

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Práctica Clínica

Diagnóstico y Tratamiento de Faringoamigdalitis Aguda

Evidencias y Recomendaciones

Número de Registro **ESPACIO PARA SER LLENADO POR CENTEC**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

Av. Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.
Página Web: www.cenetec.salud.gob.mx
Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud

Deberá ser citado como: **Diagnóstico y Tratamiento de Faringoamigdalitis Aguda**, México: Secretaría de Salud; año de autorización para publicación

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

ISBN en trámite

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

Guía de Práctica Clínica
Diagnóstico y Tratamiento de Faringoamigdalitis Aguda

Autores:

Dra. Gloria Estela García Díaz	Médico Familiar		Médico Adscrito a la UMF No. 61 Córdoba, Veracruz
Dra. Rosaura Elsa Medina Ibarra	Otorrinolaringólogo		Médico Adscrito al HGZ No. 14, Guadalajara Jalisco
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Oftalmólogo	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinador de Programas Médicos de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad., División de Excelencia Clínica, Distrito Federal
Dr. Armando Paredes Becerril	Médico Familiar		Médico Adscrito a la UMF No. 41, Distrito Federal
Dr. Salvador Zarate Camacho	Otorrinolaringólogo	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico Adscrito al HGR No. 36 Puebla, Puebla

Validación Interna:

Dra. Rosa Elena Maldonado Cruz	Médico Familiar		Coordinador de Investigación y Educación en Salud de la UMF No. 39 Villahermosa, Tabasco
Dra. Verónica Martínez Astorga	Médico Familiar		Médico Adscrito a la UMF No. 36 Culiacán, Sinaloa
Dr. Juan Rosas Peña	Otorrinolaringólogo		Médico Adscrito al Servicio de Otorrinolaringología del HGR No. 1 Carlos McGregor Sánchez Navarro, Distrito Federal
Dr. Alejandro Martín Vargas Aguayo	Otorrinolaringólogo	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jefe del Servicio de Otorrinolaringología de la UMAE Hospital de Especialidades SXXI, Distrito Federal
Dr. Héctor Alejandro Velázquez Chong	Otorrinolaringólogo		Area de Vinculación de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, Distrito Federal

Validación Externa:

Dr. Enrique Azuara Pliego	Otorrinolaringólogo	Academia Mexicana de Cirugía A.C.	
---------------------------	---------------------	-----------------------------------	--

ÍNDICE	PÁG.
1. Clasificación	5
2. Preguntas a responder por esta Guía.....	6
3. Aspectos Generales	7
3.1 Justificación.....	7
3.2. Objetivo de esta Guía	7
3.3. Definición	8
4. Evidencias y Recomendaciones	9
4.1 Prevención Secundaria	10
4.1.1 Detección.....	10
4.1.1.1 Factores de Riesgo.....	10
4.1.2 Diagnóstico.....	11
4.1.2.1 Diagnóstico Clínico.....	11
4.1.2.2 Pruebas diagnósticas	13
4.1.3 Tratamiento	14
4.1.3.1 Tratamiento Farmacológico (ver anexo 6.3)	14
4.1.3.2 Tratamiento no farmacológico	18
4.2 Criterios de Referencia y Contrareferencia	19
4.2.1 Criterios técnicos médicos de referencia	19
4.2.1.1 Referencia al segundo nivel de atención	19
4.3 Vigilancia y Seguimiento.....	20
4.4 Tiempo estimado de recuperación y días de Incapacidad	22
Algoritmo	23
5. Definiciones Operativas.....	24
6. Anexos.....	25
6.1 Protocolo de búsqueda.....	25
6.2 Medicamentos	29
7. Bibliografía.....	33
8. Agradecimientos	35
9. Comité Académico.....	36
10. Directorio.....	37
11. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica.....	38

1. CLASIFICACIÓN

Registro	
PROFESIONALES DE LA SALUD	Médico Familiar, Otorrinolaringólogo
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	J02 FARINGITIS AGUDA, J02.9 FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA J03 AMIGDALITIS AGUDA, J03.9 AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA
CATEGORÍA DE GPC	Primer nivel de atención Prevención Diagnóstico Tratamiento
USUARIOS POTENCIALES	Médico General, Médico Familiar
TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Instituto Mexicano del Seguro Social Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad División de Excelencia Clínica. México D.F. UMAE Hospital de Especialidades SXXI, Distrito Federal Delegación Veracruz: UMF No. 61, Córdoba Veracruz. Delegación Jalisco: HGZ No. 14, Guadalajara Jalisco. Delegación Norte : UMF No. 41, Distrito Federal. Delegación Puebla: HGR No. 36, Puebla Puebla. Delegación Tabasco: UMF No. 39, Villahermosa Tabasco. Delegación Sinaloa: UMF No. 36/Culiacán Sinaloa. Delegación Sur : HGR No. 1 Carlos McGregor Sánchez Navarro, Distrito Federal
POBLACIÓN BLANCO	Hombres y mujeres adultos
FUENTE DE FINANCIAMIENTO/PATROCINADOR	Instituto Mexicano del Seguro Social Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad División de Excelencia Clínica. México D.F. UMAE Hospital de Especialidades SXXI, Distrito Federal Delegación Veracruz: UMF No. 61, Córdoba Veracruz. Delegación Jalisco: HGZ No. 14, Guadalajara Jalisco. Delegación Norte : UMF No. 41, Distrito Federal. Delegación Puebla: HGR No. 36, Puebla Puebla. Delegación Tabasco: UMF No. 39, Villahermosa Tabasco. Delegación Sinaloa: UMF No. 36/Culiacán Sinaloa. Delegación Sur : HGR No. 1 Carlos McGregor Sánchez Navarro, Distrito Federal
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Prevención Diagnóstico clínico Tratamiento farmacológico Tratamiento no farmacológico
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Diagnóstico oportuno. Prescripción apropiada de antibiótico Detección oportuna de síntomas de alarma. Referencia oportuna y efectiva. Disminución de complicaciones y secuelas Satisfacción con la atención. Reducción en los días de incapacidad
METODOLOGÍA ¹	Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: 16 Guías seleccionadas: 9 del periodo 2000-2008 ó actualizaciones realizadas en este período Revisiones sistemáticas Ensayos controlados aleatorizados Reporte de casos Validación del protocolo de búsqueda por Coordinación UMAE Adopción de guías de práctica clínica internacionales Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones *
MÉTODO DE VALIDACIÓN Y ADECUACIÓN	Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación Interna: Instituto Mexicano del Seguro Social: Delegación Tabasco: UMF No. 39, Villahermosa Tabasco. Delegación Sinaloa: UMF No. 36/Culiacán Sinaloa. Delegación Sur : HGR No. 1 Carlos McGregor Sánchez Navarro, Distrito Federal Validación Externa : Academia Mexicana de Cirugía A.C.
CONFLICTO DE INTERÉS	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés
REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN	REGISTRO _____ FECHA DE ACTUALIZACIÓN a partir del registro 2 a 3 años

¹ Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>.

