decidiendo derivación a hospital en aquellos casos en los que se necesite antibioterapia intravenosa, ventilación respiratoria, soporte hemodinámico y/o intervención quirúrgica entre otros (**tabla 10**) (49).

Tabla 10. Patología o complicaciones de una IRA que requieren atención a nivel hospitalario.

IRA VÍRICA O COMPLICACIÓN	IRA BACTERIANA O COMPLICACIÓN
Meningitis vírica. Encefalitis vírica Miopericarditis vírica Bronquitis y/o neumonía vírica grave	Meningitis bacteriana. Encefalitis bacteriana Epiglotitis aguda bacteriana. Difteria Sepsis o bacteriemia

Fuente: Elaboración propia basada en infecciones agudas de la vía aérea superior (35-47).



El MAP debe considerar la derivación al hospital en los siguientes casos (**tabla 11**).

Tabla 11. Criterios de derivación a urgencias hospitalarias.

DERIVACIÓN A URGENCIAS HOSPITALARIAS	
Otitis media aguda complicada	Edema y/o eritema retroauricular; Dolor retroocular y diplopia; Nistagmo y vértigo; Parálisis facial
Sinusitis aguda complicada	Celulitis orbitaria, cefalea severa
Faringoamigdalitis aguda complicada	Trismus, sialorrea, disfagia, voz gangosa Desviación úvula y/o abombamiento pilar amigdalino
Signos insuficiencia respiratoria	Dificultad respiratoria severa, baja saturación de oxígeno (SpO ₂), cianosis, taquipnea grave, tiraje respiratorio con uso de musculatura accesoria
Dolor costal o torácico persistente	De características pleuríticas o coronarias
Deterioro nivel de conciencia	Confusión o letargo Signos meníngeos y/o cervicalgia intensa Focalidad neurológica
Fiebre	Alta y persistente (pese a tratamiento adecuado)
Signos de sepsis y/o inestabilidad hemodinámica y/o deshidratación severa	Hipotensión arterial, taquicardia, deterioro estado general
Descompensación grave patología crónica	Insuficiencia cardíaca descompensada, reagudización enfermedad renal crónica, insuficiencia hepática descompensada, hiperglucemia severa, neutropenia febril

Fuente: Elaboración propia basada en infecciones agudas de la vía aérea superior (35-47).

4. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO

La identificación, diagnóstico y seguimiento de los pacientes con infecciones respiratorias agudas (IRAs) es compleja, entre otras cosas por la falta de consenso desde el Sistema Nacional de Salud (SNS) a la hora de evaluar a estos pacientes y sobre todo por la inespecificidad y similitud de los síntomas que refieren (Ver capítulo 3). Debido a esto, hablamos básicamente de tratamiento sintomático, antivirales en los casos más vulnerables y vacunación desde el punto de vista de la prevención (50).

a) Prescripción

Gripe:

En el caso de la gripe, el tratamiento con antivirales y antiinfecciosos limita la duración y gravedad de la infección por influenza (51).

El objetivo del tratamiento temprano con antivirales es disminuir el riesgo de enfermedad grave y/o muerte, retrasar la difusión de la infección, interrumpir la transmisión desde el foco de infección y reducir al máximo la alteración social que la gripe puede provocar en la población (51,52).

Sin embargo, en los últimos años se ha observado que los fármacos aprobados para la gripe pueden presentar resistencia antimicrobiana como resultado de las distintas mutaciones y la constante evolución que presenta el genoma viral (51,53).

Existen dos grupos de fármacos antivirales y ninguno debe considerarse como sustituto de la vacuna de la gripe:

1) Inhibidores de la proteína M2 (amantadina). Efectivos para la profilaxis y tratamiento de la gripe A. Rompe el ciclo de vida del virus al unirse a la proteína M2 del virus bloqueando su entrada por el canal iónico (52,54).

La presencia de efectos adversos graves como anorexia, dispepsia, insomnio y alucinaciones, así como la rápida aparición de cepas resistentes, hace que no sea muy utilizado (51).

2) Los inhibidores de la neuraminidasa son eficaces tanto para la gripe A como para la B, bloquean la replicación al inhibir a la neuraminidasa impidiendo la replicación y la salida de los viriones de las células infectadas y, como consecuencia, interrumpen la difusión por el tracto respiratorio (52,54). Este mecanismo de acción hace que presenten menor probabilidad de desarrollar resistencias y menor toxicidad que los inhibidores de la proteína M2.

Se deben administrar antes de las 48 horas tras el inicio de los síntomas ya que el pico de la replicación del virus en el tracto respiratorio se produce entre las 24-72 horas tras el inicio de la enfermedad. El objetivo es reducir en aproximadamente 2 días la evolución de la enfermedad, disminuir las complicaciones y las hospitalizaciones tanto en adultos sanos como en personas de riesgo.



a) **Oseltamivir.** Fármaco de elección para la prevención y tratamiento de la gripe A. Está indicado en adultos, niños, recién nacidos a término y embarazadas que presentan síntomas característicos de la gripe.

La duración del tratamiento es de 5 días salvo para pacientes inmunodeprimidos que será de 10 días tanto en caso de tratamiento como en caso de prevención post-exposición.

La pauta es de 75 mg/2 veces al día en caso de tratamiento para adultos y niños >12 años. Para <12 años y en caso de insuficiencia renal la cantidad de principio activo se debe ajustar al peso del paciente. En caso de prevención post-exposición, mismas recomendaciones, una vez al día y duración del tratamiento 10 días (55).

Las reacciones adversas más frecuentes van a ser diferentes en caso de tratarse de adultos (cefaleas, náuseas, bronquitis, infecciones del tracto respiratorio superior...) o si se producen en niños (tos, congestión nasal, vómitos, otitis media...) (55).

b) **Zanamivir.** Indicado para el tratamiento y prevención de la gripe A. En adultos y niños mayores de 5 años que presenten síntomas típicos de gripe. El tratamiento se debe empezar antes de las 48 horas en adultos tras la aparición de los síntomas y 36 horas en el caso de niños (52,54).

La dosis recomendada para adultos y niños mayores de 5 años es de 2 inhalaciones orales dos veces al día durante 5 días, en el caso de profilaxis post-exposición es de 2 inhalaciones orales una vez al día durante 10 días y, si de lo que se trata es de conseguir una profilaxis estacional tras un brote de gripe, serían necesarias 2 inhalaciones una vez al día durante 28 días.

En caso de ser necesario administrar el fármaco en perfusión la pauta se administra en función del peso (56).

La reacción adversa más frecuenteS en el caso de zanamivir es erupción cutánea (57).

COVID-19:

En el caso concreto del SARS-CoV-2, para el acceso a los medicamentos autorizados se ha tenido en cuenta la gravedad del caso, si puede o no haber complicaciones, cómo responde el paciente al tratamiento y la mejora que se espera obtener (50).

La primera opción terapéutica, tanto en pacientes de alto riesgo como en aquellos con enfermedad leve o moderada con factores de riesgo de progresión a enfermedad grave, es la asociación antiviral nirmatrelvir/ritonavir que produce una doble inhibición:

- **Nirmatrelvir inhibe** a la Mpro, proteasa principal en la replicación del virus.
- **Ritonavir** potencia la actividad de Nirmatrelvir ralentizando su metabolismo por **inhibición** de su vía principal de metabolización. Cabe señalar que ritonavir es un antiviral sin efecto sobre el virus de la COVID-19.

Antes de la prescripción de nirmatrelvir/ritonavir por parte del médico es necesaria una validación previa por parte del farmacéutico de atención primaria u hospitalario. Es importante que el farmacéutico, antes de validar, tenga en cuenta otras alternativas terapéuticas, el tratamiento habitual del paciente, así como la medicación de autocuidado y de indicación farmacéutica, debido a la cantidad de interacciones y contraindicaciones que se pueden producir. En muchos casos es necesario, por tanto, valorar el beneficio/riesgo para el paciente y comenzar entonces el tratamiento en los primeros 5 días desde que aparecen los síntomas (58).

- **Remdesivir:** antiviral considerado como tratamiento alternativo en caso de síntomas que se prolongan más allá de los primeros 5 días y menos de 7 y cuando existan incompatibilidades. Solamente autorizado en España para > 12 años diagnosticados de neumonía con oxigenoterapia y sin respiración artificial. La recomendación es pautar durante 3 días. Posee una acción directa que retrasa la replicación viral (59).

- **Molnupiravir:** se recomienda una pauta de 5 días dentro de los primeros 5 días de evolución. Este medicamento está recomendado por el comité de medicamentos de uso humano de la EMA (CHMP), pero no está autorizado de momento (50).

- En caso de COVID19 grave o crítico o cuando las contraindicaciones de nirmatrelvir/ritonavir no permitan su administración se tratará con anticuerpos monoclonales previa serología negativa o baja protección para COVID19, y que cumplan con las **“condiciones de alto riesgo priorizadas”** en adultos y en niños según los **“Criterios para valorar la administración de las nuevas alternativas terapéuticas antivirales frente a la infección por SARS-CoV-2”** de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) (50) (figura 4).

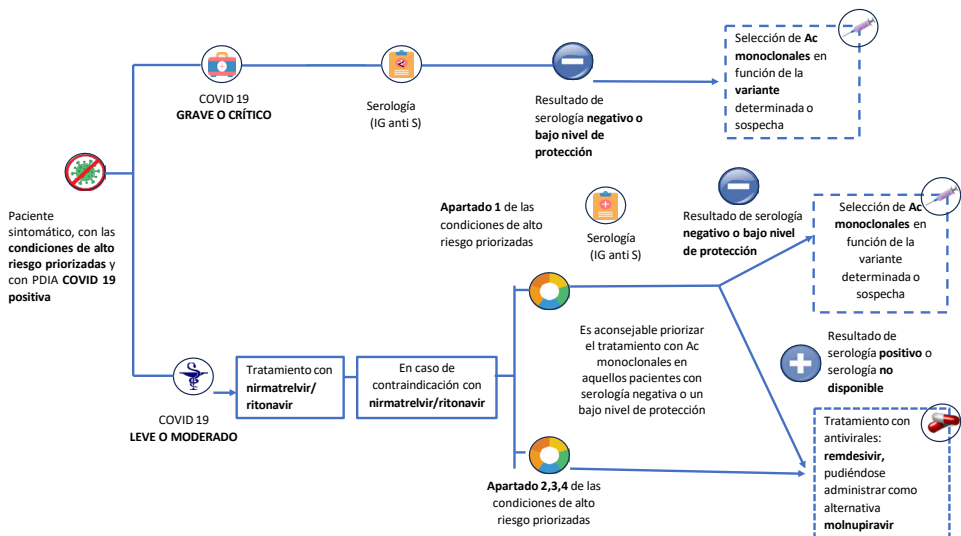


Figura 4. Criterios para valorar la administración de las nuevas alternativas terapéuticas antivirales frente a la infección por SARS-CoV-2.

Fuente: Elaboración propia a partir de AEMPS (50).



Virus Respiratorio Sincitial (VRS):

Al igual que en los casos anteriores es necesario apoyarse en el tratamiento sintomático (antipiréticos para controlar la fiebre e hidratación para prevenir la deshidratación) y, en los casos más graves en los que el paciente esté hospitalizado y sea necesario, se administrará soporte de oxígeno y fluidoterapia. Para la prevención del VRS en población infantil de alto riesgo, actualmente en España existen dos fármacos con anticuerpos monoclonales, **palivizumab y nirsevimab** (60). Sin embargo, no existe ninguna opción de este tipo para el tratamiento de la infección por VRS en adultos, si bien para adultos existen vacunas, de las que se hablará posteriormente (61,62).

Antivirales:

- **Ribavirina** es un análogo de guanosina de amplio espectro que inhibe la replicación del ADN y el ARN del virus. El objetivo de su uso es disminuir los síntomas, evitar su propagación y acortar la duración y gravedad de la enfermedad (60). No se recomienda su uso en niños sin otras patologías previas ya que además de los efectos secundarios que puede producir, no ha demostrado beneficios claros en cuanto a la mejora de la gravedad de la enfermedad, la mortalidad, la oxigenación o la duración de la hospitalización. Este principio activo se está utilizando para el VRS, aunque no se encuentra entre sus indicaciones (61).

b) Indicación Farmacéutica (sintomáticos)

En el tratamiento sintomático muchos de los fármacos utilizados son igualmente de prescripción y de indicación farmacéutica; la única diferencia es el número de comprimidos en el envase. Como se trata de los mismos principios activos, en esta guía los vamos a ver desde el punto de vista de la indicación por el farmacéutico comunitario con el objetivo de **agilizar** la atención sanitaria en los centros de salud y hospitales para casos que requieran atención médica personalizada y **descongestionar** al derivar esta atención a las farmacias comunitarias y su Servicio de Indicación Farmacéutica (SIF), donde la atención también es personalizada y adecuada al tratamiento de los síntomas menores.

