

# 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



**DIF**  
SISTEMA NACIONAL  
PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA



**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 en trámite****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 de penicilina con 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 ESTREPTOCOCCO 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