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cuáles son los factores predisponentes de faringoamigdalitis aguda?
2. ¿Cuáles son los datos clínicos que integran el diagnóstico de faringoamigdalitis aguda de origen viral?
3. ¿Cuáles son los datos clínicos que integran el diagnóstico de faringoamigdalitis aguda de origen bacteriano?
4. ¿Cuáles son los estudios requeridos para hacer el diagnóstico?
5. ¿Cuál es el tratamiento indicado para el caso de faringoamigdalitis aguda de origen bacteriano?
6. ¿Cuál es el tratamiento indicado para el caso de faringoamigdalitis aguda de origen viral?
7. ¿Cuáles son las complicaciones agudas de la faringoamigdalitis?
8. ¿Cuáles son los criterios para referir al segundo nivel de atención?
9. ¿Cuáles son los criterios para otorgar incapacidad?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

La faringoamigdalitis es una infección de la faringe y 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. Es conveniente distinguir una infección verdadera de la faringe y el enrojecimiento faríngeo que se produce en un resfriado de vías respiratorias altas, debido a que el tratamiento es distinto. Las causas que condicionan la faringitis aguda son los cambios bruscos de temperatura a finales del otoño y principios del invierno. Existen factores de riesgo para desarrollar la enfermedad y factores que predisponen al progreso hacia complicaciones como enfermedades inmunológicas, pacientes con tratamientos antibióticos previos, infección persistente y falla del tratamiento (ICSI, 2005). Se ha documentado que la etiología más común de este padecimiento es de origen viral con un 90% en adultos, con infección bacteriana agregada, por lo que su tratamiento es inicialmente sintomático durante los primeros tres días (Michigan, 2006).

La elaboración de una guía de práctica clínica (GPC) de faringoamigdalitis se justifica por la alta incidencia que presenta en la población económicamente activa y la necesidad de atención que genera. Durante el 2007 se solicitaron 738,638 consultas en el primer nivel de atención por este motivo (datos de la División Técnica de Información Estadística en Salud). El manejo inicial de la gran mayoría de estos pacientes se realiza en el primer nivel de atención. El incumplimiento del tratamiento farmacológico y la automedicación causan resistencias bacterianas que propician la propagación de microorganismos resistentes a los esquemas convencionales de tratamiento. Por lo anterior, requerimos determinar los criterios para realizar un diagnóstico oportuno y un manejo adecuado que permitan disminuir la frecuencia de secuelas y complicaciones, que afectan la calidad de vida del paciente y que generan uso de recursos extras como consultas a diversas especialidades, cirugía y rehabilitación.

El impacto económico es importante por su alta incidencia en las edades productivas donde se genera incapacidad laboral y disminución de la ganancia profesional y aumentos de los gastos indirectos.

3.2. OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica *Diagnóstico y Tratamiento de Faringoamigdalitis Aguda*, forma parte de las Guías que integrarán el *Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica*, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción *Específico de Guías de Práctica Clínica*, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el *Programa Sectorial de Salud 2007-2012*.

La finalidad de este Catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta Guía pone a disposición del personal del primer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Presentar una herramienta al médico del primer nivel que permita orientar sobre el abordaje de la faringoamigdalitis.
2. Presentar a los clínicos un conjunto de recomendaciones basadas en la evidencia para la toma de decisiones clínicas sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis.
3. Formular un conjunto de estrategias que permitan un uso adecuado de los recursos disponibles para el manejo de la faringoamigdalitis.
4. Establecer los criterios de referencia de la faringoamigdalitis al segundo nivel de atención.
5. Disminuir la frecuencia de complicaciones supurativas (otitis media, sinusitis, abscesos o mastoiditis) y prevenir la fiebre reumática, que afectan la calidad de vida del paciente.
6. Reducir el uso indiscriminado de antibióticos y disminuir la resistencia bacteriana y los posibles efectos adversos de estos.

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades que constituye el objetivo central y la razón de ser de los Servicios de Salud.

3.3. DEFINICIÓN

La faringoamigdalitis es una infección de la faringe y 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.

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud

2++
[GIB, 2007]

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada

1a
[E: Shekelle]
Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 6.1.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía

	EVIDENCIA
	RECOMENDACIÓN
	BUENA PRÁCTICA

4.1 PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.1.1 DETECCIÓN

4.1.1.1 FACTORES DE RIESGO

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
	El tabaquismo activo y pasivo se ha asociado a un mayor riesgo de infecciones respiratorias con mayor tiempo de evolución.	IIb [E. Shekelle] Guía de IRA IMSS 2001
	Evitar el tabaquismo y el humo de tabaco.	B [E. Shekelle] Guía de IRA IMSS 2001

E

La exposición con pacientes enfermos de faringoamigdalitis es un factor de riesgo para desarrollar la enfermedad aguda.

II
IDSA 2002

R

Investigar el contacto con pacientes con faringoamigdalitis o con portador asintomático de Streptococcus beta-hemolítico del Grupo A (EBHGA).

A
IDSA 2002

✓ /R

Investigar antecedentes de reflujo gastroesofágico, síndrome de apnea del sueño obstructivo, inmunodepresión, exposición a clima artificial o actividad laboral relacionada con el uso de la voz.

✓
Buena práctica

✓ /R

Se recomienda

- Uso de cubre bocas para evitar contagios
- Evitar exponerse a cambios bruscos de temperatura.

✓
Buena práctica

4.1.2 DIAGNÓSTICO

4.1.2.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

La faringitis es comúnmente causada por virus, pero aproximadamente 15% de los episodios pueden deberse EBHGA. En estos casos habitualmente se encuentra exudado blanquecino en amígdalas, adenopatía cervical, ausencia de rinorrea y tos y fiebre mayor de 38°C; el diagnóstico clínico con 3 de estos datos ha demostrado una sensibilidad de más de 75%.

