



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

(19)

GUÍA FARINGITIS (NIÑOS)

2010



INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CENTRO DE INVESTIGACIONES DE CIENCIAS DE LA SALUD

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL

FUNDACIÓN IHCAI

COLABORACIÓN COCHRANE

OPS-OMS

GERENCIA

Lic. Arnoldo Adán Aval Zamora

SUBGERENCIA DE PRESTACIONES EN SALUD

Dr. Carlos Enrique Martínez Dávila

AGRADECIMIENTO

UNIDAD PERIFERICA ZONA CINCO IGSS

GRUPO DE DESARROLLO DE LA GUIA:

Dra. Astrid Verónica Yonker Escobar
Médica Especialista Pediatría
Coordinadora

Licda. Rebeca García De Segura
Jefa de Farmacia Y Bodega

Dra. Rebeca González Montenegro
Médica Especialista Pediatría

E.P. Emma Leticia Villagrán Cortés
Enfermera General

Dra. Claudia García de González
Médica Especialista Pediatría

Sra. Sonia Franco
Bibliotecaria

Antonio Castillo Herrera
Jefe de Sección Informática

REVISION POR EXPERTOS:

Dra. Marilyn Ortiz
Jefe de Servicio del
Departamento de Pediatría
Hospital General de Enfermedades

Dra. Varinia Pinto de Sagastume
Especialista en Pediatría.

Dr. Miguel Ángel Mazariegos
Subdirector Médico
Hospital General de Enfermedades

COMISIÓN ELABORADORA DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA FUNDAMENTADAS EN MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA:

Subgerencia de prestaciones en Salud

Dra. Tania Aracely Joaquín Castillo
Médica Supervisora Coordinadora

Dr. Edgar Campos Reyes
Médico Supervisor

Licda. Julia Esperanza Lucero Gómez
Profesional en Educación

Licda. Mónica Selman de Zepeda
Jefa Sección de Asistencia Farmacéutica

DECLARACION DE CONFLICTO DE INTERESES:

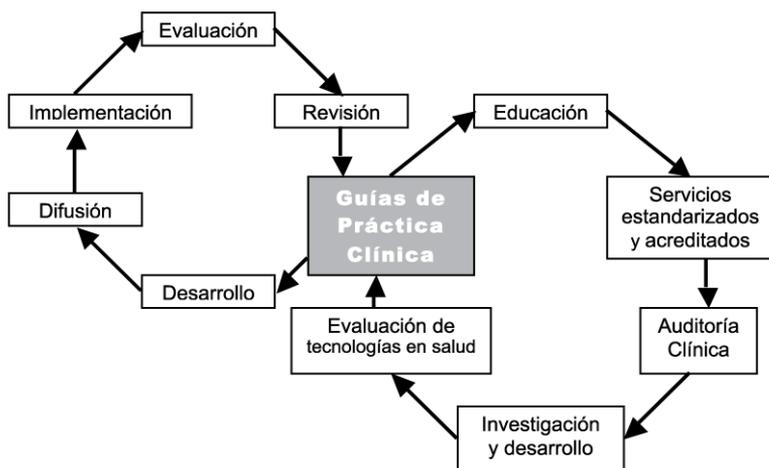
Se declara que ninguno de los participantes en el desarrollo de esta Guía tiene intereses particulares, es decir: económicos, políticos, filosóficos o religiosos que influyan en los conceptos vertidos en la misma.

REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN:

Se espera revisar el contenido de esta guía periódicamente y en su totalidad en un plazo no mayor de 4 años desde la fecha de publicación de la misma. La revisión y actualización de la guía puede suceder antes de ese plazo, si aparece evidencia importante que afecte al contenido y sus recomendaciones.

Las Guías en su contexto tienen dos ciclos de procesos: El clínico que parte del desarrollo hasta su revisión para actualización y el técnico-administrativo que inicia con educación, hasta llegar a la evaluación de tecnologías en salud.

DECLARACIÓN DE INTERESES:



(Tomado y adaptado de SIGN 50: A Guideline Developer's Handbook. February 2001)

El Grupo de Desarrollo en su totalidad, declara que no posee conflicto de interés.

CONTEXTO DE REALIZACIÓN Y UTILIZACIÓN:

Con base en la evidencia científica existente, este documento busca estar en concordancia con la Política Institucional de Medicamentos. Se espera que los profesionales de la salud del Instituto lo evalúen en el contexto cuando hagan ejercicio de su juicio Clínico y emitan sus criterios. Sin embargo, no se pretende disminuir las responsabilidades de los profesionales de la salud al tomar decisiones apropiadas bajo las circunstancias individuales de los pacientes, en conjunto con el paciente y/o su representante legal.

PRÓLOGO:

La Medicina Basada en Evidencia consiste en la integración de la experiencia clínica individual de los profesionales de la salud con la mayor evidencia proveniente de la investigación científica una vez asegurada la revisión crítica y exhaustiva de esta. Sin la experiencia clínica individual, la práctica clínica rápidamente se convertiría en una tiranía, pero sin la investigación científica queda inmediatamente caduca. En esencia, pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, y su objetivo consiste en contar con la mejor información científica disponible -la evidencia-, para aplicarla a la práctica clínica.

El nivel de Evidencia clínica es un sistema jerarquizado que valora la fortaleza o solidez de la evidencia asociada con resultados obtenidos de una intervención en salud y se aplica a las pruebas o estudios de investigación.

NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN:		
Grado de Recomendación	Nivel de Evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios.
	1b	Ensayo clínico aleatorio individual.
	1c	Eficacia demostrada por los estudios de práctica clínica y no por la experimentación.
B	2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes.
	2b	Estudio de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad.
	2c	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos.
	3a	Revisión sistemática de estudios caso-control, con homogeneidad.
	3b	Estudios de caso control individuales.
C	4	Series de casos, estudios de cohortes y caso-control de baja Calidad.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

Los grados de recomendación son criterios que surgen de la experiencia de expertos en conjunto con el nivel de evidencia; y determinan la calidad de una intervención y el beneficio neto en las condiciones locales.

Significado de los grados de recomendación:

Grado de Recomendación	Significado
A	Extremadamente recomendable.
B	Recomendable favorable.
C	Recomendación favorable, pero no concluyente.
D	Corresponde a consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación.
√	Indica un consejo de Buena Práctica Clínica sobre el cual el Grupo de Desarrollo acuerda

1a En los documentos, el lector encontrará al margen derecho de las páginas el Grado de Recomendación* de las diferentes alternativas evaluadas; mientras que en el margen izquierdo encontrará el Nivel de Evidencia que sustenta la recomendación†.

A

Para la elaboración de esta guía se utilizó evidencia encontrada por búsqueda sistemática la cual fue analizada mediante el instrumento AGREE (Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe) y las Guías de Práctica Clínica Basada en Evidencia, donde se evalúa la calidad de la información de los documentos como la calidad de las recomendaciones, donde nuestro objetivo es tener las bases para la implementación o descalificación de ciertas intervenciones para la toma de mejores criterios, tanto en el diagnóstico, tratamiento y plan educacional que se le debe dar al paciente, incluyendo los elementos esenciales de buenas guías como credibilidad, aplicabilidad clínica, flexibilidad clínica, claridad, multidisciplinariedad del proceso, actualización programada y documentación, tomando en cuenta que no se pretende incorporar un protocolo de atención, donde todos los puntos deben de utilizarse, sino que se pretende dar una idea para la referencia y flexibilidad en base a la mejor evidencia existente tal como debemos aspirar en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

La realimentación de todos los profesionales de la salud,

producto de la revisión exhaustiva de la evidencia científica o de su experiencia clínica personal, contribuirá al fortalecimiento y selección de los mejores criterios y recomendaciones técnicas; insumo que sin duda, contribuirá para disponer de Guías de Práctica Clínica útiles y efectivas en procura de la mejor calidad de la atención a las personas en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

La metodología utilizada fue la siguiente: En la primera etapa se realizó una revisión de la Guía Tratamiento de Faringitis De La Caja Costarricense del Seguro Social tomando como referencia el instrumento AGREE, encontrándose la guía: Recomendable con modificaciones (Ver anexo 1) Posteriormente se inició la revisión bibliográfica, incluyendo guías de práctica clínica con un porcentaje de AGREE superior al 60%.

Al realizar la revisión sistemática en la Biblioteca Virtual Cochrane, se tomaron como criterios de inclusión: Textos en inglés o español con los temas faringitis en niños, incluyendo tratamiento en niños con faringitis, y guías de práctica clínica.

