

**Guías oficiales ACORL para el diagnóstico y tratamiento de las patologías más frecuentes en otorrinolaringología**

## **Guía para el diagnóstico y tratamiento de faringoamigdalitis aguda bacteriana.**

## **Guide for the diagnosis and treatment of acute bacterial pharyngotonsillitis.**

*Luis Felipe Romero-Moreno\*, Nicolás García-Torres\*, Juan Carlos Izquierdo-Velásquez\*, Diana Carolina Hernández-Rodríguez\*\**

\* Unidad de Otorrinolaringología, departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

Forma de citar: Romero-Moreno. LF., García-Torres N., Izquierdo-Velásquez JC., Hernández-Rodríguez DC. Guía para el diagnóstico y tratamiento de faringoamigdalitis aguda bacteriana. Acta otorrinolaringol. cir. cabeza cuello. 2024; 52 (4): 533-555 DOI:10.37076/acrol.v52i1.539

### **INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO**

#### **Historia del artículo:**

Recibido: 22 de marzo de 2024

Evaluado: 29 de abril de 2024

Aceptado: 28 de octubre de 2024

#### **Palabras clave (DeCS):**

Diagnóstico, tratamiento, faringoamigdalitis streptocococica del grupo A, dolor de garganta, amigdalitis.

### **RESUMEN**

**Introducción:** La faringoamigdalitis aguda (FAA) es una de las enfermedades más comunes de la infancia y la adultez temprana. Se define como la inflamación de la faringe y las amígdalas en un tiempo menor a 7 días, acompañado de fiebre, odinofagia, disfagia y malestar general. Su etiología más frecuente es viral, sin embargo, es fundamental reconocer tempranamente una posible etiología bacteriana, para iniciar un tratamiento antibiótico temprano y oportuno y así disminuir la posibilidad de complicaciones. **Metodología:** Se realizó una actualización de la guía mediante una metodología mixta de adaptación, elaboración y actualización, se estableció su calidad metodológica mediante el método AGREE II, y en el caso de las revisiones sistemáticas fueron evaluadas mediante AMSTAR-2, con calificación de confianza alta o media. **Resultados:** Se recomienda la aplicación de escalas clínicas validadas en todos los pacientes con faringoamigdalitis aguda de origen infeccioso con el fin de determinar la

Correspondencia:

Luis Felipe Romero Moreno

E-mail: luisferomerom@gmail.com

Teléfono: +57 3002980167

pertinencia de una terapia antibiótica temprana y oportuna. No se recomienda el uso de pruebas de laboratorio o de imágenes en caso de faringoamigdalitis aguda bacteriana (FAAB) no complicada. Se debe prescribir un tratamiento médico correcto y completo, con el fin de disminuir la presentación complicaciones al igual que la resistencia bacteriana. *Conclusiones:* El adecuado diagnóstico y tratamiento de la FAAB disminuye la posibilidad de complicaciones y contribuye a disminuir las tasas de resistencia antibiótica en nuestro país.

## ABSTRACT

### Key words (MeSH):

Diagnosis, treatment, group a streptococcal pharyngitis, sore throat, tonsillitis

*Introduction:* Acute pharyngotonsillitis is one of the most common diseases in childhood and early adulthood. It is defined as inflammation of the pharynx and tonsils lasting less than 7 days, accompanied by fever, odynophagia, dysphagia, and general discomfort. Its most frequent etiology is viral; however, it is crucial to early identify a possible bacterial cause to initiate prompt and appropriate antibiotic treatment, thus reducing the risk of complications. *Methodology:* The guideline was updated using a methodology of adaptation, development, and updating. Its methodological quality was assessed using the AGREE II method, and systematic reviews were evaluated with AMSTAR-2, achieving high or moderate confidence ratings. *Results:* The use of validated clinical scoring systems is recommended for all patients with acute pharyngotonsillitis of infectious origin to determine the need for early and appropriate antibiotic therapy. Laboratory tests or imaging studies are not recommended for uncomplicated bacterial acute pharyngotonsillitis. A correct and complete medical treatment should be prescribed to reduce complications and bacterial resistance. *Conclusions:* Proper diagnosis and treatment of bacterial acute pharyngotonsillitis decrease the risk of complications and help reduce antibiotic resistance rates in our country.

## Introducción

La faringitis o faringoamigdalitis aguda (FAA) se define como un proceso inflamatorio de la orofaringe causado por agentes infecciosos en su mayoría virales y, en menor proporción, bacterianos (1, 2). La edad más frecuente de presentación es entre los 3 y 40 años, con un pico entre los 5 a los 24 años. El cuadro clínico característico consiste en odinofagia, disfagia, hiporexia, fiebre, malestar general, edema o eritema de la orofaringe y las amígdalas palatinas, que puede ir acompañado o no de placas mucopurulentas independiente de su etiología (3).

Se estima que, en promedio, un 5% a 15% de los pacientes adultos y de un 20% a 30% de los pacientes pediátricos que cursan con odinofagia y disfagia de instauración aguda pueden tener una infección por *Streptococcus pyogenes*, también llamado estreptococo beta- hemolítico del grupo A (EBGA) (3). El diagnóstico de la faringoamigdalitis aguda bacteriana (FAAB) y su manejo antibiótico apropiado son fundamentales para acortar el curso de la enfermedad, mejorar los síntomas, evitar el contagio y disminuir la probabilidad de presentar complicaciones supurativas y no supurativas (4).

A pesar de que globalmente se ha visto una disminución en la prescripción indiscriminada de antibióticos en pacientes con FAA, el diagnóstico adecuado y la selección apropiada de pacientes que requieren terapia antimicrobiana contribuye a disminuir las tasas de resistencia antibiótica en nuestro país (4).

## Justificación

La FAA es una patología con una alta incidencia en nuestro medio, que impacta un grupo poblacional muy variado y que plantea varios retos diagnósticos y terapéuticos que obligan a todos los profesionales en salud –desde enfermeros, terapeutas, médicos generales y médicos especialistas— a tener un conocimiento claro y actualizado del tema.

El desarrollo de guías de manejo permite unificar criterios y establecer lineamientos en el diagnóstico y el tratamiento de las patologías de interés, emitiendo recomendaciones basadas en la evidencia que puedan servir como hoja de ruta en la toma de decisiones médico-quirúrgicas, y que deben ser individualizadas a cada paciente teniendo como fin la resolución de la enfermedad o, en su defecto, la mejoría de la calidad de vida del paciente y su familia.

---

## Objetivos

### Objetivo general

Establecer los criterios diagnósticos de la faringoamigdalitis aguda bacteriana (FAAB) en la población pediátrica y adulta, enfatizando en la indicación de pruebas diagnósticas complementarias y la generación de recomendaciones para el tratamiento médico y la prescripción adecuada de antibióticos.

### Objetivos específicos

1. Brindar herramientas clínicas y paraclínicas para el adecuado diagnóstico de la FAAB y sus diferenciales.
2. Determinar el mejor tratamiento médico-farmacológico para el control de los síntomas asociados con la FAAB.
3. Establecer las indicaciones y el adecuado tratamiento antibiótico para la FAAB, haciendo énfasis en el uso racional de antibióticos y patrones de resistencia en la población colombiana.
4. Establecer herramientas diagnósticas para la correcta identificación y manejo de las complicaciones supurativas y no supurativas de la FAAB.
5. Establecer los criterios diagnósticos y terapéuticos en pacientes con faringoamigdalitis recurrente, crónica y síndrome de fiebre periódica con estomatitis aftosa, faringitis y adenitis (PFAPA).

---

## Alcance de la guía

Esta guía es aplicable en cualquier entorno en el que se identifiquen, monitoricen o traten pacientes con faringoamigdalitis aguda bacteriana.

## Usuarios

La guía se encuentra dirigida a médicos generales, especialistas en otorrinolaringología y profesionales del área de la salud afines a la patología de estudio.