III
[E. Shekelle]
Guía de IRA IMSS 2001

R

Durante la exploración clínica debe buscarse exudado blanquecino en amígdalas, adenopatía cervical y fiebre. Además de interrogar sobre rinorrea y tos.

C
[E. Shekelle]
Guía de IRA IMSS 2001

E

La rinorrea, tos húmeda, disfonía y conjuntivitis sugieren origen viral. Igual que la presencia de vesículas.

III
[E. Shekelle]
Guía de IRA IMSS 2001

R

Investigar sobre rinorrea, tos húmeda, disfonía e hiperemia conjuntival.

C
[E. Shekelle]
Guía de IRA IMSS 2001

E

Los signos y síntomas típicos de EBHGA se caracterizan por fiebre, adenopatía cervical anterior, hiperemia e hipertrofia amigdalina con exudado purulento, cefalea, dolor abdominal, y otros ocasionales como vomito, anorexia y rash o urticaria.

A/C
ICSI 2008

R

Durante la exploración investigar: fiebre, adenopatía cervical anterior, hiperemia e hipertrofia amigdalina, con exudado purulento, cefalea, dolor abdominal, vomito, anorexia, rash o urticaria. Algunos datos adicionales que apoyan el diagnóstico son cefalea, dolor abdominal, vómito y malestar.

R
ICSI 2008

E

Los síntomas iniciales incluyen congestión nasal e irritación faríngea y en pocas horas puede ocurrir rinorrea acuosa y estornudos, frecuentemente acompañados de malestar general; de uno a tres días la secreción nasal se vuelve típicamente más espesa y mucopurulenta debido a la presencia de células epiteliales polimorfonucleares y bacterias que normalmente colonizan el tracto respiratorio.

IIb/III
[E. Shekelle]
Guía de IRA IMSS 2001

R

Durante el interrogatorio investigar cambios en la secreción nasal y en la exploración buscar congestión nasal e irritación faríngea.

B/C
[E. Shekelle]
Guía de IRA IMSS 2001

E

El sistema de Mclsaac para evaluar faringoamigdalitis estreptocócica utiliza la edad (mayores de 3 años) y 4 síntomas (crecimiento amigdalino o exudado, adenopatías cervical anterior y fiebre de 38°C en ausencia de tos).

II-2
MST 2003

R

Es posible establecer un diagnóstico e iniciar tratamiento empírico cuando se encuentran los 4 síntomas clásicos y el paciente tiene una presentación toxica.

C
[E. Shekelle]
Alberta Clinical Practice Guidelines 2008

E

Cuando el diagnóstico es evidente, una terapia empírica (sin cultivo) es aceptable.

IV
[E. Shekelle]
AAOHNS 2007

R

Cuando la presentación es indudable puede iniciarse el tratamiento con antibióticos.

D
[E. Shekelle]
AAOHNS 2007

4.1.2.2 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

La prueba de antígeno rápido de inmunoensayo se utiliza para identificar EBHGA
Tiene una sensibilidad de 61% al 95%, y especificidad de 88-100%. Es barata y rápida.

III
SIGN 1999

R

No se encuentra disponible en el instituto en este momento Su uso rutinario no ha generado grandes cambios en la prescripción y no se recomienda realizar de rutina en el dolor de garganta.

B
SIGN 1999

E

El cultivo faríngeo sigue siendo el estándar de oro para confirmar el diagnóstico clínico de faringitis estreptocócica aguda, tiene una sensibilidad de 90% -95%.

II
IDSA 2002

R

Se recomienda realizar cultivo de faringe en los casos de recurrencia que no mejoran con tratamiento.

A
IDSA 2002

E

Actualmente una prueba de antígeno rápido de inmunoensayo negativa se complementa con un cultivo faríngeo por la baja sensibilidad. La prueba de inmunoensayo óptica es alentadora para realizarla sin cultivo de seguridad. Sin embargo, los resultados son limitados y contradictorios.

C
ICSI 2007

R

Se recomienda que la prueba rápida negativa se complemente con cultivo faríngeo para Streptococcus.

M/R
ICSI 2007

4.1.3 TRATAMIENTO

4.1.3.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (VER ANEXO 6.3)

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Estudios aleatorios compararon el uso de:

- antibiótico:
- sin prescripción
- tratamiento postergado por 3 días

Sin encontrar diferencias en los resultados.

Ib
SIGN 1999

R

La mayoría de las veces (alrededor de 90% en adultos) la etiología es viral por lo que el manejo inicial debe ser sintomático.

C
U Michigan 2006
R
ICSI 2008

E	<p>Es mínima la literatura sobre el uso de analgésicos para el dolor de garganta. No hay pruebas convincentes de que otros analgésicos de paracetamol son rutinariamente necesario agudo dolor de garganta.</p>	Ib SIGN 1999
E	<p>El analgésico como el paracetamol e ibuprofeno son los más seguros y eficaces que los antibióticos contra los síntomas. En adultos, el dolor en la deglución puede ser incluso tratados con lidocaína spray o solución</p>	B EBM 2007
R	<p>El paracetamol es el fármaco de elección para la analgesia en el dolor de garganta, teniendo en cuenta el aumento de los riesgos asociados con otros analgésicos se recomienda 500 mg c/8 horas de 3 a 5 días</p>	C SIGN 1999
E	<p>La penicilina es el antibiótico de elección. Diversos estudios apoyan que la penicilina en diferentes dosis o vías de administración sigue siendo el antibiótico de elección.</p>	Ia – III [E. Shekelle] IRA IMSS 2001
E	<p>Varios estudios han demostrado que el tratamiento de los pacientes con faringitis por estreptococos beta del grupo A acorta el curso de la enfermedad</p>	A ICSI 2008
E	<p>Clindamicina 600 mg/día en 2-4 dosis por 10 días</p>	B-III IDSA 2002
E	<p>Amoxicilina acido clavulanico 500 mg c/8 hrs. 10 días</p>	B-III IDSA 2002
E	<p>Penicilina mixta procainica y benzatinica una dosis</p>	B-II IDSA 2002

E

Penicilina benzatinica 1.2 y penicilina G 106UI procainica

A- II C
IDSA 2002

E

Cefalosporina de primera generación 10 días

A-II
IDSA 2002

E

Penicilina V en adolescentes y adultos: 500 mg C/8 hrs. 10 días

C-III
IDSA 2002

E

Penicilina V en adolescentes y adultos: 250 mg C/8 hrs. 10 días

A-II
IDSA 2002

✓ /R

En faringoamigdalitis aguda estreptocócica se recomienda el uso de:

- 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.