Los criterios de exclusión fueron: estudios de referencia con evaluación AGREE menor del 40% y estudios con fecha de publicación anterior al año 2002. Además se revisaron artículos referentes al tema (ver Bibliografía).

Finalmente se procedió a realizar las recomendaciones, por consenso del grupo y a la elaboración del documento, y análisis de datos epidemiológicos de nuestro país,

Objetivo y Búsqueda Sistemática:

Estos criterios técnicos y recomendaciones tienen como objetivo presentar Intervenciones basadas en la evidencia actual para fortalecer la efectividad de los tratamientos, apoyar los estándares de la calidad de la atención de la salud, propiciar la integración terapéutica de programas especiales y promover el uso eficiente y racional de los recursos.

Estrategia de Búsqueda:

Se desarrolló una estrategia de búsqueda sistematizada para bases de datos especializadas en Guías Clínicas Basadas en Evidencia, que se adaptaron al contexto mediante un proceso sistemático de recolección y la evidencia existente en la Biblioteca Cochrane Plus.

INDICE DE CONTENIDOS

TEMA	PAGINA
Guia de Bolsillo para El Tratamiento de Faringitis/ niños e Indicaciones para la Amigdalectomía	1 - 4
Introduccion	5
La necesidad de una guía.	5
El objetivo de la guía	6
Definiciones	6
Etiologia	6
Causas de Faringitis Aguda	7
Epidemiologia	8
Sintomas y Signos	9
Historia natural de la Faringitis Recurrente.	9
Presentacion Clinica	10
Incidencia en la Práctica Diaria	10
Razón de la Consulta.	10
Admisión Hospitalaria de Emergencia.	10
Diagnostico de Faringitis	11
Diagnóstico Clínico.	11
Características Clínicas y Epidemiológicas Sugestivas de una Faringitis por Estreptococo B Hemolítico del Grupo A (Sbhga)	13
Cultivo Faríngeo.	13
Prueba Rápida de Antígenos.	14
Manejo General de La Faringtis	15
Analgésicos Simples.	15
Anti-inflamatorios No Esteroides.	16
Otros Analgésicos.	16
Antibioticos en la Faringitis	17
Antibióticos en la Faringitis Aguda.	17
Síntomas:	17
Análisis de Subgrupos de la Reducción de Síntomas:	17
Antibióticos en la Faringitis Estreptocócica.	18
Antibióticos en la Faringitis Recurrente.	19

Recomendaciones / tratamiento infecciones Recurrentes / cultivo o PDR positivas	19
Uso de Antibióticos para Prevención de Fiebre Reumática y Glomerulonefritis.	20
Uso de Antibióticos para Prevenir las Complicaciones Supurativas.	20
Cirugía en las Faringitis Recurrentes.	22
Evidencia sobre la Cirugía para las Faringitis Recurrentes.	22
Criterios de Referencia para la Amigdalectomía.	22
Implementación y Análisis de Desempeño.	24
Implementación local	24
Puntos clave de análisis de desempeño	24
Manejo de la Faringitis Aguda	24
Criterios de Referencia para manejo Quirúrgico.	24
Información para el uso	
Racional de los Medicamentos.	25
Cuadro 2: Información para el Uso Racional de Aminopenicilinas	26
Cuadro 3: Información para el Uso Racional de Macrólidos	27
Cuadro 4: Información para el Uso Racional de Cefalosporinas	27
Recomendaciones por consenso, Del grupo de desarrollo.	28
Anexos	29
Bibliografía	30

GUIA DE BOLSILLO

PARA EL TRATAMIENTO DE FARINGITIS EN NIÑOS E INDICACIONES PARA LA AMIGDALECTOMÍA

Definiciones:

EL término faringitis puede ser descrito también como faringitis aguda, amigdalitis, amigdalitis exudativa aguda, faringitis aguda. En esta guía utilizaremos el término **faringitis**.

Síntomas y Signos:

Los síntomas incluyen:

- Dolor de garganta, generalmente por más de 3 días.
- Anorexia, letargia, malestar general.

2b

Los hallazgos físicos son:

- Amígdalas o faringe inflamada.
- Amígdalas con exudado purulento
- Fiebre
- Linfadenopatía cervical anterior.

Ocasionalmente una faringitis puede ser el síntoma agudo de una epiglotitis aguda u otras enfermedades del tracto respiratorio superior.

Refiera de manera inmediata y evite examinar la faringe de todos aquellos pacientes con sospecha de faringitis y dificultad respiratoria.

D

Refiera para su admisión hospitalaria aquellos pacientes con estridor o dificultad respiratoria.

No utilice el examen físico como el único medio diagnóstico para distinguir entre una faringitis bacteriana de una faringitis viral, asócielo al resultado de las muestras faríngeas siempre que sea posible tomarlas.

B

No utilice las muestras faríngeas de manera rutinaria en las faringitis.

No se recomienda el uso de manera rutinaria de los AINES en el manejo de la faringitis.

Prescriba paracetamol o acetaminofén como el analgésico de elección en la faringitis.

No prescriba antibióticos de manera rutinaria a todos sus pacientes con faringitis.

C

No retrasar la prescripción de antibióticos, en casos severos, con múltiples recurrencias bacterianas o riesgo de fiebre reumática. El tratamiento con penicilinas por 10 días es el recomendado. (Clindamicina o Macrólidos en el caso de alergia a la penicilina)

B

La Mononucleosis infecciosa puede presentarse con faringitis severa, exudado y linfadenopatía cervical anterior. En estos casos debe evitarse la prescripción de ampicilina y sus derivados como primera opción de tratamiento.

B

No utilice el TMP/SMX, Quinolonas o Cefalosporinas para el manejo de la faringitis.

En los casos de faringitis por SBHGA, existe evidencia limitada de que un curso de 10 días de antibióticos puede ser beneficioso. Sin embargo el diagnóstico de faringitis SBHGA no es confiable.

B

Prescriba un antibiótico del grupo de las penicilinas como primera elección de tratamiento. Amoxicilina parece ser una alternativa aceptable en niños.

El diagnóstico clínico preciso es difícil en la práctica. Distinguir entre la etiología viral y bacteriana debe considerarse prioritario. La bacteria patógena más común es el Streptococo Beta Hemolítico del Grupo (SBHGA), para la cual debe considerarse el tratamiento antibiótico. Algunos estudios científicos han pretendido establecer la diferencia entre SBHGA y la etiología viral basándose en la sintomatología y los hallazgos clínicos .

Ningún síntoma o signo por si solo resulta útil pero la combinación de elementos diagnósticos pueden servir en el pronóstico de la evolución. Una revisión sistemática de estos estudios ha demostrado que el sistema de clasificación "CENTOR" puede ayudar a individualizar el nivel de riesgo de padecer una infección por SBHGA.

Según la Escala de CENTOR se adjudica un (1) punto para los siguientes síntomas y/o signos clínicos:

- 1 - Exudado amigdalino.
- 2 - Ganglios dolorosos cervicales anteriores.
- 3 - Historia de fiebre.
- 4 - Ausencia de tos.

Las infecciones mas cercanamente ocasionadas por SBHGA son las que obtienen un puntaje más alto; de 25 a 86 % con una calificación de 4 y de 2 a 23 % con una calificación de 1, dependiendo de la edad del paciente, la prevalencia local y las variaciones climáticas. Las infecciones por Estreptococo son más frecuentes en pacientes de 5 a 15 años, esta incidencia disminuye en niños mayores y adultos. Esta escala no se aplica en niños menores de tres años.

El uso de la escala de Centor da al médico clínico las bases racionales para considerar a SBHGA como el agente causal del dolor de garganta, pero no debe considerarse como para fundamentar el diagnóstico preciso. Puede ser útil para decidir el tratamiento antibiótico.

En conclusión: La escala de Centor puede ser un auxiliar para prescribir el tratamiento antibiótico pero no confirma el diagnostico preciso.

Cuadro #1: Características Clínicas y Epidemiológicas de una Faringitis:

Aumenta la probabilidad de Faringitis SBHGA	Disminuye la probabilidad de Faringitis SBHGA
Aparición súbita sin tos	Afebril
Fiebre	Tos
Cefalea	Disfonía
Nausea, vómito, y dolor abdominal	Lesiones orales ulcerativas
Inflamación de la faringe y las amígdalas	Conjuntivitis / Coriza
Exudado en parches	Diarrea
Linfadenopatía cervical anterior	
Edad 3–15 años	
Presentación durante un brote	
Historia de exposición	

FARINGITIS AGUDA		
	VÍRICA	EBHGA
Comienzo	Gradual	Brusco
Edad	<3 años	>6 años
Odinofagia	+	+++
Fiebre	>39°C	<39°C
Edema e hiperemia	++	++
Exudados	++	++
Petequias en paladar	+	++
Adenopatías dolorosas	+	+++
Rinitis	+++	+/-
Otitis	++	+/-

Los Criterios De Centor son los más útiles y aceptados.