Como ya se ha comentado anteriormente, existe una variabilidad e inespecificidad de síntomas que caracterizan a las IRAs y a la vez una coincidencia entre este tipo de infecciones respiratorias. Por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) las ha caracterizado como de aparición súbita y con al menos uno de estos síntomas: tos, dolor de garganta, disnea y síntomas nasales (1).

En el caso del síndrome gripal, además, fiebre, malestar general, cefalea y dolores musculares. En el COVID-19 además de la fiebre se tiene en cuenta si el paciente presenta síntomas como anosmia, ageusia, cefalea, astenia y síntomas digestivos (vómitos y/o diarrea) (63) y, en la infección por VRS, los síntomas adicionales que suelen darse son fiebre, dolor de oído, cefaleas y mialgias.

TRATAMIENTO EN FUNCIÓN DEL SÍNTOMA

En el **ANEXO 1** (página 47) se incluyen los tratamientos que no requieren prescripción en función de los síntomas a tratar.

Tos:

Es uno de los síntomas que el organismo utiliza como mecanismo de defensa.

Como medidas para mejorar la calidad de vida del paciente y aliviar los síntomas se recomienda por ejemplo el uso de humidificadores, una ingesta adecuada de agua que favorece la hidratación, elevar la cama por la parte de la cabecera y utilizar caramelos o comprimidos sin azúcar para suavizar la garganta.

El tratamiento farmacológico habitual son los fármacos antitusivos como dextrometorfano, levodropropizina, cloperastina o codeína (prescripción) por su acción supresora de la tos, y otros principios activos como la guaifenesina, acetilcisteína, carbocisteína y ambroxol, en caso de que la tos sea productiva (64).

También se pueden utilizar preparados a base de plantas como *Hedera hélix* o raíz de malvasisco, por ejemplo.

Dolor de garganta (odinofagia) y afonía

Síntomas leves, aunque muy molestos. La odinofagia se puede localizar en la faringe, laringe y/o amígdalas.

Antiinflamatorios no esteroideos (AINE): bencidamina, ibuprofeno, flurbiprofeno y ácido acetilsalicílico (AAS, no aconsejado en niños por riesgo de síndrome de Reye). Analgésicos como el paracetamol, combinaciones de paracetamol y ácido acetil salicílico (AAS) y antisépticos bucofaríngeos (clorhexidina, hexamidina, cloruro de potasio, cloruro de cetilpiridinio, alcohol 2,4-diclorobencílico) en modo de comprimidos que se disuelven en la boca, o bien en forma de espray que pueden ir bien solos o combinados con anestésicos locales como la lidocaína o la benzocaína (65). Además, algunas formas farmacéuticas pueden llevar también antiinflamatorios como la enoxolona y la papaína y enzimas con efecto antimicrobiano como la lisozima (66).

Disnea

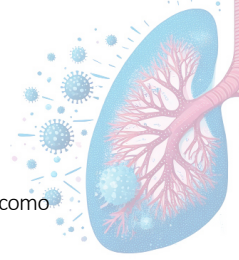
La disnea es la sensación de falta de aire y en su descripción, a la hora de la anamnesis, va a influir la percepción individual del paciente. Es un síntoma de alarma que requiere derivación al médico.

Como tratamiento prescrito por el médico: ejercicios fisioterapéuticos y de respiración, reeducación del proceso respiratorio y, en los casos de que fuera necesario por existir una insuficiencia respiratoria, será necesario que se prescriba oxigenoterapia a domicilio (67).

Síntomas nasales

Se refieren a un aumento de la secreción nasal, estornudos, picor de nariz y obstrucción nasal. Podrían usarse (68):

Antihistamínicos para los estornudos, la secreción nasal y el picor de nariz: cetirizina, bilastina, ciproheptadina y loratadina que suelen formularse con un solo principio activo; se recomienda



de 3 a 5 días si la rinorrea es intensa. En formas farmacéuticas en asociación, antialérgicos como difenhidramina, clorfenamina, bromfeniramina y triprolidina.

Para la obstrucción nasal se pueden indicar vasoconstrictores adrenérgicos (xilometazolina, tramazolina y oximetazolina) en forma de spray nasal solamente en adultos y como máximo para 3 días. En este tipo de fármacos hay que tener en cuenta las interacciones (Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y betabloqueantes) y la posibilidad de efecto rebote. Otra opción para la obstrucción nasal son los lavados nasales ya sea con suero salino isotónico (NaCl 0,9%) o hipertónico (NaCl 3%) (usar con precaución en lactantes ya que puede producir irritación local). Los lavados nasales facilitan la eliminación de moco mejorando así la respiración (69).

En caso de presentar varios síntomas nasales se puede indicar asociación de antihistamínicos y adrenérgicos sistémicos por vía oral (pseudoefedrina, fenilefrina), teniendo en cuenta a la hora de indicarlos la contraindicación en caso de ansiedad, hipertensión arterial o patologías cardíacas.

Existen además formas farmacéuticas denominadas “anticatarrales/antigripales”, para indicar en el caso de que la sintomatología nasal venga acompañada de otros síntomas típicos de las IRAs como dolor de garganta, cefalea, etc., donde el antihistamínico y el descongestivo adrenérgico se encuentran formulados junto a analgésicos como el paracetamol o el AAS y también con la vitamina C (ácido ascórbico), la cafeína, etc. (68,70). En estos casos habría que tener en cuenta que, cuando se utiliza pseudoefedrina, podría existir riesgo de síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) y de síndrome de vasoconstricción cerebral reversible (SVCR). Tras la evaluación de la evidencia disponible, el Comité Europeo para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia ha recomendado no utilizar este principio activo en pacientes con hipertensión grave o no controlada, ni en pacientes con enfermedad renal grave (aguda o crónica) o con fallo renal. Además, se advierte a los pacientes que suspendan de inmediato el tratamiento y busquen asistencia sanitaria si desarrollan síntomas de PRES o SVCR. Estos síntomas son: cefalea intensa de aparición brusca, cefalea en trueno, náuseas, vómitos, confusión, convulsiones y/o alteraciones visuales.

Dolor muscular

En el caso de la gripe y del VRS, los pacientes suelen presentar dolores musculares, osteomusculares, etc. sin proceso inflamatorio asociado. Cómo percibe cada paciente esta sensación es algo a tener muy en cuenta, pues la tolerancia varía de unas personas a otras.

El tratamiento sintomático habitual son los analgésicos no opioides, como el paracetamol y algunos AINE (ibuprofeno, dexketoprofeno, AAS, naproxeno...) y también combinaciones de ambos (66,70).

Fiebre, febrícula y cefaleas

El dolor de cabeza puede venir o no acompañado de fiebre que es un mecanismo de nuestro organismo para generar una respuesta del sistema inmune ante diferentes causas.

Como tratamiento farmacológico, en caso necesario, se utilizarán analgésicos/antitérmicos como paracetamol, ibuprofeno y AAS. También pueden usarse combinaciones de estos con otros principios activos como ácido ascórbico, cafeína, etc. (66).

Síntomas gastrointestinales: vómitos y diarreas

El tratamiento de la diarrea suele ser sintomático y enfocado a la restauración del equilibrio hidroelectrolítico como las soluciones de rehidratación oral (SRO). También es importante la ingesta de alimentos astringentes como el arroz o el huevo cocido. En cuanto al tratamiento farmacológico, se van a utilizar inhibidores de la motilidad intestinal como la loperamida y el racecadotril, que disminuye la secreción de agua y electrolitos. También pueden utilizarse el *Plantago ovata* por su poder de absorción y sustancias adsorbentes como el carbón activado (66). En los episodios de diarrea suele además estar alterada la flora intestinal, por lo que se recomienda el uso de prebióticos y probióticos como los lactobacilos (*L. acidophilus*), bifidobacterias como *B. bifidum* y levaduras como *Saccharomyces boulardii*. También pueden utilizarse para restaurar la mucosa intestinal anti-diarreicos de acción mecánica como el xiloglucano y la gelatina, entre otros (68).

Para los vómitos, la composición de la dieta es importante y está orientada a evitar grandes esfuerzos por parte del estómago. En algunos casos será necesario controlar la composición para evitar estados de desnutrición y deshidratación, por lo que se podrá añadir más cantidad de proteínas, hidratos de carbono y alimentos más calóricos en función de cada caso, así como SRO en caso de deshidratación. Tratamiento no farmacológico fitoterápico, como *Zingiber officinale* (jengibre), por su acción antiemética, se suele utilizar como tratamiento complementario sobre todo para las náuseas (71).

Los fármacos antieméticos de prescripción médica como domperidona y metoclopramida solamente se utilizan en última instancia, por sus interacciones y efectos secundarios, sobre todo a nivel extrapiramidal.

Anosmia o trastorno del sentido del olfato

Pérdida total o parcial (hiposmia) del sentido del olfato.

Una de las causas más frecuentes de este síntoma son las infecciones del tracto respiratorio superior. Se trata de la ausencia del sentido del olfato y se estima que tiene una prevalencia del 52,73 %.

Actualmente no se utiliza ningún tratamiento, aunque hay varios ensayos clínicos en la fase final de la experimentación que muestran terapias prometedoras (72).

La cesación tabáquica no solo contribuye a mejorar la salud general, sino que también puede tener un impacto positivo en la disfunción olfativa.

Ageusia o trastorno del sentido del gusto

Falta de percepción de uno o más sabores.

Para mejorar la percepción de los sabores existen unas recomendaciones generales:

- Medidas higiénico-dietéticas: higiene bucal, enjuagues bucales antes de las comidas para mantener la hidratación de la mucosa bucal.
- Alimentación: alimentación variada y de diferentes texturas, evitar comer siempre los mismos alimentos, usar condimentos y especias que potencian el sabor de los alimentos, asegurar una ingesta adecuada de proteínas sustituyendo las proteínas que provienen de las carnes rojas por otro tipo de proteínas, ya que las proteínas en general y las que provienen de las carnes rojas en particular favorecen el gusto a sabor metálico tras su ingesta.



- Temperatura de los alimentos: evitar comidas a baja temperatura ya que el frío disminuye el sabor.
- La buena presentación de la comida potencia los demás sentidos. Una alimentación personalizada puede evitar la anorexia y la falta de apetito en pacientes que tienen alterado el sentido del gusto.
- Si el paciente acusa de sabor metálico evitar el uso de cubiertos metálicos. Los alimentos ácidos mejoran esta sensación.
- Cesación tabáquica y evitar el consumo del alcohol, ya que resecan la boca y alteran el gusto.
- Corticoides bajo prescripción médica, en caso de que este síntoma se prolongue en el tiempo; en este caso estaríamos hablando de Covid persistente (68).

Astenia

Se trata de una sensación de agotamiento que dificulta la realización de actividades tanto físicas como intelectuales del día a día e incluso, en ocasiones, afecta al apetito. Es uno de los síntomas que se presentan con más frecuencia tras la infección por COVID y su duración puede ir más allá de los 6 meses, caso en el que se trataría de COVID persistente. Estos síntomas son más probables que ocurra en aquellas personas con antecedentes de ansiedad y depresión y hay que tener en cuenta que es una percepción personal de difícil diagnóstico, aunque estudios recientes realizados por investigadores de la Universidad Médica de Ámsterdam (UMC) y de la Universidad Libre de Ámsterdam (VU) (73) indican que parece ser que hay una menor producción de energía en las mitocondrias de las células de las personas que han padecido COVID y que presentan este síntoma, aunque de momento se trata solamente de una hipótesis.

Como no tenemos resultados concluyentes del origen de este síntoma, recomendar una alimentación sana y equilibrada, al igual que un aumento de la actividad física, junto con una higiene del sueño, van a favorecer al organismo.

Dolor de oídos y dolor retro-ocular

La otalgia estaría dentro de las distintas algias que pueden darse cuando la infección vírica cursa con inflamación de las vías altas. El dolor retro-ocular es un síntoma que refieren algunos pacientes con gripe. El tratamiento de elección en ambos casos son los analgésicos no opiáceos como el paracetamol como primera elección y antiinflamatorios tipo AINE: ibuprofeno, dexketoprofeno, naproxeno y AAS; este último como ya se ha comentado no se aconseja en niños (74).

Los medicamentos para tratar los síntomas compatibles con IRAs que no necesitan prescripción médica pueden consultarse en el ANEXO 1 (página 47).

c) Medidas preventivas

TRATAMIENTO PREVENTIVO (VACUNAS)

La vacunación es una acción anticipatoria para fortalecer nuestro sistema inmune, reducir el riesgo a contraer enfermedades infecciosas, activar nuestras defensas frente a patógenos y evitar y/o disminuir el riesgo de posibles complicaciones que puedan darse al contraer una enfermedad infecciosa como es el caso de las IRAs. La vacunación, por tanto, es una manera eficaz de prevención primaria, no sólo para aquellas personas que son vacunadas, sino que también se puede conseguir una inmunidad de grupo a través de vacunaciones periódicas.

