

Infecciones Respiratorias Agudas Altas en Pediatría: Una versión actualizada

Acute Upper Respiratory Infections in Pediatrics

Mena Villareal Adriana
Hospital General Guasmo Sur
adrianamena24@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-65149>

Russo Jaramillo Napoleon Augusto
gruss_garleo_1844@outlook.es
<https://orcid.org/0009-0005-4048-7356>

Ecuador
<http://www.jahjournal.com/index.php/jah> Journal of
American health
Julio - Diciembre vol. 9. Num. 1– 2026
Esta obra está bajo una Licencia Creative
Commons
Atribución-NoComercial-CompartirIgual
4.0 Internacional.

RECIBIDO: 2 DE SEPTIEMBRE 2025
ACEPTADO: NOVIEMBRE DE 2025
PUBLICADO: 28 DE ENERO 2026



Scan this QR
code with your
smart phone or
mobile device to
read more papers

RESUMEN

Las IRA altas representan la principal causa de consulta pediátrica ambulatoria, con 6 u 8 episodios anuales por niño menor de 5 años. La etiología es predominantemente viral (>90%), con rinovirus como agente más frecuente, seguido de influenza A/B, parainfluenza, adenovirus y enterovirus (incluido EV D68). Streptococcus pyogenes causa alrededor de un tercio de las faringoamigdalitis en escolares, pero solo una minoría del total de consultas por odinofagia. En este contexto se revisó la información publicada sobre infecciones respiratorias agudas de vías altas (IRA) en pediatría, centrada en etiología, clínica, tratamiento y prevención en niños menores de 5 años durante 2021 y 2025 en bases biomédicas y guías internacionales, incluyendo estudios con diagnóstico microbiológico confirmado y datos de etiología y manejo en IRA pediátricas. Clínicamente predominan fiebre moderada, rinorrea, congestión nasal, odinofagia y tos, con curso autolimitado de 5 a 10 días y baja tasa de complicaciones en niños sanos. El tratamiento se basa en medidas de soporte (hidratación, lavados salinos, paracetamol/ibuprofeno), reservando antibióticos (penicilina/amoxicilina 10 días) para faringitis estreptocócica confirmada y evitando su uso empírico. Los antivirales (oseltamivir) se indican solo en influenza con factores de riesgo o situaciones específicas, sin utilidad demostrada en IRA leves. Los corticoides sistémicos no están recomendados en cuadros virales no complicados, excepto en crup moderado grave. La mayoría de las IRA pediátricas son virales, benignas y autolimitadas, por lo que el manejo debe centrarse en soporte, uso racional de antibióticos y antivirales, y refuerzo de estrategias preventivas, especialmente vacunación antigripal y medidas de higiene comunitaria.

Palabras claves: Inmunizaciones, vías altas, viral, pediatría

ABSTRACT

Acute upper respiratory infections (AURIs) represent the leading cause of outpatient pediatric consultations, with 6-8 episodes annually per child under 5 years. Etiology is predominantly viral (>90%), with rhinovirus as the most frequent agent, followed by influenza A/B, parainfluenza, adenovirus, and enterovirus (including EV-D68). *Streptococcus pyogenes* causes approximately one-third of school-age pharyngotonsillitis cases but only a minority of total odynophagia consultations. In this context, published information on acute upper respiratory infections (AURIs) in pediatrics was reviewed, focusing on etiology, clinical features, treatment, and prevention in children under 5 years during 2021-2025 in biomedical databases and international guidelines, including studies with confirmed microbiological diagnosis and data on AURI etiology and management in pediatrics. Clinically, moderate fever, rhinorrhea, nasal congestion, odynophagia, and cough predominate, with a self-limited course of 5-10 days and low complication rates in healthy children. Treatment is based on supportive measures (hydration, saline washes, paracetamol/ibuprofen), reserving antibiotics (penicillin/amoxicillin 10 days) for confirmed streptococcal pharyngitis and avoiding empirical use. Antivirals (oseltamivir) are indicated only for influenza with risk factors or specific situations, showing no demonstrated utility in mild AURIs. Systemic corticosteroids are not recommended for uncomplicated viral cases, except moderate-severe croup. Most pediatric AURIs are viral, benign, and self-limited, requiring management focused on supportive care, rational antibiotic/antiviral use, and reinforcement of preventive strategies, particularly influenza vaccination and community hygiene measures.

Key words: Immunizations, upper airways, viral, pediatrics

1. INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias agudas de vías altas son las patologías más frecuentes en la infancia, con etiología predominantemente viral (rinovirus, influenza, parainfluenza, VRS). Afectan exclusivamente vías superiores (nariz, faringe, senos etmoidales), sin compromiso de vías bajas. Las IRA causan alta morbilidad ambulatoria en pediatría global, pero son mayoritariamente virales autolimitadas que solo requieren medidas de soporte (lavados nasales, hidratación), su etiología es predominantemente viral (>90%), limitada exclusivamente a agentes de vías altas.

- Rinovirus (30-50%, circulación perenne, resfriado común)
- Influenza A/B (15-40% temporada invernal, faringitis febril)
- Parainfluenza 1-4 (10-15%, laringitis/crup superior)
- Adenovirus B3/B7 (5-10%, faringoconjuntivitis)
- Enterovirus (EV-D68/CVA6, 5%, cuadros catarrales) (3).

Generalmente, la enfermedad es leve y autolimitada en niños sanos. En lactantes <6 meses y menores de 2 años con comorbilidades (asma, cardiopatías), puede complicarse con otitis o deshidratación, aunque hospitalizaciones son raras para IRA puras (vs. vías bajas) (1), (2).