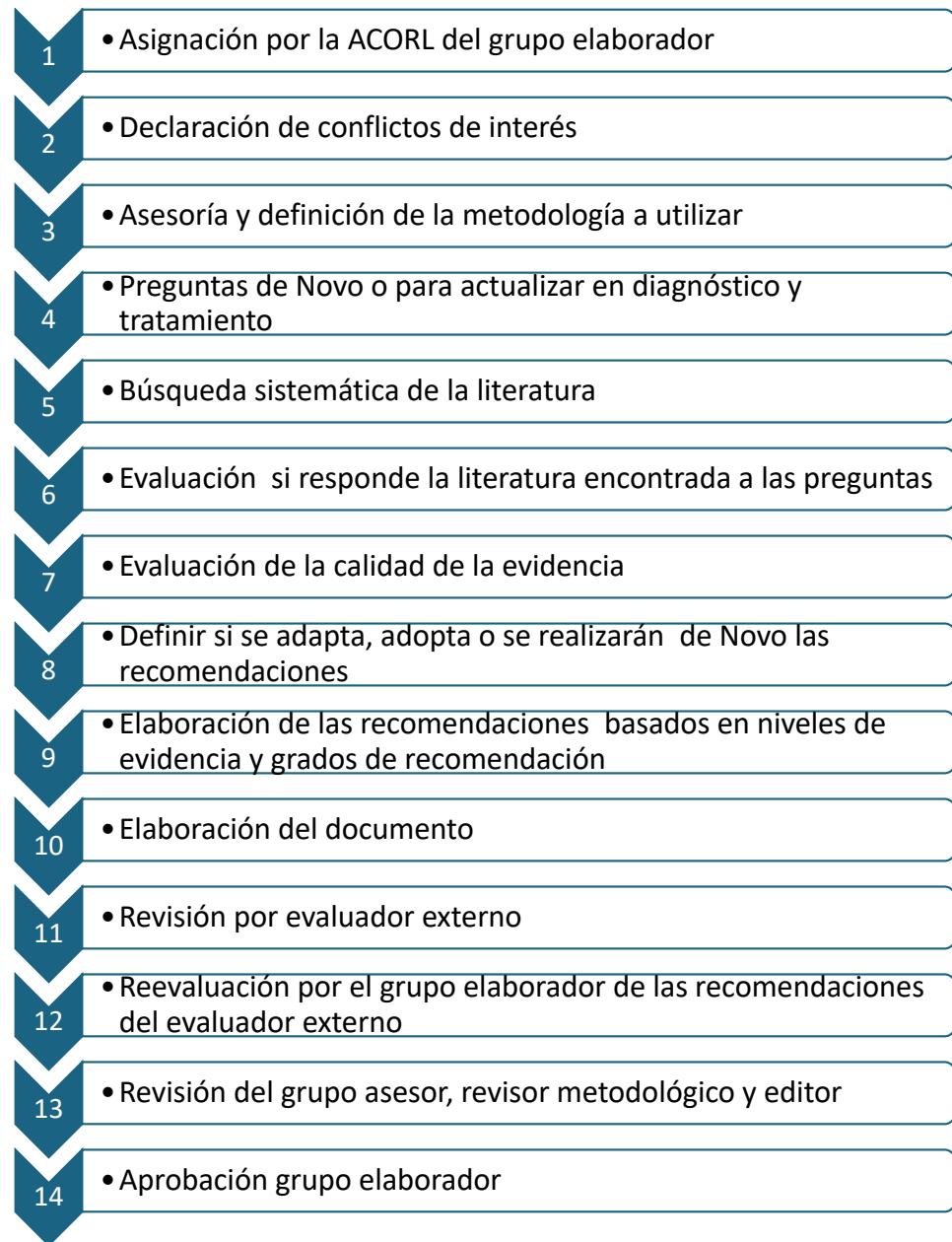
## Población blanco

Pacientes pediátricos o adultos con sospecha de FAAB.

---

## Metodología

Se definió por el grupo elaborador las preguntas de novo y para actualizar. Se realizó una búsqueda de la literatura, posteriormente se evaluó la calidad de la evidencia y se definió realizar según el caso de adopción, adaptación o guía de novo para la redacción del documento teniendo en cuenta la calidad de la evidencia y el grado de recomendación. La guía fue evaluada por un revisor externo y posteriormente las recomendaciones dadas fueron evaluadas por el grupo elaborador.



#### Fecha de elaboración de la guía

La guía fue elaborada de septiembre de 2023 a agosto de 2024. (Figura 1)



Figura 1. Metodología de elaboración de la guía. Elaboración propia.

## Grupo desarrollador de la guía y su filiación

Grupo que elabora la guía:

En la elaboración, redacción y revisión de esta guía participaron los doctores:

Dr. Luis Felipe Romero Moreno. Otorrinolaringólogo pediatra y profesor de cátedra de la Universidad Nacional de Colombia.

Dr. Nicolás García Torres, Otorrinolaringólogo Universidad Nacional de Colombia.

Dr. Juan Carlos Izquierdo Velásquez, Otorrinolaringólogo, Otólogo, jefe de servicio Otorrinolaringología Universidad Nacional de Colombia.

Dra. Diana Carolina Hernández Rodríguez. Otorrinolaringóloga Universidad Nacional de Colombia.

Se realizó un proceso de redacción completo, el cual fue revisado por un epidemiólogo clínico y unos pares otorrinolaringólogos (Dra. Natalia Velásquez, Dr. Andrés Fuentes, Dra. María Laura Rojas y Dr. Diego Galvis Infectólogo)

## Declaración de conflictos de interés

Los doctores Luis Felipe Romero Moreno, Diana Carolina Hernández Rodríguez, Nicolás García Torres y Juan Carlos Izquierdo Velásquez no tienen ningún conflicto de interés que declarar y no han sostenido negociaciones con la industria farmacéutica ni casas comerciales.

## Preguntas de *novo* o para actualizar

1. ¿Qué herramientas clínicas y paraclínicas existen para hacer el diagnóstico de la FAAB y sus diagnósticos diferenciales?
2. ¿Cuál es el mejor tratamiento médico farmacológico para el control de los síntomas asociados a la FAAB?
3. ¿Cuáles son las indicaciones y el objetivo de la terapia antibiótica en la FAAB?
4. ¿Cuál es el manejo del absceso periamigdalino?
5. ¿En qué casos está indicada la amigdalectomía en FAAB?

## Búsqueda de la evidencia

Se realizó una búsqueda bibliográfica desde enero de 2000 hasta enero de 2024 a través de las siguientes bases de datos: MEDLINE, Embase, National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ([www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)), Catálogo de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud Práctica (<http://portal.guiasalud.es/web/guest/guias-practicaclinica>), American College of Physicians (<https://www.acponline.org/clinical-information/clinical-guidelines-recommendations>), Red Escocesa de Directrices Intercollegiales (SIGN) ([www.sign.ac.uk](http://www.sign.ac.uk)), y Red Internacional de Directrices (<http://www.gin.net/>).

Se realizaron investigaciones adicionales en PubMed, Scopus y Epistemonikos. Se utilizaron los siguientes términos de búsqueda: "faringitis", "dolor de garganta", "amigdalitis", "faringoamigdalitis", "Streptococcus pyogenes", "grupo A beta-hemolítico" y "faringitis estreptocócica". Se incluyeron documentos que informaban recomendaciones sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringitis aguda. No se aplicó ninguna restricción de idioma. Se extrajo información sobre el enfoque diagnóstico y tratamiento. En resumen, se encontraron diez guías clínicas basadas en evidencia utilizando este método.

Para las preguntas que no encontraron respuesta se realizó una nueva búsqueda de estudios experimentos clínicos, casos y controles o cohorte.

## Evaluación de la calidad de la evidencia

De acuerdo con el tipo de estudio, se evaluó así:

- Se realiza una evaluación de guías de manejo, en las cuales se estableció su calidad metodológica mediante el método AGREE II, y se eligieron las que tuvieron 60% o más en cada dominio.
- Revisiones sistemáticas de la literatura, las cuales fueron evaluadas mediante AMSTAR-2, con calificación de confianza alta o media.
- Experimentos clínicos que fueron evaluados mediante la escala de Jadad (>4).
- En el anexo se presentan los procesos de evaluación de la calidad de la evidencia

## Definición de adopción, adaptación o guía de *novo*

Se realizó una adopción y adaptación de la guía anterior de la ACORL, además los autores se basaron en protocolos, guías y prácticas de manejo internacional con evidencia científica

## Clasificación de los niveles de evidencia, fuerza de recomendación y metodología para realizar las recomendaciones

### Nivel A

- Intervención: experimentos clínicos bien diseñados y conducidos.
- Metaanálisis.
- Diagnóstico: estudios de diagnóstico con patrón de referencia independiente, aplicable a la población.

### Nivel B

- Estudios experimentales o de diagnóstico con limitaciones menores.
- Hallazgos consistentes de estudios observacionales.

### Nivel C

- Uno o pocos estudios observacionales o múltiples estudios con hallazgos inconsistentes o limitaciones mayores.

### Nivel D

- Opinión de expertos, reporte de casos o racionamiento a partir de los principios. Una vez determinado el nivel de evidencia se determinará la calidad de evidencia en alta, moderada, baja o muy baja según como se describe en el siguiente cuadro.