Es importante garantizar la seguridad a la hora de la dispensación y de la administración de las vacunas ya que, aunque sea una forma de prevención de la enfermedad, no significa que no existan riesgos y, por ello, es necesario considerar las siguientes precauciones (76):

- Disponer de tratamiento médico y supervisión adecuada en caso de que se produzca un shock anafiláctico tras la administración de la vacuna.
- Posponer la vacunación en caso de padecer una enfermedad febril aguda; en el caso de que ésta fuera leve (por ejemplo, un resfriado) no se debe posponer.
- En pacientes con respuesta psicógena a las agujas se pueden producir reacciones relacionadas con la ansiedad (síncope, hiperventilación, estrés...). Tomar precauciones para evitar lesiones por desmayo.
- En pacientes con trastornos relacionados con la coagulación pueden producirse hemorragias o hematomas tras la administración de la vacuna.
- En personas inmunodeprimidas la eficacia y seguridad de la vacuna puede ser menor.
- Hay que tener en cuenta además la posibilidad de que tras la administración de la vacuna no se produzca la inmunización.

Precauciones especiales de conservación

Según el Comité Asesor de Vacunas e Inmunización (77), las vacunas tienen que conservarse en nevera a una temperatura de entre 2°C y 8°C, no se deben congelar y, en el caso de que esto se produzca, el/los viales/es congelado/s tienen que desecharse.

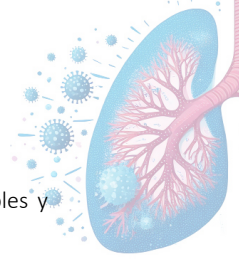
En el caso de que se rompa la cadena de frío, el vial sin abrir es estable durante 5 días cuando se conserva a temperaturas de 8 °C a 30 °C. Al final de este período debe utilizarse o desecharse.

Tras la reconstitución debe administrarse inmediatamente después o en las 4 horas siguientes si se conserva a una temperatura ambiente de hasta 25°C en función de la vacuna. No congelar.

En caso de dudas sobre el período que puede mantenerse fuera de la nevera se puede consultar la herramienta Termofarma (78).

Recomendaciones de vacunación

La comisión de salud pública aprueba anualmente las recomendaciones de vacunación frente a gripe y COVID-19 en España para cada temporada. Ambas vacunaciones se hacen coincidir



desde 2021 y tienen como objetivo proteger a los grupos de población más vulnerables y amortiguar el impacto sobre la asistencia sanitaria (79).

En el caso de las personas que entran dentro del grupo de doble vacunación (gripe/COVID-19) la recomendación es de una sola dosis de cada vacuna que pueden ponerse a la vez ya que en principio no se ha registrado ningún tipo de incompatibilidad en este sentido. Los niños y los inmunodeprimidos podrían necesitar más de una dosis. (79).

Es importante recordar que las embarazadas, los profesionales sanitarios y el personal sociosanitario se encuentran dentro de la población diana para estas recomendaciones.

La estrategia frente a VRS en población infantil decidida por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para la temporada 2024-2025 es la inmunización pasiva con nirsevimab a todos los lactantes menores de 6 meses de edad al inicio o durante la temporada de VRS, prematuros, bebés con cardiopatías congénitas, displasia broncopulmonar y otras patologías con riesgo elevado de bronquiolitis grave. En el caso de adultos con 60 años o más se recomienda la inmunización con una de las dos vacunas recientemente autorizadas sobre todo a pacientes asmáticos, con enfermedad cardiovascular, mayores institucionalizados y/o con enfermedad pulmonar crónica (80).

TIPOS DE VACUNAS PARA IRAS

Gripe

En el caso de la gripe de forma general, cuando llega el mes de febrero de cada año la OMS publica la composición para la población que habita el hemisferio norte. Este año (2024/25) (79) las vacunas trivalentes inactivadas o atenuadas tendrán en su composición cepas análogas a: A/Victoria/4897/2022 (H1N1) pdm09, A/Thailand/8/2022 (H3N2) y B/Austria/1359417/2021 (linaje B/Victoria). En el caso de las vacunas trivalentes de cultivos celulares las cepas análogas serán: A/Wisconsin/67/2022 (H1N1) pdm09, A/Massachusetts/18/2022 (H2N2) y B/Austria/1359417/2021 (linaje B/Victoria).

Para las vacunas tetravalentes, tanto en caso de las producidas de huevos embrionarios como aquellas que se obtienen a partir de cultivos celulares, la recomendación es que se incluya la cepa análoga a B/Phuket/3073/2013 (linaje B/Yamagata).

COVID-19

La composición de las vacunas disponibles para el SARS-CoV-2 se ha actualizado en los últimos 3 años y la recomendación para este otoño/invierno (2024/25) (79) es monovalente frente a la subvariante JN.1 de la cepa ómicron. En el caso de adultos > 80 años que se encuentran en residencias y en personas > 16 años que requieran una atención en su domicilio se podrán utilizar vacunas de proteínas recombinantes y de ARNm. Para el resto de los grupos de población considerados más vulnerables es recomendable la vacunación frente a COVID-19 siempre y cuando hayan pasado al menos 3 meses desde la última vacunación y sin tener en cuenta el número de dosis que se le hayan aplicado a ese paciente.

En función de la situación epidemiológica frente al virus SARS-Cov-2 estas recomendaciones podrían variar y adaptarse a las circunstancias necesarias.

VRS

Actualmente, en España sólo existen dos vacunas autorizadas basadas en subunidades/partículas virales similares (VLP).

- La primera vacuna aprobada frente a virus respiratorio sincitial está indicada en embarazadas (inmunización transplacentaria por transferencia de anticuerpos), en mayores de 60 años y en lactantes inmunizados durante el embarazo. Está compuesta por dos antígenos F estabilizados en perfusión de los subgrupos A y B del VRS (81). Se administrará una dosis única que en el caso de las mujeres embarazadas será entre la semana 24 y 36 y en los lactantes antes de los 6 meses tras la inmunización durante la gestación.

Se pueden producir cefaleas como reacción adversa y en el lugar de aplicación dolor, mialgias, enrojecimiento e hinchazón.

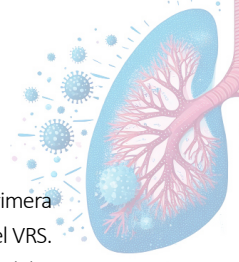
- También existe otra vacuna compuesta por una glicoproteína del virus, el antígeno VRSPref3 y AS01E que es un coadyuvante compuesto por extracto de Quillaja saponaria molina y la fracción 21 (QS-21) y 3-O-desacil-4'-monofosforil lípido A (MPL) de Salmonella Minnesota. Esta combinación aumenta la respuesta inmune celular y la respuesta de anticuerpos neutralizantes en personas con inmunidad preexistente frente al VRS. Está indicada en adultos ≥ 60 años y se administra en dosis única (82).

Esta vacuna puede administrarse de forma concomitante con vacunas inactivadas frente a la gripe estacional y otras vacunas inyectables siempre teniendo la precaución de administrarlas en lugares de inyección diferentes (79).

Se están realizando estudios para la comercialización de otras vacunas basadas en: vacunas de ARNm (ARNm-1345), vacunas basadas en subunidades/partículas virales similares (VLP) como, por ejemplo: IXV-A12, DPX-RSV(A), VN-0200, BARS13 (ADV110), DS-Cav1, vacunas vivas atenuadas/químicas: BLB-201, rBCG-N-hRSV y vacunas recombinantes basadas en vectores (MVA-BN-RSV/Ad26.RSV,pref, VRS/Gripe-01E) (83).

Además de las vacunas, en el caso del VRS existen dos fármacos con anticuerpos monoclonales que se usan como preventivos frente al VRS en población infantil de alto riesgo: palivizumab y nirsevimab (ambos de administración hospitalaria) (84).

- **Palivizumab:** indicado para la prevención de enfermedades graves del tracto respiratorio inferior producidas por el VRS en prematuros y lactantes con enfermedades crónicas, generalmente cardiopatías hemodinámicamente significativas y enfermedad respiratoria crónica. Es efectivo frente a las cepas A y B del VRS. La primera dosis debe administrarse antes del comienzo de la estación del VRS mientras que las siguientes dosis deben administrarse mensualmente durante la estación del VRS. Como efectos adversos más frecuentes puede presentar: apnea, erupción, urticaria, fiebre y reacción en el punto de inyección (85).



- **Nirsevimab:** indicado para la prevención en neonatos y lactantes durante su primera temporada del VRS de la enfermedad de las vías respiratorias inferiores producida por el VRS. Al igual que palivizumab es efectivo frente a las cepas A y B del VRS (86). Nirsevimab, debe administrarse antes del comienzo de la temporada del VRS, o desde el nacimiento en lactantes nacidos durante la temporada del VRS. Las reacciones adversas que puede presentar como fiebre, dolor en el lugar de administración y erupción son poco frecuentes (86).

5. ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN IRAs

En este punto vamos a abordar la atención sanitaria que puede ofrecer el FC desde la farmacia comunitaria al paciente que presenta síntomas compatibles con alguna de las IRAs. En cualquier caso, el objetivo es aliviar o resolver el problema de salud del paciente a través de la mejor opción para el mismo ya sea mediante la indicación de un medicamento sin receta, medidas no farmacológicas, información necesaria para protegerlo frente a posibles resultados negativos asociados a la medicación o derivarlo al médico o a otro profesional sanitario, en caso necesario.

a) Dispensación de medicamentos para IRAs

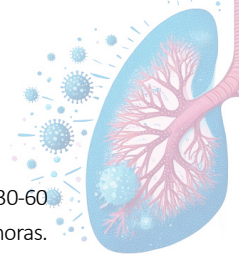
Es el Servicio Profesional Farmacéutico Asistencial (SPFA) en el que el farmacéutico utiliza sus competencias para garantizar que los destinatarios de los medicamentos y productos sanitarios, tras una evaluación individual, reciban y utilicen los medicamentos de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el periodo de tiempo adecuado, con la información para su correcto proceso de uso y de acuerdo con la normativa vigente (87).

El Servicio de Dispensación es prestado por el FC siempre que se solicite un medicamento con prescripción médica o para automedicación y vaya destinado al solicitante o a otra persona a la que el solicitante cuide.

Hoy en día en las farmacias comunitarias no se pueden dispensar los medicamentos para las IRAs a excepción de zanamivir y oseltamivir en el caso del virus de la gripe y en el caso de la COVID-19 nilmatrelvir/ritonavir que pueden dispensarse solamente en algunas comunidades autónomas, bajo unas condiciones especiales, por lo que es necesario que los FC conozcan aquellos síntomas que hagan que una IRA aguda pueda evolucionar a una grave (IRAG). Antes de realizar la dispensación de nilmatrelvir/ritonavir, es necesario que sea validado por un profesional farmacéutico de atención primaria u hospitalaria debido a sus características farmacológicas, cada comunidad autónoma tiene diseñado su propio sistema de validación (50).

Solamente en Andalucía, Aragón, Cantabria, Navarra y Cataluña la dispensación se hace a través de las farmacias comunitarias, pero independientemente del lugar de dispensación, la revisión de la medicación tanto del tratamiento agudo y crónico como de los medicamentos de autocuidado, indicación farmacéutica y la fitoterapia junto con aquellos otros preparados que se adquieren por otros canales no controlados, será imprescindible realizarla por el FC tanto en las Comunidades Autónomas (CC.AA.) nombradas como en el resto por el acceso y conocimiento más exhaustivo por parte de este profesional, de no sólo el tratamiento habitual, sino también del resto de tratamientos del paciente debido a la situación privilegiada de cercanía y accesibilidad de las farmacias comunitarias para la población en general.

También habrá que comprobar alergias y prestar atención a la existencia de insuficiencia renal grave



(TFG<30mL/min), en cuyo caso no habrá que dispensar o a la insuficiencia renal moderada (TFG 30-60 mL/min, en cuyo caso habrá que ajustar la dosis a nirmatrelvir/ritonavir 150 mg/100 mg cada 12 horas.

En el caso de las vacunas desde la farmacia comunitaria, la vacuna estacional para el virus de la gripe y las vacunas para el VRS pueden ser dispensadas en las farmacias comunitarias y en todo el territorio nacional, siempre que el paciente muestre una receta oficial. Desde el punto de vista de la dispensación, las acciones, siempre teniendo en cuenta las competencias profesionales (87), van dirigidas a:

- Adquirir, custodiar, conservar y dispensar aquellas vacunas autorizadas por la administración sanitaria a las que el paciente pueda tener acceso directo desde la farmacia comunitaria.
- Informar al paciente a la hora de la dispensación para reducir en la medida de lo posible que aparezcan reacciones adversas.
- Realizar un seguimiento farmacoterapéutico (SFT) del paciente al que se le va a administrar la vacuna para detectar una posible reacción adversa, para ello es necesario además tener en cuenta la medicación habitual del paciente y sus patologías para anticiparnos a interacciones y contraindicaciones que puedan darse, así como evaluar si en el paciente la vacuna va a ser efectiva y segura en función de su idiosincrasia.
- Tras la dispensación, el FC deberá notificar las sospechas de posibles reacciones adversas producidas tras la administración de las vacunas.

