

	GUIA DE MANEJO DE FARINGOAMIGDALITIS	1-12-01-ASI-gui-005	
		Fecha actualización:	08/05/2012
		Revisión No.	1
		Página: 1/5	
RESPONSABLE MEDICOS URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA			
OBJETIVO Diagnosticar de una manera oportuna y con pertinencia los pacientes que consultan con síntomas de Faringoamigdalitis con su adecuada clasificación para así dar el tratamiento oportuno y evitar complicaciones futuras por esta causa en el área de influencia donde opera la Red de Salud de Ladera ESE			
ALCANCE Inicia desde el momento en que el paciente solicita consulta al servicio medico, se registra e ingresa al servicio refiriendo como síntoma dolor de garganta, fiebre y malestar general y cualquiera que fuere su clasificación hasta completar su diagnostico, tratamiento, recomendaciones y salida de la institución.			
REQUISITOS			
LEGALES		OTROS	
Republica de Colombia, Ministerio de Protección Social. Decreto 4747 de 2007 Decreto 1043 de 2006 Decreto 2309 de 2006 Resolución 1446 de 2006 Decreto 1011 del 2006 (SOGCSS) Ley 1122 de 2007 Decreto 029 de 2011		IPS Con capacidad instalada (física y dotación) resolutive Equipo de salud capacitado que brinde atención humanizada y con calidad. Aplicación del código ético. Cumplimiento de indicadores. Cumplimiento de las 5 S. SEGURIDAD ATENCION OPORTUNA ACCESIBILIDAD SATISFACCION AMABILIDAD CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE.	
DEFINICIONES			
Faringoamigdalitis: Es una enfermedad febril y de evolución limitada, caracterizada por la aparición de dolor de garganta, fiebre, odinofagia, adenopatía cervical dolorosa y malestar general. Su etiología es viral en la mayoría de los casos y en un porcentaje mas bajo es bacteriana.			
GUÍAS DE MANEJO MEDICO			
DESCRIPCION DE LA PATOLOGÍA El cuadro más característico es el comienzo repentino con síntomas de orden general: Fiebre, escalofrío, mialgias, artralgias, malestar general, cefalea, seguidos de la triada: 1.Dolor faringeo. 2. Adenopatía Cervical Dolorosa. 3. Enrojecimiento o exudado faringeo. Este cuadro clínico puede durar de 4 a 5 días y se va resolviendo de acuerdo a las medidas de sostén o por el contrario el cuadro clínico puede ser más agudo. Según su etiología se clasifica en Faringoamigdalitis viral donde los microorganismos más frecuentes son: Rinovirus, echovirus, adenovirus, coronavirus, virus sincitial respiratorio y virus de la gripe A y B. Faringoamigdalitis Bacteriana donde el microorganismo frecuente es el Streptococcus pyogenes en un 15% de los casos. Este microorganismo puede ocasionar complicaciones importantes, tanto supurativas (absceso periamigdalino y retrofaringeo) como no supurativas (escarlatina, síndrome del shock toxico por estreptococos, fiebre reumática y glomerulonefritis postestreptococica).			

	GUIA DE MANEJO DE FARINGOAMIGDALITIS	1-12-01-ASI-gui-005	
		Fecha actualización:	08/05/2012
		Revisión No.	1
		Página: 2/5	
<p>La exploración muestra unas amígdalas congestivas e inflamadas que suelen estar cubiertas con placas de exudado blanquecino. Este exudado es blando y friable, no adherido al parénquima subyacente y limitándose a la abertura de las criptas. Este exudado se describe como folicular cuando aparece como múltiples placas pequeñas y como pseudomembranoso cuando las placas son confluyentes. En la inflamación suele participar todo el tejido del anillo de Waldeyer. La lengua puede aparecer saburral y puede haber un denso exudado en la pared posterior de la faringe. El examen del cuello muestra linfadenopatías yugulodigástricas.</p> <p>CLASIFICACION</p> <p>AMIGDALITIS AGUDA VIRICA: anginas eritematosas víricas.</p> <p>Las podemos encontrar en la literatura con diversos nombres: anginas rojas banales, amigdalitis congestiva catarral aguda, y amigdalitis virósicas.</p> <p>Se las considera como FA superficiales por afectar la inflamación sólo a la mucosa: mucositis. Se produce un edema del corion por aumento de la permeabilidad capilar e infiltrado de células blancas. Hay un aumento de la secreción de las glándulas seromucosas y eliminación leucocitaria mucopurulenta por descamación epitelial.</p> <p>Son muy frecuentes, suponen más de un 50% de las amigdalitis agudas.</p> <p>Suelen cursar por epidemias y son muy contagiosas, por lo que se las ha denominado estacionales y gripales.</p> <p>Tras una incubación de unos tres días, comienzan bruscamente, acompañándose la faringalgia propia del proceso de otros síntomas catarrales, fiebre, mialgias y choriza.</p> <p>Su aspecto es de enrojecimiento difuso de pilares, úvula, pared faríngea posterior y amígdalas con discreta fibrina críptica. Las amígdalas no están casi nunca tumefactas. El resto del tejido linfático del anillo de Waldeyer participa también, en mayor o menor grado, en el proceso inflamatorio, apreciándose a simple vista un mayor realce y congestión de los folículos linfáticos de la pared posterior de la orofaringe.</p> <p>Pueden acompañarse de ras cutáneo y algunos virus producen pequeñas vesículas en pilares y velo palatino de características herpéticas que pueden ulcerarse.</p> <p>La participación ganglionar cervical es escasa.</p> <p>Su evolución es generalmente benigna, siendo raras las complicaciones debidas a sobreinfección bacteriana: otitis, sinusitis, etc.</p> <p>Hematología: recuento leucocitario normal con linfocitosis.</p> <p>Su frecuencia ha aumentado en relación a las bacterianas desde la administración indiscriminada de antibióticos.</p> <p>El diagnóstico es esencialmente clínico, pues no vamos a hacer exámenes virológicos o pruebas serológicas para detectar un proceso banal.</p> <p>Se ha de hacer diagnóstico diferencial con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eritema faringoamigdalino tóxico: alimentos, iodo, antipirina, antibióticos locales, pastas dentríficas, material protésico dental etc. - Alergia en mucosa faríngea. - Sífilis secundaria. - Amigdalitis sintomáticas de las enfermedades eruptivas: sarampión, rubéola y escarlatina. - Amigdalitis bacteriana, con frecuencia es difícil diferenciarlas <p>AMIGDALITIS AGUDA BACTERIANA: anginas eritematopultaceas.</p> <p>La agresión bacteriana va a afectar fundamentalmente al tejido linfático, siendo la alteración de la mucosa menor que en las víricas.</p> <p>Tras un período de incubación muy variable que oscila entre 1 a 5 días aparece el cuadro clínico: malestar general, fiebre, cefalea, aliento fétido, voz gangosa, disfagia, puede haber cierto grado de</p>			

	GUIA DE MANEJO DE FARINGOAMIGDALITIS	1-12-01-ASI-gui-005	
		Fecha actualización:	08/05/2012
		Revisión No.	1
		Página: 3/5	
<p>trismus y en el niño se pueden asociar además dolor abdominal, náuseas y fenómenos de irritación meníngea.</p> <p>A la exploración aparece enrojecimiento intenso de la mucosa faríngea, amígdalas inflamadas de color rojo oscuro y material exudativo-purulento en los orificios de las criptas.</p> <p>Ganglios cervicales infartados, generalmente de localización subángulo mandibular, dolorosos espontáneamente y a la palpación. Debido a que el tejido linfático está más inflamado que la mucosa vecina, la participación ganglionar es más acusada que en las víricas.</p> <p>Generalmente tienen menor carácter epidémico y son menos contagiosas que las virales.</p> <p>El hemograma muestra una linfocitosis con polinucleosis.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mononucleosis. - Herpes. - Meningitis: en niños pueden asociarse fenómenos de irritación meníngea. - Amigdalitis sintomáticas de las enfermedades eruptivas: sarampión, rubéola y escarlatina. - Difteria. <p>Amigdalitis pseudomembranosas.</p> <p>Se las denomina pseudomembranosas para diferenciarlas de las membranosas, adjetivo que clásicamente se ha reservado para las diftéricas. Por esto también se las conoce como membranosas no diftéricas.</p> <p>Producidas por gérmenes banales como el neumococo, el bacilo de Frierlander, algunos estafilococos y estreptococos.</p> <p>Se trata de FA en las que se forman unas pseudomembranas de fibrina espesa, blanca, confluyente y poco adherente que recuerdan a las de la difteria. Las pseudomembranas de la difteria, por el contrario, son amarillentas o grises verdosas y sólo se desprenden con dificultad, no obstante, a veces es difícil distinguirlas clínicamente con seguridad.</p> <p>La enfermedad es generalmente muy benigna, si bien puede tener un curso prolongado. La clínica es similar, siendo más acusada la halitosis y la disfagia.</p> <p>Reacción ganglionar constante, más o menos acusada.</p> <p>Amigdalitis Ulcerada.</p> <p>La variedad ulcerada está producida por la obstrucción de una cripta formando un absceso y su posterior apertura.</p> <p>Siempre presentan problemas de diagnóstico diferencial con otras formas ulceradas de amigdalitis específicas: Paul-Vincent, herpes, etc.</p> <p>HIPERTROFIA AMIGDALINA.</p> <p>La hipertrofia amígdalas, bien sea patológica o fisiológica, puede producir manifestaciones clínicas por una desproporción entre continente y contenido y el consiguiente problema mecánico de ventilación que puede llegar a producir crisis de apnea de sueño, cambios en el timbre de voz a causa de rinolalia cerrada, problemas deglutorios-alimentarios y deformidad progresiva del paladar con el consecuente problema estético-dental.</p> <p>En la vida diaria se caracterizan por ser niños con bajo rendimiento escolar, somnolencia diurna, irritabilidad y poca ganancia de peso</p> <p>DIAGNOSTICO</p> <p>Los parámetros diagnósticos como otras patologías incluyen, criterio: 1. Epidemiológico 2. Clínico 3. Laboratorio. El criterio diagnóstico para esta entidad, es Clínico. En niños entre cero a cinco años según la estrategia APEI, se debe tener en cuenta los criterios para diagnosticar Faringoamigdalitis Bacteriana que son: 1. Edad 3 años o mayor. 2. Ganglios linfáticos del cuello</p>			

	GUIA DE MANEJO DE FARINGOAMIGDALITIS	1-12-01-ASI-gui-005	
		Fecha actualización:	08/05/2012
		Revisión No.	1
		Página: 4/5	
<p>crecido y doloroso. 3. Garganta eritematosa con o sin exudado blanco en las amígdalas. Faringoamigdalitis Viral: 1. Todos los criterios anteriores en el menor de 3 años. 2. Algún criterio anterior en cualquier edad. 3. Garganta eritematosa con o sin exudados blancos. Otras ayudas diagnosticas son: Frotis faringeo, Cultivo y titulo de antiestreptolisina (ASTOS).</p> <p>TRATAMIENTO</p> <p>Según la estrategia AIEPI se recomienda dar un tratamiento eficaz con antibiótico, porque las bacterias pueden ocasionar graves complicaciones como supurativas y no supurativas.</p> <p>FARINGOAMIGDALITIS VIRAL: Tratar la fiebre mayor de 38.5° C y el dolor, con acetaminofen jarabe 150mg/ 5ml a Dosis: 10-15 mg / kg / dosis.</p> <p>FARINGOAMIGDALITIS BACTERIANA: 1.Tratar la fiebre mayor de 38.5° C y el dolor, con acetaminofen 150mg/ 5ml jarabe a Dosis: 10-15 mg / kg / dosis. 2. Aplicar una dosis de Penicilina Benzatinica IM 600.000 Unidades en niños entre 3 a 5 años. Se puede acompañar de una penicilina de amplio espectro, como la Amoxicilina suspensión 125mg / 5 ml y 250mg / 5 ml a Dosis: 50-90 mg / kg / día, cada 8 horas por 7 días. En niños mayores de 30 kg de peso se utiliza Penicilina Benzatinica a una Dosis: 1.200.000 -2.400.000 unidades dosis única. Otros medicamentos que se encuentran en nuestro nivel de atención son: Eritromicina suspensión 125mg / 5ml y 250mg / 5ml. A dosis: 40 mg / kg / día, cada 6 horas por 5 días.</p> <p>En los casos de Faringoamigdalitis Viral en los adultos se recomienda: Acetaminofen tabletas de 500 mg a Dosis: Máximo 2g / días. Según lo agudo del cuadro y los síntomas constitucionales se pueden utilizar: Dipyrona 2g/ 5ml EV diluida por lo menos en 100 cc de SSN 0.9% o en líquidos dependiendo del estado en que se encuentre el paciente.Otros: Diclofenaco Ampolla 75 mg/ 3ml, AINES orales como Naproxeno 250 mg tabletas, Ibuprofeno 400mg tabletas y Diclofenaco 50 mg tabletas.</p> <p>En casos de Faringoamigdalitis Bacteriana en los adultos se recomienda: Penicilina Benzatinica a una Dosis: 1.200.000-2.400.000 unidades dosis única. En caso de resistencia a la penicilina benzatinica se daría tratamiento intrahospitalario con otros medicamentos de amplio espectro.Otros antibióticos orales a disposición en nuestro nivel son: Amoxicilina capsulas 500mg cada 8 horas por 7 días y Eritromicina tabletas 500mg cada 6 horas por 7 a 10 días.</p> <p>Criterios de Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absceso periamigdalino - Celulitis Amigdalino <p>Criterios de Remisión a nivel de complejidad superior, para manejo por especialista.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amigdalitis crónico con criterios de amigdalectomia - Descompensación de comorbilidades. <p>OTRAS RECOMENDACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> - En niños menores de 5 años dar abundantes líquidos endulzados y enseñar a la madre cuando volver de inmediato al servicio de urgencias. - Educación al paciente para evitar la recurrencia y complicaciones. 			

	GUIA DE MANEJO DE FARINGOAMIGDALITIS		1-12-01-ASI-gui-005	
			Fecha actualización:	08/05/2012
			Revisión No.	1
			Página: 5/5	
<p>COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES.</p> <p>Las complicaciones más frecuentes por la Faringoamigdalitis Estreptocócica se dividen en dos grupos: 1. SUPURATIVAS: Absceso Periamigdalino y Retrofaringeo. 2. NO SUPURATIVAS: Escarlatina, Síndrome del Shock Tóxico por Estreptococos, Fiebre Reumática y Glomerulonefritis Postestreptocócica Aguda.</p> <p>SEGUIMIENTO continuidad</p> <p>Educación Controlar los factores de riesgo Manejo de soporte en casa: hidratación y nutricional. Señales de alarma para consultar en caso de diarrea aguda. Incapacidad: Manejo ambulatorio 3 a 5 días; Si requirió hospitalización 3 a 5 días.</p> <p>BIBLIOGRAFIA BOAT T Y COLS. Tonsils and adenoids. In: Behrman RE, Vaughn VC III (eds). Nelson textbook of paediatrics. 12th ed. Philadelphia WB Saunders, 1983; 1019-22. PARADISE JL Y COLS. Efficacy of tonsillectomy for recurrent throat infection in severely affected Children. The New England Journal of Medicine 1984; 310: 674-83. CONTRERAS JM. Adenomigdalectomía. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello 1999; 59: 111. MARKOWITZ M, GERBER MA, KAPLAN EL. Treatment of streptococcal pharyngotonsillitis: reports of penicillin's demise are premature. J Pediatr 1993; 123: 679-85. ÓSTERLUND A Y COLS. Intracellular reservoir of streptococcus pyogenes in vivo: a possible explanation for recurrent pharyngotonsillitis. Laryngoscope 1997; 107: 640-7.</p>				
<p>ANEXOS</p> <p>N.A.</p>				
Elaborado por:		Revisado por:		Aprobado por:
LUIS FERNANDO LENIS Coordinador Urgencias y Consulta Externa.		ISAURO ENOC PRIETO Auditor Médico		RICARDO POSADA Subgerente Científico Asistencial y Hospitalario
REGISTRO DE CAMBIOS Y REVISIONES				
REVISIÓN #	FECHA	PÁGINA	SOLICITANTE	COMENTARIOS
1	09 de mayo de 2012	Todas	Planeación	Se modificó la descripción patología, etiología y la bibliografía de la guía