✓
Buena práctica

E

En casos de alergia se recomienda: Eritromicina o cefalosporina de primera generación por 10 días.

En caso de intolerancia se debe considerar azitromicina a 12mg/Kg./día máximo 5 días o clindamicina, claritromicina,

A-MR
ICSI, 2007

E

Eritromicina en pacientes alérgicos a la penicilina 10 días

A-II
IDSA 2002

E

En caso de alergia a la penicilina utilizar cefalexina 750 mg C/12 hrs. O cefadroxilo 1 gr. una vez al día 2

A
EBM 2007

✓ /R	<p>En casos de alergia se recomienda: Eritromicina 500 mg cada 6 horas por 10 días En caso de alergia a la penicilina utilizar o trimetroprima sulfametoxazol 80/400 mg 2 tabletas cada 12 hrs. por 10 días</p>	<p>✓ Buena práctica</p>
E	<p>Penicilina benzatina, cefuroxima y clindamicina, han demostrado ser superior a la penicilina V para reducir la frecuencia de recurrencia</p>	<p>Ib y III SIGN 1999</p>
E	<p>El tratamiento de erradicación inicia 9 días después de la enfermedad aguda y continua por 10 días. Se aconseja realizar cultivo faríngeo 7 días después de terminar el tratamiento inicial, en caso de ser positivo a EBHGA utilizar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penicilina y rifampicina • Penicilina benzatínica y rifampicina • Amoxicilina con ácido clavulánico • Clindamicina 	<p>II IDSA 2002</p>
E	<p>Clindamicina 20 mg / kg / día dividido en tres dosis (máximo 450 mg / día) x 10 días es el tratamiento de elección si se toma la decisión de tratar al portador. Si la clindamicina no es una terapéutica adecuada elección, también se puede dar a la penicilina y rifampicina</p>	<p>A-M,R ICSI 2008 A-M,R ICSI 2005</p>
E	<p>El tratamiento de erradicación: Eritromicina, Cefalexina, Clindamicina, Amoxicilina / clavulánico</p>	<p>A-R ICSI 2008 ICSI 2005</p>
E	<p>El tratamiento de recurrencia es cefalexina o cefadroxilo. Otra opción es clindamicina 300 mgx2x10 días</p>	<p>A EBM 2007</p>
E	<p>El tratamiento antibiótico de erradicación debe iniciarse dentro de 9 días después del inicio de la enfermedad aguda y continuó durante 10 días (o 5 días para azitromicina)</p>	<p>D U Michigan 2006</p>

✓ /R

El tratamiento de erradicación será penicilina benzatínica de 1,200,000 UI cada 21 días a partir de la primera aplicación de la penicilina compuesta (recomendada en el tratamiento inicial) por 3 meses.

✓
Buena práctica

4.1.3.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E El tratamiento de los síntomas es parte integral del manejo: Las medidas generales como mantener una ingesta adecuada de alimentos y de líquidos.	III [E. Shekelle] Guía de IRA IMSS 2001
R Se sugiere realizar: <ul style="list-style-type: none"> • Incremento en la ingesta de líquidos. • Mantener la alimentación adecuada (si hay hiporexia, ofrecer los alimentos en pequeñas cantidades). 	C [E. Shekelle] Guía de IRA IMSS 2001
E Realizar colutorios o gargarismos con agua bicarbonatada mientras exista exudado purulento.	C ICSI 2007
R Los remedios caseros que ayudan a mejorar los síntomas son: <ul style="list-style-type: none"> • Gárgaras con agua salada (bicarbonatada) $\frac{1}{4}$ de cucharada en un vaso con agua. 	R ICSI 2007

4.2 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

4.2.1 CRITERIOS TÉCNICOS MÉDICOS DE REFERENCIA

4.2.1.1 REFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Evidencia / Recomendación	Nivel/Grado
<p>E</p> <p>Síntomas de obstrucción de la vía aérea superior como estridor, disnea y cianosis relacionados con epiglotitis, absceso periamigdalino y retrofaríngeo. Además de: dificultad respiratoria, disfagia y sialorrea son datos que ameritan evaluación hospitalaria.</p>	<p>IV [E. Shekelle] ICSI 2005 ICSI 2008</p>
<p>R</p> <p>Si existe presencia de complicaciones como epiglotitis, absceso periamigdalino o retrofaríngeo, dificultad respiratoria, estridor, disfagia o sialorrea debe realizarse envío urgente a hospital de segundo nivel.</p>	<p>D [E. Shekelle] ICSI 2005 ICSI 2008</p>
<p>E</p> <p>La fiebre reumática y la glomerulonefritis son complicaciones no supurativas de la faringitis por EBHGA y requieren ser tratada con terapia antibiótica apropiada. Es la principal razón para iniciar el tratamiento temprano cuando es detectado el Streptococcus.</p>	<p>I [E. Shekelle] Guía de IRA IMSS 2001</p>
<p>R</p> <p>Los casos detectados con posibilidad de complicaciones deberán ser enviados a segundo nivel para su valoración.</p>	<p>A [E. Shekelle] Guía de IRA IMSS 2001</p>
<p>E</p> <p>Los cultivos positivos a Staphylococcus aureus, se encuentran en personas sanas asintomáticas. Los intentos de erradicación son a menudo inútiles e innecesarios, excepto entre el personal que trabaja con inmunodeprimidos y pacientes con heridas abiertas.</p>	<p>IV [E. Shekelle] AAOHNS2007</p>
<p>R</p> <p>Los pacientes que sean positivos a Staphylococcus aureus en el cultivo faríngeo y que laboren con inmunodeprimidos y pacientes con heridas abiertas serán enviados a segundo nivel para su manejo.</p>	<p>D [E. Shekelle] AAOHNS2007</p>



Enviar a segundo nivel en forma ordinaria:

- Pacientes con cultivo faríngeo positivo post-tratamiento de erradicación.
- Pacientes con cuadros recurrentes por:
 1. Tolerancia.
 2. Insuficiente concentración de antibiótico.
 3. Presencia de Staphylococcus aureus productor de beta-lactamasa.
 4. Ausencia de flora bacteriana de interferencia para el crecimiento de EBHGA.
 5. Pobre respuesta al tratamiento o fracaso clínico y bacteriológico

✓
Buena práctica

El protocolo de estudio que deberán presentar los paciente enviados son: exudado y cultivo faríngeo, proteína C reactiva, factor reumatoide, antiestreptolisinas, velocidad de eritrosedimentación globular.