Los virus de la influenza se dividen en tipos A, B, C y D. Los de tipo A infectan aves, cerdos y humanos (subtipos H1N1/H3N2 causan epidemias estacionales de faringitis en niños); tipos B y C afectan casi exclusivamente humanos con síntomas leves en vías altas (2).

El manejo adecuado incluye vacunación, terapia antiviral específica según el agente causal, y medidas no farmacológicas como el uso de mascarillas y ventilación de espacios. Se debe dar un seguimiento a los 5 días a los niños a quienes el médico les inició tratamiento ambulatorio y verificar efectos secundarios (4); durante este periodo, es fundamental evaluar la resolución de síntomas, la tolerancia al tratamiento y la aparición de posibles complicaciones.

Los antivirales como el Oseltamivir están aprobado desde los 14 días de vida para influenza confirmada, pero guías actuales desaconsejan su uso sistemático en IRA altas leves/ambulatorias por beneficio limitado, reservándolo para casos con compromiso de vías bajas, alto riesgo o gravedad; en IRA altas pediátricas, el tratamiento es exclusivamente sintomático (5), (6), (7). En este contexto se pretende realizar una actualización sobre las infecciones de vías respiratorias altas en pediatría.

1. MATERIALES Y MÉTODO

Se elaboró una revisión narrativa sobre infecciones respiratorias agudas de vías altas (IRA alta) en población pediátrica, con énfasis en menores de 5 años.

Se realizaron búsquedas entre 2021 a 2025 en PubMed/MEDLINE, SciELO y Google Scholar, complementadas con guías de sociedades científicas y organismos internacionales (OMS, AAP, CDC, sociedades de pediatría). Se usaron combinaciones de términos en español e inglés: “upper respiratory tract infection”, “pediatric”, “children”, “rhinovirus”, “influenza”, “parainfluenza”, “adenovirus”, “enterovirus”, “Streptococcus pyogenes”, “treatment”, “antivirals”, “vaccination”.

Se incluyeron estudios observacionales, ensayos clínicos, series de casos, revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica que cumplieran los siguientes criterios: población pediátrica (principalmente <5 años), diagnóstico de infección respiratoria aguda de vías altas confirmada clínica y/o microbiológicamente, y reporte de datos sobre etiología, presentación clínica, tratamiento o prevención. Se excluyeron trabajos centrados en infecciones de vía respiratoria baja, en patología respiratoria crónica, en adultos o sin desagregación de datos pediátricos.

La selección de artículos se realizó por título y resumen, seguida de lectura a texto completo de los estudios potencialmente elegibles. Dos revisores evaluaron de forma independiente la pertinencia y calidad metodológica básica; las discrepancias se resolvieron por consenso. Dada la heterogeneidad de los diseños y de las medidas de resultado, no se efectuó metaanálisis; los hallazgos se sintetizaron de forma cualitativa, organizados en cuatro ejes: epidemiología y etiología, características clínicas, tratamiento y estrategias de prevención, con especial atención a vacunación antigripal y medidas de higiene.

2. RESULTADOS

Microorganismo	Frecuencia (%)	Temporada principal	Presentación típica IRA altas
Rinovirus	25-40	Todo el año	Resfriado común; rinorrea/congestión nasal
Influenza A (H1N1/H3N2)	15-30	Noviembre-febrero	Faringitis febril; fiebre >39°C
Parainfluenza 1-4	10-20	Otoño-primavera	Laringitis/crup superior; estridor
Adenovirus (B3/B7)	5-15	Invierno	Faringoconjuntivitis; fiebre alta
Enterovirus (EV-D68/CVA6)	3-8	Verano-otoño	Faringitis; herpangina (vesículas orales)
S. pyogenes	5-10	Invierno-primavera	Faringitis exudativa (Centor ≥3; TRA+)

La tabla # 1 presenta datos etiológica cuantitativa y estacional de los principales patógenos responsables de infecciones respiratorias agudas altas (IRA altas) en población pediátrica, estratificados por frecuencia relativa de aislamiento (25-40% rinovirus como agente predominante), estacionalidad pico (rinovirus perenne vs influenza invernal) y fenotipo clínico distintivo que facilita el diagnóstico diferencial sindrómico presuntivo. Desde una perspectiva epidemiológica prospectiva, esta distribución refleja patrones de circulación viral comunitaria documentados en cohortes multicéntricas de vigilancia activa (como RESPIRE o FLUVAC), donde la identificación temprana de marcadores clínicos-estacionales —fiebre catarral sostenida >39°C para influenza A H1N1/H3N2, estridor laríngeo para parainfluenza 1-4, o faringitis exudativa Centor ≥3 con TRA+ para S. pyogenes optimiza la estratificación de riesgo

Tabla # 1: Infecciones respiratorias altas en pediatría

Fuente: (3), (8).

Los virus de la influenza se dividen en tipos A, B, C y D. Los de tipo A infectan principalmente aves, cerdos y humanos (pueden zoonóticos, subtipos H1N1/H3N2 causan epidemias estacionales en niños). Los tipos B (linajes Victoria/Yamagata) y C infectan casi exclusivamente humanos, con B causando brotes moderados y C infecciones leves (3).

Generalmente, la influenza en vías altas respiratorias es leve y autolimitada (3-7 días) en niños sanos. En lactantes <6 meses con comorbilidades puede causar deshidratación u otitis, pero hospitalizaciones son excepcionales para IRA-VA puras (3), (2).

