

Autores: Emilia Vicente Carrión, Renata Dus, Carmen López García, María García Palacios, Nieves Arellano Díaz,

MISIÓN

Proceso agudo febril con inflamación de las mucosas del área faringoamigdal, pudiendo presentar eritema, edema, exudado, úlceras o vesículas. Muchos virus y bacterias son capaces de producir FA y la mayoría de los casos en niños (menos de 3 años) están causados por virus con una evolución benigna y autolimitada. Entre las bacterias, el *Estreptococo* beta hemolítico grupo A (EbhGA o GAS) o *Streptococcus pyogenes* es la más importante en niños y la única en la que el tratamiento antibiótico está definitivamente indicado, de forma ambulatoria. No precisa ingreso hospitalario si no aparecen complicaciones asociadas (supurativas locales, glomerulonefritis aguda, fiebre reumática, artritis reactiva). Los objetivos de la terapia antimicrobiana son: reducir la duración y gravedad de los signos y síntomas clínicos y de las complicaciones (tanto supurativas- como no supurativas); reducir la transmisión a contactos cercanos.

ALCANCE

Límite de entrada	Límite de salida
Usuario con faringoamigdalitis que requiere asistencia de urgencia.	Pautar tratamiento sintomático si sospecha viriasis. Si presenta clínica bacteriana: derivar para realización de test rápido de <i>Estreptococo</i> A, para tratamiento antibiótico si precisa.

CLIENTES

1. Usuario de la asistencia.	
Necesidades y expectativas	Asistencia sanitaria de urgencia. Seguridad de actuación. Eficacia en la resolución. Atención personalizada. Información adecuada. Toma de decisiones consensuada. Continuidad de la atención.
2. Acompañantes del usuario.	
Necesidades y expectativas	Eficacia en la resolución del proceso. Información sobre su situación.
3. Otros profesionales (FEA Urgencias hospitalarias, Pediatra, ORL...)	
Necesidades y expectativas	Asistencia sanitaria adecuada. Trazabilidad del paciente. Continuidad de cuidados.

Versión: 15/12/2018	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia
Página 1 de 8	

ARBOL NODAL

PROCESO DE FARINGOAMIGDALITIS

A1. Historia clínica.

- A1.1. Edad y prevalencia estacional.
- A1.2. Antecedentes personales y familiares.
- A1.3. Signos y Síntomas.

A2. Exploración.

A2.1. Exploración física:

- A2.1.1. Examen ORL.
- A2.1.2. Examen piel y mucosas.
- A2.1.3. Constantes vitales.
- A2.1.4. Auscultación cardiopulmonar.
- A2.1.5. Exploración abdominal.

A2.2. Exploraciones complementarias:

- A2.2.1. Test rápido de Streptococo A.
- A2.2.2. Cultivo faríngeo.
- A2.2.3 Criterios diagnósticos.

A3. Diagnóstico diferencial.

- A3.1. FA vírica (Adenovirus, Rinovirus, Coronavirus, Gripe, Coxsackie A, Herpes simplex tipo I, Virus Epstein- Barr, VIH).
- A3.2. FA por Streptococcus Grupo C y G,
- A3.3. FA por Mycoplasma Pneumoniae,
- A3.4 FA por Neisseria gonorrhoeae

A4. Tratamiento.

- A4.1. TTO. FA vírica.
- A4.2. TTO. FA bacteriana.

A5. Algoritmo de manejo.

A6. Complicaciones.

- A6.1 Supurativas
- A6.2 No supurativas

A7. Alta.

- A7.1 .Derivación hospitalaria
- A7.2. Derivación ORL

PROCEDIMIENTOS

A1. Historia clínica.

A1.1. Edad.

La edad de prevalencia de la FAA bacteriana está comprendida entre 3-15 años y la FAA vírica es más frecuente en niños menores de 3 y mayores de 15 años.

A1.2. Prevalencia estacional:

La infección por Strept. Pyogenes es más frecuente en invierno y comienzo de primavera.

La infección por rinovirus en otoño y primavera.