Clasificación tomada de: American Academy of Pediatrics Steering Committee on Quality Improvement and Management. Classifying recommendations for clinical practice guidelines. Pediatrics. 2004;114(3):874-77. doi: 10.1542/peds.2004-1260.

### Grado de las recomendaciones

Tabla 1. Grado de recomendaciones según la metodología GRADE basado en la evidencia y balance riesgo-beneficio.

Grade	Fuerte a favor	Débil /condicional a favor	Débil /condicional en contra	Fuerte en contra
Recomendación	Definitivamente se debe usar la intervención.	Probablemente se debe usar la intervención.	Probablemente no se debe usar la intervención.	Definitivamente no se debe usar la intervención.
Balance riesgo-beneficio	Los beneficios claramente superan los riesgos.	Los beneficios probablemente superan los riesgos.	Los riesgos probablemente superan los beneficios.	Los riesgos definitivamente superan los beneficios.

Tomada de: Organización Panamericana de la Salud. Directriz para el fortalecimiento de los programas nacionales de guías informadas por la evidencia. Una herramienta para la adaptación e implementación de guías en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2018.

Se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

1. *Balance entre beneficios y riesgos*: se realiza una apreciación entre los desenlaces de efectividad y seguridad de las intervenciones.
2. *Calidad de la evidencia científica*: antes de formular una recomendación, se analiza la confianza sobre la estimación del efecto observado con base en la calidad de la evidencia de los desenlaces.
3. *Valores y preferencias*: las preferencias de los pacientes se tienen en cuenta dada su importancia en el momento de evaluar la adherencia a las recomendaciones.
4. *Costos*: este aspecto es específico de cada contexto donde la guía se implementará, dado que los costos pueden diferir. Este aspecto representa un ítem relevante durante el proceso de toma de decisiones y formulación de las recomendaciones.

Tabla 2. Resumen de las recomendaciones, nivel de evidencia científica y fuerza de la recomendación.

Pregunta a desarrollar	Recomendación	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
1. ¿Cuáles son las herramientas clínicas y paracísticas útiles para hacer el diagnóstico de la FAAB y sus diferenciales?	1. Se recomienda la implementación de la Escala de Centor o McIsaac en todos los pacientes con sospecha de faringoamigdalitis aguda (FAA). Las herramientas clínicas no requieren equipamiento especializado y son de fácil implementación	A	Fuerte a favor
	2. Se recomienda la realización de una prueba rápida de detección de antígenos (PRDA) o toma de cultivo orofaríngeo en caso de puntaje de Centor o McIsaac mayor o igual a 3 puntos.	B	Condicional a favor
	3. No se recomienda el uso de prueba rápida de detección de antígenos (PRDA) o cultivo de orofaringe como seguimiento posterior al tratamiento.	A	Fuerte en contra
	4. No se recomienda la toma de pruebas de laboratorio como hemograma, proteína C-reactiva (PCR), velocidad de sedimentación globular (VSG) y procalcitonina como parte del estudio de la FAAB no complicada.	A	Fuerte en contra
	5. No se recomienda la toma de títulos de antiestreptolisina O (ASLO) u otros títulos de anticuerpos estreptocócicos en la FAAB aguda o recurrente.	B	Condicional en contra
	6. Se recomienda la realización de monotest o prueba rápida para la detección de anticuerpos heterófilos para virus de Epstein-Barr (VEB) en caso de sospecha de mononucleosis infecciosa o en pacientes con factores de riesgo como embarazo, infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o inmunosupresión congénita o adquirida.	B	Condicional a favor
	7. No se recomienda el uso de imágenes diagnósticas en los pacientes con FAAB, excepto si se sospecha una complicación supurativa asociada.	C	Condicional en contra
2. ¿Cuál es el mejor tratamiento médico farmacológico para el control de los síntomas asociados a la FAAB?	8. Se recomienda el uso de acetaminofén o antiinflamatorios no esteroideos (AINE) para el manejo del dolor o la fiebre relacionados con FAAB.	B	Condicional a favor
	9. No se recomienda el uso de esteroides sistémicos en el tratamiento de la FAAB no complicada.	B	Condicional en contra
3. ¿Cuáles son las indicaciones y el objetivo de la terapia antibiótica en la FAAB?	10. Se recomienda la terapia antibiótica cuando el paciente tiene una puntuación de Centor o McIsaac de 3 o más puntos, y además tiene un resultado positivo en la prueba rápida de detección de antígeno (PRDA).	A	Fuerte a favor
	11. En el caso en que no se disponga de la prueba rápida de detección de antígeno (PRDA) se puede iniciar la terapia antimicrobiana de acuerdo, solamente, con la puntuación de Centor o McIsaac de 3 o más puntos.	B	Condicional a favor.
	12. El inicio temprano de terapia antibiótica en FAAB puede disminuir el riesgo de complicaciones.	C	Condicional a favor
4. ¿Cuál es el manejo del absceso periamigdalino?	13. El manejo del absceso periamigdalino incluye hidratación, antibiótico sistémico y tratamiento quirúrgico, bien sea con aspiración con aguja o mediante incisión y drenaje.	B	Condicional a favor
	14. El uso de corticoide sistémico en absceso periamigdalino puede reducir el dolor y trismo, lo que resulta en un retorno más temprano a la dieta y a las actividades normales.	C	Condicional a favor
5. ¿En qué casos está indicada la amigdalectomía en FAAB?	15. Se recomienda realizar la amigdalectomía en pacientes con al menos un episodio de absceso periamigdalino resuelto o en pacientes que cumplen criterios de faringoamigdalitis aguda recurrente (FAAR)	C	Condicional a favor

## Recomendaciones

### Resultados esperados a partir de la implementación de la guía

- Optimizar el uso racional de antibióticos en población pediátrica y adulta con infección aguda de la orofaringe.
- Disminuir la incidencia de complicaciones agudas supurativas y no supurativas de la FAAB a través de un diagnóstico oportuno y tratamiento médico acertado.
- Promover el uso racional de imágenes diagnósticas en el paciente con FAAB.

### Pregunta general

¿Cuál es el mejor abordaje diagnóstico y terapéutico en pacientes con faringoamigdalitis aguda en población pediátrica y adulta?

### Sección A. Diagnóstico

#### 1. ¿Qué herramientas clínicas y paraclínicas existen para hacer el diagnóstico de la FAAB y sus diferenciales?

La faringoamigdalitis se define como la inflamación de la orofaringe y las amígdalas que generalmente es de causa infecciosa y presentación aguda. Su cuadro clínico característico incluye el dolor faríngeo acompañado de fiebre, odinofagia, disfagia, disfonía, mialgias, cefalea, dolor abdominal y vómito. La duración de los síntomas varía de 3 a 10 días, con un promedio de 7 días. En la evaluación física, es posible identificar adenopatías cervicales, así como hiperemia y edema de las amígdalas palatinas, con o sin presencia de exudado purulento, rash o urticaria (6).

No es posible diferenciar de manera exacta la etiología infecciosa, solo a través de la historia clínica y el examen físico; sin embargo, existen ciertas características clínicas que pueden sugerir al profesional de la salud, entre una etiología viral y una bacteriana (7) (**Tabla 3**).

**Tabla 3. Tabla comparativa entre faringoamigdalitis aguda viral y bacteriana.**

Características	Viral	Bacteriana
Edad	<4 años y > 45 años	5-15 años
Inicio	Gradual	Súbita
Síntomas	Febrícula, odinofagia, conjuntivitis, coriza, rinorrea, tos, diarrea enteriforme, disfagia, úlceras /vesículas orales, astenia, erupción viral	Fiebre elevada, odinofagia severa, exudado amigdalino, petequias palatinas, cefalea, náuseas, vómito, dolor abdominal
Hallazgos clínicos (Faringe)	Eritema, exudado (65%)	Edema severo, exudado (70%)
Adenopatías	Múltiples y pequeñas o ausentes	Escasas y dolorosas. De mayor tamaño

Adaptada de: Pellegrino R, et al. Eur J Pediatr. 2023;182(12):5259-73; Cots JM, et al. Acta Otorrinolaringol Esp. 2015;66(3):159-70.

Del 70% al 95% de las faringoamigdalitis en los pacientes menores de 3 años tienen una etiología viral, siendo los agentes más comunes el adenovirus, el virus de la influenza A y B, parainfluenza 1-4; virus Epstein Barr (VEB), herpes tipo 1 y 2, Coxsackie y citomegalovirus (CM) (6). En adultos, por su parte, los rinovirus y coronavirus son los principales agentes etiológicos (6).