Estos son:

- Exudado amigdalor
- Adenitis cervicales anteriores
- Fiebre (mayor 38 o C)
- Ausencia de tos

Estos no se aplican en niños menores de 3 años.

RESUMEN TRATAMIENTO FARINGITIS		
Medicamento	Dosis	
Penicilina Benzatinica I.M.	Menores de 3 años	Mayores de 3 años
	Contraindicada	< 27 kg 600 000 U dosis única > 27 kg 1 000 000 U dosis única
Penicilina V.O.	50 000 - 100 000 U/kg/día div. c/8 hrs. por 10 días	
Amoxicilina	50 mg/kg/día c 8 horas por 10 días	
Eritromicina	50 mg/kg/día div. c/6-8 hrs. por 10 días	
Claritromicina	15 mg/kg/día div. c/12 hrs. por 10 días	
Azitromicina	10 mg/kg/día en una toma diaria por 5 días	

Recomendaciones para el tratamiento de infecciones recurrentes múltiples con cultivos o PDR positivas:

1a

ANTIMICROBIANO	DOSIS	VIA	DURACION	GRADO DE RECOMENDACION
Clindamicina	Niños 20-30 mg/kg/día/tid adultos: 600 mg/día/tid o qid	Oral Oral	10 días 10 días	C
Amoxicilina acido clavulánico	Niños:40-50 mg/Kg./día tid (max.750 mg bid) Adultos: 500 mg bid	Oral Oral	10 días 10 días	C
Penicilina G benzatínica	Menores de 27 Kg. 600,000 UI Mayores de 27 Kg. 1,200.000 UI	i.m.	1 dosis	C
Penicilina G benzatínica rifampizina	Igual 20 mg/kg/día bid (max. 600 mg/día)	i.m. Oral	1 dosis 4 días	C

Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney JM, Kaplan EL. Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. *Clinical Infect Dis* 2002.

Evalúe la necesidad de iniciar un tratamiento antibiótico, o modificar el tipo de antibiótico en los casos de faringitis recurrente no específica.

D

En los casos de faringitis por SBHGA, existe evidencia limitada de que un curso de 10 días de antibióticos puede reducir el número y la frecuencia de las recurrencias.

Evite utilizar antibióticos de manera rutinaria en el tratamiento de la faringitis para prevenir el desarrollo de fiebre reumática y glomerulonefritis aguda.

Evite utilizar antibióticos de manera rutinaria en el tratamiento de la faringitis para prevenir el desarrollo de complicaciones supurativas.

B

Refiera al especialista a sus pacientes para evaluar la necesidad de una adenectomía si cumplen todos los siguientes criterios:

- ≥5 episodios de faringitis al año.
- Sintomáticos por al menos 1 año.
- Los episodios de faringitis son incapacitantes e impiden el funcionamiento normal.

Debe hacerse claro si la frecuencia de los episodios esta aumentando o disminuyendo con el tiempo.

GUIA DE PRACTICA CLINICA BASADA EN EVIDENCIA: “TRATAMIENTO DE FARINGITIS EN NIÑOS”

1 INTRODUCCION

1.1 La necesidad de una Guía:

Las infecciones respiratorias altas y específicamente las faringitis y amigdalitis, son algunos de los procesos mas frecuentemente atendidos por el médico pediatra e incluso una causa de angustia en los padres y motivo de consulta a los servicios de emergencia. Estas infecciones cuyas presentaciones pueden ser variadas, representan consecuencias económicas, además de la pérdida del tiempo escolar.

El manejo de los casos de faringitis en la práctica diaria y su desarrollo a una amigdalectomía produce un impacto en los servicios de atención de la salud. En la mayoría de los casos, esta condición es relativamente menor y autolimitada. Las faringitis presentan pocas secuelas de largo plazo. Como resultado, los pacientes que se presentan a la consulta general, pueden ser tratados de manera activa con antibióticos de eficacia cuestionable y con costos agregados.

Una proporción de estos pacientes terminan siendo referidos al especialista, el cual puede recomendar un procedimiento quirúrgico, basado en los antecedentes, experiencia personal y sus propias creencias sobre los beneficios de la intervención, a diferencia de juicios informados a través de evidencia científica relevante.

Las amigdalectomías en general presentan una incidencia de complicaciones de alrededor de un 2% y sus resultados todavía no están bien definidos. Sin embargo, en la mayoría de los casos, los pacientes (o sus padres), se muestran satisfechos con los resultados.

Esta guía de práctica clínica sobre el manejo de faringitis se centra a la población menor de 12 años de edad, con una serie de recomendaciones basadas en la evidencia actual, dirigidas a la comunidad médica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, sobre el manejo de la faringitis, sus recurrencias y las indicaciones para realizar una amigdalectomía.

1.2 EL OBJETIVO DE LA GUIA

Objetivo General:

Establecer un referente para orientar y estandarizar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la evidencia disponible en el manejo de los pacientes menores de 12 años con cuadro clínico de faringitis aguda.

Objetivos Específicos:

1. Establecer una adecuada detección, diagnóstico y tratamiento del paciente pediátrico con faringitis aguda.
2. Mejorar el uso racional de los antibióticos en faringitis aguda.
3. Aplicar las indicaciones razonables de referencia con el especialista para cirugía .

1.3 DEFINICIONES:

La faringitis y amigdalitis, son procesos inflamatorios que pueden presentarse como infecciones separadas o simultáneas, diagnosticándolas como “faringitis”, “amigdalitis”, “faringo-amigdalitis”, amigdalitis exudativa aguda, otras.

La reacción inflamatoria producida, puede no circunscribirse al tejido descrito, sino que puede comprometer los tejidos vecinos como la rinofaringe, las adenoides, los pilares anteriores y posteriores del paladar blando y úvula.

Para el propósito de esta guía, estos términos son tratados como sinónimos. En esta guía utilizaremos el término faringitis.

1.4 ETIOLOGIA:

Un gran número de agentes infecciosos están involucrados en la etiología de la faringitis, amigdalitis o faringoamigdalitis. Se calcula que más de 150 agentes infecciosos entre virus y bacterias, son causa de las infecciones respiratorias altas. La etiología esta estrechamente relacionada con la edad.

En niños menores de 3 años, la causa generalmente es viral, entre un 15 y 40%, siendo estos los Rhinovirus con mas de 100 serotipos; Coronavirus (4 o mas serotipos); Adenovirus, especialmente serotipos 3, 4, 7, 14,21; Herpes simples, Influenzae A y B, Parainfluenzae Coxsackie, Sincitial respiratorio. ^(9,10)

Entre los 5 y los 10 años, el *Streptococcus pyogenes* del grupo A (B hemolítico) se presenta en >25 % de los casos. Se calcula que dicho germen es el responsable de por lo menos el 40% de todos los casos de faringitis en niños. Seguido a este el estreptococo del grupo C (B hemolítico) con 1 a 5% de los casos (0 a 18% en adultos) y posteriormente por los estreptococos del grupo G o F (1, 5, 9, 11, 12,14). ^(9, 10)

Menos frecuentemente están participando bacterias como: *Arcanobacterium haemolyticum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Corynebacterium diphtheriae*, *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae*. ^(9,10)

Causas de faringitis aguda:

1b

Agente	Ocurrencia estimada (%)
Viral	
Rhinovirus	20
Coronavirus	>5
Adenovirus	5
Herpes simples	4
Influenzae	2
Parainfluenzae	2
Coxsackie	<1
Epstein Barr	<1
Sincitial Respiratorio	
Bacteriano	
<i>Streptococcus pyogenes</i> (A)	15-30
Strip. Grupo C	1-5
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<1
<i>Arcanobacterium haemolyticum</i>	<1
<i>Corynebacterium diphtheriae</i>	<1
Anaerobios (mezclas)	<1
<i>Francisella tularensis</i>	<1
Otros	
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	<1
<i>Chlamydia pneumoniae</i>	<1
Desconocidas	40

Pediatric Infections Diseases; Norwalk, Conn. 2005

1.5 EPIDEMIOLOGIA:

En la mayoría de los procesos infecciosos existen ciertos factores epidemiológicos o factores de riesgo que conducen a las diferentes patologías y las faringitis no están exentos de ellos. Los niños por su misma inmunodeficiencia de inmadurez, son muy propensos a las infecciones. Es obvio que las condiciones socioeconómicas bajas, juegan un papel preponderante en la frecuencia de ellas.