En menores de 3 años predominan fiebre moderada (38.5-39.5°C), rinorrea, faringitis y tos en gripe estacional de vías altas; síntomas gastrointestinales y somnolencia son infrecuentes en IRA-VA, sin presentación sepsis-like típica (3) (8).

La mayoría de las infecciones por virus de la influenza en pediatría cursan como cuadros febriles respiratorios agudos autolimitados, sin complicaciones mayores en niños sanos. Sin embargo, en lactantes <6 meses, preescolares con comorbilidades (cardiopatías congénitas, asma, inmunodeficiencias) o adolescentes con obesidad, pueden progresar a neumonía grave, miocarditis o encefalopatía, requiriendo hospitalización (5-10% casos) e incluso UCI, con mortalidad <1% pero prevenible.

La influenza A (subtipos H1N1/H3N2) causa epidemias anuales graves por su alta capacidad antigénica variable (drift/shift), manifestándose en pediatría con fiebre súbita >39°C, tos seca intensa, mialgias y rinorrea, afectando tracto alto-medio-bajo con riesgo neumonía en <5 años (10-20%).

Vigilancia local es clave para influenza A (H3N2) predomina 2025-2026 con resistencia oseltamivir <5%; H1N1 sensible, pero zanamivir preferido en brotes institucionales. Vacunación anual (IIV4 o LAIV4 >2 años) previene 50-70%; antivirales complementan en contactos hogar/escuela (10).

El tratamiento de la influenza en vías altas respiratorias es exclusivamente sintomático: paracetamol o ibuprofeno para fiebre (10-15 mg/kg/dosis); NO dextrometorfano ni dipirona rutinarios en niños <6 años por falta de evidencia y riesgos (8).

En infecciones gripales no complicadas de vías altas (faringitis/rinorrea), no se recomienda administración de antivirales (oseltamivir/zanamivir) independientemente de factores de riesgo, inicio temprano o prevención de otitis; su uso está reservado exclusivamente para casos graves con compromiso de vías bajas (neumonía, UCI). En IRA-VA pediátricas, los antivirales no reducen duración clínica significativa ni previenen complicaciones ambulatorias (3) (8), (9). (2), (11), (12).

En el caso de los antibióticos no están indicados de rutina, ya que la etiología es predominantemente viral (80-90% casos). Deben reservarse estrictamente para complicaciones bacterianas confirmadas o altamente probables, como otitis media aguda por *Streptococcus pneumoniae* (timpanocentesis o clínica grave), sinusitis bacteriana prolongada (>10 días con fiebre persistente) o faringitis estreptocócica por *Streptococcus pyogenes* (puntuación Centor ≥ 3 con prueba rápida positiva), evitando prescripciones empíricas que fomentan resistencias.

Asimismo, la aspirina está absolutamente contraindicada en niños con fiebre por riesgo de síndrome de Reye (encefalopatía hepática fatal, especialmente con influenza/VSR); priorizar antipiréticos seguros como paracetamol (10-15 mg/kg/dosis cada 6-8h) o ibuprofeno (10 mg/kg/dosis cada 6-8h), ajustando por peso y edad. Los corticosteroides sistémicos carecen de beneficio en IRA no complicada (bronquiolitis simple), pudiendo aumentar replicación viral y empeorar evolución clínica, según metaanálisis recientes; reservarlos solo para sibilancias recurrentes o crup moderado-severo (8), (13).

Aunque el crup no es estrictamente IRA alta las recomendaciones clásicas emitidas por Hall CB et al. el tratamiento fundamental del crup (laringotraqueobronquitis aguda) comienza con humidificación ambiental (vapor frío o aire húmedo) para aliviar la inflamación subglótica y tos perruna, manteniendo al niño tranquilo en posición cómoda. En casos con afectación laríngea moderada-severa (estridor en reposo, Westley ≥ 4), se indican corticoides como dexametasona oral/IM (0.15-0.6 mg/kg dosis única, máx. 10 mg) o budesonida nebulizada (2 mg), que reducen edema, duración síntomas y reingresos en 50-70%; la adrenalina racémica nebulizada (0.5 ml/kg de 1:1000, máx. 5 ml) ofrece alivio rápido (30-60 min) en graves, requiriendo observación 2-4h por rebote. Todos los pacientes hospitalizados por crup viral necesitan aislamiento de contacto estricto (máscara, bata, lavado riguroso) por 5-7 días de contagio, priorizando PCR para HPIV-1/2 y profilaxis en contactos vulnerables (14)

En relación con influenza B (linajes Victoria/Yamagata) circula menos (20-30% temporada), produce cuadros similares, pero menos severos en niños sanos, con predominio escolar (1 - 12 años), menor tropismo pulmonar y hospitalizaciones 30-50% inferiores a A, aunque con sibilancias recurrentes en asmáticos.

Es también conocida como gripe estacional, es una infección respiratoria aguda provocada por virus gripales y se presenta de manera común en todo el mundo. La mayoría de las personas afectadas se recuperan sin necesidad de tratamiento médico.

El virus se transmite con facilidad de una persona a otra, principalmente a través de la tos y los estornudos. La vacunación sigue siendo el método más eficaz para prevenir la enfermedad. Los síntomas típicos de la gripe incluyen fiebre de inicio repentino, tos, dolor de garganta, dolores corporales y sensación de fatiga.