En cuanto a las infecciones bacterianas, el estreptococo beta-hemolítico del grupo A (EBGA) representa la causa bacteriana más común de faringoamigdalitis en niños y adultos inmunocompetentes (20%-30% y 5%-15%, respectivamente). En casos menos frecuentes, se pueden encontrar infecciones por *estreptococco* del grupo C y G, *Arcanobacterium haemolyticum*, *Fusobacterium necrophorum*, *Mycoplasma* y *Chlamydia* (6) (**Tabla 4**).

**Tabla 4. Características clínicas específicas basadas en el germen etiológico de faringoamigdalitis aguda**

Germen	Características clínicas
<b>Virus</b>	
Rinovirus y coronavirus	Resfriado común. Predominio en temporada de lluvias y durante el pico respiratorio.
Adenovirus	Resfriado común con inyección conjuntival
Coronavirus (incluyendo COVID-19)	Odinofagia grave, anosmia o hiposmia, osteomialgias graves, fiebre alta.
Influenza A y B	Resfriado común.
Parainfluenza	Crup laríngeo.
Virus Coxsackie A	Enfermedad boca-mano-pie: suele afectar a niños. Fiebre alta, odinofagia intensa, hiperemia en pilares amigdalinos. Vesículas pequeñas, superficiales con halo rojo en la periferia.
Virus del herpes simple 1 y 2	Gingivoestomatitis: vesículas y úlceras que afectan a faringe y cavidad oral. Puede cursar con exudado faríngeo.
Virus Epstein-Barr (VEB)	Mononucleosis infecciosa: más frecuente en adolescentes. Fiebre, malestar general, astenia, con edema faringoamigdalino grave que puede ser obstructivo y requerir tratamiento antiinflamatorio a altas dosis. Exudado amigdalino en el 50% de los casos. Linfadenopatías cervical y axilar. Hepatoesplenomegalia. Elevación de enzimas hepáticas.
Citomegalovirus (CMV)	Mononucleosis infecciosa: síntomas menos intensos que el VEB, con mayor aumento de las transaminasas.
Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)	Primoinfección: fiebre, mialgias, artralgias y exantema cutáneo. Linfadenopatías y ulceraciones mucosas sin exudado.
<b>Bacterias</b>	
Estreptococo beta-hemolítico del grupo A (EBGA) o Streptococcus pyogenes	Fiebre elevada, odinofagia grave, exudado amigdalino, petequias palatinas, cefalea, náuseas, vómito, dolor abdominal. Puede producir escarlatina (por cepas productoras de toxinas eritrogénicas) con exantema cutáneo maculopapuloso más acentuado en pliegues. Lengua aframbuesada. Descamación durante la convalecencia. Posibilidad de fiebre reumática.
Estreptococos grupos C y G	Faringoamigdalitis.
Arcanobacterium haemolyticum	Faringoamigdalitis con exantema escarlatiniforme.
Neisseria gonorrhoeae	Faringoamigdalitis.
Corynebacterium diphtheriae	Exudados faríngeos, estridor, alteraciones cardíacas.
Bacterias anaeróbicas	Angina de Plaut-Vincent, gingivoestomatitis.
Fusobacterium necrophorum	Tromboflebitis séptica de la vena yugular interna (síndrome de Lemierre): dolor intenso de la orofaringe, disfagia, tumefacción y rigidez cervical.
Mycoplasma pneumoniae	Enfermedad respiratoria aguda, neumonía.
<b>Hongos</b>	
Candida spp.	Pacientes inmunosuprimidos, con múltiples tratamientos antibióticos, corticoides inhalados o quimiorradioterapia. Exudado blanco en faringe y cavidad oral. Afectación superficial, sin fiebre, ni adenitis.

Adaptado de: Arnold JC, et al. Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases. 2018:202-208.e2.; Cots JM, et al. Acta Otorrinolaringol Esp. 2015;66(3):159-70.

### Recomendación 1

Se recomienda la implementación de la escala de Centor o McIsaac en todos los pacientes con sospecha de faringoamigdalitis aguda.

### Grado de recomendación: fuerte a favor.

### Nivel de evidencia: A.

### Texto soporte:

Se han descrito sistemas de puntuación clínica como herramientas de selección para identificar a los pacientes con probabilidad de padecer infecciones causadas por EBGA, lo que reduce sustancialmente el uso innecesario de antibióticos y sus posibles efectos adversos (7, 8). La Escala de Centor es una de las más conocidas, simples y fáciles de usar ya que evalúa la presencia de fiebre, exudado o edema de amígdalas palatinas, adenopatías cervicales de aparición aguda y ausencia de tos (8). La Escala de McIsaac, también conocida como Escala de Centor modificada, mide los mismos parámetros y resta un punto para los grupos poblacionales menores de 3 años y mayores de 45 (8).

La probabilidad de padecer infección por EBGA varía dependiendo del puntaje para cada escala. Hasta el momento, ninguno de los sistemas disponibles es lo bastante preciso para detectar de manera 100% confiable la infección por EBGA. La **tabla 5** muestra el porcentaje de personas dentro de la población de estudio con evidencia de estreptococo betahemolítico del grupo A en un frotis faríngeo y la razón de probabilidad positiva (LR+) según los síntomas.

<b>Tabla 5. Escalas clínicas y probabilidad de infección por el EBGA</b>			
<b>Escala clínica</b>	<b>Riesgo leve</b>	<b>Riesgo intermedio</b>	<b>Alto riesgo</b>
<b>CENTOR:</b> 1 punto por cada criterio: 1 -Exudado o edema amigdalino. 2 -Linfadenopatías cervicales. 3 -Temperatura >38 grados. 4 -Ausencia de tos.	0-2 puntos 13% EBGA (LR+ 0,5)	3 puntos 38% EBGA (LR+ 2,1)	4 puntos 57% EBGA (LR+ 4,4)
<b>MCISAAC:</b> 1 punto por cada criterio: 1 - Exudado o edema amigdalino. 2 - Linfadenopatías cervicales. 3 - Temperatura >38 grados. 4 - Ausencia de tos. 5 - Edad: <3 años: -1 punto. Edad: 3-14 años: +1 punto. Edad 15 - 44 años: 0 puntos. Paciente >45 años: -1 punto.	0-2 puntos 11% EBGA (LR+ 0,3)	3 puntos 37% EBGA (LR+ 1,6)	4-5 puntos 55% EBGA (LR+ 3,3)

Modificada de: Krüger K, et al. Dtsch Arztebl Int. 2021;118(11):188-94.

### Ventajas

- Las herramientas clínicas no requieren equipamiento especializado y son de fácil implementación.
- Los sistemas de puntuación son sensibles en identificar los pacientes con bajo riesgo de infección por EBGA.
- Contribuyen a reducir la cantidad de resultados falsos positivos que se podrían obtener si se realizaran pruebas de detección rápida de antígenos (PRDA) a todos los pacientes con dolor de garganta.

### Desventaja

- La sensibilidad y especificidad pueden variar según la escala y el puntaje obtenido, especialmente en los extremos de edad.

## 1.1 Pruebas para identificación microbiológica

El propósito de las pruebas diagnósticas en la faringoamigdalitis aguda es aumentar la confianza en el diagnóstico de una posible infección por EBGA y guiar el tratamiento médico.

### Recomendación 2

Se recomienda la realización de una PRDA o toma de cultivo orofaríngeo en caso de puntaje de Centor o McIsaac por encima de 3 puntos.

### Grado de recomendación: fuerte a favor.

### Nivel de evidencia: A.

#### Texto soporte:

Las pruebas rápidas de detección de antígeno (PRDA) se fundamentan en la extracción del antígeno de carbohidratos del EBGA a partir de los microorganismos obtenidos del exudado faríngeo. Estas pruebas incluyen tres mecanismos de detección: aglutinación de látex, inmunoensayo enzimático (EIA) e inmunoensayo óptico (OIA). Todas las pruebas rápidas comienzan con la toma de un hisopado faríngeo, seguido de la extracción ácida para solubilizar los carbohidratos de la pared celular del EBGA (8, 12).

Las PRDA para EBGA con código CUPS 901321 tienen una sensibilidad de aproximadamente el 85% y una especificidad del 96% (12). Además, son fáciles de realizar y tienen un costo aproximado de \$25,000 COP (valor en 2022). Las guías de la

Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América de 2012 (IDSA, por sus siglas en inglés) y la Guía coreana para el tratamiento de faringoamigdalitis aguda recomiendan la realización de una PRDA o toma de cultivo orofaríngeo en caso de puntaje de Centor o McIsaac por encima de 3 puntos (7, 8).