La asistencia a las guarderías, a jardines infantiles, el mismo colegio, comunidades cerradas son factores contribuyentes importantes durante los primeros años de vida. Las guarderías son un factor de riesgo para síntomas del tracto respiratorio superior en todos los preescolares; la asociación es mayor para aquellos que ingresan a una edad temprana.

Para las infecciones condicionadas por el *S. pyogenes*, y especialmente en las recurrencias, se ha podido diferenciar patrones ya descritos como pobreza, frecuentes exposiciones bien en guarderías, colegios, o con miembros de la familia. Se ha demostrado recientemente contaminación de objetos inanimados, como prótesis de ortodoncia o en cepillos de dientes con dicha bacteria.

Tanto las infecciones virales como las bacterianas son más frecuentes en los períodos de invierno y primavera. En nuestro medio pueden presentarse durante todo el año, pero probablemente sigan un patrón similar: épocas frías o lluviosas.

Según datos proporcionados por la Sección de Epidemiología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, durante los años 2006 y 2007, la faringitis aguda se encontró entre las cinco principales causas de morbilidad en pacientes de uno a cinco años y en el grupo de mayores de cinco años que asistieron a la Consulta Externa del Instituto, tanto en el área metropolitana como en las unidades departamentales.

1.6 SINTOMAS Y SIGNOS:

Clásicamente la infección se presenta en forma aguda, con fiebre de moderada a alta, dolor de garganta prominente, dolor a la deglución y cefalea. Síntomas gastrointestinales como dolor abdominal, náusea, vómitos y diarrea son frecuentes en niños. En los casos floridos, al examen físico, se aprecia la faringe muy eritematosa, las amígdalas hipertróficas cubiertas con un exudado amarillo y a veces sanguíneo y en el paladar blando y en la faringe pueden observarse petequias. A esto se añade aumento de tamaño de los nódulos linfáticos de la cadena cervical anterior duros y dolorosos al tacto (linfadenitis).

1b Los síntomas en resumen incluyen:

- Dolor de garganta (dolor de glándulas), generalmente por más de 3 días.
- Anorexia, letargia, malestar general.
- Ocasionalmente tos (la tos es muy común en las infecciones del tracto respiratorio superior, en general asociada a linfadenopatía cervical superior).

Los hallazgos físicos son:

- Amígdalas o faringe inflamada.
- Amígdalas con exudado purulento
- Fiebre
- Linfadenopatía cervical anterior.

Una faringitis puede ser parte de un complejo temprano de síntomas de una infección respiratoria superior de menor grado. Este cuadro clínico usualmente se resuelve en 24-48 horas.

Ocasionalmente una faringitis puede ser el síntoma agudo de una epiglotitis aguda u otras enfermedades del tracto respiratorio superior.

Refiera de manera inmediata y evite examinar la faringe de todos aquellos pacientes con faringitis y dificultad respiratoria. .⁽⁵⁾

A

2 PRESENTACION CLINICA

2.1 Razón de la consulta:

En 1994 un estudio holandés con 1441 niños que se presentaron a la consulta, estimó unos 233 nuevos casos de faringitis por cada 1000 sujetos año durante los primeros 5 años de vida, sin mayores diferencias entre clases sociales o sexo. La distribución observada no fue al azar: más niños de los esperados presentaron un número elevado de episodios (≥ 11). Al analizar los factores, se mostró que los casos de faringitis, otitis media y resfrío común están relacionados, pero los autores describieron como el comportamiento “enfermo” del niño puede influenciar la tendencia de los padres de buscar al médico en estas condiciones.

En conjunto con muchas condiciones que se encuentran en la práctica general, la presentación de una faringitis puede ser el tema introductorio para una agenda mucho más amplia por parte del paciente. La evidencia sugiere que la prescripción de antibióticos para las faringitis aumenta la creencia del paciente de la necesidad de antibióticos y la intención de consultar por episodios futuros.

Discuta los factores psicosociales que pueden influenciar a sus pacientes a presentarse a la consulta por una faringitis. ^(5,9)

En la práctica diaria se ha observado que los motivos de consulta mas frecuentes en menores de 5 años, referidos por los padres o encargados son: fiebre, dificultad para tragar, inapetencia y vómitos.

La información dirigida a los padres o encargados del paciente sobre el manejo de las faringitis puede ayudar en el tratamiento de futuros episodios en el hogar y sin la necesidad de involucrar a los profesionales de la salud.

2.2 Admisión Hospitalaria de Emergencia:

La admisión hospitalaria es necesaria para muy pocos pacientes con faringitis. Cuando dichos pacientes se presentan, generalmente tienen una celulitis periamigdalina o un absceso y pueden requerir antibióticos parenterales. Las complicaciones de abscesos parafaríngeos son raras.

El paciente con una amigdalitis severa no complicada puede requerir internamiento si presenta disfagia o deshidratación.

Refiera para su admisión hospitalaria aquellos pacientes con estridor, disfagia, deshidratación y/o dificultad respiratoria. ⁽⁹⁾

3 DIAGNOSTICO DE FARINGITIS:

En el diagnóstico de las infecciones faringoamigdalinas agudas han de considerarse inicialmente los aspectos clínicos y epidemiológicos mencionados anteriormente y reconocer las dificultades existentes en diferenciar la infección viral de la bacteriana, esta última por el *S. pyogenes* basados en dichos aspectos, y que únicamente la confirmación bacteriológica, es la requerida para tales efectos.

Estudios de sensibilidad y especificidad basados únicamente en aspectos clínicos, sugieren que entre un 25 y 50% de casos producidos por el *S. pyogenes* pueden no diagnosticarse, y que entre un 20 y 40% de aquellos con cultivos faríngeos negativos, son tildados de tener dicho germen.

No se ha encontrado evidencia de que las faringitis bacterianas sean más severas que las virales o que la duración de la enfermedad sea significativamente diferente en ambos casos. El organismo más comúnmente identificado es el *Streptococcus* beta hemolítico del grupo A (SBHGA).

El diagnóstico puede ser realizado de acuerdo a la sintomatología referida por el paciente y/o padres o encargados, hallazgos clínicos encontrados en el momento del examen y por medio de laboratorios; siendo los métodos de diagnóstico más comúnmente utilizados el cultivo faríngeo y la prueba rápida de antígenos. ^(9,10)

C

3.1 Diagnóstico Clínico:

El cuadro clínico en una faringitis es de utilidad limitada para distinguir entre etiología viral o bacteriana. Varios estudios han tratado de diferenciar entre ellas, basándose en la complejidad de los síntomas incluyendo el exudado amigdalino, la linfadenopatía cervical anterior, la ausencia de tos, el eritema faríngeo y el grado de fiebre y dolor etc..

El diagnóstico clínico preciso es difícil en la práctica. Distinguir entre la etiología viral y bacteriana debe considerarse prioritario. La bacteria patógena más común es el *Streptococo* Beta Hemolítico del Grupo (SBHGA), para la cual debe considerarse el tratamiento antibiótico. Algunos estudios científicos han pretendido establecer la diferencia entre SBHGA y la etiología

viral basándose en la sintomatología y los hallazgos clínicos .

Ningún síntoma o signo por si solo resulta útil pero la combinación de elementos diagnósticos pueden servir en el pronóstico de la evolución. Una revisión sistemática de estos estudios ha demostrado que el sistema de clasificación "CENTOR" puede ayudar a individualizar el nivel de riesgo de padecer una infección por SBHGA.

Según la Escala de CENTOR se adjudica un (1) punto para los siguientes síntomas y/o signos clínicos:

- 1- Exudado amigdalino.
- 2- Ganglios dolorosos cervicales anteriores.
- 3- Historia de fiebre.
- 4- Ausencia de tos.

Las infecciones mas cercanamente ocasionadas por SBHGA son las que obtienen un puntaje más alto; de 25 a 86 % con una calificación de 4 y de 2 a 23 % con una calificación de 1, dependiendo de la edad del paciente, la prevalencia local y las variaciones climáticas. Las infecciones por Estreptococo son más frecuentes en pacientes de 5 a 15 años, esta incidencia disminuye en niños mayores y adultos. Esta escala no se aplica en niños menores de tres años.

El uso de la escala de Centor da al médico clínico las bases racionales para considerar a SBHGA como el agente causal de el dolor de garganta, pero no debe considerarse como para fundamentar el diagnóstico preciso. Puede ser útil para decidir el tratamiento antibiótico.