La mayoría de las personas se recuperan de la gripe por sí solas, pero en el caso de ser síntomas leves según la OMS menciona: Administrar acetaminofén en caso de fiebre y mialgias y beber mucho líquido. (15)

La vacunación es el método más eficaz para prevenir la gripe. Existen vacunas seguras y efectivas que se han utilizado durante más de 60 años. Dado que la inmunidad proporcionada por la vacuna disminuye con el tiempo, se recomienda recibirla anualmente. Aunque la eficacia puede ser menor en las personas mayores, la vacunación contribuye a atenuar la gravedad de la enfermedad, además de reducir el riesgo de complicaciones graves y mortalidad.

Así también, en el caso de tratamiento para casos graves de influenza B están autorizados el uso de los antivirales. El ministerio de Salud de Colombia menciona: Oseltamivir en tabletas de 75mg, la ventaja del Oseltamivir es su administración por vía oral. (16) Los inhibidores de neuraminidasa están indicados para el tratamiento de pacientes con sospecha o confirmación de virus de influenza A y B y que lleven menos de 48 horas de síntomas.

El Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Gripe (SMVRG) de la OMS monitorea la resistencia de los virus gripales en circulación a los antivirales. Esto permite ofrecer información actualizada y relevante para respaldar las políticas nacionales sobre el uso adecuado de estos medicamentos.

Por otro lado, los virus de la parainfluenza (HPIV) afectan a pacientes pediátricos a nivel mundial, siendo uno de los agentes etiológicos principales que provocan infecciones respiratorias agudas a nivel del tracto respiratorio bajo (17), (18) no obstante los virus parainfluenza humanos tipos 1 y 2/4 (HPIV-1 y HPIV-2) son los principales agentes causales de laringotraqueobronquitis aguda (crup) en niños de 6 meses a 4 años, afectando predominantemente el tracto respiratorio alto y medio con inflamación subglótica característica. HPIV-1 lidera epidemias otoñales bienales (50-70% crup), iniciando como resfriado con fiebre baja, rinorrea y tos perruna progresiva, ronquera, estridor inspiratorio y retracciones en 12-72 horas; HPIV-2 causa cuadros similares, pero menos frecuentes y graves (20-30% casos). A diferencia del HPIV-3 (bronquiolitis baja), estos serotipos rara vez progresan a neumonía en inmunocompetentes, con hospitalización en 5-10% por obstrucción severa; tratamiento es sintomático (dexametasona 0.6 mg/kg única dosis, nebulizaciones racémicas si estridor).

Respecto a los adenovirus son virus ADN sin envuelta, agrupados en 7 especies (A-G) con más de 100 genotipos, que en la infancia afectan sobre todo vías respiratorias y digestivas, con especial protagonismo de los tipos B3/B7 y C1/C2/C5/C6 en infecciones respiratorias. En el niño inmunocompetente se transmiten por gotitas y por contacto, se fijan al epitelio a través del receptor CAR y se replican en el núcleo, produciendo lisis celular, inflamación y liberación de citoquinas que explican la fiebre alta y el malestar. Clínicamente pueden manifestarse como faringitis exudativa, fiebre faringoconjuntival (ojo rojo + fiebre + ganglios cervicales), bronquitis o neumonía con hipoxemia, y en otros casos como gastroenteritis (serotipos 40/41) o cistitis hemorrágica, especialmente en menores de 5 años.



El manejo es fundamentalmente de soporte: buena hidratación, control de la fiebre y del dolor, oxígeno si hay dificultad respiratoria, evitando antibióticos salvo clara sospecha de sobreinfección bacteriana; los antivirales como cidofovir quedan reservados a cuadros muy graves en niños inmunodeprimidos, y la prevención se basa en medidas estrictas de higiene y aislamiento por gotas y contacto en el medio hospitalario (19).

Así mismo los enterovirus (familia Picornaviridae), son ARN monocatenario sin envuelta, agrupan >100 serotipos en especies A-D (EV-A: Coxsackie A6/A16/EV71; EV-B: Coxsackie B/ porEchovirus; EV-C: Coxsackie A24; EV-D: EV-D68/D70), comunes en pediatría por transmisión fecal-oral/gotas, con replicación entérica a 37°C seguida de viremia. Infectan enterocitos → lisis + diseminación hematológica a meninges, piel, corazón y respiratorio, liberando citoquinas que explican fiebre, exantema y malestar; EV-D68 destaca por parálisis aguda flácida (0.1-1% casos graves) y bronquiolitis. Clínicamente producen faringoamigdalitis (EV-B), enfermedad mano-pie-boca (EV-A71/CVA6: vesículas acrales/orales), meningitis aséptica (EV-B, 80% EV), miocarditis neonatal (CVB) o conjuntivitis hemorrágica (CVA24); respiratorios raros (5-10% bronquitis leve). Autolimitados 3-7 días en inmunocompetentes; manejo soporte exclusivo (hidratación, paracetamol, aislamiento fecal/gotas 7-10 días), IVIG en neonatos graves, sin antivirales aprobados; prevenir con higiene estricta (reduce 50% brotes veraniegos) (20).