Los servicios de urgencias, consulta prioritaria y atención primaria en salud a lo largo del territorio colombiano deben procurar garantizar el acceso a las PRDA o cultivo de hisopado orofaringea como estándar de oro en el diagnóstico de FAAB (8). Sin embargo, debido a la falta de disponibilidad de las PRDA en nuestro medio y las dificultades en su acceso, se acepta el inicio de terapia antibiótica en paciente con puntaje de Centor o McIsaac por encima de 3 puntos (9).

#### *Recomendación 3*

Se recomienda el uso de PRDA o cultivo de orofaringe como seguimiento posterior al tratamiento.

#### **Grado de recomendación: fuerte en contra**

#### **Nivel de evidencia: A.**

##### *Texto soporte:*

A pesar de que el cultivo bacteriano, sigue siendo el estándar de oro en el diagnóstico de FAAB, se sabe que la presencia microbiológica de bacterias en la orofaringe, confirma la presencia del microorganismo en el cuerpo, pero no necesariamente la enfermedad (9). Por esta razón, solo se recomienda realizar cultivos faríngeos en casos atípicos, sospecha de portador crónico de EBGA, pacientes con inmunosupresión conocida y en situaciones con alto riesgo de fiebre reumática. No se recomienda el uso de PRDA o cultivo orofaringeo como seguimiento posterior al tratamiento. (10,11).

#### *Otras pruebas diagnósticas*

#### *Recomendación 4*

No se recomienda la toma de pruebas de laboratorio como hemograma, PCR, velocidad de sedimentación globular (VSG) y procalcitonina como parte del estudio de la FAAB no complicada.

#### **Grado de recomendación: fuerte en contra**

#### **Nivel de evidencia: A.**

##### *Texto soporte:*

#### **Hemograma, proteína C-reactiva (PCR) y procalcitonina**

Las pruebas de laboratorio en sangre en la FAAB muestran una sensibilidad (S) y especificidad (E) notablemente inferiores en comparación con los sistemas de puntuación clínica y otros métodos paraclínicos en el diagnóstico de FAAB (S y E: 66%- 90%). No proporcionan una ventaja significativa en la diferenciación etiológica, ni en el pronóstico de recuperación o la posibilidad de complicación, por lo que no se recomienda su uso rutinario en casos de FAAB no complicada (7-9). En sospecha de complicación aguda supurativa o no supurativa, sí pueden ser útiles como parte de los estudios de extensión de la enfermedad (10).

#### **Pruebas específicas para el virus de Epstein-Barr (VEB)**

Se recomienda la realización de la prueba rápida de detección de anticuerpos heterófilos contra VEB (monotest o Paul Bunnell) en caso de sospecha de mononucleosis infecciosa. La sensibilidad de la prueba alcanza su punto máximo aproximadamente a las 6 semanas desde el inicio de los síntomas. Se destaca que esta prueba posee una especificidad del 100% y una sensibilidad del 85% (6, 11). En el frotis de sangre es posible observar una linfocitosis atípica que excede el 10% asociada a leucocitosis generalizada y trombocitopenia (11).

#### *Recomendación 5*

No se recomienda la toma de títulos de ASLO u otros títulos de anticuerpos estreptocócicos en la FAAB o recurrente.

**Grado de recomendación: Condicional en contra.**

**Nivel de evidencia: B**

**Texto soporte:**

**Medición de anticuerpos antiestreptolisinas O (ASLO) y anti-DNAB**

Consiste en la detección de anticuerpos contra los antígenos estreptocócicos que pueden alcanzar su punto máximo entre 3 y 8 semanas después de una infección aguda por EBGA y pueden permanecer elevados durante meses tras la resolución de la infección. La sensibilidad de la prueba de ASLO para el diagnóstico de infección aguda por EBGA es del 66% al 90% y su especificidad del 45% al 75%; por lo tanto, no se recomienda su uso de forma rutinaria. La medición de ASLO puede ser relevante en el seguimiento de secuelas de complicaciones no supurativas asociadas a EBGA, sin embargo, no es una prueba que se utilice de rutina (6-9).

*Recomendación 6*

Se recomienda la realización de monotest o PRDA heterófilos para VEB en caso de sospecha de mononucleosis infecciosa o en pacientes con factores de riesgo como embarazo, infección por VIH o inmunodeficiencia.

**Grado de recomendación: Condicional a favor.**

**Nivel de evidencia: B**

**Texto soporte:**

Se recomienda la realización de la prueba rápida de detección de anticuerpos heterófilos contra VEB (monotest o Paul Bunnell) en caso de sospecha de mononucleosis infecciosa. La sensibilidad de la prueba alcanza su punto máximo aproximadamente a las 6 semanas desde el inicio de los síntomas. Se destaca que esta prueba posee una especificidad del 100% y una sensibilidad del 85% (6, 11). En el frotis de sangre es posible observar una linfocitosis atípica que excede el 10% asociada a leucocitosis generalizada y trombocitopenia (11).

**Ventajas de las pruebas de laboratorio en FAAB**

- Cultivo: es de fácil realización con capacidad para identificar otros patógenos causantes de faringitis. Permite realizar pruebas de susceptibilidad a los antibióticos (6-9).
- PDRA: es de fácil realización con capacidad para proporcionar resultados rápidos y confiables. Debido a su alta especificidad, reducen la prescripción de antibióticos, lo que a su vez disminuye la resistencia a los mismos y reduce la probabilidad de nuevas consultas (6-9).
- Monotest: es de fácil realización con capacidad para proporcionar resultados rápidos y confiables en caso de sospecha de mononucleosis infecciosa por VEB (6-9).

**Desventajas de las pruebas de laboratorio en FAAB**

- Cultivo: tiempo de incubación prolongado (24-48 horas), lo que puede ocasionar retrasos en el inicio del tratamiento definitivo. Adicionalmente, la prueba diagnóstica no distingue entre una infección aguda y la condición de portador crónico de EBGA (8).
- PDRA: no pueden distinguir entre el estado de portador y una infección activa. Los resultados positivos en pacientes sin clínica de FAAB requieren confirmación mediante cultivo, lo que aumenta los costos de laboratorio (3).
- Monotest: puede generar falsos negativos si se realiza durante las primeras 2 semanas desde la aparición de los síntomas (9).

**1.2 Imágenes diagnósticas**

*Recomendación 7*

No Se recomienda el uso de imágenes diagnósticas en los pacientes con FAAB, excepto si se sospecha una complicación supurativa asociada.

**Grado de recomendación: Condicional en contra.****Nivel de evidencia: C****Texto de soporte:**

El uso de imágenes diagnósticas en la faringoamigdalitis aguda solo está indicado cuando se sospecha infección de espacios profundos de cuello. La tomografía computada de cuello con contraste, previa medición de creatinina sérica, es una buena herramienta diagnóstica con una especificidad aproximada del 75% y una sensibilidad cercana al 100% para la detección de colecciones en los espacios parafaríngeo y retrofaríngeo, con diseminación o no, al espacio peligroso y mediastinal. (12, 13). La disponibilidad del tomógrafo es aceptable en la mayoría de los servicios de urgencias en centros de segundo y tercer nivel de complejidad del país. El tiempo de toma del examen es corto, lo que permite que se haga sin necesidad de sedación en la mayoría de los pacientes pediátricos y adultos(13). En caso de FAAB complicada con absceso periamigdalino, la imagen estaría indicada cuando se tenga dudas si se tratada de una colección organizada o la fase flemonosa de la amigdalitis, o si existe sospecha de diseminación a otros espacios del cuello (13).

Por su parte, la resonancia magnética (RM) de cuello con contraste ofrece una visualización más detallada del tejido blando y las estructuras cercanas, con mayor definición de los espacios carotídeos, parafaríngeo y retrofaríngeo, al igual que estructuras vasculares y neurales. Se recomienda el uso de RM de cuello con contraste en infecciones de espacios profundos de cuello o sospecha de síndrome de Lemierre (tromboflebitis de la yugular), sospecha de masas de origen vascular o malformaciones congénitas sobre infectadas asociadas con absceso de espacios profundos del cuello (13).

Además, se ha propuesto el uso de la ecografía de cuello como una alternativa viable a la tomografía computarizada en pacientes con sospecha de complicaciones, especialmente para diagnosticar abscesos periamigdalinos. En estudios se ha encontrado que la sensibilidad y especificidad combinadas fueron del 86% (intervalo de confianza [IC] del 95%: 78%–91%) y del 76% (IC del 95%: 67%–82%), respectivamente (14).

**Ventajas**

- La ecografía de cuello es un método diagnóstico de fácil acceso en la mayoría de los centros de emergencias y hospitalización en el país, y puede guiar la necesidad de otras imágenes complementarias, si se sospecha de complicación.
- La TC de cuello con contraste, es un examen, útil y rápido que se puede realizar la mayoría de las veces, sin sedación en pacientes adultos y pediátricos, si se sospecha complicación.