En conclusión: La escala de Centor puede ser un auxiliar para prescribir el tratamiento antibiótico pero no confirma el diagnóstico preciso.

Los estudios de sensibilidad y especificidad sugieren que el diagnóstico clínico falla en un 25-50% de los casos de faringitis por SBHGA y un 20-40% de los casos negativos serán etiquetados como SBHGA.

No utilice el examen físico como el único medio diagnóstico para distinguir entre una faringitis bacteriana de una faringitis viral. . ^(9,10)

A

Cuadro #1: Características Clínicas y Epidemiológicas sugestivas de una faringitis por Estreptococo B Hemolítico del grupo A (SBHGA)

Aumenta la probabilidad de Faringitis	Ocurrencia estimada (%)
Aparición súbita sin tos Fiebre Cefalea Náusea, vómito, y dolor abdominal Inflamación de la faringe y las amígdalas Exudado en parches Linfadenopatía cervical anterior Edad 3–15 años Presentación durante un brote Historia de exposición	Afebril Tos Disfonía Lesiones orales ulcerativas Conjuntivitis / Coriza Diarrea

FARINGOAMIGDALITIS AGUDA		
	VÍRICA	EBHGA
Comienzo	Gradual	Brusco
Edad	<3 años	>6 años
Odinofagia	+	+++
Fiebre	>39°C	<39°C
Edema e hiperemia	++	++
Exudados	++	++
Petequias en paladar	+	++
Adenopatías dolorosas	+	+++
Rinitis	+++	+-
Otitis	++	+-

3.2 Cultivo Faríngeo:

1b Para el diagnóstico de la infección por *S. pyogenes*, la regla de oro es su identificación por cultivo.

Realizado correctamente, éste tiene una sensibilidad entre 90 y 95% para algunos hasta el 100%, y esta sensibilidad puede variar de acuerdo con los métodos de laboratorio utilizados. ^(9,10)

2b Un cultivo positivo por SBHGA hace el diagnóstico de faringitis estreptocócica muy probable pero un cultivo negativo no excluye este diagnóstico. Existen casos donde se ha logrado aislar al *Streptococcus* sp de la faringe pero sin evidencia serológica de infección. Existe también al menos un 40% de portadores asintomáticos de SBHGA. La flora que podemos recolectar de la superficie de las amígdalas no siempre correlaciona con lo que podemos encontrar en las criptas donde es más probable que

exista la infección y los síntomas también correlacionan muy mal con los resultados de los cultivos.

2b No utilice las muestras faríngeas de manera rutinaria en las faringitis. .⁽⁹⁾

Una prueba serológica que ha sido estandarizada en el diagnóstico del *S. pyogenes*, ha sido la detección de anti-estreptolisinas (ASO). Estos títulos no son clínicamente útiles en manejo de un dolor de garganta agudo y lo único que nos indica es el evento inmunológico pasado y no presente, es decir confirman una previa infección estreptocócica, especialmente en pacientes con sospecha de fiebre reumática o glomerulonefritis. ⁽⁹⁾

Al no ser recomendación la forma en que se planteo, podría hacerse una recomendación de la siguiente manera:
No realizar ASO en todos los pacientes con faringitis

B

3.3 Prueba Rápida de Antígenos:

La prueba rápida de antígenos es utilizada comúnmente para identificar las faringitis SBHGA. Estas pruebas son una serie de reacciones inmunes que se logran con antígenos específicos de grupo del estreptococo y obtenidos por separación química o enzimática de la pared bacteriana y se detecta por diferentes métodos, ejemplo, látex, técnicas de inmunoensayo enzimático etc.

2a Estas pruebas muestran una especificidad excelente entre 95 y 99%, comparada con el cultivo, pero una sensibilidad variable dependiendo en gran parte del número de grupos de estreptococos aislados. Por ejemplo, si del cultivo se obtiene un gran crecimiento, la sensibilidad es muy alta (90 a 95%), pero si éste es bajo, la sensibilidad es solo del 50 a 70%.^(8, 9)

PRUEBA DE DETECCION RAPIDA STREPTOCOCCUS PYOGENES:

Ventajas	Desventajas
Especificidad cercana al 100%	Costos elevados de auxiliares de diagnóstico
La rapidez en la obtención del resultado reduce tratamientos cortos innecesarios y la complejidad de estrategias en el tratamiento	Con las pruebas actuales, ante un resultado negativo siempre se requiere de un cultivo de exudado faríngeo de respaldo (Gerber,1997,Schlager, 1996)

Ventajas	Desventajas
Potencialmente reduce la necesidad de otras consultas	Los resultados de estudios recientes con PCR de tiempo real, están a favor de su utilidad como reemplazo de las pruebas rápida en la que el paciente espera para la toma de decisiones.
Permite el inicio del tratamiento de manera oportuna, reduciendo la morbilidad aguda y casos secundarios.	Requiere personal capacitado para el desarrollo de la pruebas
Puede ser costo-efectiva por medio de la reducción de trabajo extra y un periodo de tiempo en la atención (Lieu,1990)	El costo de la prueba
Alta satisfacción de los pacientes	Esta prueba no está incluida en el cuadro básico
	Se necesita asignar a personal específico para el desarrollo de pruebas y rediseño de consultorios
	Pueden detectarse falsos positivos aun en pacientes que han recibido 14 días de tratamiento antibiótico apropiado
	No diferencia entre enfermedad y esta de portador

Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Manejo de Infecciones Agudas en Vías Aéreas. (México).

Las pruebas de diagnóstico rápido no deben realizarse rutinariamente en presencia de faringitis. ^(8,9)

4 MANEJO GENERAL DE LA FARINGITIS:

Teniendo la certeza y conociendo que el gran porcentaje de las faringitis y amigdalitis tienen origen viral, el tratamiento ha de ser sintomático. Es importante una adecuada explicación a los padres sobre el manejo, pues son ellos con frecuencia los que presionan para la prescripción de antimicrobianos, los cuales en su mayoría no están indicados, como tampoco para disminuir la severidad de complicaciones bacterianas subsecuentes a la infección viral, ni tampoco como profilaxis de las mismas (9).

B

4.1 Analgésicos Simples:

No se han identificado efectos secundarios en el uso de paracetamol, ibuprofeno o diclofenaco, sin combinaciones con otras sustancias, en comparación con otros medicamentos en el tratamiento de faringoamigdalitis en niños. Complicaciones reconocidas como el Síndrome de Reye atribuible a la aspirina hacen que este agente no esté recomendado en pacientes menores de 16 años.

En niños con faringoamigdalitis la dosis adecuada de Paracetamol deberá indicarse como primera elección en el alivio del dolor.

Prescriba PARACETAMOL O ACETAMINOFEN a dosis de 10 a 15 mg/kg/dosis cada 6 horas como primera elección.

Una revisión sistemática y meta-análisis en relación a Ibuprofeno y Paracetamol prescritos en niños con fiebre en relación con síntomas de asma, han demostrado el bajo riesgo de morbilidad asociada a síntomas asmáticos e Ibuprofeno utilizado en niños.

Por lo tanto IBUPROFENO puede ser indicado como alternativa en lugar de PARACETAMOL en niños.

1b 4.2 Anti-inflamatorios no Esteroideos:

Varios reportes describen el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) en la faringitis y amigdalitis. Esto se originó en Francia, donde se prescribieron en la presentación de supositorios. Los estudios sugieren que entre 2-3 días de haber iniciado el tratamiento existe una resolución un poco más rápida del dolor, fiebre, disfagia, inflamación visible y linfadenopatía comparando ya sea contra placebo o paracetamol. Todos los pacientes en estos estudios recibieron penicilina. Los beneficios de los AINES en comparación con el paracetamol o el placebo fueron de corta duración, ya que los síntomas de la faringitis aguda o amigdalitis tienden a disminuir rápidamente durante las primeras 48-72 horas.

Los AINES se han asociado a riesgos bien reconocidos, como sangrado gastrointestinal, náusea, vómito, dolor abdominal y diarrea.

No se recomienda el uso de manera rutinaria de los AINES en el manejo de la faringitis. ⁽¹⁰⁾

B

4.3 Otros Analgésicos:

Existe mínima evidencia sobre el uso de analgésicos de mayor efecto en la faringitis. Combinaciones como acetaminofén + codeína se han asociado a náusea, desorientación y constipación severa pero pueden ser útiles para algunos pacientes. En los hospitales y en la práctica general, los opioides como la dihidrocodeína, algunas veces en combinación con otros agentes, son ocasionalmente utilizados pero los riesgos de abuso limitan su uso en la práctica general.