Los enterovirus, especialmente el serotipo EV D68, se han consolidado como una causa emergente de infección respiratoria alta en la infancia en los últimos años, con evidencia robusta en estudios multicéntricos 2017-2024 y series actualizadas hasta 2025. La mayoría de los niños consultan por un cuadro de vías respiratorias altas que imita una gripe o un catarro intenso: rinorrea acuosa, congestión nasal, tos, odinofagia y malestar general, a menudo acompañados de fiebre moderada; más de 85-90% presentan tos y congestión, y alrededor de dos tercios refieren respiración rápida o sensación de “falta de aire”. En un porcentaje no despreciable, sobre todo en menores de 5 años y en niños con asma o antecedentes de hiperreactividad bronquial, la infección de vías altas progresa a afectación de vías bajas con sibilancias, tiraje y necesidad de oxígeno suplementario, e incluso se ha asociado a neumonía grave y, en un pequeño subgrupo, a mielitis flácida aguda tipo “poliomielitis”, lo que ha llevado a considerar EV D68 como patógeno de alta vigilancia. Pese a esta potencial gravedad, el tratamiento sigue siendo fundamentalmente de soporte (hidratación, control de la fiebre, broncodilatadores e ingreso si hay insuficiencia respiratoria), sin antivirales específicos disponibles por el momento, y las principales recomendaciones de 2024-2025 insisten en la necesidad de reforzar la vigilancia genómica, la notificación de casos y las medidas de prevención (higiene de manos, etiqueta respiratoria, evitar la asistencia a escuela/guardería mientras haya síntomas) para limitar la transmisión comunitaria (21).

Finalmente, de los *Streptococcus pyogenes* (estreptococo beta hemolítico del grupo A) es el principal patógeno bacteriano de las infecciones de vía respiratoria alta en la infancia, responsable de aproximadamente un tercio de las faringoamigdalitis agudas en escolares, especialmente en invierno y primavera.

Coloniza la orofaringe y se transmite por gotas respiratorias en entornos cerrados (escuela, guardería), produciendo desde cuadros leves como faringitis y escarlatina hasta formas graves como enfermedad invasiva (sepsis, fascitis necrosante) y complicaciones inmunomediadas (fiebre reumática, glomerulonefritis postestreptocócica). La faringitis estreptocócica típica se manifiesta con fiebre, odinofagia intensa, exudado amigdalar y adenopatías laterocervicales, con ausencia de tos, y debe confirmarse con test rápido de antígeno y/o cultivo faríngeo en niños ≥ 3 años para evitar tanto el infratratamiento como el uso innecesario de antibióticos.

El tratamiento de elección sigue siendo penicilina o amoxicilina durante 10 días, altamente eficaces y con mínima resistencia documentada, ya que el objetivo no es solo aliviar síntomas, sino prevenir fiebre reumática y otras complicaciones; las cefalosporinas orales de 3.^a generación se reservan para alergia a penicilina o fracasos documentados, dado su mayor coste y el riesgo de favorecer resistencia (22).

Las infecciones respiratorias agudas de vías altas en pediatría requieren vacunación universal contra influenza anual (todos >6 meses) como pilar preventivo, junto con planes epidémicos centinela que detectan cocirculación gripe/EV-D68 y guían campañas escolares. La respuesta inmune innata pediátrica, estimulada por vacunas vivas y exposición natural a rinovirus, reduce 40-70% faringitis y otitis; *S. pyogenes* (30% escolares) precisa amoxicilina x10 días solo tras test rápido positivo (Centor ≥ 3) (23).

Se centra en cuidados de soporte para aliviar síntomas y prevenir complicaciones (24). Mantener hidratación adecuada (leche materna/fórmula abundante, sueros orales si fiebre reduce ingesta), control antipirético con paracetamol (10-15 mg/kg/dosis c/6-8h) o ibuprofeno (10 mg/kg/dosis c/6-8h) y reposo en ambiente tranquilo. Para congestión nasal, use suero fisiológico (2-3 gotas/narina c/4h) y aspiración suave en lactantes; evite descongestionantes nasales por falta de eficacia y riesgos. (25), Nebulizaciones salinas (NaCl 3% 4 ml c/6h) alivian obstrucción leve; broncodilatadores (salbutamol) solo con sibilancias/estridores documentados (HPIV1/2 crup). Oxigenoterapia se reserva a hipoxemia (SatO₂ $<92\%$) vía cánula nasal; en moderados-graves, CAFO (2 L/kg/min) reduce trabajo respiratorio sin necesidad rutinaria de VNI. Antibióticos no indicados en virales (90-95% IRAH); reservar amoxicilina para faringitis estreptocócica confirmada (26), (27).

La prevención de las infecciones respiratorias agudas resulta relevante, particularmente en períodos de bajas temperaturas, debido al incremento de la transmisión de patógenos, estos patógenos son responsables de una elevada morbimortalidad (28); especialmente en menores de cinco años. OMS 2026 prioriza vigilancia nacional de influenza A(H3N2)/H1N1 para ajustar composición vacunal; manejo ambulatorio incluye seguimiento día 5 para evaluar fiebre/odinofagia y tolerancia terapéutica. Oseltamivir <48h se reserva a influenza PCR+ en alto riesgo (<5 años, asma); medidas no farmacológicas (lavado manos, ventilación aulas) previenen brotes EV-D68/herpangina CVA6 (29); (30).

La Vacunación es fundamental para prevenir infecciones respiratorias en niños. Se recomienda la vacunación anual contra la influenza para todos los niños a partir de los 6 meses de edad. Además, la vacunación contra COVID-19 está indicada para niños desde los 6 meses, según las pautas actuales. Para el VSR, se dispone de anticuerpos monoclonales que ofrecen protección, especialmente en lactantes y niños pequeños con alto riesgo de enfermedad grave (31).

Es importante destacar que no existe un tratamiento específico para la mayoría de las infecciones virales. El tratamiento se enfoca en aliviar los síntomas y prevenir complicaciones (32).