**Desventajas**

- Las imágenes diagnósticas en FAAB generan costos adicionales en la atención médica.
- La TC de cuello representa una exposición a radiación ionizante y posibles reacciones adversas al medio de contraste.
- La RM en pacientes pediátricos, o pacientes adultos ansiosos o con claustrofobia, puede requerir sedación, incurriendo en gastos adicionales y riesgo de reacciones adversas a los agentes sedantes.

**Sección 2. Tratamiento****2. ¿Cuál es el mejor tratamiento médico farmacológico para el control de los síntomas asociados a la FAAB?**

En la faringoamigdalitis aguda los principales objetivos del tratamiento son acortar el curso de la enfermedad, mejorar los síntomas, erradicar el germen, evitar el contagio y disminuir la probabilidad de presentar complicaciones (6). El tratamiento de FAAB incluye medidas farmacológicas y no farmacológicas, dentro de las cuales se encuentran:

**Recomendación 8**

Se recomienda el uso de acetaminofén o antiinflamatorios no esteroideos (AINE) para el manejo del dolor o la fiebre relacionados con FAAB.

**Grado de recomendación: Condicional a favor.****Nivel de evidencia: B****Texto de soporte:****2.1. Analgesia**

El tratamiento analgésico incluye el uso de paracetamol, antiinflamatorios no esteroideos (AINE) e inhibidores de la vía de

la ciclooxigenasa (COX 1 y 2) (6). Se han reportado tasas significativamente más altas de eventos adversos con aspirina en comparación con ibuprofeno y el diclofenaco por su parte, puede estar asociado con un mayor riesgo cardiovascular que otros AINE, por lo que se recomienda el uso de naproxeno a dosis de 5mg/Kg/ dosis cada 8 a 12 horas en niños mayores de 2 años, y en adultos a dosis de 500 mg cada 8 a 12 horas; o ibuprofeno a dosis de 1200 mg diarios en adultos y a dosis de 20 mg/kg/ día en niños, repartida en dos o tres tomas, ambas con perfiles de seguridad favorables (6).

El uso de antiinflamatorios y anestésicos de acción local puede ser una alternativa para el tratamiento de los síntomas de dolor faríngeo agudo (15). Las pastillas medicadas que contienen benzocaína, hexilresorcinol o flurbiprofeno pueden ayudar a reducir el dolor en comparación con el placebo en adultos. Sin embargo, las mejoras absolutas en la puntuación del dolor son leves y los trabajos realizados presentan poca calidad metodológica, con dosis heterogéneas (16, 17). Se han reportado pocos eventos adversos con las pastillas de benzocaína o las pastillas de hexilresorcinol, pero hasta un 30% de los usuarios de pastillas de flurbiprofeno pueden tener alteraciones transitorias del gusto, entumecimiento, boca seca y náuseas (17).

No existe evidencia suficiente para emitir recomendación a favor o en contra de los analgésicos o anestésicos locales en FAAB, y su uso dependerá de la experiencia y la preferencia de cada profesional.

#### *Recomendación 9*

No se recomienda el uso de esteroides sistémicos en el tratamiento de la FAAB no complicada

#### **Grado de recomendación: Condicional en contra**

#### **Nivel de evidencia: B**

##### *Texto soporte:*

##### 2.2. Esteroides

No se recomienda su uso de forma rutinaria. En algunos ensayos clínicos se ha observado que un ciclo corto de corticoides por vía oral o intramuscular es más efectivo que el placebo en el control de los síntomas de faringoamigdalitis en las primeras 48 horas; sin embargo, la calidad de los estudios es baja y la mayoría se llevó a cabo en los servicios de urgencias (16, 17). Por esta razón, no se recomienda el uso de esteroides sistémicos de rutina en FAAB no complicada.

### **3. ¿Cuáles son las indicaciones y el objetivo de la terapia antibiótica en la FAAB?**

#### *Recomendación 10*

Se recomienda la terapia antibiótica cuando el paciente tiene una puntuación de Centor o McIsaac de 3 o más puntos, y además tiene un resultado positivo en la PRDA

#### **Grado de recomendación: Fuerte a favor**

#### **Nivel de evidencia: A**

##### *Texto de soporte*

##### 3.1. Antibióticos

El uso de antibióticos en el dolor faríngeo agudo de origen infeccioso tiene como objetivo acortar la duración de los síntomas y disminuir su intensidad, reducir la frecuencia de complicaciones y favorecer el retorno a la vida normal más tempranamente (18-20). En la actualidad, se recomienda la terapia antibiótica cuando el paciente tiene una puntuación de Centor o McIsaac de 3 o más puntos y, además, tiene un resultado positivo en la PRDA (17).

#### *Recomendación 11*

Se recomienda la terapia antibiótica cuando el paciente tiene una puntuación de Centor o McIsaac de 3 o más puntos, y además tiene un resultado positivo en la PRDA.

**Grado de recomendación: Fuerte a favor****Nivel de evidencia: B****Texto de soporte:**

El tratamiento de primera línea para la FAAB es la penicilina V, ya que la sensibilidad del EBGA contra este medicamento es muy buena, al igual que su penetración en el tejido faríngeo, incluso en pequeñas concentraciones (18). Se considera un medicamento costo efectivo, de espectro reducido, cuya eficacia se ha demostrado ampliamente y que tiene bajas tasas de resistencia antimicrobiana (19,6), sin embargo, la disponibilidad del medicamento en nuestro medio es reducida, razón por la cual, se debe considerar la Amoxicilina oral como primera línea de tratamiento contra FAAB o la penicilina benzatínica intramuscular, como otra opción terapéutica. Los estudios han demostrado una eficacia clínica similar en los tratamientos con estos medicamentos (20) (**Tabla 6**).

Las alternativas disponibles, en caso de que la primera línea esté contraindicada o se presente fracaso terapéutico (48 a 72 horas sin respuesta clínica), se concentran en los grupos de macrólidos o las cefalosporinas (19, 21). Las principales contraindicaciones para este grupo de antimicrobianos son la hipersensibilidad y la presencia de mononucleosis infecciosa asociada a VEB por el alto riesgo de inducción de erupción cutánea de origen medicamentoso (19, 21). Las reacciones alérgicas a las penicilinas ocurren en 1% a 10% de las personas y las reacciones anafilácticas ocurren en menos del 0,05%. Las personas con antecedentes de hipersensibilidad inmediata a las penicilinas también pueden reaccionar a las cefalosporinas y otros antibióticos betalactámicos, razón por la cual se recomienda tener precaución (6, 19, 21).

**Tabla 6. Recomendaciones de esquema de tratamiento antimicrobiano en FAAB**

Antibiótico	Dosis-posología	Duración del tratamiento
<b>Primera línea</b>		
Amoxicilina	Adultos: 500 mg VO cada 8 horas o 1000 mg cada 12 horas Niños: 50 mg/ kg VO cada 24 horas o 25 mg/kg cada 12 horas (máximo 1000 mg)	10 días
Penicilina benzatínica	<27 kg: 600.000 UI vía IM >27 kg: 1.200.000 UI vía IM	Dosis única
<b>Segunda línea en caso de alergia, intolerancia o no disponibilidad</b>		
Azitromicina	Niños: 12 mg/kg/día VO cada 24 horas (máximo 500 mg) Adultos: 500 mg VO cada 24 horas	5 días
Clindamicina	Niños: 10 mg/kg/dosis VO cada 6 a 8 horas (máximo 300 mg dosis) + Adultos: 300-600 mg VO cada 8 horas	10 días
Amoxicilina con ácido clavulánico	Niños: 50 mg/kg VO cada 24 horas (máximo 1 gramo) Adultos: 500/125 mg VO cada 8 horas	5 días
Claritromicina	Niños: 7,5 mg/kg/dosis VO cada 12 horas (máximo 250 mg dosis) Adultos: 250 mg VO cada 12 horas	10 días
Cefuroxime	Niños: 30 mg/kg/día VO cada 12 horas Adultos: 500 mg VO cada 12 horas	10 días
<b>Faringoamigdalitis aguda recurrente</b>		
Clindamicina	Niños: 7 mg/kg/dosis VO cada 8 horas (máximo 300 mg dosis) + Adultos: 300-600 mg VO cada 8 horas	10 días
Amoxicilina con ácido clavulánico	Niños: 50 mg/kg VO cada 24 horas (máximo 1 gramo) Adultos: 500/125 mg VO cada 8 horas	10 días
<b>Absceso periamigdalino</b>		
Ampicilina-sulbactam	Niños: 25-50 mg/kg IV cada 6 horas. Adultos: 1,5-3 g IV cada 6 horas.	10 a 14 días
Clindamicina	Niños: 20 a 40 mg/kg/día IV cada 6 a 8 horas (máximo 300 mg dosis) Adultos: 600 mg IV o VO cada 8 horas	10 a 14 días

+ no disponible en suspensión, IV: intravenosa, IM: intramuscular, VO: vía oral, mg: miligramos, g: gramos, Kg: kilogramos

Adaptada de: Shulman ST, et al. Clin Infect Dis. 2012;55(10):1279-82; Lineamiento para el desarrollo de una estrategia de uso racional de antibióticos en faringoamigdalitis de origen bacteriano, en adultos Inmunocompetentes, dirigido a médicos generales en consulta externa del primer nivel de atención. Instituto de evaluación tecnológica en salud. Ministerio de Salud y Protección Social; 2020 (3, 19).