No se ha encontrado evidencia convincente sobre el uso de otros analgésicos diferentes al paracetamol, para ser utilizados de manera rutinaria en la faringitis.

No prescriba otros analgésicos diferentes al acetaminofen, para el manejo del dolor en faringitis.

C

5 ANTIBIOTICOS EN LA FARINGITIS

5.1 Antibióticos en la Faringitis Aguda:

En general existe incertidumbre sobre la presencia de patógenos bacterianos en todos los casos de faringitis. Es por tanto ilógico el prescribir antibióticos de manera rutinaria a todos los casos de faringitis, sabiendo que los resultados son favorables en la mayoría de los casos incluso cuando no se prescriben antibióticos.

Un estudio abierto sobre estrategias de prescripción en más de 700 pacientes aleatorizados a placebo en comparación con antibióticos después de 3 días, no mostró ninguna diferencia en los resultados principales. Es importante tomar en cuenta que los siguientes fueron criterios de exclusión: otra posible patología, muy enfermos, sospecha o historia de fiebre reumática, múltiples recurrencias, abscesos o embarazo. (5,9).

RESUMEN TRATAMIENTO FARINGOAMIGDALITIS		
Medicamento	Dosis	
Penicilina Benzatinica I.M.	Menores de 3 años	Mayores de 3 años
	Contraindicada	< 27 kg 600 000 U dosis única > 27 kg 1 000 000 U dosis única
Penicilina V.O.	50 000 - 100 000 U/kg/día div. c/8 hrs. por 10 días	
Amoxicilina	50 mg/kg/día c 8 horas por 10 días	
Eritromicina	50 mg/kg/día div. c/6-8 hrs. por 10 días	
Cefadroxilo	30 mg/kg/día div. c/12 hrs. por 10 días	
Claritromicina	15 mg/kg/día div. c/12 hrs. por 10 días	
Azitromicina	12 mg/kg/día en una toma diaria por 5 días	

No prescriba antibióticos de manera rutinaria a todos sus pacientes con faringitis no complicada. ^(3,10) **B**

En casos severos, cuando exista la duda sobre la condición clínica del paciente, múltiples recurrencias bacterianas o riesgo de fiebre reumática, no debe retrasarse la prescripción de antibióticos.

El tratamiento con penicilinas por 10 días es el recomendado. (Clindamicina o Macrolidos en el caso de alergia a la penicilina y Amoxicilina en niños son opciones adecuadas) ^(3,10) **A**

La Mononucleosis infecciosa puede presentarse con faringitis severa, exudado y linfadenopatía cervical anterior. **D**

En estos casos debe evitarse la prescripción de ampicilina y sus derivados como primera opción de tratamiento. ^(3,10) **A**

No utilice el TMP/SMX, Quinolonas o Cefalosporinas para el manejo de la faringitis. ^(5,10)

C

5.2 Antibióticos en la Faringitis Estreptocócica:

La faringitis SBHGA es un tipo de faringitis en la que el tratamiento antibiótico está indicado. El problema consiste en poder diagnosticar una faringitis por SBHGA ya que otros agentes bacterianos pueden también causar faringitis. Esto incluye a los Streptococcus Beta-hemolíticos de los grupos C y G, Neisseria gonorrhoeae, Corynebacterium diphtheriae, Arcanobacterium haemolyticum, Yersinia enterocolitica, Yersinia pestis, Francisella tularensis y anaerobios.

La faringitis SBHGA presenta algunas características epidemiológicas y clínicas que al encontrarlas pueden indicar una mayor probabilidad de un diagnóstico adecuado. Sin embargo la evidencia existente nos muestra como estas características no son excluyentes y de esta manera es recomendable utilizarlas para seleccionar pacientes con mayor probabilidad de presentar una faringitis SBHGA al realizar un cultivo faríngeo.

Los antibióticos están indicados cuando se confirma la presencia de S. pyogenes en cultivo o en pruebas de diagnóstico rápido. ^(3,6)

A

1a

Los objetivos del tratamiento contra el S. pyogenes son el acelerar la recuperación clínica, la reducción de la transmisión, la prevención de complicaciones supurativas (otitis media, sinusitis) y la más importante, la prevención de la fiebre reumática. ^(3, 5,6)

2a

Los antibióticos no se indican para mejorar los síntomas o prevenir las complicaciones no supurativas, si la faringitis es de origen viral. ^(3, 6,8)

2a

Tampoco hay indicación en prevención de complicaciones supurativas si la etiología es viral.

Ha sido debatido que el razonamiento primario por el cual debe de tratarse las faringitis con antibióticos es el de prevenir la fiebre reumática y sus secuelas.

Consideraciones similares han sido utilizadas para la prevención de glomerulonefritis

Evite utilizar antibióticos de manera rutinaria en el tratamiento de la faringitis no sospechosa de tener como germen causal el S pyogenes para prevenir el desarrollo de fiebre reumática y glomerulonefritis. ⁽¹⁰⁾

B

5.3 Antibióticos en la Faringitis Recurrente:

Para el caso de esta guía se ha aceptado la definición de una recurrencia como la reaparición de los síntomas entre 1-4 semanas después de completar el tratamiento antibiótico.

Las posibles explicaciones de porque tenemos un caso de faringitis recurrente en pacientes que ya han recibido antibióticos son: tratamiento no adecuado, mala dosificación, tratamiento incompleto, mala concordancia-adherencia, reinfección, o resistencia a la penicilina.

La Penicilina Benzatínica, Cefuroxime y la Cindamicina han demostrado ser superiores a la penicilina V en el manejo de este problema y pueden reducir la frecuencia de estos episodios.

Los probables riesgos de la clindamicina deben ser valorados en comparación con su eficacia como tratamiento en los casos de faringitis en especial en pacientes SBHGA positivos. Puede ser considerado como una alternativa a la cirugía en aquellos que el procedimiento está contraindicado o en los que no desean ser operados.

2b **Evalúe la necesidad de iniciar un tratamiento antibiótico, o modificar el tipo de antibiótico en los casos de faringitis recurrente no específica.** ^(3,6)

A

En los casos de faringitis por SBHGA, existe evidencia limitada de que un curso de 10 días de antibióticos puede reducir el número y la frecuencia de las recurrencias. ^(8,9,10)

Recomendaciones para el tratamiento de infecciones recurrentes múltiples con cultivos o PDR positivas:

ANTIMICROBIANO	DOSIS	VIA	DURACION	GRADO DE RECOMENDACION
4 Clindamicina	Niños 20-30 mg/kg/día/tid adultos: 600 mg/dia/tid o qid	Oral Oral	10 días 10 días	C
2 Amoxicilina acido clavulánico	Niños:40-50 mg/Kg./día tid (max.750 mg bid) Adultos: 500 mg bid	Oral Oral	10 días 10 días	C
1 Penicilina G benzatínica	Menores de 27 Kg. 600,000 UI Mayores de 27 Kg. 1,200.000 UI	i.m.	1 dosis	C
3 Penicilina G benzatínica + rifampicina	Igual 20 mg/kg/día bid (max. 600 mg/día)	i.m. Oral	1 dosis 4 días	C

Bisno AL. Gerber MA,Gwaltney JM, Kaplan EL.Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. Clinical Infect Dis 2002.

5.4 Uso de Antibióticos para Prevención de Fiebre Reumática y Glomerulonefritis:

2a

Ha sido debatido que el razonamiento primario por el cual debe de tratarse las faringitis con antibióticos es el de prevenir la fiebre reumática y sus secuelas.

Consideraciones similares han sido utilizadas para la prevención de glomerulonefritis

Evite utilizar antibióticos de manera rutinaria en el tratamiento de la faringitis no sospechosa de tener como germen causal el *S pyogenes* para prevenir el desarrollo de fiebre reumática y glomerulonefritis. ⁽¹⁰⁾

Revisar.

B

5.5 Uso de Antibióticos para Prevenir las Complicaciones Supurativas:

Los pacientes con amigdalitis supurativa severa son frecuentemente tratados de manera pragmática con antibióticos ya sea en la práctica general o en los hospitales. No hemos encontrado evidencia que indique que el uso rutinario de antibióticos en los pacientes con faringitis reducirá la incidencia de complicaciones supurativas como los abscesos peri amigdalinos.

Una revisión sistemática Cochrane, analizó el uso de antibióticos en la faringitis, donde se incluyeron veintiséis estudios en la revisión, que cubrieron 12 669 casos de faringitis.