La vacunación antigripal anual representa la principal estrategia preventiva contra infecciones respiratorias agudas de vías altas en pediatría, recomendada universalmente por AEP/OMS para todos los niños ≥ 6 meses sin contraindicaciones. Las vacunas tetravalentes (IIV4/IM nasales LAIV4 ≥ 2 años) para la temporada 2025-2026 protegen contra influenza A(H1N1)pdm09, A(H3N2), B/Victoria y B/Yamagata, previniendo 50-70% faringitis gripales y reduciendo consultas ambulatorias, absentismo escolar y transmisión intrafamiliar. La eficacia es mayor en niños vacunados anualmente (60-75% años prevacunados) y atenúa gravedad sintomática incluso en mismatch antigénico (~40%). No existen vacunas disponibles contra rinovirus, parainfluenza, adenovirus ni enterovirus —agentes mayoritarios IRA altas—, haciendo de la inmunización antigripal la intervención costo-efectiva más relevante para disminuir carga clínica de vías altas en atención primaria pediátrica (33).

3. DISCUSIÓN

Los datos revisados confirman que las infecciones respiratorias agudas de vías altas en pediatría siguen siendo un problema de salud pública de alta frecuencia, pero generalmente de baja gravedad en niños inmunocompetentes, con una etiología viral claramente predominante y un papel central de rinovirus, influenza, parainfluenza, adenovirus y enterovirus. Esta distribución es coherente con los sistemas actuales de vigilancia, donde rinovirus mantiene una circulación prácticamente constante a lo largo del año y los virus gripales concentran su impacto en los meses fríos, contribuyendo de forma importante a los cuadros de faringitis y resfriado intenso en la edad pediátrica. La participación de *Streptococcus pyogenes* se circunscribe fundamentalmente a faringitis exudativa en escolares, de modo que solo una fracción limitada de las consultas por odinofagia corresponde a verdaderas infecciones bacterianas que requieren antibióticos.

En comparación con la etapa prepandémica, se han descrito cambios en los patrones de circulación de virus de vías altas, con temporadas gripales atípicas y un aumento de la proporción relativa de otros patógenos como los enterovirus, entre ellos EV D68, que se manifiestan a menudo como cuadros de vías altas clínicamente indistinguibles de otros catarros o “gripes” sin compromiso de vía baja. Este escenario resalta la importancia de la vigilancia virológica y de disponer de pruebas moleculares capaces de identificar múltiples virus de vías altas a partir de una única muestra, especialmente en contextos de brotes escolares o en niños con factores de riesgo. No obstante, el uso rutinario de paneles de PCR multiplex en todos los niños con rinorrea, tos y fiebre leve no es coste efectivo y debería reservarse para casos seleccionados, en los que el resultado tenga impacto real en decisiones de aislamiento, quimioprofilaxis o manejo clínico.

Desde el punto de vista terapéutico, la evidencia es consistente en que la gran mayoría de las infecciones de vías altas son autolimitadas y se resuelven con medidas de soporte, que incluyen hidratación adecuada, lavados nasales con solución salina y uso prudente de antipiréticos seguros como paracetamol o ibuprofeno, evitando el empleo de aspirina por el riesgo de síndrome de Reye. El uso indiscriminado de antibióticos sigue siendo uno de los principales problemas en el manejo de las IRA de vías altas: la fiebre y la odinofagia por sí solas no justifican la prescripción empírica de antimicrobianos. La indicación de amoxicilina o penicilina debe restringirse a faringitis estreptocócica confirmada mediante prueba rápida de antígeno o cultivo faríngeo, especialmente cuando la probabilidad clínica es alta; en otros cuadros típicamente virales (resfriado, faringitis no exudativa con tos y coriza) la antibioterapia no aporta beneficio y favorece la selección de resistencias.



El papel de los antivirales en las infecciones de vías altas es limitado. Oseltamivir ha demostrado utilidad en la reducción de duración de síntomas y de algunas complicaciones en influenza, pero su indicación debe individualizarse y, en el contexto específico de infecciones confinadas a vías altas en niños sanos, el beneficio clínico es modesto. Diversas guías coinciden en que, para la mayoría de los cuadros gripales no complicados de vías altas atendidos en el ámbito ambulatorio, el tratamiento puede ser exclusivamente sintomático, reservando los antivirales para pacientes con factores de riesgo o con afectación más extensa. No existen antivirales específicos disponibles para la mayoría de los virus implicados en IRA VA (rinovirus, adenovirus en inmunocompetentes, enterovirus respiratorios), lo que refuerza el enfoque conservador basado en soporte, información a la familia y signos de alarma.

En cuanto al uso de corticoides, las recomendaciones actuales desaconsejan su empleo sistemático en infecciones virales no complicadas de vías altas, ya que no se ha demostrado un beneficio clínico consistente y existe preocupación por posibles efectos adversos y por la prolongación de la excreción viral cuando se utilizan sin indicación precisa. La excepción clásica, aunque se trata de un cuadro que afecta el segmento laríngeo superior, es el crup viral (laringotraqueítis), en el que una dosis única de dexametasona y, en casos seleccionados, adrenalina nebulizada han mostrado reducir la intensidad de los síntomas y la necesidad de observación prolongada. Este ejemplo subraya la necesidad de distinguir claramente entre los distintos fenotipos de patología de vías altas (resfriado común, faringitis, laringitis/crup) para aplicar tratamientos dirigidos cuando la evidencia lo respalda y evitar intervenciones innecesarias en los cuadros banales.

La prevención se consolida como el eje más eficaz para reducir la carga de enfermedad por infecciones de vías altas. La vacunación anual frente a influenza en la población infantil a partir de los 6 meses de edad disminuye el número de episodios gripales de vías altas, reduce consultas y visitas a urgencias, y atenúa la

intensidad de los cuadros clínicos, incluso cuando la eficacia vacunal no es óptima. A ello se añade la vacunación frente a COVID 19, que contribuye a reducir la superposición de cuadros virales respiratorios de vías altas y facilita el manejo clínico durante los picos estacionales. Las medidas no farmacológicas — lavado de manos, etiqueta respiratoria, ventilación de espacios, aislamiento temporal en el hogar ante síntomas agudos— siguen siendo estrategias de bajo coste y alto impacto para limitar la transmisión de virus de vías altas en guarderías y centros escolares.



Esta revisión presenta limitaciones propias de su carácter narrativo, entre ellas la posible omisión de estudios relevantes y la heterogeneidad de los trabajos incluidos en cuanto a definición de caso, métodos diagnósticos y criterios de gravedad, lo que dificulta la comparación cuantitativa de tasas de infección y de complicaciones. Además, el foco en niños menores de 5 años deja menos explorada la carga de enfermedad por infecciones de vías altas en escolares mayores y adolescentes, donde *S. pyogenes* y la influenza siguen teniendo un papel significativo. A pesar de estas limitaciones, los hallazgos refuerzan varios mensajes clave: la importancia de reconocer que la mayoría de las infecciones de vías altas en pediatría son virales y autolimitadas; la necesidad de restringir antibióticos y antivirales a indicaciones bien definidas; y la prioridad de fortalecer las estrategias preventivas, en especial la vacunación antigripal, la vacunación frente a COVID 19 y las medidas de higiene en la comunidad. Futuros estudios deberían profundizar en el impacto de los virus emergentes de vías altas, optimizar algoritmos clínicos y diagnósticos para distinguir infecciones virales de origen bacteriano y evaluar intervenciones educativas dirigidas a reducir la prescripción innecesaria de antimicrobianos en la infancia

4. **CONCLUSIONES:**

Las infecciones respiratorias agudas de vías altas en pediatría mantienen etiología viral predominante (>90%) con rinovirus como agente perenne más frecuente (25-40%) e influenza A/B como protagonista estacional (15-30%), requiriendo manejo exclusivamente sintomático (lavados salinos, hidratación, paracetamol 15 mg/kg) sin oseltamivir rutinario en cuadros leves —reservado solo a influenza confirmada con riesgo/gravedad—. Antibióticos se limitan estrictamente a *S. pyogenes* documentado (TRA+/Centor \geq 3), mientras PCR multiplex optimiza diagnóstico etiológico selectivo en contextos específicos. Persiste sobreprescripción antibióticos (30-40% consultas) como principal reto, cuando 95% cuadros virales son autolimitados requiriendo zero fármacos específicos; la vacunación antigripal anual \geq 6 meses previene 50-70% faringitis gripales, constituyendo la estrategia preventiva más costo-efectiva

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Torrico Villarroel NG, Copana Olmos RR, Torrico Montaña MV, Calderón Lopez ME, Parrado Vargas R. Epidemiología molecular del SARS CoV-2, VSR y FLU en niños con Infección Respiratoria Aguda Grave. *Gac Med Bol.* 2022 Julio-Diciembre; 45(2): p. 153-159.
2. Gao Y, Guyatt G, Uyeki T, Liu M, Chen Y, Zhao Y, et al. Antivirals for treatment of severe influenza: a systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *The Lancet.* 2024 Agosto; 404(10454): p. 753-763.
3. Olivier W. Gripe estacional infantil. *EMC Pediatría.* 2024 Marzo; 59(1): p. 1-10.
4. Ministerio de Salud y protección social. Programa nacional de prevención, manejo y control de la infección respiratoria aguda y la enfermedad diarreica aguda. 1st ed. Colombia: Ministerio de Salud; 2023.
5. Harper SA, Bradley JS, Englund JA, File TM, Gravenstein S, Hayden FG, et al. Influenza estacional en adultos y niños—Diagnóstico, tratamiento, quimioprofilaxis y control de brotes institucionales: Guías de práctica clínica de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de Estados Unidos de América. *Clinical Infectious Diseases.* 2021 Abril; 48(8): p. 1003-1034.
6. Ministerio de Salud República Argentina. *Argentina.gob.ar.* [Online].; 2024 [cited 2025 01 05]. Available from: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevenccion_y_control_ir_a-2024.pdf?utm.
7. Parrales Cedeño AP, JMAJ, & HGCLC. Infecciones Respiratorias Agudas en Niños: Análisis de comorbilidades Patógenos y Letalidad.. *Journal of American Health.* 2025; 8(1).
8. López-Medrano F, Alfayate S, Carratalà J, Chamorro-Camazón J, Cordero E, Cruz-Cañete M, et al. Resumen ejecutivo – Diagnóstico, tratamiento y profilaxis de la infección por virus de la Gripe – Documento de Consenso de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (S. *Anales de Pediatría.* 2023 Marzo; 98(3).
9. Scott A Harper ea. Influenza estacional en adultos y niños—Diagnóstico, tratamiento, quimioprofilaxis y control de brotes institucionales: Guías de práctica clínica de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de Estados Unidos de América. [Online].; 2019 [cited 2024 diciembre 27]. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7107965/>.
- 10 World Health Organization. Guidelines of Influenza. [Online].; 2024 [cited 2024 diciembre 27]. Available from: https://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/clinicalmanage07/en/index.html.
- 11 Chow E, Englund J. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Infections in Children. *Infect Dis Clin North Am.* 2022 Febrero; 36(2): p. 435-479.
- 12 Esposito S, Marchetti F, Lanari M, Caramelli F, De Fanti A, Vergine G, et al. COVID-19 Management in the Pediatric Age: Consensus Document of the COVID-19 Working Group in Paediatrics of the Emilia-Romagna Region (RE-CO-Ped), Italy. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Abril; 18(8).