En España, salvo ocasiones especiales y no en todas las CC.AA., no es posible la administración de vacunas en la farmacia comunitaria a pesar de la disponibilidad, accesibilidad y preparación sanitaria del FC.

b) Indicación Farmacéutica frente a síntomas compatibles con IRAs

Es el SPFA en el que el FC utiliza sus competencias ante la consulta de un Problema de Salud (PS) y/o situación fisiológica especial, para un paciente o cuidador que llega a la farmacia solicitando el remedio más adecuado para el mismo. Se simboliza con la frase: “¿Qué me da para...?”. Si la actuación como resultado del servicio requiere la dispensación de un medicamento o producto sanitario, esta se realizará de acuerdo con el procedimiento del Servicio de Dispensación (87).

Ante una consulta por parte de un paciente, el FC debe recabar una serie de información respecto a los medicamentos que toma el paciente y datos referentes a su estado de salud. Para ello realizará una entrevista siguiendo la estructura **PASITAMAE** (87). Además, sería conveniente que en aquellas CC.AA. en las que el farmacéutico comunitario pueda hacer un test en la farmacia de gripe A/gripe B/COVID19/VRS, lo realice o le indique al paciente la realización por él mismo del test en su domicilio.

La entrevista se realizará en el mostrador o en la Zona de Atención Personalizada (ZAP) en aquellos casos en que se comprometa la intimidad del paciente o del ciudadano en la obtención de información por parte del FC y seguirá esta estructura:

PA: Quién ¿Quién es el afectado por la razón de la consulta? En caso de ser mujer en edad fértil, ¿puede estar embarazada o ser lactante? Edad.

SI: Síntoma ¿Qué le pasa?

T: Tiempo de duración del síntoma. ¿Desde cuándo?

A: Acciones llevadas a cabo por el paciente para mejorar el síntoma menor. ¿Se ha tratado ya de alguna forma?

M: Medicamentos ¿Toma alguna medicación? Medicamentos del paciente para otros problemas de salud.

A: Alergias ¿Tiene alguna alergia?

E: Embarazo o enfermedades concomitantes. Enfermedades del paciente. ¿Tiene algún otro problema de salud?

Una vez obtenida esta información, el FC evaluará si existen criterios de derivación al médico o si ha identificado problemas relacionados con el uso de los medicamentos (PRM) y/o si ha identificado Resultados Negativos Asociados a la Medicación (RNM) y pasará a realizar la intervención.

La actuación del FC será:

- Indicar un tratamiento farmacológico que no precise prescripción (siguiendo el procedimiento del Servicio de Dispensación) pudiendo facilitar información del medicamento, educación sanitaria.
- Indicar un tratamiento no farmacológico (pudiendo facilitar información).
- Indicar medidas higiénico-dietéticas, educación sanitaria y/o recomendaciones sanitarias, estilos de vida saludables.
- Derivar al Médico de Atención Primaria (MAP) u otro profesional sanitario.
- Derivar a otro SPFA.

Criterios de derivación al médico

Tal y como se ha comentado en el punto 3.2, la colaboración entre médicos y farmacéuticos es necesaria en el manejo de los síntomas menores respiratorios asociados a las IRAs, y muchos de estos síntomas pueden mejorarse o controlarse con fármacos dispensados tras el SIF. Sin embargo, han de tenerse claros los criterios en los cuales se debe derivar al paciente para que sea valorado por el médico.

Los criterios de derivación que son comunes a todas las IRAs están descritos en la **Tabla 11** (66).



Tabla 11. Criterios de derivación comunes a todas las IRAs

Edad	- < 2 años. - > 75 años con patologías asociadas
Situaciones especiales fisiológicas	- Embarazadas (si no existe mejoría tras el tratamiento con paracetamol y lavados nasales). - Lactantes (si no existe mejoría tras el tratamiento con paracetamol y lavados nasales).
Síntomas de alarma	- Fiebre superior a 38°C de más de 2 días de evolución. - Dolor de oídos (otalgia) y/ o gran dificultad para tragar (odinofagia). - Dolor maxilar o frontal de predominio matutino que aumenta con la presión. - Empeoramiento gradual de los síntomas (malestar general, tos, debilidad general, fiebre, aparición de flemas...) desde el inicio o tras un periodo corto de mejoría. - Expectoración purulenta o hemoptisis (independientemente del tiempo de evolución). - Sospecha de gripe/test autodiagnóstico positivo (Enfermedad de Declaración Obligatoria – EDO) Derivar a urgencias hospitalarias: - Sibilancias (“pitos”) o dificultad para respirar, siendo la respiración corta, rápida y superficial. - Malestar general excesivo, con vómitos, dolor de cabeza muy intenso o erupción amonocutánea.
Duración de los síntomas	- Sintomatología que persiste durante más de una semana sin tratamiento. - Sintomatología que dura más de 72 horas con tratamiento y sin mejoría.
Situaciones especiales patológicas	- Inmunodeprimidos.
Enfermedades y/o medicamentos	- Población de riesgo con/sin descompensación de comorbilidades crónicas: - Asma, EPOC. - Insuficiencia cardiaca, enfermedad coronaria. - Insuficiencia renal y/o hepática. - Diabetes. - Terapia Inmunosupresora.

Fuente: Elaboración propia basada en infecciones agudas de la vía aérea superior (35-47).

Además de estos criterios de derivación comunes a todas las IRAs, existen también unos criterios de derivación específicos (88):

Gripe:

- Test de autodiagnóstico positivo ya que es una enfermedad de declaración obligatoria (EDO) (66).
- Dolor maxilar o frontal de predominio matutino que aumenta con la presión.

COVID-19

En el caso del COVID-19, pacientes con patologías crónicas y saturación inferior al 92 % serían susceptibles de derivación (70). Anteriormente era un signo de derivación al médico la existencia de una prueba con resultado positivo, hecho por el propio paciente, supervisado por un profesional sanitario o realizado en un consultorio, centro de salud o farmacia comunitaria

(en aquellas CC.AA. donde se autoriza al FC a realizarlo). Hoy día no se tiene esta consideración por lo que salvo los criterios generales comentados para las IRAs no contamos con ningún otro criterio específico en este caso, que indique al FC que es necesario derivar al médico por sospecha de COVID-19.

VRS:

- Coloración de la piel azulada (89,90), sobre todo alrededor de las uñas o los labios. Presión o dolor en el pecho (especialmente en el costado) o abdomen. Dolores musculares intensos o debilidad que se prolonga más allá de 5-7 días.
- Confusión, desorientación, dificultad para despertarse.
- Incapacidad para orinar.
- En niños se debe derivar al médico cuando existan cambios en su comportamiento (rechazo del alimento, irritabilidad, letargo), deshidratación, convulsiones o haya una producción de orina escasa o inexistente (por ejemplo, pañal seco, saliva escasa o inexistente).

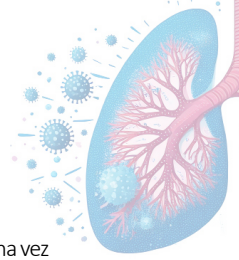
Recomendaciones para la prevención

Los virus respiratorios se transmiten mediante la inhalación de gotitas en aerosol y especialmente en niños mediante el contacto con fómites, por lo que las medidas higiénicas constituyen la principal medida preventiva (66,91,92).

Estas medidas incluyen:

- Cumplir las recomendaciones en vacunación.
- Cubrirse la boca y la nariz al toser o estornudar, bien con un pañuelo desechable de papel o bien con la parte interior del codo, no con las manos.
- Evitar tocarse los ojos, la nariz o la boca después de toser o estornudar.
- Lavado frecuentemente y cuidadoso de las manos usando agua y jabón y frotando durante al menos 20 segundos, o bien con una solución antiséptica que incluya alcohol en una concentración mayor o igual al 60 % o una solución jabonosa a base de clorhexidina o povidona yodada.
- Evitar el contacto cercano con prematuros, recién nacidos y menores de 2 años con patologías cardíacas, pulmonares o del sistema inmune.
- Limpieza de superficies que se tocan con frecuencia (por ejemplo, picaportes, o móviles).
- Distanciamiento social especialmente fuera de casa y con personas ajenas a la familia.
- Evitar el contacto cercano (por ejemplo, besar, dar la mano, compartir tazas y utensilios para comer) con otras personas.
- Uso de mascarillas cuando no sea posible el distanciamiento social.
- Purificar el aire para mejorar su calidad, bien abriendo las ventanas unos minutos, utilizando dispositivos para ello o fomentando los espacios abiertos siempre que sea posible.
- Los niños enfermos deberían evitar acudir al colegio o escuela infantil.
- Utilizar juguetes de fácil limpieza si se trabaja con niños.
- Fomentar la lactancia materna ya que ésta tiene anticuerpos que ayudan a prevenir y combatir infecciones.

Por lo tanto, se deben realizar medidas preventivas de higiene, especialmente en personas mayores,



aquellas con contacto social con niños y pacientes frágiles.

Además de estas medidas debemos tener en cuenta también una serie de precauciones para que una vez diagnosticada una IRA evitemos en la medida de lo posible la propagación del virus (92):

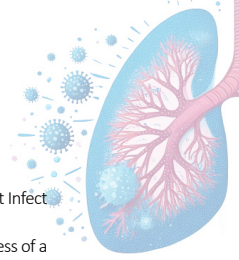
- Quedarse en casa en la medida de lo posible y alejado de otras personas que no están contagiadas.
- Uso de mascarillas si no es posible el aislamiento.
- Mejorar la calidad del aire.
- Mantener la higiene.

Registro (SEFAC eXPERT) e indicadores

Tras realizar la entrevista al paciente, evaluar la información clínica recogida y proceder a la actuación o intervención. Se debe realizar el registro y evaluación del proceso del Servicio en SEFAC eXPERT® (93) al cual se puede acceder directamente a través del siguiente link: <https://www.sefacexpert.org/>