En caso de infección confirmada por estreptococos del grupo C y G, o por *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, *S. aureus*, *N. gonorrhoeae*, *F. nucleatum* + *B. vincentii*, está indicado el uso de antibióticos de amplio espectro, como amoxicilina-clavulanato o cefalosporinas de tercera generación (19) (**Tabla 6**). En caso de presentar reacciones adversas a medicamentos o condiciones especiales que obliguen a realizar ajustes en la medicación por deterioro de la función renal o comorbilidades adicionales, se recomienda consultar con el servicio de infectología, antes de iniciar el tratamiento antibiótico empírico. No es necesario realizar un hisopado faríngeo después de finalizar la terapia con antibióticos (19).

#### Recomendación 12

El inicio temprano de terapia antibiótica en FAAB puede disminuir el riesgo de complicaciones.

#### Grado de recomendación: Condicional a favor

#### Nivel de evidencia: C

#### Texto de soporte

Los síntomas de faringoamigdalitis y fiebre pueden aliviarse más rápidamente en los pacientes que usan antibióticos de forma temprana; sin embargo, esta diferencia de tiempo no es clínicamente significativa (16 horas) (18). El uso de antibioticoterapia puede disminuir el riesgo de complicaciones supurativas y no supurativas, al igual que el riesgo de enfermedades inmunomedidas como fiebre reumática y síndrome nefrítico, sin embargo, no existe evidencia de alta calidad metodológica que avale sus beneficios en términos de disminución de morbilidad (17).

#### Ventajas de la terapia antibiótica

- El uso de antibioticoterapia puede disminuir el riesgo de complicaciones asociadas a la FAAB.

#### Desventajas de la terapia antibiótica

- No existe evidencia de alta calidad metodológica que avale sus beneficios en disminución de morbilidad.
- Efectos secundarios como la presión evolutiva sobre el microbioma del paciente tratado y, por tanto, la promoción de resistencias bacterianas, así como los costos en el sistema de salud.

### Sección 3. Complicaciones

Las complicaciones de la FAAB se pueden dividir en supurativas o no supurativas. Dentro de las complicaciones supurativas se encuentra la epiglotitis, el absceso periamigdalino y retrofaríngeo. Se debe sospechar ante la presencia de dificultad respiratoria, estridor, disfagia o sialorrea, las cuales deben ser manejadas como una emergencia priorizando el manejo de la vía aérea (25).

Dentro de las complicaciones no supurativas se encuentran la fiebre reumática y la glomerulonefritis; su presentación suele ser tardía, requieren un manejo antibiótico dirigido y establecer la presencia de complicaciones asociadas (25).

El absceso periamigdalino es la complicación más frecuente de la faringoamigdalitis bacteriana. Su incidencia es de 30 casos por cada 100.000 habitantes/año y representa el 30% de los abscesos de tejidos blandos de cabeza y cuello (25). La población más afectada son jóvenes de sexo masculino. Suele formarse en glándulas de Weber en el polo superior de las amígdalas. Los pacientes suelen presentar un deterioro clínico, seguido de voz gangosa, trismo y edema marcado usualmente de forma unilateral; además, se puede presentar edema de los pilares amigdalinos y desviación contralateral de la úvula (25, 27).

Suele ser una infección polimicrobiana con gérmenes aerobios y anaerobios (*Streptococcus pyogenes*, *Fusobacterium necrophorum*, *Peptostreptococcus*, y *Prevotella* spp) (6, 27). Dentro del diagnóstico inicial, la aspiración con aguja permite diferenciar entre celulitis y absceso, además, esta puede ser una de las modalidades terapéuticas (25, 27).

La tomografía computarizada de cuello no se recomienda dentro del algoritmo diagnóstico inicial de pacientes, en los cuales no se sospechen complicaciones adicionales. El manejo debe ser guiado por la historia clínica y el examen físico. Los estudios han mostrado que la tomografía puede sobre estimar el diagnóstico de absceso periamigdalino, con una tasa de falsos positivos hasta de un 30%. Se recomienda realizar TC cuello con contraste en los pacientes con sospecha de abscesos parafaringeos o donde el diagnóstico médico inicial no es claro (28).

En el caso de no contar con TC, la ultrasonografía de cuello también ha mostrado buen rendimiento en el diagnóstico de colecciones en espacios profundos de cuello (6, 11) (ver sección Imágenes diagnósticas de la presente guía).

#### 4. ¿Cuál es el manejo del absceso periamigdalino?

##### Recomendación 13

El manejo del absceso periamigdalino incluye hidratación, antibiótico sistémico y tratamiento quirúrgico, bien sea con aspiración con aguja o mediante incisión y drenaje.

##### Grado de recomendación: Condicional a favor

##### Nivel de evidencia: B

##### Texto de soporte

Siempre se debe administrar el tratamiento antibiótico adecuado de forma concomitante, siguiendo las pautas establecidas previamente (**Tabla 6**) (24, 25). Dentro de las opciones de tratamiento se encuentran la aspiración con aguja, el drenaje quirúrgico con incisión o, incluso, la amigdalectomía. No existe evidencia suficiente para respaldar una técnica sobre otra, sin embargo, las preferencias del paciente y su cooperación deben ser tenidas en cuenta al momento de elegir la opción de tratamiento. La aspiración con aguja o el drenaje quirúrgico suelen tener una baja tasa de falla del 9% al 20%, y deben considerarse como las opciones de tratamiento de primera línea (24, 25). El no tratar de forma temprana el absceso periamigdalino puede conducir a deshidratación grave, neumonía por aspiración, diseminación de la infección a espacios profundos del cuello, tromboembolismo séptico de los vasos del cuello o compromiso de la vía aérea (24). En pacientes pediátricos con sospecha de complicaciones adicionales, deshidratación grave o intolerancia a la vía oral se sugiere manejo intrahospitalario endovenoso por al menos 72 horas y revalorar según evolución de los síntomas (24, 25).

##### Recomendación 14

El uso de corticoide sistémico en absceso periamigdalino puede reducir el dolor y trismo, lo que resulta en un retorno más temprano a la dieta y a las actividades normales

##### Grado de recomendación: Condicional a favor

##### Nivel de evidencia: C

##### Texto de soporte

El uso de corticoides sistémicos en absceso periamigdalino puede reducir el dolor y trismo, lo que resulta en un retorno más temprano a la dieta y a las actividades normales. Se debe considerar la gravedad del cuadro, posibles contraindicaciones y las características de cada paciente antes de su uso (29). El no tratar de forma temprana el absceso periamigdalino puede conducir a deshidratación grave, neumonía por aspiración, diseminación de la infección a espacios profundos del cuello, tromboembolismo séptico de los vasos del cuello o compromiso de la vía aérea (24). En pacientes pediátricos con sospecha de complicaciones adicionales, deshidratación grave o intolerancia a la vía oral se sugiere manejo intrahospitalario (24, 25).

#### 5 . ¿En qué casos está indicada la amigdalectomía en FAAB?

##### Recomendación 15

Se recomienda realizar la amigdalectomía en pacientes con al menos un episodio de absceso periamigdalino resuelto o en pacientes que cumplen criterios de faringoamigdalitis aguda recurrente (FAAR)

##### Grado de recomendación: Condicional a favor

##### Nivel de evidencia: C

##### Texto de soporte

La amigdalectomía en el período agudo se sugiere ante la presencia de otras complicaciones o ante la falla con las otras opciones de manejo; no se recomienda como manejo inicial. En caso de requerirse, se recomienda realizar la cirugía de 4 a 12 semanas posterior a episodio agudo, una vez se haya resuelto el proceso inflamatorio (24, 25). La amigdalectomía se

recomienda en pacientes que cumplan criterios de faringoamigdalitis aguda recurrente (FAAR) o también llamados criterios de Paradise (tabla 7) (22,23).