- 13 Yao Z, Heng K, Wen A, Sim W. The convergent evolution of influenza A virus: Implications, therapeutic strategies and what we need to know. *Curr Res Microb Sci*. 2023 Septiembre; 7(5).
- 14 Pintos Pascual I MREATARMA. Infecciones por virus de la gripe y virus respiratorios. [Online].; 2020 [cited 2024 diciembre 27. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0304541218301173>.
- 15 CDC. Signos y síntomas de la influenza. [Online].; 2024 [cited 2024 diciembre 27. Available from: <https://espanol.cdc.gov/flu/signs-symptoms/index.html>.
- 16 Gobierno de Colombia. Lineamientos para la prevención, diagnóstico, manejo y control de casos de Influenza. [Online].; 2018 [cited 2024 diciembre 27. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/lineamientos-prevencion-diagnostico-manejo-control-casos-influenza.pdf>.
- 17 Marcink T, Porotto M, Moscona A. Parainfluenza virus entry at the onset of infection. *Adv Virus Res*. 2023 Agosto; 23(111): p. 1-29.
- 18 Synlab. Enfermedades respiratorias: entienda sobre los tipos de enfermedades, los virus y formas de prevención. [Online].; 2024 [cited 2024 diciembre 27. Available from: <https://www.synlab-sd.com/es/blog/salud-y-bienestar-es/enfermedades-respiratorias-entienda-que-tipos-de-enfermedades-existen-cuales-son-sus-sintomas-y-que-debe-hacer-para-prevenir/>.
- 19 Stopczynski T ea. Adenovirus Types in US Children Hospitalized or Seen in the Emergency Department With Acute Respiratory Illness, 2016-2019. *Open Forum Infect Dis*. 2025 Nov 2; 12(2).
- 20 Fernandez-Garcia MD ea. Detections of rare enterovirus C105 linked to an emerging novel clade, Spain, 2019 to 2024. *Euro Surveill*. 2025; 30(6).
- 21 Enterovirus-D68 – a reemerging non-polio enterovirus that causes severe respiratory and neurological disease in children. *Sec. Emerging and Reemerging Viruses*. 2025 febrero ; 4.
- 22 Cristina C, Lozano JS. Situación epidemiológica actual de la infección invasiva por *Streptococcus pyogenes*. *Asociacion Española de Pediatría*. 2025; 100(3).
- 23 Gobierno de México, Secretaría de Salud. GOB.MX. [Online].; 2024 [cited 2025 01 05. Available from: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/894618/12_Lineamiento_Estandarizado_VE_y_Lab_Enf_Resp_Viral.pdf.
- 24 Organización Panamericana de la Salud. Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. [Online].; 2023 [cited 2025 Enero 10. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/influenza-sars-cov-2-vsr-otros-virus-respiratorios>.
- 25 Torres JP. Manejo de las infecciones respiratorias bacterianas en pediatría. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2014 mayo; 25(3).
- 26 Katz S. Infecciones por los virus parainfluenza (paragripales) - Manual Merck versión para profesionales. [Online].; 2024 [cited 2025 Enero 10. Available from: https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/enfermedades-infecciosas/virus-respiratorios/infecciones-por-los-virus-parainfluenza-paragripales?utm_source=chatgpt.com.

- 27 Francisco González L, Calvo Rey C. Infecciones respiratorias virales. Protoc diagn ter pediatr. 2023 Julio; 2(1): p. 139-149.
- 28 Benites-Meza JK, Herrera-Añazco , Yhuri Carreazo N, Bendezu-Quispe G, Soriano-Moreno AN, Benites-Zapata VA. Asociación entre madres adolescentes e infecciones agudas en menores de cinco años en el Perú 2015-2019. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2024 Junio; 24(1).
- 29 Silva-Guayasamín LG, Callejas D, Silva-Sarabia A, Silva-Orozco GS. Perfil epidemiológico de infecciones respiratorias agudas en pacientes pediátricos en Ecuador. Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión. 2022 Abril-Junio; 7(2).
- 30 Torrico Villarroel G, Copana Olmos RR, Torrico Montaña MV, Calderón Lopez ME, Parrado Vargas R. Molecular epidemiology of SARS CoV-2, RSV and FLU in Children with severe acute respiratory infection. Gaceta Médica Boliviana. 2022 Diciembre; 45(2).
- 31 Silva-Guayasamín LG, Callejas D, Silva-Sarabia CA, Silva-Orozco GS. Perfil epidemiológico de infecciones respiratorias agudas en pacientes pediátricos en ecuador. Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión. 2022 Abril-Junio; 7(2).
- 32 Organización Panamericana de la Salud. Tratamiento de niños con infección respiratoria aguda: Modelos simplificados para la elección del tratamiento de niños con tos | Iris.paho.org. [Online].; 2020 [cited 2025 Enero 10. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/40990/a245532.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- 33 Aepcac. Comité asesor de inmunizaciones. [Online].; 2025 [cited 2025 octubre. Available from: <https://vacunasaep.org/profesionales/calendario-de-vacunaciones-e-inmunizaciones-aep-2026>.