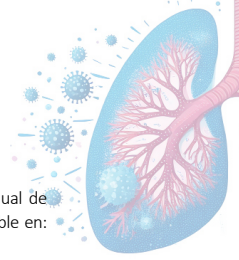
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization (WHO). Global Influenza surveillance and Response System (GISRS). End-to-end integration of SARS-CoV-2 and influenza sentinel surveillance: Revised Interim guidance. Geneva: WHO; 2022. [Citado 14 de enero de 2024] Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/351409/WHO-2019-nCoV-Integrated-sentinel-surveillance-2022.1-eng.pdf?sequence=1>
2. Fendrick AM, Monto AS, Nightengale B, Sarnes M. The economic burden of non-influenza-related viral respiratory tract infection in the United States. *Arch Intern Med*. 2003 Feb 24;163(4):487-94.
3. Pérez-Rubio A, Platero L, Eiros Bouza JM. Gripe estacional en España: carga clínica y económica y programas de vacunación. *Med Clin*. 2019;153(1):16-27.
4. Heikkinen T, Jarvinen A. The common cold. *Lancet*. 2003;361:51-59.
5. Zambon MC, Stockton JD, Clewley JP, Fleming DM. Contribution of influenza and respiratory syncytial virus to community cases of influenza-like illness: an observational study. *Lancet*. 2001;358:1410-1416.
6. Orús A. Número de fallecimientos por gripe en España 2006-2023. *Statista* [Internet] 2024. (Citado 02-11-2024). Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/591437/numero-de-muertes-por-gripe-en-espana/>
7. Brankston G, Gitterman L, Hirji Z, Lemieux C, Gardam M. Transmission of influenza A in human beings. *Lancet Infect Dis*. 2007 Apr;7(4):257-65.
8. Harper SA, Bradley JS, Englund JA, File TM, Gravenstein S, Hayden FG, et al. Seasonal influenza in adults and children—diagnosis, treatment, chemoprophylaxis, and institutional outbreak management: clinical practice guidelines of the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2009 Apr 15;48(8):1003-32.
9. Virus Respiratorio Sincitial (VRS). Centro para el Control de enfermedades (CDC). [Internet] [Citado 10 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/rsv/older-adults/index.html>
10. Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia centinela de Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria (IRAs) y en Hospitales (IRAG) en España. Gripe, COVID-19 y otros virus respiratorios. Semana 26/2024 (del 24 de junio al 30 de junio de 2024).
11. Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria (IRAs) y en Hospitales (IRAG) Gripe, COVID-19 y VRS, temporada 2022-2023. España De semana 40/2022 a semana 39/2023. Centro Nacional de Epidemiología - Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III. Publicación original: diciembre de 2023. Actualizado: agosto 2024.
12. Mensa J, Soriano A. Guía de Terapéutica Antimicrobiana. Madrid: Antares; 2024.
13. Eccles R. Understanding the symptoms of the common cold and influenza. *Lancet Infect Dis*. 2005 Nov;5(11):718-25.
14. Ginocchio CC, McAdam AJ. Impact of clinical molecular diagnostics on infection prevention and control. *Clin Microbiol Rev*. 2011;24(3):360-402.
15. Sefik S, Singh Y, Villamizar D, Westblade LF. Nasopharyngeal swabs in the era of COVID-19 and beyond. *Clin Microbiol Infect*. 2021;27(6):810-820.
16. 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. *Clin Infect Dis*. 2012;55(10):1279-1282.
17. Gerber MA, Shulman ST. Rapid diagnosis of pharyngitis caused by group A streptococci. *Clin Microbiol Rev*. 2004;17(3):571-580.
18. BioMérieux. Panel Respiratorio FilmArray™ [Internet]. [Citado 10 de octubre de 2024] Disponible en: www.biomerieux.es/diagnostico-clinico/productos/panel-respiratorio-filmarraytm
19. Wald ER, Shalabi M, Auinger P. Frequency and severity of infections in children with pharyngitis caused by group A streptococci and by other pathogens. *Pediatrics*. 2004;113(6):1839-1842.
20. Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP, Brody CE, Link K. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. *Med Decis Making*. 1981;1(3):239-246.
21. Hadden RD, Kermod AG. Serology as a diagnostic marker in autoimmune diseases. *Curr Opin Neurol*. 2004;17(5):569-575.
22. Nair A, Dungo K, Hellinger JC, Duggal N. The role of imaging in lower respiratory tract infections in adults. *Respir Investig*. 2019;57(3):229-238.
23. Georgalas C. The role of the computed tomography in the management of chronic rhinosinusitis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2019;19(1):50-57.
24. Dinnes J, Deeks JJ, Adriano A, Berhane S, Davenport C, Dittrich S et al. Rapid, point-of-care antigen and molecular-based tests for diagnosis of SARS-CoV-2 infection. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;3(3).
25. Dolgin E. The future of at-home molecular testing: The COVID-19 pandemic showed what was possible for gene-based diagnostics. Now comes the true test economics. *Nature*. 2024 Mar 21.
26. Notomi T, Okayama H, Masubuchi H, Yonekawa T, Watanabe K, Amino N et al. Loop-mediated isothermal amplification of DNA. *Nucleic Acids Res*. 2000;28(12):E63.
27. Petherick A. Developing antibody tests for SARS-CoV-2. *Lancet*. 2020;395(10230):1101-1102.
28. Petel D, Winters N, Gore GC, Papenburg J, Beltempo M, Lacroix J et al. Use of C-reactive protein to tailor antibiotic use: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2018;8:e022133. doi: 10.1136/bmjopen-2018-022133.
29. Yamayoshi S, Sakai-Tagawa Y, Koga M, Akasaka O, Nakachi I, Koh H, et al. Comparison of Rapid Antigen Tests for COVID-19. *Viruses*. 2020;12(12):1420.



30. Peeling RW, Olliaro P, Boeras D, Fongwen N. Scaling up COVID-19 rapid antigen tests: promises and challenges. *Lancet Infect Dis*. 2021;21(9):E290-E295.
31. Soleimani R, Deckers C, Huang TD, Bogaerts P, Evrard S, Wallemme I, et al. Rapid COVID-19 antigenic tests: Usefulness of a modified method for diagnosis. *J Med Virol*. 2021;93:5655-9.
32. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2023 [Internet]. [Citado 10 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/ASPECTOS_RELEVANTES_2023.pdf
33. NHS England. Pharmacy Services. Pharmacy First. [Internet] [Citado 4 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/primary-care/pharmacy/pharmacy-services/pharmacy-first/>
34. Décret n° 2024-550 du 17 juin 2024 relatif à la délivrance sans ordonnance de certains médicaments, après réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique par les pharmaciens d'officine, NOR: TSSP2411185D. JORF n°0142 du 18 juin 2024, texte n°5. [Internet] [Citado 10 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2024/6/17/TSSP2411185D/JO/texte>
35. Viejo Bañuelos JL. Infecciones agudas de la vía aérea superior. *Neumología Clínica*. 2010;271-8. doi: 10.1016/B978-84-8086-298-1.50034-2.
36. Richard Rodríguez L. Infecciones respiratorias de vías altas. *Respiratorio en Atención Primaria* [Internet]. 2022;3(6):1-9. [Acceso 10 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.livemed.in/canales/respiratorio-en-la-red/respiratorio-atencion-primaria/numero-3/pdfs/reir-n3-infecciones-respiratorias-de-vias-altas.pdf>
37. Heikkinen T, Järvinen A. The common cold. *Lancet*. 2003;361(9351):51-9. doi: 10.1016/S0140-6736(03)12162-9
38. Ginel Mendoza L, Gomez Saez JT, Hidalgo Requena A, Linares Rufo M, Quintano Jiménez JA, de Simón Gutiérrez R. Infecciones respiratorias de vías bajas. Claves para su tratamiento y prevención desde Atención Primaria. *Canal Estrategia Editorial SL*. 2024. [Internet] [Acceso 10 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://semergen.es/files/docs/grupos/respiratorio/infeccionesViasBajasRespiratoriasDigital.pdf>
39. Pintos Pacual I, Muñoz Rubio E, Alarcón Tomás A, Ramos Martínez A. Infecciones por virus de la gripe y virus respiratorios. *Medicine*. 2018;12(56):3291-7. doi: 10.1016/j.med.2018.04.019
40. Losa Martín O, Frisuelos García A, Delgado Iribarren A, Martín de Cabo MR, Martín Segarra O, Vegas Serrano A et al. Infección por virus respiratorio sincitial en adultos: diferencias con la gripe. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2024;42(2):62-68. doi: 10.1016/j.eimc.2022.07.011
41. Rodríguez Roca JS, Lopez Tinoco E, Caamaño Selma O, Collazo Yáñez D. Protocolo diagnóstico del síndrome mononucleósico. *Medicine*. 2022;13(57):3371-3374. <https://doi.org/10.1016/j.med.2022.05.025>
42. Saguil A, Kane SF, Lauters R, Mercado MG. Hand-Foot-and-Mouth Disease: Rapid Evidence Review. *Am Fam Physician*. 2019;100(7):408-414.
43. Hitz Lindenmüller I, Lambrecht JT, Fistarol SK. Enfermedades víricas y bacterianas de la mucosa oral. *Quintessence*. 2010;23(9):439-446.
44. Galvan JM, Rajas O, Aspa J. Revisión sobre las infecciones no bacterianas del aparato respiratorio: neumonías víricas. *Arch Bronconeumol*. 2015;51(11):590-597. doi: 10.1016/j.arbres.2015.02.015
45. Cots JM, Alós JJ, Bárcena M, Boleda X, Cañada JL, Gómez N et al. Recomendaciones para el manejo de la faringoamigdalitis aguda del adulto. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2016;34(9):585-594.
46. Decker MD, Edwards KM. Pertussis (Whooping Cough). *J Infect Dis*. 2021;224(12 Suppl 2):S310-S320. doi: 10.1093/infdis/jiaa469
47. Pacheco A, de Diego A, Domingo C, Lamas A, Gutierrez R, Naberan et al. Tos crónica. *Arch Bronconeumol*. 2015; 51(11):579-589; doi: 10.1016/j.arbres.2015.03.019
48. Amador-Fernández N, Benrimoj SJ, Baixauli Fernández VJ, Climent Catalá MT, Colomer Molina V, Esteban Jiménez O et al. Colaboración farmacéutico-médico en la elaboración de protocolos consensuados para el tratamiento de síntomas menores: programa 'INDICA+PRO'. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2019;11(4):21-31. doi: 10.5672/FC.2173-9218.(2019/Vol11).004.03
49. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. *Compendio de Medicina de Urgencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación*, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2005.
50. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Internet]. 2021 [citado 22 de septiembre de 2024]. Criterios para valorar la administración de las nuevas alternativas terapéuticas antivirales frente a la infección por SARS-CoV-2. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/acceso-a-medicamentos-en-situaciones-especiales/criterios-para-valorar-la-administracion-de-las-nuevas-alternativas-terapeuticas-antivirales-frente-a-la-infeccion-por-sars-cov-2/>
51. Meseko C, Sanicas M, Asha K, Sulaiman L, Kumar B. Opciones antivirales y terapias contra la influenza: historia, últimos avances y perspectivas futuras. *Front Cell Infect Microbiol* 2023 [citado el 22 de septiembre de 2024];13:1269344. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10716471/>
52. Malik S, Asghar M, Waheed Y. Outlining recent updates on influenza therapeutics and vaccines: A comprehensive review. *Vaccine X* [Internet]. 2024 [citado 11 de septiembre de 2024];17. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10848012/>
53. Rios-Ibarra CP, Salinas-Santander M, Orozco-Nunnally DA, Bravo-Madriral J. Nanoparticle-based antiviral strategies to combat the influenza virus (Review). *Biomed Rep* [Internet]. 2024 [citado 11 de septiembre de 2024];20(4). Disponible en:

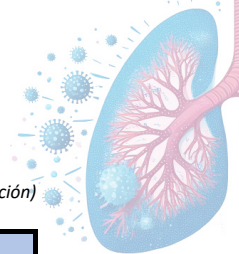
- <http://dx.doi.org/10.3892/br.2024.1753>
54. Li Y, Huo S, Yin Z, Tian Z, Huang F, Liu P, et al. Retracted and republished from: "The current state of research on influenza antiviral drug development: drugs in clinical trial and licensed drugs". *mBio* [Internet]. 2024 [citado 11 de septiembre de 2024];15(5). Disponible en: <https://journals.asm.org/doi/10.1128/mbio.00175-24>
 55. European Medicines Agency (EMA). Product Information Tamiflu® (oseltamivir) [citado 16 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2007/2007062925951/anx_25951_es.pdf
 56. European Medicines Agency (EMA). Product Information Dectova® (zanamivir) [citado 16 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2019/20190719145243/anx_145243_es.pdf
 57. Centro de información del medicamento (CIMA). Ficha técnica Relenza 5 mg/dosis polvo para inhalación (unidosis) [Internet]. [citado 16 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/62712/FT_62712.html
 58. Podcast SEFAC: Actualización en el manejo de los pacientes con COVID-19 leve/moderada | SEFAC. [citado 7 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.sefac.org/multimedia/podcast-sefac-actualizacion-en-el-manejo-de-los-pacientes-con-covid-19-leve/moderada>
 59. Centro de información del medicamento (CIMA). Ficha Técnica Veklury 100 MG concentrado para solución para perfusión. [citado 7 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1201459001/ft_1201459001.html
 60. Alfano F, Bigoni T, Caggiano FP, Papi A. Respiratory Syncytial Virus Infection in Older Adults: An Update. *Drugs Aging* [Internet]. 2024 [citado 5 de agosto de 2024];41(6):487. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s40266-024-01118-9>
 61. Ruiz-Galiana J, Cantón R, Ramos PDL, García-Botella A, García-Lledó A, Hernández-Sampelayo T, et al. Respiratory syncytial virus: A new era. *Revista Española de Quimioterapia* [Internet]. 2024 [citado 5 de agosto de 2024];37(2):134. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.37201/req/147.2023>
 62. Francisco L, Cruz-Cañete M, Pérez C, Couceiro JA, Otheo E, Launes C, et al. Nirsevimab for the prevention of respiratory syncytial virus disease in children. *Statement of the Spanish Society of Paediatric Infectious Disease (SEIP). An Pediatr (Engl Ed)* [Internet]. 2023 [citado 5 de agosto de 2024];99(4):257–63. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpede.2023.09.00>
 63. Metodología para la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas en España. *SIVIRA, 2023-24* [Internet]. Iscii.es. [citado el 6 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://cne.iscii.es/documents/d/cne/metodologia-sivira-sistemas-y-fuentes-de-informacion-temporada-2024-25>
 64. Llover MN, Jiménez MC. Estado actual de los tratamientos para la COVID-19. *FMC* [Internet]. 2021 [citado 22 de septiembre de 2024];28(1):40-56. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7826050/>
 65. Fundación SEFAC. consejos para prevenir y tratar el dolor de garganta. Madrid: SEFAC; 2021. disponible en: https://www.sefac.org/system/files/2021-09/SEF_Ficha%20IndicaPro_Dolor%20de%20garganta_2021_SMC.PDF
 66. Faus Dáder MJ, Gómez Martínez JC, Martínez Martínez F. Protocolos de Indicación Farmacéutica y criterios de derivación al médico en síntomas menores. Granada: Editorial Técnica AVICAM; 2018.
 67. De la Rosa Carrillo D, Castillo Villegas D, Gutierrez Pererira F. Fisiopatología de la Covid-19 en diferentes órganos y sistemas. Seguimiento del paciente post-COVID. Madrid: Elsevier España; 2022.
 68. Asociación para el autocuidado de la salud (ANEFP). Manejo de pacientes con síntomas leves derivados de la COVID-19: Consenso de Farmacéuticos Comunitarios, Médicos de Familia, Enfermeras y Psicólogos sobre las recomendaciones para el manejo de los pacientes con síntomas leves. Madrid: ANEFP; 2021. Disponible en: <https://semg.es/index.php/consensos-guias-y-protocolos/374-consenso-sintomas-leves-derivados-de-la-covid-19#:~:text=Entre%20los%20s%C3%AAdtomas%20m%C3%A1s%20frecuentes%20se%20encuentran%20fiebre%20y>
 69. Peñalva E, Martínez L, Ballarín A, Sanz N, Aguado AC, Navarro M. Lavados nasales en neonatos: ¿son efectivos? [Internet]. *Revista Sanitaria de Investigación*. 2022 [citado 6 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/lavados-nasales-en-neonatos-son-efectivos/>
 70. Plaza Zamora J, Estrada Riobobos G, Gómez Martínez JC, Baixauli Fernández VJ, Molinero Crespo A, Satué de Velasco E, et al. Síntomas menores y COVID-19. Protocolo de actuación en farmacia comunitaria. Madrid: SEFAC; 2020.
 71. Toth B, Lantos T, Heygi P, et al: Ginger (Zingiber officinale): an alternative for the prevention of postoperative nausea and vomiting. A meta-analysis. *Phytomedicine* 50:8-18, 2018. doi: 10.1016/j.phymed.2018.09.007
 72. Riccardi G, Niccolini GF, Bellizzi MG, Fiore M, Minni A, Barbato C. Anosmia y terapias post-covid-19: estad atentos a nuevos medicamentos que detectar. *Enfermedades* [Internet]. 2023 [citado 22 de septiembre de 2024];11(2):79. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2079-9721/11/2/79>
 73. van Vugt, M. Appelman, B. Post-COVID fatigue linked to physical causes [Internet]. *Amsterdamumc.org*. [citado el 8 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.amsterdamumc.org/en/research/institutes/amsterdam-institute-for-immunology-and-infectious-diseases/news/post-covid-fatigue-linked-to-physical-causes.htm>
 74. Ried E. Otaglia, dolor en el oído. *Rev. Med. Clin. Condes*. 2016; 27(6) 892-897. DOI: 10.1016/j.rmcl.2016.11.018
 75. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS). Fichas técnicas de medicamentos. Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS. [acceso 14 de agosto 2024]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/cima>
 76. Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (CAV-AEP). El acto de la inmunización: antes, durante y después. Manual de inmunizaciones en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; abr/2023. [citado el 3 de agosto de 2024]. Disponible en: <http://vacunas.aep.org/documentos/manual/cap-5>



77. Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (CAV-AEP). Transporte y conservación de las inmunizaciones. Manual de inmunizaciones en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; nov/2024. [citado el 3 de agosto de 2024]. Disponible en: <http://vacunas.aep.org/documentos/manual/cap-6>
78. Real Colegio de Farmacéuticos de Sevilla. Termofarma. [Internet]. [citado 3 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://farmaceuticosdesevilla.es/farmaceuticos/utilidades/termofarma/>
79. Recomendaciones de vacunación frente a gripe y COVID-en la temporada 2024-2025 en España [Internet]. Gobierno de España. [citado el 22 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevenccion/vacunaciones/gripe_covid19/docs/RecomendacionesVacunacion_Gripe-Covid19.pdf
80. Actualización de recomendaciones de utilización de nirsevimab para la temporada 2024-2025 en España. [Internet]. Gobierno de España. [citado el 3 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevenccion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/NirsevimabActualizacion.pdf>
81. European Medicines Agency (EMA). Product Information Abrysvo®. [citado 3 de agosto de 2024]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/es/documents/product-information/abrysvo-epar-product-information_es.pdf
82. European Medicines Agency (EMA). Product Information Arexvy®. [citado 3 de agosto de 2024]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/es/documents/product-information/arexvy-epar-product-information_es.pdf
83. Papazisis G, Topalidou X, Gioula G, González PA, Bueno SM, Kalergis AM. Vacunas contra el virus respiratorio sincitial: análisis de ensayos clínicos previos a la comercialización de inmunogenicidad en población mayor de 50 años. Vacunas [Internet]. 2024 [citado 5 de agosto de 2024];12(4):353. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2076-393X/12/4/353>
84. Ministerio de Sanidad - Áreas - Promoción de la salud y prevención - Vacunas y programas de vacunación - VRS - Virus Respiratorio Sincitial- Ciudadanos- Vacunas [Internet]. Gobierno de España. [citado el 3 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevenccion/vacunaciones/vacunas/ciudadanos/vrs.htm>
85. European Medicines Agency (EMA). Product Information Synagys® (palivizumab). [consultado 3 de agosto de 2024]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/es/documents/product-information/synagys-epar-product-information_es.pdf
86. European Medicines Agency (EMA). Product Information Beyfortus® (nirsevimab). [consultado 3 de agosto de 2024]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/beyfortus-epar-product-information_es.pdf
87. Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC). Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en la Farmacia Comunitaria. [Internet]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2024. [citado 24 septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2024/02/GUIA_SPFA_FORO_2024_V15_AC-digital.pdf
88. Vassilopoulou E, Agostoni C, Feketea G, Alberti I, Gianni ML, Milani GP. The Role of Breastfeeding in Acute Respiratory Infections in Infancy. *Pediatr Infect Dis J* [Internet]. 2024 [citado 5 de agosto de 2024]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/INF.0000000000004454>
89. Gee S. Cyanosis. In: McGee S, ed. Evidence-Based Physical Diagnosis. 5th ed. Philadelphia: Elsevier; 2022:chap 9.
90. Virus respiratorio sincitial (VRS): cuando el problema es más que un simple resfriado- HealthyChildren.org [Internet]. [citado 5 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/chest-lungs/Paginas/RSV-When-Its-More-Than-Just-a-Cold.aspx>
91. Vázquez LCJ, Salto JET, Muyudumbay RCA, Yanza ABG. Virus respiratorio sincitial. Actualización de la prevención. RECIAMUC [Internet]. 22 de mayo de 2023 [citado 22 de septiembre de 2024];7(2):403-11. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1122>
92. Centros Para El Control Y La Prevención De Enfermedades. Enfermedades Respiratorias. 2024 [citado 22 de septiembre de 2024]. Factores de riesgo de enfermedades graves por virus respiratorios. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/respiratory-viruses/risk-factors/index.html>
93. Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC). Plataforma digital de gestión de Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en la farmacia comunitaria: SEFAC e_XPERT® [Internet]. Madrid: SEFAC [acceso 20 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.sefacexpert.org/>

Anexo 1. Medicamentos para tratar los síntomas compatibles con IRAs que no necesiten prescripción médica

	PRINCIPIO ACTIVO	SÍNTOMAS	POSOLÓGÍA	INTERACCIONES	OTROS	
ANALGÉSICOS		Cefalea Dolor articular y de espalda Dolor de garganta Fiebre	<i>Niños < 12 años:</i> 15 mg/kg cada 6 h o 10 mg/kg cada 4 h. Dosis máxima: 4-6 tomas día. <i>Niños 12 – 15 años:</i> 500 mg cada 6 h. Dosis máxima: 2 g/día <i>Adultos y niños > 15 años:</i> 500 mg- 1g cada 6-8 h. Dosis máxima: 3 g/día	Alcohol etílico	Contraindicaciones: hipersensibilidad al principio activo, alcoholismo crónico, anemia, insuficiencia hepática, crisis asmáticas (si hipersensibilidad a AAS). Reacciones adversas: no existen reacciones adversas muy frecuentes	
	COMBINACIONES CON PARACETAMOL					
	Paracetamol + cafeína	Cefalea Dolor articular y de espalda Dolor de garganta Fiebre	<i>Adultos y niños > 15 años:</i> 500 mg-1g (paracetamol) cada 6-8 h Dosis máxima: 3 g/día	Alcohol etílico, clozapina, disulfiram, pirlfenidona	Contraindicaciones: hipersensibilidad al principio activo, alcoholismo crónico, anemia, insuficiencia hepática, crisis asmáticas (si hipersensibilidad a AAS). Reacciones adversas: no existen reacciones adversas muy frecuentes.	
	Paracetamol + cafeína + propifenazona	Cefalea Dolor articular y de espalda Fiebre	<i>Adultos:</i> 250/50/150 mg a 500/100/300 mg cada 4-6 h Dosis máxima: 1500/300/900 mg al día	No existen interacciones de riesgo elevado, salvo la propifenazona con anticoagulantes, posible potenciación del efecto anticoagulante.	Reacciones adversas: no existen reacciones adversas muy frecuentes.	
	Paracetamol + vitamina C	Cefalea Dolor articular y de espalda Fiebre	<i>Adultos y niños > 15 años:</i> 500 mg – 1 g (paracetamol) cada 6-8 h Dosis máxima: 3 g al día	Interacciones paracetamol + etinilestradiol, topiramato, zonisamida, antiácidos de aluminio, anticoagulantes orales, sales de hierro.		
	Paracetamol + clorfenamina + fenilefrina	Dolor leve o moderado. Fiebre. Congestión y secreción nasal	<i>Adultos y niños > 15 años:</i> 650/4/10 mg cada 6-8 h Dosis máxima: 4 comprimidos/ 24 h <i>Niños < 15 años:</i> no se recomienda su uso Usar con precaución en ancianos	Interacciones del paracetamol + IMAO, levodopa, nitratos, digoxina, quinidina	Contraindicaciones: hipersensibilidad al principio activo, alcoholismo crónico, anemia, insuficiencia hepática, crisis asmáticas (si hipersensibilidad a AAS), porfiria, pacientes en tratamiento con IMAO, tratamiento con β- bloqueantes. Reacciones adversas: no existen reacciones adversas muy frecuentes.	
	Paracetamol + ibuprofeno	Cefalea Dolor articular y de espalda Dolor de garganta.	<i>Adultos:</i> 500 -1000 mg/ 200 mg – 400 mg cada 4-6 horas. Máximo 4 g/1600 mg cada 24 h <i>Niños > 11 años/4h máximo</i> 2,5g/800mg cada 24h	Las del paracetamol + antimetabolitos (metotrexato), antitrombóticos enzimas (alteplasa, estreptoquinasa, tenecteplasa, uroquinasa) y antagonistas de la vitamina k, heparinas, inmunosupresores (tracolimus), corticoides sistémicos, IECA y ARAII,	Ver AINE	
	Paracetamol + acetilcisteína	Dolor leve o moderado Fiebre Secreciones mucosas espesas	<i>Adultos y niños > 12 años:</i> 500/200 mg cada 8-12 h. Dosis máxima: 1500/600 mg al día.	Las del paracetamol + Anfoteracina B, ampicilina, cefalosporinas, eritromicina, algunas tetraciclinas, antitusivos, anticolinérgicos, antidepressivos tricíclicos, antihistamínicos H1, antiparkinsonianos, IMAO, nitroglicerina.	Contraindicaciones: hipersensibilidad a los principios activos, hepatopatía, hepatitis. Reacciones adversas: náuseas, vómitos, diarreas, hiperacidéz gástrica, cefalea, tinnitus, somnolencia, mareo, asma, tos, nefropatía, erupciones cutáneas, urticaria, visión borrosa, hiperhidrosis.	