Esta revisión encontró que:

C

Complicaciones no supurativas:

La prescripción de antibióticos presenta una tendencia a la protección contra la glomerulonefritis aguda, pero se registró un número insuficiente de casos para confirmar este efecto. Varios estudios encontraron que los antibióticos redujeron la fiebre reumática aguda, a menos de un tercio (odds-ratio (OR) = 0,30; intervalo de confianza del 95% (IC).

Complicaciones supurativas:

La prescripción de antibióticos redujo la incidencia de la otitis media aguda a cerca de un cuarto de la del grupo de placebo (OR = 0,22; IC del 95%: 0,11, 0,43) y redujo la incidencia de la sinusitis aguda a cerca de la mitad de la del grupo de placebo (OR = 0,46; IC del 95%: 0,10, 2,05). La incidencia de amigdalitis también se redujo con relación al grupo de placebo (OR = 0,16; IC del 95%: 0,07, 0,35).

Síntomas:

Los antibióticos redujeron los síntomas de cefalea, dolor de garganta y fiebre en aproximadamente la mitad, con un máximo de acción a los tres días y medio (cuando los síntomas de aproximadamente el 50% de los pacientes sin tratar se habían resuelto). El número general que se necesitó tratar para evitar una faringitis al día tres, fue aproximadamente de 5,0 (NNT=5, IC del 95%: 4,5; 5,8); y a una semana fue de 14,2 (NNT=14, IC del 95%: 11,5; 20,6).

Análisis de subgrupos de la reducción de síntomas:

Análisis de subgrupo por la edad; estudios cegados versus no cegados; o el uso de antipiréticos no produjo ninguna diferencia significativa. Los resultados de las muestras faríngeas por medio de hisopados para el *Streptococcus* influyeron en el efecto de los antibióticos. Si el resultado era positivo, los antibióticos eran más eficaces (el OR se redujo a 0,16; IC del 95%: 0,09; 0,26) que si era negativo (OR: 0,65; IC del 95%: 0,38; 1,12).

En general, los autores de la revisión anotan que los antibióticos otorgan beneficios relativos en el tratamiento de la faringitis. Sin embargo, los beneficios absolutos son moderados. La protección de los pacientes con faringitis contra las complicaciones supurativas y las complicaciones no supurativas en la sociedad occidental moderna puede lograrse sólo al tratar con antibióticos a muchos que no tendrán beneficio alguno. En las economías emergentes donde las tasas de fiebre reumática aguda son altas, por ejemplo, el número necesario a tratar puede ser mucho menor.

Los antibióticos acortan la duración de los síntomas por un día aproximadamente a la mitad de la enfermedad (el tiempo de efecto máximo) y cerca de dieciséis horas en general.

Evite utilizar antibióticos de manera rutinaria en el tratamiento de la faringitis para prevenir el desarrollo de complicaciones supurativas. ^(9,10)

6 Cirugía en las Faringitis Recurrentes:

6.1 Cirugía para las Faringitis Recurrentes:

Una revisión sistemática Cochrane encontró que la mayoría de los estudios se refieren a poblaciones pediátricas. Los criterios actuales y aceptados ampliamente como indicación de cirugía son: la presencia de ≥ 5 episodios de amigdalitis en los últimos 12 meses, 5 episodios en cada uno de los 2 años anteriores o 3 episodios en cada uno de los 3 años anteriores, criterios obtenidos arbitrariamente.

Cada caso debe de ser evaluado de forma individual y considerar la opinión del otorrinolaringólogo (9).

6.2 Criterios de Referencia para la Amigdalectomía:

1b Parece razonable suponer que los ataques recurrentes de amigdalitis pueden ser prevenidos por medio de una amigdalectomía pero la amigdalectomía no previene las recurrencias debidas a otras razones.

Antes de considerar una amigdalectomía debe confirmarse el diagnóstico de amigdalitis recurrente por medio de la historia, examen físico y si es posible diferenciarlo de la faringitis.

A

1b La amigdalectomía requiere un periodo de admisión corto y anestesia general, es dolorosa y ocasionalmente se complica con el sangrado. El regreso a las actividades normales toma en promedio 2 semanas, lo que significa una perdida de tiempo laboral de los padres o encargados del paciente y lectivo en los niños de edad escolar.

A pesar de la insuficiente evidencia, muchos estudios no controlados sugieren un beneficio en los niños que se les realiza la adenectomía, no solo en la reducción de las recurrencias, pero también en su estado general.

Las siguientes son indicaciones razonables para adultos y niños, basadas en el nivel actual de conocimiento y las observaciones clínicas en el campo, así como también en los resultados de auditorias clínicas:

Refiera a sus pacientes para evaluar la necesidad de una amigdalectomía si cumplen todos los siguientes criterios:

- ≥ 5 episodios de faringitis al año, con pobre respuesta a los tratamientos, acompañados de adenitis cervical o elevación de IgG e IgA. . ^(9,10)
- Obstrucción crónica de la vía aérea superior, especialmente cuando es por hipertrofia adenoidea. . ⁽⁹⁾
- Faringitis asociada a: Otitis media purulenta aguda y sinusitis con obstrucción nasal, recurrentes por hipertrofia adenoidea. . ⁽⁹⁾
- Celulitis o abscesos periamigdalinos, raros en niños, mas frecuentes en adolescentes, pero suficientemente severos para considerar amigdalectomia para evitar futuros ataques. . ⁽⁹⁾
- Sintomáticos por al menos 1 año. . ⁽¹⁰⁾
- Los episodios de faringitis son incapacitantes e impiden el funcionamiento normal. . ⁽¹¹⁾

B**B**

Debe hacerse claro si la frecuencia de los episodios esta aumentando o disminuyendo con el tiempo.

7 Implementación y Análisis de Desempeño:

Implementación local.

La implementación local de esta guía se efectuará con la participación de las autoridades locales de cada unidad.

Puntos clave de Análisis de Desempeño.

Manejo de la Faringitis Aguda

- Proporción de pacientes con faringitis que reciben tratamiento antibiótico.
- Número de pacientes con el diagnóstico de faringitis aguda atendidos en las diferentes unidades médicas.

Criterios de Referencia para manejo Quirúrgico.

- Criterios de referencia a la consulta del especialista.
- Proporción de operaciones en comparación con el número de referencias.

Razón de admisiones hospitalarias por complicaciones supurativas de la Faringitis Aguda.

- Incidencia de admisiones hospitalarias por complicaciones de la faringitis, como peri amigdalitis, absceso periamigdalino, y absceso parafaríngeo.

8 INFORMACIÓN PARA EL USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS.

Cuadro 1: Información para el Uso Racional del Paracetamol (Acetaminofén)

	EFECTOS ADVERSOS		
Paracetamol (Tabletas) Presentación: 500 mg Tabletas o Comprimido	Agranulocitosis	Severo	Contraindicaciones • Enfermedad Hepática. • Alcoholismo. • Enfermedad Renal Interacciones: • Alcohol • Anticonvulsivantes • Aspirina • Isoniazida • Anticoagulantes orales • Fenotiazidas
	Dermatitis alérgica	Severo	
	Anemia	Severo	
Paracetamol (JARABE) Presentación: 120 mg/5mL jarabe frasco 60 mL	Hepatitis	Severo	
	Hepatotoxicidad	Severo	
	Cólico renal		
	Falla renal	Severo	
	Piuria estéril	Severo	
Paracetamol (solución oral) Presentación: 100 mg/mL Frasco gotero 10-20 mL	Trombocitopenia	Severo	

B

Precauciones y Puntos Clave:

Intoxicación por Acetaminofén:

Llamar al Centro Nacional de Intoxicaciones (223-1028).

Utilizar N-acetilcisteína: 140 mg/kg. vía oral o

Nasogástrica, luego 70 mg/Kg. cada 4 horas por un total

de 17 dosis.

Cuadro 2: Información para el Uso Racional de Aminopenicilinas:

C

	EFECTOS ADVERSOS		
<p>Penicilina G Benzatínica</p> <p>Presentación: 1200 000 U./vial</p>	<p>Más Frecuentes</p> <p>DIARREA CEFALEA NÁUSEA CANDIDIASIS ORAL CANDIDIASIS VAGINAL</p>		<p>Contraindicaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad renal. • Mononucleosis infecciosa. • Vacunas vivas
<p>Amoxicilina</p> <p>Presentación: Tabletas o Comprimidos 500 mg</p>	<p>Menos Frecuentes</p> <p>REACCIÓN ALÉRGICA ANAFILAXIS HIPOTENSIÓN DERMATITIS EXFOLIATIVA EDEMA FACIAL</p>	<p>Severo</p> <p>Severo</p> <p>Severo</p> <p>Severo</p> <p>Severo</p>	<p>Interacciones Severas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anticonceptivos • Metotrexate • Tetraciclinas
<p>Amoxicilina</p> <p>Presentación: Frasco 250 mg/ 5 ml.</p>	<p>URTICARIA RESPIRACIÓN IRREGULAR PRURITO</p>	<p>Severo</p> <p>Severo</p> <p>Severo</p>	<p>Interacciones Moderadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aminoglucósidos
<p>Amoxicilina + Acido Clavulánico</p> <p>Presentación: Cápsula o Comprimidos 500 mg + 125 mg</p>	<p>Raros o Muy Raros</p> <p>HEPATOTOXICIDAD NEFRITIS INTERSTICIAL LEUCOPENIA TRASTORNOS MENTALES NEUTROPENIA COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA</p>	<p>Severo</p> <p>Severo</p> <p>Severo</p> <p>Severo</p> <p>Severo</p> <p>Severo</p>	
<p>Amoxicilina + Acido Clavulánico</p> <p>Presentación: Frasco 250 mg + 62.5/ 5 ml.</p>			

Efectos Adversos

Precauciones y Puntos Clave:

Las aminopenicilinas comparten la probabilidad de reacción alérgica de la penicilina.

Cuadro 3: Información para el Uso Racional de Macrólidos:

	EFECTOS ADVERSOS	
<p>Clarithromicina (tabletas)</p> <p>Presentación: 500 mg Tabletas</p>	<p>Más Frecuentes DIARREA MOLESTIAS GASTROINTESTINALES NÁUSEA VÓMITO</p>	<p>Contraindicaciones Enfermedad Hepática. • Arritmias cardíacas. • Prolongación del QT. • Pérdida de audición.</p> <p>Interacciones Severas: • Agentes que prolongan el QT. • Vacunas vivas. • Anticoagulantes. • Ciclosporina. • Carbamazepina. • Digoxina.</p> <p>Interacciones Moderadas: • Benzodicepinas. • Corticoesteroides</p>
<p>Clarithromicina (suspensión oral)</p> <p>Presentación: 25mg/5 ml suspensión oral</p>	<p>Menos Frecuentes DERMATITIS ALÉRGICA REACCIÓN ALÉRGICA HEPATOTOXICIDAD PRURITO CANDIDIASIS ORAL ERUPCIÓN CUTÁNEA ERITRODERMIA CANDIDIASIS VAGINAL</p>	
	<p>Raros o Muy Raros ARRITMIAS CARDÍACAS PÉRDIDA DE AUDICIÓN PANCREATITIS PROLONGACIÓN DEL QT TORSADES DE POINTES</p>	

C

Cuadro 4: Información para el Uso Racional de Cefalosporinas:

	EFECTOS ADVERSOS	
<p>Cefadroxilo</p> <p>Presentación: Cápsula o comprimido 500 mg</p>	<p>Más Frecuentes DIARREA MOLESTIAS GASTROINTESTINALES NÁUSEA VÓMITO</p>	<p>Contraindicaciones • Enfermedad Hepática. • Arritmias cardíacas. • Prolongación del QT. • Pérdida de audición.</p> <p>Interacciones Severas: • Agentes que prolongan el QT. • Vacunas vivas. • Anticoagulantes. • Ciclosporina. • Carbamazepina. • Digoxina.</p> <p>Interacciones Moderadas: • Benzodicepinas. • Corticoesteroides</p>
<p>Cefadroxilo (suspensión oral)</p> <p>Presentación: 250 mg/5 ml suspensión oral</p>	<p>Menos Frecuentes DERMATITIS ALÉRGICA REACCIÓN ALÉRGICA HEPATOTOXICIDAD PRURITO CANDIDIASIS ORAL ERUPCIÓN CUTÁNEA ERITRODERMIA CANDIDIASIS VAGINAL</p>	
<p>Cefixima</p> <p>Presentación: Cápsula o comprimido 400 mg.</p>	<p>Raros o Muy Raros ARRITMIAS CARDÍACAS PÉRDIDA DE AUDICIÓN PANCREATITIS PROLONGACIÓN DEL QT</p>	
<p>Cefixima</p> <p>Presentación: Polvo para suspensión 100 mg./5ml.</p>		

C

9 Recomendaciones por consenso, del grupo de Desarrollo.

1. Pacientes con faringitis por Streptococos Pyogenes deben recibir terapia antimicrobiana a la dosis recomendada y por el tiempo suficiente para su erradicación.
2. La penicilina V continua siendo la droga de elección, para pacientes no alérgicos a ella y basados en su espectro, escasas reacciones y bajo costo.
3. Seguimientos o controles con cultivos o pruebas rápidas, después de un tratamiento bien llevado, no están indicados.
4. La recomendación quirúrgica debe ser evaluada en forma individual y considerar la opinión del Otorrinolaringólogo.
5. Recomendamos que la educación sea un proceso continuo, que se mantenga en todas las visitas de seguimiento clínico y que participen en él, todos los miembros del equipo sanitario implicados en el cuidado de los pacientes, impartiendo y reforzando los mismos mensajes.
6. El/la médico/a tratante debe determinar en la consulta aguda que plan de acción toma el paciente para manejar sus síntomas. La necesidad de reforzar o redirigir el plan debe ser considerada.



**Anexo : Evidencia encontrada por la Búsqueda Sistemática:
Guías Clínicas**

1	Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Clinical Guideline 34. Management of Sore Throat and Indications for Tonsillectomy. A National Clinical Guideline. SIGN. January 1999.	AGREE 91 %
2	Bisno A, Gerber M, Gwaltney J, Kaplan E, Schwartz R. IDSA Guidelines. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis. Clinical Infectious Diseases 2002; 35:113–25.	AGREE 74 %
3	Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Acute Pharyngitis. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2003.	AGREE 70 %
4	University of Michigan Health System. Guidelines for Clinical Care. Pharyngitis. Ann Arbor (MI): University of Michigan Health System; 2000.	AGREE 77 %

BIBLIOGRAFIA

Revisiones Sistemáticas de alta calidad:

1. **Burton MJ, Towler B, Glasziou P.** Amigdalectomía versus tratamiento no quirúrgico para la amigdalitis crónica / aguda recurrente (Cochrane Review). In: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software. 1a
2. **Burton MJ, Doree C.** Coblación versus otras técnicas quirúrgicas para la amigdalectomía (Cochrane Review). In: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software. La última modificación significativa de esta revisión sistemática se hizo por última vez el 23 Mayo 2007. 1a
3. **Del Mar CB, Glasziou PP, Spinks AB** Antibióticos para la faringitis. En: La Cochrane Library plus en español. Oxford: Update Software. 1a
4. **Hilary M. Babcock, M.D.,** Medical Director of Occupational Infection Control, Barnes-Jewish and St. Louis Children's Hospitals; Instructor of Medicine, Infectious Disease Division, Washington University School of Medicine, St. Louis, MO. Review provided by VeriMed Healthcare Network. Actualizado: 9/6/2006 2a
5. **LATORREL., Juan José.** Medicina basada en la evidencia: Fuentes de información: bases de datos y revistas. Rev. chil. pediatr. [online]. mar. 2000, vol.71, no.2 [citado 28 Febrero 2008], p.152-153. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062000000200013&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0370-4106 1a
6. **Levy Pinto, Samuel.** – Otorrinolaringología pediátrica. – 4ª ed. Corregida. – México, McGraww-Hill, 2003. 2a

7. **Manyemba J, Mayosi BM** Penicillin for secondary prevention of rheumatic fever (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. **1a**
8. **Shi Y, Gu R, Liu C, Ni J, Wu T.** Hierbas medicinales chinas para la faringitis (Cochrane Review). In: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software. La última modificación significativa de esta revisión sistemática se hizo por última vez el 20 Abril 2007. Las revisiones Cochrane se revisan periódicamente y se actualizan de ser necesario **2a**
9. **Guía de pediatría práctica basadas en la evidencia** / Departamento de Pediatría de la Fundación Santa Fe de Bogotá, Santiago Ucrós Rodríguez, Alcides Caicedo, Gabriel Llano García; pro. Francisco Javier Leal Quevedo. – Colombia : Médica Internacional, 2003. **2b**
10. **Asociación Mexicana de Pediatría, A.C.** / Medicina pediátrica basada en evidencias.—México : McGraaw-Hill, 2004. **1b**