4.3 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>El principal objetivo del tratamiento de la faringoamigdalitis por estreptococo es prevenir el desarrollo de fiebre reumática y las complicaciones supurativas.</p>	<p>A U Michigan 2006</p>
 <p>Después de iniciado el tratamiento se le informa al paciente que los síntomas ceden en 48-72 horas.</p>	<p>C ICSI 2008</p>
 <p>El tratamiento temprano contra EBHGA reduce el tiempo de sintomatología a 1-2 de los típicos 3 a 7.</p>	<p>A U Michigan 2006</p>

R

En caso contrario re-evaluar al paciente en busca de complicaciones. Es necesario descartar absceso y celulitis periamigdalinos.

R
ICSI 2008

E

El cultivo faríngeo después del tratamiento de faringoamigdalitis aguda puede continuar positivo

II
IDSA 2002

R

El seguimiento con cultivo faríngeo en pacientes asintomático que recibieron tratamiento para faringitis por EBHGA no esta indicado de rutina ya que la mayoría persiste con Streptococcus en la parte superior del tracto respiratorio.

A
IDSA 2002

E

Existen pacientes que reciben tratamiento completo para faringoamigdalitis aguda y que requieren seguimiento con cultivo faríngeo aún en estado asintomático.

III
IDSA 2002

R

Situaciones especiales en pacientes asintomático que requieren seguimiento:

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

B
IDSA 2002

✓ /R

Los pacientes en quienes se detecte el síndrome de apnea del sueño obstructivo serán enviados para evaluar la necesidad de cirugía.

✓
Buena práctica

4.4 TIEMPO ESTIMADO DE RECUPERACIÓN Y DÍAS DE INCAPACIDAD

Evidencia / Recomendación

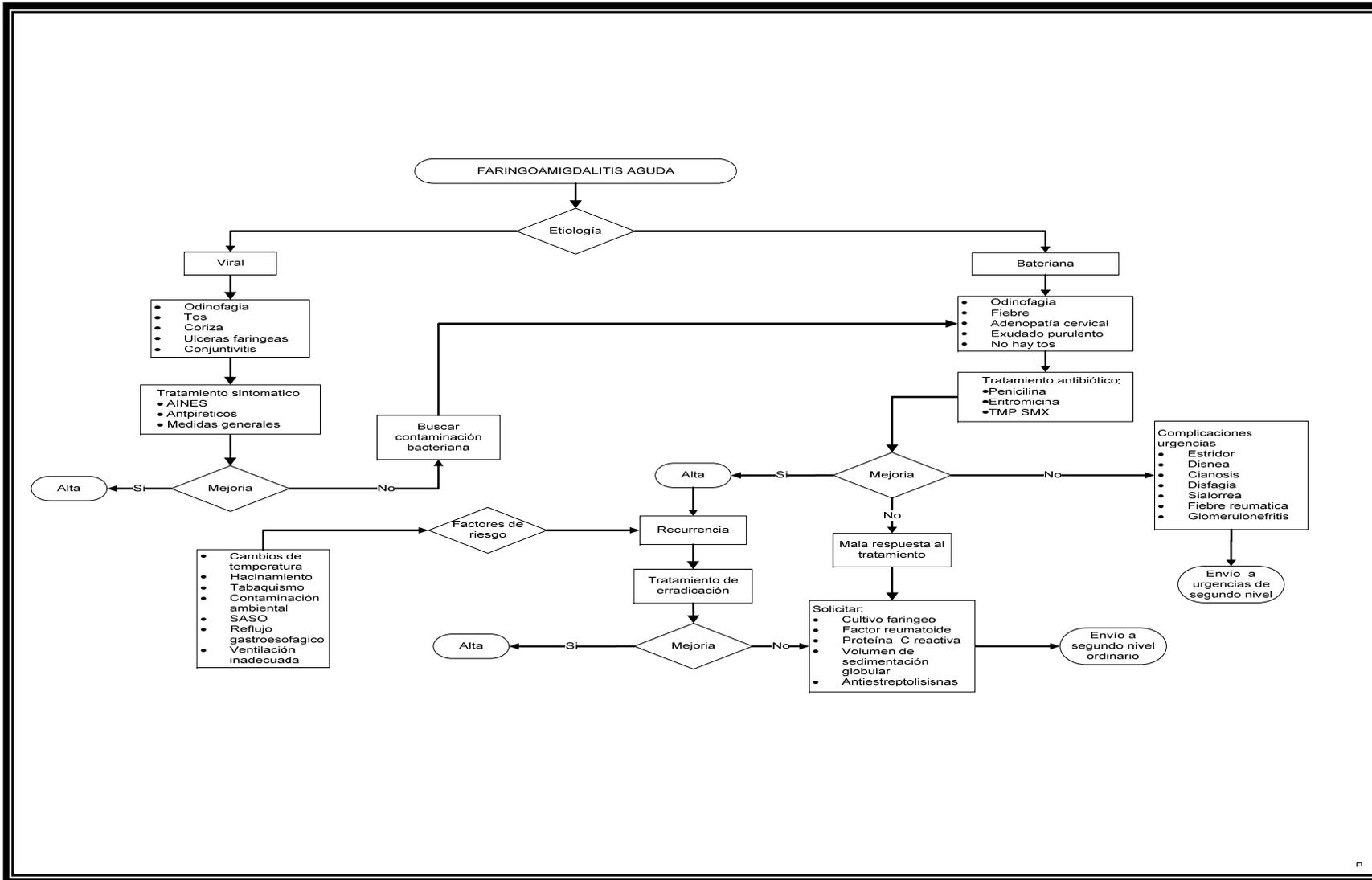
Nivel / Grado



Considerar 1 a 3 días en:
- Pacientes con fiebre de 38 grados o más.
- Actividad laboral que lo requiera.

✓
Buena práctica

ALGORITMO



5. DEFINICIONES OPERATIVAS

Colutorio: son enjuagues que actúan sobre la mucosa oral, encías y amígdalas.

Coriza: inflamación de la mucosa de la nariz, que se acompaña de irritación local y emisión de secreciones. Se considera sinónimo de catarro común, rinitis aguda, resfriado e infección aguda de las vías respiratorias altas.

Disfagia: dificultar para deglutir líquido o sólido.

Estridor laríngeo: es una respiración ruidosa de sonido agudo. Signo de dificultad respiratoria, que se presenta por inflamación de la laringe y tráquea, que ocasiona oclusión al paso del aire por la vías respiratorias, a nivel de las cuerdas vocales.

Faringoamigdalitis recurrente: los actuales criterios aceptados son de siete episodios de amigdalitis en el año anterior, cinco episodios en cada uno de los dos años anteriores o tres episodios en cada uno de los tres últimos años.

Fiebre reumática: es una enfermedad inflamatoria, no supurativa y recurrente producida por la respuesta del sistema inmunitario de personas predispuestas, a los antígenos de la bacteria estreptococo del grupo A, betahemolítico, a partir de las dos o tres semanas de provocar una faringoamigdalitis aguda.

Gárgara: acción de mantener un líquido en la garganta, con la boca hacia arriba, sin tragarlo y expulsando el aire, lo cual produce un ruido semejante al del agua en ebullición.

Odinofagia: dolor al deglutir.

Síndrome de apnea del sueño obstructivo (SASO): síntomas diurnos (somnolencia excesiva persistente, alucinaciones hipnagógicas, depresión, irritabilidad, cefalea matutina, disfunción sexual y disminución de la audición), síntomas durante el sueño (ronquido patológico, apneas presenciadas, actividad motora excesiva, fragmentación del sueño, episodios de “ahogo” reflujo gastroesofágico, nocturia, enuresis y sudoración excesiva) y signos físicos (alteraciones anatómicas de la región oro-naso-maxilo-facial y cuello, policitemia y obesidad).

Trismus: incapacidad para abrir la boca.

Voz gutural: voz en papa caliente.

6. ANEXOS

6.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster en Canadá. En palabras de Sackett, “la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales” (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero et al, 1996)

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006)

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R et al, 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se describen las escalas de evidencia para las referencias utilizadas en esta guía y de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

Cuadro I. La Escala Modificada de Shekelle y Colaboradores

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorios	
Ila. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I

IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

CUADRO II. INSTITUTO PARA LAS MEJORAS DEL SISTEMA CLÍNICO (ICSI)

ICSI Instituto para las mejoras del sistema clínico	
Sistema de graduación de la evidencia	
A. Reporte primarios de nuevos datos:	
Clase A	Ensayos controlados aleatorios
Clase B	Estudios de cohorte
Clase C	Ensayos no aleatorios concurrentes o controles históricos, casos y controles, estudios de sensibilidad y especificidad de un prueba diagnostica basada en población de estudio descriptivo
Clase D	Estudio transversal, serie de casos y reporte de caso
B: Informes que sintetizan colecciones de informes primarios	
Clase M	Meta-análisis, revisión sistemática, análisis de decisión, análisis de costo efectividad
Clase R	Declaración de consenso, reportes y revisión narrativa
Clase X	Opinión médica

Institute for Clinical System Improvement ICSI. Diagnosis and treatment of respiratory illness in children and adults. January 2008. National Guideline Clearinghouse. Acute Pharyngitis. 2005. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI).

CUADRO III. SISTEMA DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE MICHIGAN

Sistema de salud de la universidad de Michigan	
* Niveles de evidencia para las recomendaciones más importantes	
A	Ensayos controlados aleatorios
B	Ensayos controlados no aleatorios
C	Estudios observacionales
D	Opinión del panel de expertos

University of Michigan Health System. Pharyngitis. Guidelines for clinical care. October 2006 <http://www.cme.med.umich.edu/pdf/guideline/pharyngitis07.pdf>

CUADRO IV. EMB GUÍAS DE MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA.

EBM Guías de medicina basada en evidencia	
Métodos usados para evaluar la calidad y fortaleza de la evidencia	
Sistema de puntuaciones para la fuerza de las pruebas	
Nivel de evidencia	
A. Calidad de la evidencia	Alta
Otras investigación es muy poco probable que cambie la confianza en la estimación del efecto <ul style="list-style-type: none"> • Estudios con resultados consistentes de alta calidad estudios con resultados coherentes • Casos especiales: ensayo multi-céntrico con alta calidad 	
B. Calidad de la evidencia	Moderada
Más investigación es probable que tenga un impacto importante en la confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación. <ul style="list-style-type: none"> • Una alta calidad de estudio • Varios estudios con algunas limitaciones 	
C. Calidad de la evidencia	Baja
Más investigación es muy probable que tengan un importante impacto sobre la confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación. <ul style="list-style-type: none"> • Uno o más estudios con graves limitaciones 	
D. Calidad de la evidencia	Muy baja
Cualquier estimación de efecto es muy incierta <ul style="list-style-type: none"> • Opinión de experto • No hay evidencia directa de la investigación • Uno o más estudios con importantes limitaciones. 	

Fuente: Sore throat and tonsillitis. Complete Summary of National Guideline Clearinghouse. Guidelines Evidence-Based Medicine 2007

http://www.guideline.gov/summary/pdf.aspx?doc_id=11045&stat=1&string=

CUADRO V. SOCIEDAD AMERICANA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS-SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DE LOS ESTADOS UNIDOS (IDSA)

Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas-Servicios de Salud Pública de los Estados Unidos	
Grado	Fortaleza de la recomendación
A	Buena evidencia que soporta la recomendación
B	Moderada evidencia que soporta la recomendación para su uso
C	Pobre evidencia que soporta la recomendación
D	Moderada evidencia que soporta la recomendación en contra de su uso
E	Buena evidencia que soporta la recomendación en contra de su uso
Calidad de la evidencia	
I	Evidencia I ensayo clínico controlado aleatorizado
II	Evidencia I ensayo clínico controlado no aleatorizado, estudios de cohorte, casos y controles, series múltiples en el tiempo o resultados dramáticos de experimentos no controlados
III	Evidencia de opinión por autoridades en el tema, basado en experiencia clínica, estudios descriptivos o reporte de comité experto.

Fuente: Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis. The infectious Diseases Society of America Guidelines 2002.

http://www.uphs.upenn.edu/bugdrug/antibiotic_manual/grpastrepidsa.pdf.