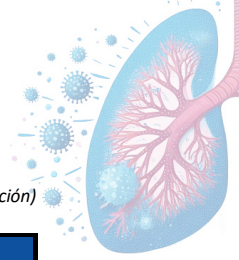
Anexo 1. Medicamentos para tratar los síntomas compatibles con IRAs que no necesiten prescripción médica (continuación)

	PRINCIPIO ACTIVO	SÍNTOMAS	POSOLÓGÍA	INTERACCIONES	OTROS	
AINE	Ácido acetil salicílico (AAS)	Cefalea Dolor articular y de espalda Dolor de garganta	<i>Adultos y niños > 16 años:</i> 500 mg cada 4 - 6 h Dosis máxima: 4 g/día.	Metotrexato, acenocumarol, Warfarina, heparinas, corticoides sistémicos (betametasona, dexametasona, hidrocortisona, etc.) glibenclámid, acetazolamida, vacuna antiviral (virus varicela atenuado), enzimas, otros AINES (riesgo de úlcera péptica), antiácidos, sales de Litio y uricosúricos.	<p>Contraindicaciones: hipersensibilidad al principio activo, alcoholismo crónico, anemia, insuficiencia hepática o renal, crisis asmáticas, EPOC, rinitis, urticaria, pólipos nasales, úlcera péptica, angioedema, colitis, historial de reacciones broncoespásticas (AAS) y alteraciones de la coagulación (AAS y naproxeno).</p> <p>AAS: contraindicado para < 16 años Naproxeno y dexketoprofeno: contraindicado para < 18 años</p> <p>Reacciones adversas: náuseas, estreñimiento, dispepsia, diarrea, mareo prurito</p>	
	Bencidamina	Dolor articular y de espalda. Dolor de garganta	<i>Adultos y niños > 12 años:</i> -Colutorio (22,5 ml): 15 ml solo o diluido con agua durante 30 segundos 2-3 veces al día -Aerosol (0,765-1,5 mg): 3-6 pulverizaciones al día -Comprimidos (3 mg): 3 veces al día	No existen interacciones de riesgo elevado		
	Flurbiprofeno	Dolor de garganta	<i>Adultos y niños > 12 años:</i> 8,75 mg cada 3-6h. dosis máxima 43,75 mg (5 comprimidos) en 24 h	No existen interacciones de riesgo elevado		
	Ibuprofeno	Cefalea. Dolor articular y de espalda Dolor de garganta. Fiebre.	<i>Niños < 12 años:</i> 20-30 mg/kg cada 8h. <i>Adultos y niños > 12 años:</i> 200-400 cada 6 - 8 horas. Dosis máxima: 1200 mg/día	Antimetabolitos (metotrexato), antitrombóticos enzimas (alteplasa, estreptoquinasa, teneceplasa, uroquinasa) y antagonistas de la vitamina K, heparinas, inmunosupresores (tracolimus), corticoides sistémicos, IECA y ARAII,		
	Naproxeno	Cefalea. Dolor articular. Fiebre.	<i>Adultos y niños > 18 años:</i> 660 mg al día. Dosis máxima: 660 mg al día.	Metotrexato, alteplasa, estreptoquinasa, teneceplasa, uroquinasa, misoprostol, antihipertensivos (betabloqueantes, IECA y ARA II), antidepresivos serotoninérgicos (ISRS, IRSN), corticoides sistémicos, sales de litio, antagonistas de la vitamina K y heparinas.		
	Dexketoprofeno	Cefalea	<i>Adultos:</i> 12,5 mg/4-6h o 25 mg/8h. Dosis máxima: 75 mg/24 h	Metotrexato, antidepresivos serotoninérgicos (ISRS, IRSN), sales de Litio, antagonista de la vitamina K, Heparinas, enzimas antitrombóticas, IECA y ARA II, corticoides sistémicos		Ídem que el resto de AINE.
	Clonixino lisina	Cefalea	<i>Adultos mayores de 18 años:</i> 125-250 mg cada 6-8 horas. Dosis máxima: 750 mg al día	Antidepresivos serotoninérgicos (ISRS, IRSN), heparinas.		<p>Contraindicaciones: hipersensibilidad al principio activo, alcoholismo crónico, anemia, insuficiencia hepática, crisis asmáticas (si hipersensibilidad a AAS),</p> <p>No existen reacciones adversas muy frecuentes.</p>

Anexo 1. Medicamentos para tratar los síntomas compatibles con IRAs que no necesiten prescripción médica (continuación)

COMBINACIONES CON AINE					
AINE	AAS + cafeína			Interacciones AAS + clozapina, disulfiram, pirfenidona	Contraindicaciones: hipersensibilidad a los principios activos, alcoholismo crónico, anemia, insuficiencia hepática o renal, crisis asmáticas, EPOC, rinitis, urticaria, pólipos nasales, úlcera péptica, angioedema, colitis, historial de reacciones broncoespásticas y alteraciones de la coagulación. AAS contraindicados en < 16 años Reacciones adversas: náuseas, estreñimiento, dispepsia, diarrea, mareo prurito
	AAS + cafeína + glicina			Interacciones de AAS + cafeína no existen interacciones significativas con glicina	
	AAS + vitamina C	Cefalea. Dolor articular y de espalda. Fiebre	<i>Adultos y niños > 16 años:</i> 500 mg (AAS) cada 4-6 h. Dosis máxima: 4 g al día	Interacciones de AAS + etinilestradiol, topiramato, zonisamida	
	AAS + clorfenamina+ pseudoefedrina		<i>Adultos y adolescentes a partir de 16 años:</i> 1 comprimido de 3 a 4 veces al día (cada 6 u 8 horas según necesidad). Dosis máxima diaria será de 4 comprimidos y deben transcurrir un mínimo de 6 horas entre cada toma. <i>Niños < 16 años:</i> contraindicado. Síndrome de Reye.	Interacciones de AAS + nitratos, IMAO, digoxina, quinidina	Contraindicaciones: hipersensibilidad a los principios activos, úlcera gastroduodenal activa o recurrente, hemofilia, cardiopatía grave o diabetes mellitus no controlada, pacientes en tratamiento con IMAO. Reacciones adversas: hemorragia, rinitis, espasmo bronquial, úlcera gástrica y duodenal, hemorragia gastrointestinal, urticaria, sequedad nasal, náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento.
	Ibuprofeno + clorfenamina + fenilefrina	Dolor leve o moderado, fiebre y congestión y secreción nasal	<i>Adultos y niños a partir de 12 años:</i> 400/2/7,5 mg cada 8 -12 h Dosis máxima: 1200 mg (ibuprofeno)/24h <i>Adolescentes y niños < 12 años:</i> contraindicado.	Amitriptilina, clomipramina, desipramina, doxepina, estreptoquinasa, metotrexato, uroquinasa, alteplasa, tracolimus, pitolisant, fenfluramina, guanetidina, Imipramina, nortriptilina, trimipramina	Contraindicaciones: hipersensibilidad a los principios activos, alergia a AINE o salicatos, úlcera péptica, hemorragia gastrointestinal, insuficiencia renal o hepática grave, hipertensión, taquicardia, alteraciones de la coagulación, hipertiroidismo, diabetes, tratamiento con IMAO, glaucoma, embarazo (tercer trimestre). Reacciones adversas: reacciones alérgicas/anafilactoides en pacientes alérgicos a AAS, cefalea, tinnitus, edema, hipertensión, insuficiencia cardiaca, cansancio, somnolencia, mareo, visión borrosa, sequedad de nariz y garganta, náuseas, vómitos, dolor epigástrico, diarrea, estreñimiento, retención urinaria, dificultad para orinar, aumento sudoración.
Ibuprofeno + cafeína	Cefalea	<i>Adultos mayores de 18 años:</i> 400 mg/100 mg cada 6-8 horas. Dosis máxima: 1200 mg/300mg al día. No se debe usar más de 3 días.	Sales de litio, clozapina, disulfiram.	Ídem que resto de AINE	

AAS: ácido acetilsalicílico; AINE: antiinflamatorio no esteroideo; ARA II: antagonista de los receptores de angiotensina II; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; IMAO: inhibidores de la monoaminoxidasa; IRSN: inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina; ISRS: inhibidores de la recaptación de serotonina.

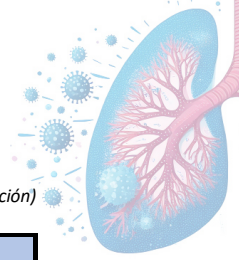


Anexo 1. Medicamentos para tratar los síntomas compatibles con IRAs que no necesiten prescripción médica (continuación)

	PRINCIPIO ACTIVO	SÍNTOMAS	POSOLÓGIA	INTERACCIONES	OTROS
ANTIHISTAMÍNICOS	Cetirizina	Congestión nasal	Niños de 6-12 años: 5 mg 2 veces al día. Adultos y niños > 12 años: 10 mg/día	No existen interacciones de riesgo elevado	<p>Contraindicaciones: hipersensibilidad al principio activo, embarazo, lactancia, crisis asmáticas, enfisema pulmonar crónico, glaucoma, hipertrofia prostática sintomática, porfiria.</p> <p>Ciproheptadina: embarazo, lactancia, úlcera péptica estenosante, obstrucción del cuello vesical, obstrucción piloro-duodenal, pacientes ancianos y debilitados.</p> <p>Reacciones adversas: vértigo, confusión, fotosensibilidad, sequedad de boca, visión borrosa, diarrea, anorexia, dolor de estómago, estreñimiento, retención urinaria, mareo, cefalea</p>
	Ciproheptadina		Niños de 2-6 años: 2 mg, 2-3 veces al día. Dosis máxima: 12 mg/día. Niños de 7-14 años: 4 mg 3 veces al día. Dosis máxima: 16 mg/día Adultos: 4-20 mg al día. Dosis máxima: 32 mg/día	Fluoxetina, paroxetina	
	Ebastina		Adultos y niños > 12 años: 10 mg/día Dosis máxima: 20 mg/día	Pentamidina, procaína, sevoflurano, amiodarona, diopiramide, dronedarona, Flecaínida, procainamida, vemakalant, claritromicina, eritromicina, espiramicina, josamicina, levofloxacino, midecamicina, moxifloxacino, roxitromicina, citalopram, Escitalopram, moclobemida, ondansetrón, vandetanib, cloroquina, amisulprida, clopromazina, droperidol, haloperidol, pimozida, sertindol, sulpirida, zuclopentixol, sotalol, metadona, domperidona	
	Loratadina		Niños de 6 a 12 años: 10 mg al día si superan los 30 kg de peso Adultos y niños > 12 años: 10 mg/día	No existen interacciones de riesgo elevado	
	Bilastina		Congestión nasal	Niños 6-12 años: 10mg/24h Adultos y niños >12 años	
	COMBINACIONES CON ANTIHISTAMÍNICOS				
	Cetirizina + pseudoefedrina	Congestión nasal	Adultos y niños > 12 años: 5/120 mg cada 12h	Linezolid, moclobemida	<p>Contraindicaciones: hipersensibilidad al principio activo, embarazo, lactancia, crisis asmáticas, porfiria, alteraciones cardiovasculares graves, hipertensión arterial no controlada, insomnio o estados de ansiedad, alteraciones psíquicas que cursen con alteración nerviosa y epilepsia, úlcera gastroduodenal, disfunción hepática grave.</p> <p>Reacciones adversas: somnia, sedación, insomnio y agitación</p>
	Ebastina + pseudoefedrina		Adultos y niños > 12 años: 10/120 mg al día	Interacciones ebastina + linezolid	
	Loratadina + pseudoefedrina		Adultos y niños > 12 años: 10/240 mg al día	Linezolid, moclobemida	

Anexo 1. Medicamentos para tratar los síntomas compatibles con IRAs que no necesiten prescripción médica (continuación)

	PRINCIPIO ACTIVO	SÍNTOMAS	POSOLOGÍA	INTERACCIONES	OTROS
DESCONGESTIVOS ADRENÉRGICOS (VIA NASAL)	Fenilefrina	Congestión nasal	<i>Adultos y niños > 12 años:</i> una pulverización de 5mg/ml en cada fosa nasal. Dosis máxima: 4 pulverizaciones en cada fosa nasal al día	Fentanilo solo en caso de aplicación nasal	Contraindicaciones: hipersensibilidad al principio activo Reacciones adversas: congestión de rebote, sensación de quemazón, estornudos, sequedad de la mucosa, efectos cardiovasculares, del sistema nervioso central y gastrointestinales.
	Nafazolina		<i>Adultos y niños > 12 años:</i> una pulverización de 0,5mg/ml en cada fosa nasal. Dosis máxima: 3 pulverizaciones en cada fosa nasal al día	Fentanilo solo en caso de aplicación nasal	
	Oximetazolina		<i>Adultos y niños > 6 años:</i> 35 mcg/pulsación en cada fosa nasal. Dosis máxima: 70 mcg en cada fosa nasal al día	Fentanilo solo en caso de aplicación nasal	
	Tramazolina		<i>Adultos y niños > 6 años:</i> 1-2 pulverización de 1,18 mg/ml en cada fosa nasal. Dosis máxima: 3 pulverizaciones en cada fosa nasal al día	No existen interacciones de riesgo elevado	
	Xilometazolina		<i>Adultos y niños > 12 años:</i> una pulverización de 1mg/ml en cada fosa nasal. Dosis máxima: 3 pulverizaciones en cada fosa nasal al día	Fentanilo solo en caso de aplicación nasal	
COMBINACIONES CON SIMPÁTICO MIMÉTICOS ADRENÉRGICOS					
DESCONGESTIVOS ADRENÉRGICOS (VIA NASAL)	Oximetazolina + clorfenamina	Congestión nasal	<i>Adultos y niños > 6 años:</i> 1 pulverización de 0,5/0,5 mg/ml en cada fosa nasal 2 veces al día. Dosis máxima: 2 pulverizaciones en cada fosa nasal al día	Fentanilo solo en caso de aplicación nasal	Contraindicaciones: hipersensibilidad, embarazo, lactancia, rinitis seca. Reacciones adversas: congestión de rebote, efectos cardiovasculares, del sistema nervioso central y gastrointestinales.
	Tramazolina + clorfenamina		<i>Adultos y niños > 6 años:</i> 1-2 pulverización de 1,18/0,5 mg/ml en cada fosa nasal. Dosis máxima: 2 pulverizaciones en cada fosa nasal al día	No existen interacciones de riesgo elevado	
	Xilometazolina + bromuro de ipratropio		<i>Adultos:</i> 70/84 mcg en cada fosa nasal 3 veces al día. Dosis máxima: 210/252 mcg al día	Fentanilo solo en caso de aplicación nasal	
CORTICOIDES		Congestión nasal	<i>Adultos:</i> 100 mcg en cada orificio nasal al día. <i>Dosis máxima:</i> 200 mcg/24h en cada orificio nasal	Atazanavir, boceprevir, darunavir, fosamprenavir, indinavir, lopinavir, ritonavir, saquinavir, tipranavir	Contraindicaciones: hipersensibilidad al principio activo, embarazo, lactancia, úlceras bucales que se acompañen con fiebre o malestar general, heridas causadas con traumas y prótesis, infecciones gingivales y lesiones eruptivas localizadas fuera de la cavidad bucal. Reacciones adversas: sequedad y/o irritación nasal o de garganta, epistaxis, dolor de cabeza, sabor y/u olor desagradable.