La infección por gripe en invierno.

La infección por adenovirus en verano.

A1.3. Antecedentes personales y familiares.

La transmisión está favorecida por contacto íntimo en colegios y guarderías, entorno familiar, hacinamiento e instituciones cerradas.

Síntomas.

FAA VÍRICA: conjuntivitis, rinitis, diarrea, tos, ronquera.

FAA ESTREPTOCOCICA: Síntomas: dolor de garganta, fiebre $>38^{\circ}39$, cefalea, mialgias, dolor abdominal.

A2.2.1. Exploración física

Examen ORL:

Signos de FAA ESTREPTOCOCICA.

- Eritema difuso, inflamación de la faringe y úvula e hipertrofia del tejido linfoide en faringe posterior.
- Amígdalas eritematosas, inflamadas con exudado pultáceo blanco-amarillento (50-90%). Petequias y/o lesiones anulares ("donuts") en paladar blando, úvula o faringe posterior.
- Adenitis cervical dolorosa,
- Exantema escarlatiniforme,
- Aliento fétido.
- Costras alrededor de orificios nasales.

-**Constantes vitales:** inicio brusco de fiebre $>38^{\circ}39$.

-**Auscultación cardiopulmonar.**

-**Exploración abdominal.**

A2.2.2. Exploraciones complementarias.

-**test rápido de detección Strep grupo A (DRAE)** realizar o derivar para su realización ante sospecha clínica de FAA Streptococo beta hemolítico (Centor 3-4)

-**cultivo de exudado faríngeo** –recomendado si no hay respuesta al tratamiento(persistencia

de la fiebre y de los síntomas > de 72h con tratamiento antibiótico) o complicaciones

A2.2.3 Criterios diagnósticos

Criterios de Centor son los más empleados en el diagnóstico de una faringitis estreptocócica en las consultas de atención primaria (Centor RM, 1981 No están validados en menores de tres años.):

- **Exudado amigdalal.**
- **Adenopatía cervical del triángulo anterior cervical dolorosa.**
- **Fiebre (>38 °C).**
- **Ausencia de tos y rinorrea.**

Si la puntuación es baja (0-2) o cuando hay una alta sospecha de origen vírico (rinorrea, tos, úlceras en la boca o disfonía), no se recomienda pruebas diagnósticas ni tratamiento ATB

A3. Diagnóstico diferencial.

-FAA VÍRICAS.

- Adenovirus : más frecuentes en <5 años en meses de verano, con clínica de fiebre, inflamación de amígdalas con punteado blanquecino, conjuntivitis, rinitis, adenopatía cervical.
- Coxsackie A: herpangina (lactantes y niños pequeños, cursa con fiebre, inflamación faringoamigdalal, odinofagia y enantema vesicular, vómitos y cefalea) y enfermedad pie-mano-boca (pequeñas vesículas dolorosas en mucosa oral y lengua, exantema pápulo vesicular en palmas de manos y planta de pies).
- Herpes simplex tipo I: gingivostomatitis, fiebre, eritema faringoamigdalal y ulceraciones circulares dolorosas sobre amígdalas, paladar blando, mucosa gingival y labios, adenopatía cervical.
- Virus de Epstein-Barr: más típica en niños mayores y adolescentes, presentan fiebre, malestar general, amígdalas muy inflamadas, exudado blanquecino amplio y membranas, hepatomegalia, esplenomegalia, adenopatía bilateral y edema palpebral. La administración de amoxicilina provoca erupción máculopapular pruriginosa que cede al suspender el antibiótico.
- (VIH) y en pacientes con inmunodepresión (neutropenia). Se puede presentar como una mononucleosis infecciosa, con fiebre, pérdida de peso, adenomegalias y esplenomegalia. En el caso de infección por VIH admitirá factores de riesgo para la transmisión del virus en las 2-3 semanas previas al inicio de los síntomas.

-FAA BACTERIANAS.

- Streptococos grupo C y G: más prevalentes en adolescentes y adultos, episodios más atenuados.
- Mycoplasma pneumoniae: clínica de eritema e inflamación amigdalal y menos frecuente el exudado y adenopatía cervical. Sospecha ante FAA recurrentes.
- Chlamydia pneumoniae. Se presenta en adultos jóvenes, previamente sanos, con clínica de bronquitis aguda. Requiere realizar serología para su diagnóstico.
- Corynebacterium diphtheriae. Responsable de la difteria, se instaura lentamente con odinofagia, mal estado general y fiebre no elevada. La exploración de la faringe mostrará, en un tercio de los pacientes, la presencia de membranas que sangran al desprenderse. En España es excepcional, pero debe tenerse presente en poblaciones inmigrantes sin vacunar.
- menos frecuentes

A4. TRATAMIENTO:

A4.1

Tratamiento

sintomático:

paracetamol 0.5-1 g cada 6-8 horas en adultos(máx. 3g /24h en IR o máx. 2g/24h en IH) o 10-15 mg/kg cada 6h en niños

ibuprofeno 400-1200 mg /24 horas repartido en 3 dosis y 5-10mg/kg cada 8 horas

prednisona 60 mg/día durante 1 ó 2 días

tópicos orofaríngeos: en forma de sprays, pastillas o enjuagues y que contienen clorhexidina, gluconato o benzocaína

A4.2 Tratamiento antibiótico:

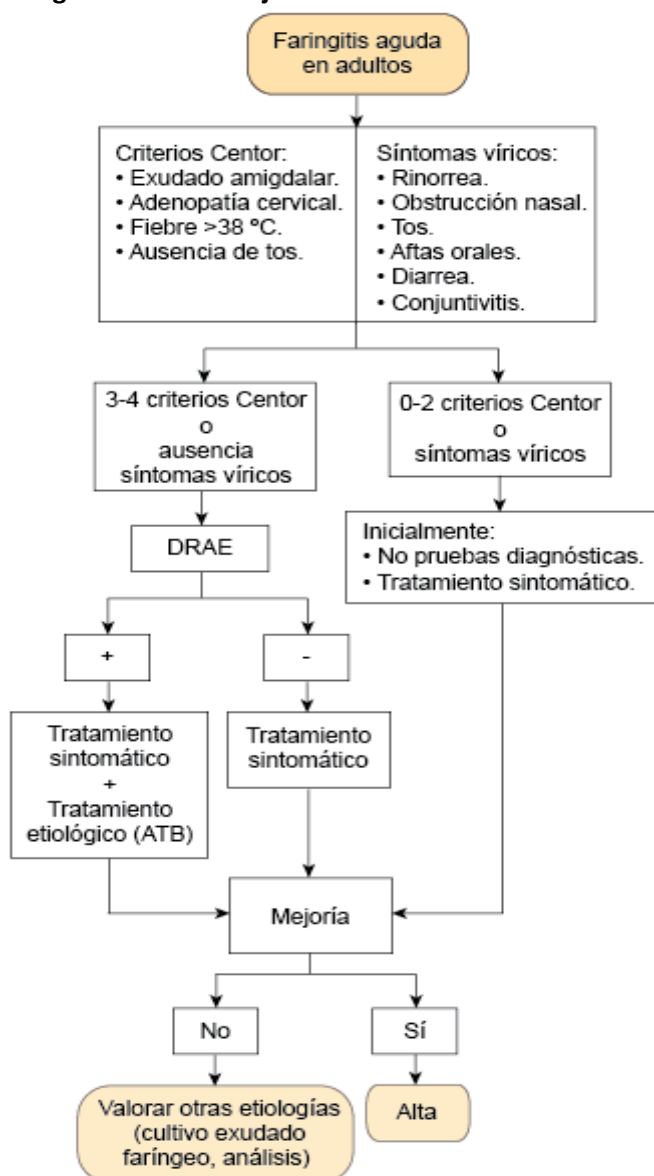
DIAGNOSTICO	ELECCIÓN	GR	ALTERNATIVA	GR
FA con sospecha de infección por EBHGA	Fenoximetilpenicilina (estómago vacío) - 500 mg/12 horas durante 8-10 días (adulto y niños >12 años o peso >27kg) --250mg/12 horas (niños <12 años o peso <27kg)	A	Amoxicilina 500mg/8 horas durante 10 días. niños :de 40-50 mg/kg/día en 2 dosis diarias Riesgo de incumplimiento o intolerancia oral a penicilina: Bencilpenicilina 1.200.000 U.I. de penicilina G en dosis única i.m.(adultos y niños >=25kg) 600.000U.I. niños <=25kg Alérgicos a betalactámicos : Azitromicina 500mg cada 24 horas durante 5 días niños: 12mg/kg dosis cada 24 horas durante 5 días Claritromicina 250-500mg /12 horas 10 días; 15mg/kg/día en 2 dosis durante 10 días Clindamicina 150-300mg /8 horas 10 días; 15-25mg/kg/día en 3 dosis durante 10 días,	A
				B
FA estreptocócica recurrente	Bencilpenicilina :1.200.000 U.I. de penicilina G en dosis única i.m.(adultos y niños >=25kg) 600.000U.I. niños <=25kg	A	Amoxicilina-clavulanico 500/125mg cada 12 hora durante 10 días.	D
Profilaxis de episodios recurrentes	No indicado	D		

Los antibióticos de mayor espectro como la cefuroxima(20mg/kg/día en 2 dosis durante 5

Versión: 15/12/2018	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia
Página 5 de 8	C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ªPlanta 30005 Murcia

días) o la amoxicilina clavulánico(40mg/kg/día, 500-875/125mg cada 8 horas durante 10 días) deben emplearse en sospecha de infecciones más graves o en las resistencias a los convencionales. No están indicadas las sulfamidas, fluoroquinolonas o tetraciclinas.

A5. Algoritmo de manejo.



A6. Complicaciones.

A6.1.Supurativas:

Otitis media aguda.

Sinusitis.

Absceso faríngeo.

A6.2 No supurativas:

Fiebre reumática.

Glomerulonefritis postestreptocócica.

Adenitis cervical.

Escarlatina.

Síndrome del shock tóxico estreptocócico.

A7. Alta.

A7.1 .DERIVACIÓN HOSPITALARIA

Derivación a urgencias hospitalarias.

- Realización de DRAE o cultivo de exudado faríngeo
- Sospecha de un absceso periamigdalino.
- Presencia de síntomas de obstrucción de la vía aérea (disnea con o sin estridor).
- Imposibilidad de una hidratación adecuada (requiere fluidoterapia IV).
- Sospecha de fiebre reumática.
- Síndrome de shock toxico estreptocócico.

A7.2.DERIVACIÓN ORL

- Complicaciones supurativas
- Historia de apnea del sueño, hipersomnolencia o retraso en el crecimiento estaturponderal.
- Historia de 7 ó más episodios de amigdalitis aguda en los últimos 12 meses, de una intensidad suficiente como para alterar la vida normal del paciente.

Bibliografía:

Versión: 15/12/2018	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ªPlanta 30005 Murcia
Página 7 de 8	

Michael EPichichero, MD Daniel J Sexton, MD, Morven S Edwards, MD, "**Treatment and prevention of streptococcal tonsillopharyngitis**", www.uptodate.com, Feb 16, 2017.

Faringitis aguda. Guías clínicas. www.fisterra.com

F. Álvarez González, J.M. Sánchez Lastres Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica. Faringoamigdalitis aguda.

C. Rodrigo, F. del Castillo, F. García Martín y D. Moreno Pérez, J. Ruíz Contreras. Protocolos Clínicos SEIMC. Infección de las vías respiratorias superiores. Faringoamigdalitis. www.semic.org

Problemas de cara, nariz boca, garganta y oídos. Faringoamigdalitis aguda. AMF 2016, 12(15):214-312, [ww.amf-semfyc.com](http://www.amf-semfyc.com)

Versión: 15/12/2018	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia
Página 8 de 8	