CUADRO VI. SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (SIGN)

Categoría de la evidencia
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorios
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas

A. Requiere al menos un ensayo controlado aleatorio, de buena calidad y coherencia para hacer frente a la recomendación específica. (Evidencia niveles Ia, Ib)
B. Requiere la disponibilidad de estudios clínicos bien realizados, pero no aleatorios ensayos clínicos sobre el tema de la recomendación. (Niveles de evidencia IIa, IIb y III)
C. Requiere pruebas obtenidas de los informes de las comisiones de expertos u opiniones y / o experiencias clínicas de autoridades respetadas. Indica una falta de directa aplicables los estudios clínicos de buena calidad. (Nivel de evidencia IV)
D. Puntos de buenas prácticas þ recomendado mejores prácticas basadas en la experiencia clínica de la directriz grupo de desarrollo

6.2 MEDICAMENTOS

Cuadro I. Medicamentos indicados en el tratamiento de faringoamigdalitis aguda

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
	Benzilpenicilina benzatínica	1,200,000 UI cada 21 días IM	SUSPENSION INYECTABLE. Cada frasco ampula con polvo contiene: Benzatina bencilpenicilina equivalente a 1 200 000 UI	3 meses	Reacciones de hipersensibilidad que incluye choque anafiláctico, glositis, fiebre, dolor en el sitio de inyección.	Con probenecid aumenta la concentración plasmática de las penicilinas.Sensibilidad cruzada con cefalosporinas y otras penicilinas. Con analgésicos no esteroideos aumenta la vida media de las penicilinas.	Hipersensibilidad al fármaco.
1938	Benzilpenicilina benzatínica compuesta	600,000 UI benzatínica 300,000 UI procaínica 300,000 UI cristalina cada 12 horas IM	SUSPENSIÓN INYECTABLE Cada frasco ampula con polvo contiene: Benzatina bencilpenicilina equivalente a 600 000 UI de bencilpenicilina Bencilpenicilina procaínica	1 día	Reacciones de hipersensibilidad que incluye choque anafiláctico, glositis, fiebre, dolor en el sitio de inyección.	Con probenecid aumenta la concentración plasmática de las penicilinas.Sensibilidad cruzada con cefalosporinas y otras penicilinas. Con analgésicos no esteroideos aumenta la vida media de las	Hipersensibilidad al fármaco.

			equivalente a 300 000 UI de bencilpenicilina Bencilpenicilina cristalina equivalente a 300 000 UI de bencilpenicilina Envase con un frasco ampula y diluyente con 3 ml.			penicilinas.	
2510	Bencilpenicilina procaínica	800,000 UI cada 12 horas IM	SUSPENSIÓN INYECTABLE Cada frasco ampula con polvo contiene: Bencilpenicilina procaínica equivalente a 2 400 000 UI de bencilpenicilina. Envase con	2 días	Reacciones de hipersensibilidad que incluye choque anafiláctico, glositis, fiebre, dolor en el sitio de inyección.	Con probenecid aumenta la concentración plasmática de las penicilinas.Sensibilidad cruzada con cefalosporinas y otras penicilinas. Con analgésicos no esteroideos aumenta la vida media de las penicilinas.	Hipersensibilidad al fármaco.
1971	Eritromicina	500 mg cada 6 horas VO	CÁPSULA O TABLETA Cada cápsula o tableta contiene: Estearato de eritromicina equivalente a 500 mg de eritromicina. Envase con 20	10 días	Vómito, diarrea, náusea, erupciones cutáneas, gastritis aguda, ictericia colestática.	Puede incrementar el riesgo de efectos adversos con corticoesteroides, teofilina, alcaloides del cornezuelo de centeno, triazolam, valproato,	Hipersensibilidad al fármaco, colestasis, enfermedad hepática.

			cápsulas o tabletas.			warfarina, ciclosporina, bromocriptina, digoxina, disopiramida.	
3407	Naproxeno	250 mg. Cada 12 horas VO	TABLETA Cada tableta contiene: Naproxeno 250 mg Envase con 30 tabletas.	5 días	Náusea, irritación gástrica, diarrea, vértigo, cefalalgia, hipersensibilidad cruzada con aspirina y otros antiinflamatorios no esteroides.	Compite con los anticoagulantes orales, sulfonilureas y anticonvulsivantes por las proteínas plasmáticas. Aumenta la acción de insulinas e hipoglucemiantes y los antiácidos disminuyen su absorción.	Hipersensibilidad al fármaco, hemorragia gastrointestinal, úlcera péptica, insuficiencia renal y hepática, lactancia.
1903	Trimetoprima sulfametoxazol	80/400 mg cada 12 horas VO	COMPRIMIDO O TABLETA Cada comprimido o tableta contiene: Trimetoprima 80 mg Sulfametoxazol 400 mg Envase con 20 comprimidos o tabletas.	10 días	Agranulocitosis, anemia aplásica, cefalalgia, náusea, vómito, pancreatitis, neuropatías, fiebre, síndrome de Stevens Johnson.	Potencia el efecto de los anticoagulantes e hipoglucemiantes orales. Con acidificantes urinarios aumenta el riesgo de cristaluria	Hipersensibilidad a los fármacos, insuficiencia hepática y renal, prematuros y recién nacidos.
0104	Paracetamol	500 mg cada 8 horas VO	TABLETA Cada tableta contiene: Paracetamol 500 mg Envase con 10 tabletas.	5 días	Reacciones de hipersensibilidad : erupción cutánea, neutropenia, pancitopenia, necrosis hepática,	El riesgo de hepatotoxicidad al paracetamol aumenta en pacientes alcohólicos y en quienes ingieren medicamentos	Hipersensibilidad al fármaco, disfunción hepática e insuficiencia renal grave. Precauciones: No deben administrarse más de 5 dosis en 24 horas ni durante más de 5 días.

					necrosis túbulo renal e hipoglucemia.	inductores del metabolismo como: fenobarbital, fenitoína, carbamazepina. El metamizol aumenta el efecto de anticoagulantes orales.	
--	--	--	--	--	---	---	--

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Academy American Otolaryngology Head and Neck Surgery Foundation. Antimicrobial Therapy in Otolaryngology Head and Neck Surgery. Thirteenth edition 2007. Acceso 28 marzo 2008 <http://www.entnet.org/EducationAndResearch/upload/AAO-PGS-9-4-2.pdf>
2. Alberta Medical Association 2001. Guideline for: The Diagnosis and Treatment of Acute Pharyngitis. Acceso 28 marzo 2008 http://www.topalbertadoctors.org/NR/rdonlyres/94AF4A15-0364-4A44-9664-1EC7B62FF3E7/O/acute_pharyngitis.pdf
3. Clinical Practice Guidelines Management of Sore Throat 2003. Ministry of Health Malaysia Academy of Medicine Malaysia. Acceso 27 marzo 2008 <http://www.acadmed.org.my/html/cpg.htm>
4. Consejo de Salubridad General. Cuadro básico y catálogo de medicamentos Edición 2007 Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud.
5. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992; 268:2420-2425. Acceso 27 marzo 2008. http://www.icsi.org/guidelines_and_more/gl_os_prot/respiratory/respiratory_illness_in_children_and_adults_guideline_/respiratory_illness_in_children_and_adults_guideline__13110.html
6. Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. Med Clin (Barc) 1996;107:377-382.
7. Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, Cook RJ. Users' Guides to the Medical Literature: IX. JAMA 1993: 270 (17); 2096-2097
8. Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. BMJ. 2001; 323 (7308):334-336. [acceso 26 de junio de 2006]. Disponible en: <http://bmj.com/cgi/content/full/323/7308/334>.
9. Institute for Clinical System Improvement ICSI. Diagnosis and treatment of respiratory illness in children and adults. January 2008. Acceso 07Abril 2008.. http://www.icsi.org/guidelines_and_more/gl_os_prot/respiratory/respiratory_illness_in_children_and_adults_guideline_/respiratory_illness_in_children_and_adults_guideline__13110.html
10. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. Med Clin (Barc) 1995;105:740-743

11. National Guideline Clearinghouse. Sore throat and tonsillitis . 2007 Feb. Acceso 28 marzo 2008. http://www.guideline.gov/summary/pdf.aspx?doc_id=11045&stat=1&string=
12. National Guideline Clearinghouse. Acute Pharyngitis. 2005. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Acceso 27 marzo 2008
13. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis. The infectious Diseases Society of America Guidelines. 19 June 2002.. http://www.ups.upenn.edu/bugdrug/antibiotic_manual/grpastrepidsa.pdf Acceso 27 marzo 2008.
14. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of Sore Throat and Indications for tonsillectomy. January 1999. Acceso 27 marzo 2008. <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/34/index.html>
15. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what it isn't. BMJ 1996;312:71-72.
16. University of Michigan Health System. Pharyngitis. Guidelines for clinical care. October 2006 Acceso 26 marzo 2008. <http://www.cme.med.umich.edu/pdf/guideline/pharyngitis07.pdf>

8. AGRADECIMIENTOS

El grupo de trabajo manifiesta su sincero agradecimiento a quienes hicieron posible la elaboración de esta guía, por contribuir en la planeación, la movilización de los profesionales de salud, la organización de las reuniones y talleres, la integración del grupo de trabajo, la realización del protocolo de búsqueda y la concepción del documento, así como su solidaridad institucional.

Dr. Ricardo Aviles Hernández	Jefe de Prestaciones Médicas Delegación Norte, Distrito Federal
Dr. Evaristo Hinojosa Medina	Jefe de Prestaciones Médicas Delegación Sur, Distrito Federal
Dr. Alberto Fernando Mejía Damián	Jefe de Prestaciones Médicas Delegación Puebla, Puebla
Dr. Cecilio Walterio Oest Dávila	Jefe de Prestaciones Médicas Delegación Sinaloa, Culiacán
Dr. Ricardo Ortiz Gutiérrez	Jefe de Prestaciones Médicas Delegación Tabasco, Villahermosa
Dr. Sergio Gerardo Marín Flores	Jefe de Prestaciones Médicas Delegación Veracruz Sur, Córdoba
Dr. Alfonso Cortés Escalona	Director UMF No. 41 Distrito Federal
Dr. José Luis Aranza Aguilar	Director HGR No. 1 “Carlos McGregor” Distrito Federal
Dr. Victor Amaral Sequeiro Herrera	Director HGR No. 36 Puebla, Puebla
Dr. Eduardo Manjares León	Director UMF No. 36 Culiacán, Sinaloa
Dra. María Asunción Celis	Director UMF No. 39 Villahermosa, Tabasco
Dr. José Antonio Bueno Reyes	Director UMF No. 61 Córdoba, Veracruz
Srita. Laura Fraire Hernández	Secretaría División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Srita. Alma Delia García Vidal	Secretaría División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE

9. COMITÉ ACADÉMICO

**Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad/ CUMAE
División de Excelencia Clínica
Instituto Mexicano del Seguro Social/ IMSS**

Dr. Alfonso A. Cerón Hernández	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dr. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra	Jefe de Área
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	
Dr. Antonio Barrera Cruz	
Dra. Aidé María Sandoval Mex	
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	
Dra. Agustina Consuelo Medécigo Micete	Coordinadores de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	
Dr. Carlos Martínez Murillo	
Dra. Sonia P. de Santillana Hernández	Comisionadas a la División de Excelencia Clínica
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador

10. DIRECTORIO

DIRECTORIO SECTORIAL Y DIRECTORIO INSTITUCIONAL

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Secretario de Salud

**Instituto Mexicano del Seguro
Social / IMSS**

Mtro. Daniel Karam Toumeh

Director General

**Instituto de Seguridad y Servicios
Sociales para los Trabajadores del
Estado / ISSSTE**

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares

Director General

**Sistema Nacional para el Desarrollo
Integral de la Familia / DIF**

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morin

Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza

Director General

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza

Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván

Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Secretario del Consejo de Salubridad General

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Santiago Echevarría Zuno

Director de Prestaciones Médicas

Dr. Francisco Javier Méndez Bueno

Titular de la Unidad de Atención

Médica

Dr. Alfonso Alberto Cerón Hernández

Coordinador de Unidades Médicas

de Alta Especialidad

Dra. Leticia Aguilar Sánchez

Coordinadora de Áreas Médicas

11. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaria de Innovación y Calidad	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin Representante del Consejo de Salubridad General	Titular
Gral. De Brig. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo Director General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
M. en A. María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y suplente del presidente
Dr. Franklin Libenson Violante Secretaria de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México	Titular 2008-2009
Dr. Luis Felipe Graham Zapata Secretario de Salud del Estado de Tabasco	Titular 2008-2009
Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas	Titular 2008-2009
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Dr. Jorge Elías Dib Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Act. Cuauhtémoc Valdés Olmedo Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Secretario Técnico