Anexo 1. Medicamentos para tratar los síntomas compatibles con IRAs que no necesiten prescripción médica (continuación)

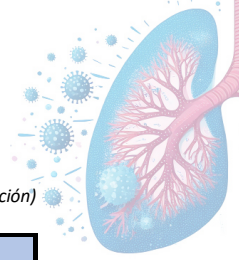
	PRINCIPIO ACTIVO	SÍNTOMAS	POSOLOGÍA	INTERACCIONES	OTROS
EXPECTORANTES	Ambroxol (jarabe)	Tos productiva	Adultos y adolescentes >12 años: 30 mg /8h durante 2-3 días. Posteriormente 5 ml cada 12h Niños 6-12 años: 15 mg / 8-12 h. Dosis máxima: 45mg/24h Niños 2-5 años: 7,5 mg / 8 h Dosis máxima: 22,5 mg/24h Niños < 2 años: Contraindicado. Tras 2-3 días de tratamiento puede reducirse a 2 administraciones diarias cada 12h	No existen interacciones de elevado riesgo	Contraindicaciones: hipersensibilidad al principio activo, Niños <2 años: riesgo de obstrucción bronquial. Reacciones adversas: molestias gastrointestinales (náuseas, vómitos, diarrea)
	Ambroxol (pastillas para chupar)	Dolor de garganta Tos productiva	Adultos y niños > 12 años: 20 mg a demanda Dosis máxima: 120 mg/día		Contraindicaciones: hipersensibilidad al principio activo Reacciones adversas: disgeusia, hipoestesia oral y faríngea, náuseas
	Guaifenesina	Tos productiva	Niños de 6 a 12 años: 97,5 mg/24h Dosis máxima: 1200 mg/día Adultos y niños > 12 años: 195 mg/24h Dosis máxima: 2400 mg/día	No existen interacciones de elevado riesgo	Contraindicaciones: hipersensibilidad al principio activo, embarazo y lactancia Reacciones adversas: molestias gastrointestinales (náuseas, vómitos, diarrea)
	Acetilcisteína	Tos productiva	Adultos: 600 mg/ 24h Niños y adolescentes > 7 años: 200 mg cada 8 h. Niños de 2-7 años: 100 mg cada 8 h. Niños < 2 años: contraindicado	Anfotericina B, ampicilina, cefalosporinas, eritromicina, algunas tetraciclinas, antitusivos, anticolinérgicos, antidepresivos tricíclicos, antihistamínicos H1, antiparkinsonianos, IMAO, nitroglicerina,	Contraindicaciones: hipersensibilidad al principio activo. Reacciones adversas: náuseas, vómitos, diarrea, hiperacididad gástrica, cefalea, somnolencia, visión borrosa, tinnitus, reacciones de hipersensibilidad, hiperhidrosis.
	Carboxicisteína	Tos productiva	Adultos y niños: 12 años: 750 mg/8h. Dosis máxima 2,25 g/24 h. Niños 2-12 años: 250 mg/8 h. Dosis máxima: 750 mg/24h. Niños 2-5 años: 125 mg/6-12h. Contraindicado en menores de 2 años	Antitusivos y anticolinérgicos	Contraindicaciones: hipersensibilidad al principio activo, úlcera péptica, menores de 2 años. Reacciones adversas: náuseas, vómitos, dispepsia, dolor abdominal

IMAO: inhibidores de la monoaminoxidasa

Anexo 1. Medicamentos para tratar los síntomas compatibles con IRAs que no necesiten prescripción médica (continuación)

	PRINCIPIO ACTIVO	SÍNTOMAS	POSOLOGÍA	INTERACCIONES	OTROS	
SUPRESORES DE LA TOS	Cloperastina	Tos	<i>Niños de 6 años:</i> 10 mg 2 veces al día <i>Niños de 7-12 años:</i> 17,5 mg 2 veces al día <i>Adultos y niños > 12 años:</i> 10-35 mg 3 veces al día	IMAO	Contraindicaciones: hipersensibilidad al principio activo, asma, tos productiva, insuficiencia respiratoria, tos persistente o crónica, dermatitis atópica, embarazo y lactancia.	
	Dextrometorfano		<i>Niños 6-12 años:</i> 5-10 mg cada 4h. Dosis máxima: 60 mg al día <i>Adultos y niños > 12 años:</i> 10-20 mg cada 4h Dosis máxima: 120 mg al día.	Linezolid, memantina, bupropión, citalopram, Escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, moclobemida, paroxetina, sertralina, vortioxetina, rasagilina, safinamida, selegilina, naltrexona, IMAO	Cloperastina: contraindicado en presión ocular alta, hipertrofia de próstata, obstrucción de la vejiga urinaria, hipertensión arterial, arritmia cardíaca, miastenia grave, úlcera péptica, estenosis u obstrucción intestinal.	
	Levodropropizina		<i>Niños 6-18 años:</i> 1mg/kg cada 8 h <i>Adultos:</i> 60 mg cada 6-8 h Dosis máxima: 180 mg al día.	No existen interacciones de elevado riesgo.	Reacciones adversas: somnia, mareo, cefalea, estreñimiento, náuseas, vómitos	
	COMBINACIÓN CON					
	Dextrometorfano + guaifenesina	Tos	<i>Niños 6-12 años:</i> 5/50 mg – 10/100 mg cada 6h. Dosis máxima: 60/600 mg al día. <i>Adultos: y niños > 12 años:</i> 10/100 mg – 20/200 mg cada 4 – 6 h. Dosis máxima: 120/1200 mg al día	Linezolid, memantina, bupropión, citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, moclobemida, paroxetina, sertralina, vortioxetina, rasagilina, safinamida, selegilina, naltrexona, IMAO	Contraindicaciones: hipersensibilidad a los principios activos, asma, tos productiva, insuficiencia respiratoria, tos persistente o crónica, dermatitis atópica, embarazo y lactancia. Reacciones adversas: somnia, mareo, cefalea, estreñimiento, náuseas, vómitos.	
Dextrometorfano + sulfoguyacamol	<i>Niños 6-12 años:</i> 5/25 mg – 10/50 mg cada 6h. Dosis máxima: 60/300 mg al día. <i>Adultos: y niños > 12 años:</i> 10/50 mg – 20/100 mg cada 4 – 6 h. Dosis máxima: 120/600 mg al día.					

IMAO: inhibidores de la monoaminoxidasa.

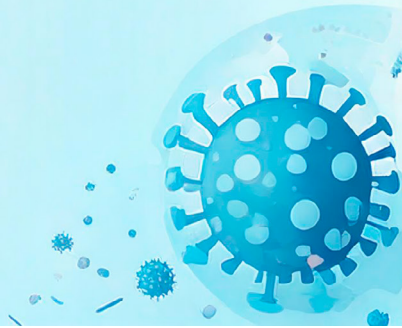


Anexo 1. Medicamentos para tratar los síntomas compatibles con IRAs que no necesiten prescripción médica (continuación)

	PRINCIPIO ACTIVO	SÍNTOMAS	POSOLÓGÍA	INTERACCIONES	OTROS
ANTI-DIARRÉICOS	Loperamida	Diarrea aguda	<p><i>Niños > 12 años:</i> 2 mg iniciales seguidos de 2 mg tras cada deposición. Dosis máxima en función del peso.</p> <p><i>Adultos:</i> 4 mg iniciales seguidos de 2 mg tras cada deposición. Dosis máxima: 16 mg al día</p>	Laxantes (metilcelulosa, plantago ovata), naltrexona	<p>Contraindicaciones: hipersensibilidad al principio activo, diarrea infecciosa, colitis ulcerosa o colitis pseudomembranosa asociada al tratamiento con antibióticos de amplio espectro, enterocolitis bacteriana. En general cuando se quiera evitar la inhibición del peristaltismo</p> <p>Reacciones adversas: estreñimiento, flatulencia, cefalea, náuseas, mareo</p>
	Racecadotril		<p><i>Adultos y ancianos:</i> 100 mg inicialmente independiente de la hora del día, posteriormente, 100 mg/8h preferentemente antes de las comidas principales. Duración del tratamiento: hasta que se produzcan 2 deposiciones normales. El tratamiento no debe prolongarse más de 48h</p>	Butilhioscina, fenitoína	<p>Contraindicaciones: hipersensibilidad al principio activo, diarrea enteroinvasiva caracterizada con fiebre y sangre en las heces, diarrea provocada por antibioterapia</p> <p>Reacciones adversas: estreñimiento, vómitos, fiebre, erupciones cutáneas, cefalea.</p>
	Plantago ovata	Diarrea funcional y como medida adicional en caso de enfermedad de Crohn. Síndrome de intestino irritable. diverticulosis	<p><i>Adultos y adolescentes > 12 años</i> con propensión a situaciones diarreicas, inicialmente 10 g/8h durante 2-3 días. Posteriormente 5g/8h.</p> <p><i>Niños 6-12 años:</i> la mitad de la dosis del adulto</p>	Insulina. Administrar 30 minutos – 1h después de la administración de fármacos con índice terapéutico estrecho.	<p>Contraindicaciones: hipersensibilidad al principio activo, disfagia, obstrucción esofágica, sangrado rectal no diagnosticado, diabetes no controlada.</p> <p>Reacciones adversas: reacciones de hipersensibilidad, náuseas, diarrea, flatulencia, dolor abdominal.</p>
	COMBINACIONES CON ANTIPROPULSIVOS				
	Loperamida + simeticona	Diarrea aguda	<p><i>Niños > 12 años:</i> 2/125 mg iniciales seguidos de 2/125 mg tras cada deposición. Dosis máxima: 8/500 mg al día</p> <p><i>Adultos:</i> 4/250 mg iniciales seguidos de 2/125 mg tras cada deposición. Dosis máxima: 8/500 mg al día</p>	Laxantes (metilcelulosa, plantago ovata), naltrexona	<p>Contraindicaciones: hipersensibilidad a los principios activos, disentería aguda, colitis ulcerosa aguda, colitis pseudomembranosa asociada al tratamiento con antibióticos de amplio espectro, enterocolitis bacteriana. En general cuando se quiera evitar la inhibición del peristaltismo</p> <p>Reacciones adversas: disgeusia (trastorno del gusto), náuseas, estreñimiento, dolor de cabeza, mareos.</p>

Anexo 1. Medicamentos para tratar los síntomas compatibles con IRAs que no necesiten prescripción médica (continuación)

	PRINCIPIO ACTIVO	SÍNTOMAS	POSOLOGÍA	INTERACCIONES	OTROS
MICROORGANISMOS ANTI-DIARREICOS	<i>Lactobacillus acidophilus</i>	Diarrea aguda	<i>Adultos y niños:</i> 1000*10 ⁶ UFC 1-2 veces al día. Dosis máxima: 1000*10 ⁶ UFC 3 veces al día.	No existen interacciones de elevado riesgo	<p>Contraindicaciones: hipersensibilidad al principio activo, a la lactosa o a las levaduras.</p> <p>Reacciones adversas: no existen reacciones adversas muy frecuentes.</p>
	<i>Lactobacillus acidophilus + Bifidobacterium bifidum</i>		<i>Adultos y niños:</i> 1000*10 ⁶ /1000*10 ⁶ UFC 1-2 veces al día. Dosis máxima: 1000*10 ⁶ /1000*10 ⁶ UFC cada 8h, 15 minutos antes de las comidas		
	<i>Saccharomyces boulardii</i>		<i>Adultos y niños > 12 años:</i> de 250-500 mg al día distribuidos en dos tomas.		



SEFAC

Sociedad Española de Farmacia
Clínica, Familiar y Comunitaria



Con la colaboración de:

