

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Tratamiento de Faringoamigdalitis Aguda

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-073-08



CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

J02.9 Faringitis Aguda, no Especificada
J03.9 Amigdalitis Aguda, no Especificada

GPC

Guía de Práctica Clínica
Diagnóstico y Tratamiento de Faringoamigdalitis Aguda

ISBN: 978-607-8270-12-5**DEFINICIÓN**

La faringoamigdalitis aguda es una infección de la faringe y de las amígdalas que se caracteriza por garganta roja de más de cinco días de duración, afecta a ambos sexos y a todas las edades pero es mucho más frecuente en la infancia.

FACTORES DE RIESGO

Los siguientes factores se asocian a un riesgo mayor para desarrollar faringoamigdalitis aguda:

- Tabaquismo y exposición al humo de tabaco.
- Contacto con pacientes con faringoamigdalitis o con portadores asintomáticos de *Streptococcus beta-hemolítico del Grupo A (EBHGA)*.
- Antecedente de haber padecido reflujo gastroesofágico.

Se recomiendan las siguientes medidas para disminuir posibles contagios de la enfermedad:

- Utilización de cubre bocas.
 - Evitar la exposición a cambios bruscos de temperatura.
 - Inmunodepresión.
 - Exposición a clima artificial.
 - Actividad laboral relacionada con el uso de la voz.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Se recomiendan las siguientes medidas para disminuir posibles contagios de la enfermedad:

- Utilización de cubre bocas.
- Evitar la exposición a cambios bruscos de temperatura.

DIAGNÓSTICO TEMPRANO

El diagnóstico de faringoamigdalitis aguda es clínico. Un 90% de los casos de faringoamigdalitis aguda en los adultos es de etiología viral y los síntomas característicos son: odinofagia, tos, coriza, conjuntivitis y úlceras faríngeas. Los casos ocasionados por bacterias se caracterizan por la presencia de fiebre, odinofagia, adenopatía cervical anterior, exudado purulento y ausencia de tos.

INTERROGATORIO

Se recomienda Investigar si el paciente ha estado en contacto con personas enfermas de faringoamigdalitis o con portadores asintomáticos de Streptococcus beta-hemolítico del Grupo A (EBHGA).

Los síntomas que se deben investigar son:

- Fiebre
- Cefalea
- Anorexia
- Rinorrea y cambios en las características de la secreción nasal
- Tos
- Disfonia
- Vómito
- Dolor abdominal

EXPLORACIÓN

Durante la exploración física se recomienda evaluar al paciente en búsqueda de los siguientes síntomas:

- Hiperemia conjuntival
- Adenopatía cervical anterior
- Congestión nasal
- Hiperemia e hipertrofia amigdalina
- Exudado amigdalino purulento
- Rash o urticaria

EXAMENES DE LABORATORIO

- No se recomienda realizar en forma rutinaria la prueba de antígeno rápido de inmunoensayo para identificar EBHGA como complemento para el diagnóstico de un cuadro de faringoamigdalitis aguda.
- El cultivo del exudado de la faringe se recomienda en los casos de recurrencia que no mejoran con el tratamiento.
- Se recomienda que los casos que presentaron prueba negativa de antígeno rápido de radioinmunoensayo para identificar EBHGA, se complemente con cultivo faríngeo para la detección de Streptococcus.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Faringoamigdalitis viral.

El tratamiento es inicialmente sintomático durante los primeros tres días

- Paracetamol 500mg VO cada 8hs de 3 a 5 días ó
- Naproxeno 250 mg vía oral cada 12 horas de 3 a 5 días

Faringoamigdalitis bacteriana.

Es posible establecer un diagnóstico de faringoamigdalitis estreptocócica e iniciar tratamiento empírico cuando se encuentran 4 de los síntomas clásicos (crecimiento amigdalino o exudado, adenopatía cervical anterior y fiebre de 38°C en ausencia de tos).

Se recomienda el uso uno de los siguientes esquemas:

- Amoxicilina ácido clavulánico 500 mg c/8 hrs. 10 días
- Cefalosporina de primera generación 10 días
- Clindamicina 600 mg/día en 2-4 dosis por 10 días
- Cuando se disponga de penicilina procainica puede aplicarse el siguiente esquema: Penicilina compuesta de 1,200,000 UI una aplicación cada 12 horas por dos dosis, seguidas de 3 dosis de penicilina procaínica de 800,000 UI cada 12 horas intramuscular.

En casos de alergia a la penicilina se recomiendan las siguientes alternativas:

- Eritromicina 500 mg vía oral cada 6 horas por 10 días ó
- Trimetroprima sulfametoxazol tabletas de 80/400 mg, 2 tabletas vía oral cada 12 hrs. por 10 días.

TRATAMIENTO DE ERRADICACIÓN DE ESTREPTOCOCO BETA HEMOLÍTICO.

Es recomendable que el tratamiento de erradicación de estreptococo beta hemolítico inicie 9 días después de la enfermedad aguda. Se recomienda la utilización de penicilina con el siguiente esquema :

Penicilina benzatínica de 1,200,000 UI IM cada 21 días por 3 meses.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Las medidas generales que se recomiendan para el manejo de los síntomas de los pacientes con faringoamigdalitis aguda son las siguientes:

- Incrementar la ingestión de líquidos.
- Mantener una alimentación adecuada, si el paciente presenta ofrecer los alimentos en pequeñas cantidades.
- Realizar gárgaras con agua salada preparada con un vaso con agua y $\frac{1}{4}$ de cucharada de bicarbonato.

CRITERIOS DE REFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Se recomienda enviar en forma urgente a un hospital de segundo nivel a los pacientes que presenten los siguientes síntomas asociados a la faringoamigdalitis aguda

- Cianosis
- Estridor
- Sialorrea
- Disfagia
- Dificultad respiratoria

- Epiglotitis
- Absceso periamigdalino o retrofaríngeo
- Casos que presenten la posibilidad de complicaciones no supurativas de faringoamigdalitis aguda como fiebre reumática y glomerulonefritis

Los pacientes que ameritan evaluación en segundo nivel de atención en forma ordinaria son:

- Pacientes con reporte de cultivo faríngeo positivo a *Staphylococcus aureus* y que laboran con pacientes inmunodeprimidos y con heridas abiertas.
- Pacientes con cultivo faríngeo positivo post-tratamiento de erradicación.
- Pacientes con síndrome de apnea del sueño obstructivo
- Pacientes con cuadros recurrentes por:
 1. Tolerancia.
 2. Insuficiente concentración de antibiótico.
 3. Presencia de *Staphylococcus aureus* productor de beta-lactamasa.
 4. Pobre respuesta al tratamiento o fracaso clínico y bacteriológico.
 5. Ausencia de flora bacteriana de interferencia para el crecimiento de EBHGA.

Es recomendable que los pacientes que sean referidos a segundo nivel en forma ordinaria se les solicite los siguientes estudios: exudado y cultivo faríngeo, proteína C reactiva, factor reumatoide, antiestreptolisinas, velocidad de eritrosedimentación globular.

VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

Se recomienda informar al paciente que en caso de que los síntomas no cedan en un período de 48 a 72hs acuda al servicio médico para su revaloración. En estos casos es necesario descartar absceso y celulitis periamigdalinos.

Los pacientes asintomáticos que recibieron tratamiento para faringitis por EBHGA no requieren seguimiento con cultivo faríngeo de manera rutinaria, se sugiere seguimiento en los siguientes casos:

- Pacientes con antecedente de haber padecido fiebre reumática.
- Pacientes que presentaron fiebre reumática aguda o glomerulonefritis aguda durante la faringitis estreptocócica.
- Comunidades cerradas o parcialmente cerradas.
- Propagación de EBHGA mediante mecanismos de "ping-pong" dentro de una familia.

TIEMPO ESTIMADO DE RECUPERACIÓN Y DÍAS DE INCAPACIDAD

Se sugiere considerar ofrecer de 1 a 3 días de incapacidad en los siguientes casos:

- Pacientes con fiebre de 38 grados o más.
- Actividad laboral que lo requiera.

Algoritmos