### Anexo técnico

#### ¿Cuál es la definición de faringoamigdalitis recurrente (FAAR), portador crónico de EBGA y síndrome de fiebre periódica con estomatitis aftosa, faringitis y adenitis (PFAPA)?

Se define FAAR como la recurrencia de una faringitis con cultivo positivo al EBGA en un período mayor de siete días, pero dentro de las cuatro semanas tras completar un ciclo de terapia antibiótica, a diferencia de lo que se denominaría infección persistente o fallo del tratamiento que es una recurrencia de los síntomas dentro de los primeros siete días tras completar el tratamiento antibiótico (22, 23). Las guías de amigdalectomía de la Academia Americana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello definen amigdalitis recurrente según los criterios de Paradise (**Tabla 7**). Ante un primer episodio de recurrencia, se ha de repetir un ciclo de tratamiento antibiótico utilizando el mismo fármaco de primera línea u otro de los recomendados para el manejo de los episodios agudos (22, 23).

Tabla 7. Criterios de Paradise para faringoamigdalitis aguda recurrente	
Frecuencia mínima de episodios de odinofagia (1 de los siguientes)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 7 o más episodios en el último año.</li> <li>- 5 o más episodios al año en los últimos 2 años.</li> <li>- 3 o más episodios al año en los últimos 3 años.</li> </ul>
Características clínicas (odinofagia asociada a 1 o más de las siguientes)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temperatura <math>&gt;38,3</math> °C.</li> <li>- Linfadenopatía cervical (dolorosas o <math>&gt;2</math> cm).</li> <li>- Exudado amigdalino.</li> <li>- Cultivo positivo para EBGA.</li> </ul>
Tratamiento	Administración de antibióticos a dosis convencional para sospecha o diagnóstico de faringoamigdalitis por EBGA.
Documentación	Si no está lo suficientemente documentado, se deben observar dos episodios de faringoamigdalitis aguda por el médico tratante, y que coincida con el patrón de frecuencia y características clínicas consistentes con la historia referida por el paciente.

Adaptado de: Guía para el diagnóstico y tratamiento de faringoamigdalitis aguda bacteriana. ACORL; 2021:11-27.

En caso de recurrencias frecuentes hay que valorar la posibilidad de que se trate de un portador crónico de EBGA, que se define como la persona asintomática con resultado positivo para EBGA en un cultivo de hisopado orofaríngeo o una PRDA. Este grupo poblacional tiene indicación de tratamiento antibiótico en caso de que se considere apropiada la erradicación, como en pacientes preoperatorios de cirugía cardiovascular mayor, trasplante o que vayan a ser llevados a inmunosupresión farmacológicas grave (3, 24, 25).

El síndrome de PFAPA se caracteriza por la aparición de fiebre periódica, estomatitis aftosa, faringitis y adenitis recurrente. Es más común en la población pediátrica, generalmente es autolimitado y su tratamiento incluye el uso de corticoide sistémico en ciclos cortos, colchicina y en algunos casos, amigdalectomía. Los inhibidores de interleucina 1 (IL-1) también han mostrado efectividad en los casos refractarios (26).

### Revisión de la guía por pares

Revisión externa nacional:

Néstor Ricardo González-Marín\*

\* Especialista en otorrinolaringología, Universidad Militar Nueva Granada, Hospital Militar Central.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1449-9458>

---

## Asesora general metodológica

Diana Quijano-García\*

\* *Otorrinolaringóloga Fundación Santa Fe de Bogotá. Fellow en Rinología. Magistra en Epidemiología Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. Colombia ORCID <https://orcid.org/0000-0001-6177-7225>*

Forma de citar: Quijano-García D. Guía para el diagnóstico y el tratamiento de faringoamigdalitis aguda bacteriana. Acta otorrinolaringol. cir. cabeza cuello. 2024; 52 (4): 533-555. DOI.10.37076/acorl.v52i4.812

---

## Revisora metodológica

Mary Eugenia Posada-Álvarez\*

\* *Otorrinolaringóloga Universidad del Rosario. Epidemióloga Clínica Universidad Autónoma de Bucaramanga. Fellow Cirugía Sinonasal Avanzada Universidad Autónoma de México. Otorrinolaringóloga Pediatra, Universidad Autónoma de México- Titulación en proceso de convalidación en Bogotá, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0935-6188>*

Forma de citar: Posada-Álvarez ME. Guía para el diagnóstico y el tratamiento de faringoamigdalitis aguda bacteriana. Acta otorrinolaringol. cir. cabeza cuello. 2024; 52 (4): 533-555. DOI.10.37076/acorl.v52i4.812

---

## Director Científico Guías ACORL

### Coordinador Comité Académico Permanente ACORL

Ricardo Silva-Rueda FACS\*

\* *Otorrinolaringólogo, Fellow del American College of Surgeons, Coordinador Servicio Otorrinolaringología Hospital Militar Central. Expresidente Asociación Colombiana De Otorrino Profesor Asociado Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá – Colombia – ORCID <https://orcid.org/0000-0002-7539-5938>*

Forma de citar: Silva- Rueda R. Guía para el diagnóstico y el tratamiento de faringoamigdalitis aguda bacteriana. Acta otorrinolaringol. cir. cabeza cuello. 2024; 52 (4): 533-555. DOI.10.37076/acorl.v52i4.812

---

## Actualización de la guía

Se sugiere actualizar la guía en el segundo semestre de 2029.

---

## Aplicabilidad

Esta guía será publicada con acceso abierto en la revista y la web de ACORL y será socializada en diferentes eventos de la ACORL.

---

## Fortalezas y limitaciones

Esta guía contiene los artículos de gran impacto acerca del diagnóstico y el tratamiento de la faringo amigdalitis bacteriana aguda; sin embargo, se considera que una limitación está elaborada en el idioma español, lo cual limita su extrapolación.

---

## Financiación

El costo de elaboración de la guía fue asumido en parte por la Asociación Colombiana de Otorrinolaringología (ACORL), el tiempo y la dedicación por la Universidad Nacional de Colombia.

---

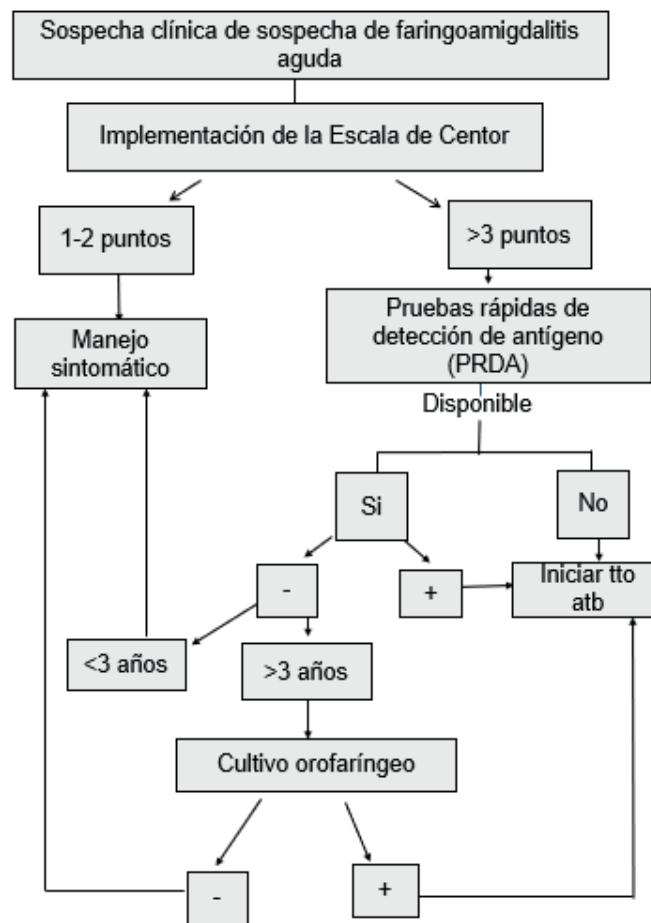
## Diseminación

Estará abierta al público general de manera virtual a través de la Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello, <https://revista.acorl.org.co/index.php/acorl>

## REFERENCIAS

1. Gerber MA. Diagnosis and treatment of pharyngitis in children. *Pediatr Clin North Am.* 2005;52(3):729-47. doi: 10.1016/j.pcl.2005.02.004
2. Pelucchi C, Grigoryan L, Galeone C, Esposito S, Huovinen P, Little P, et al. Guideline for the management of acute sore throat. *Clin Microbiol Infect.* 2012;18 Suppl 1:1-28. doi: 10.1111/j.1469-0691.2012.03766.x
3. Shulman ST, Bismo AL, Clegg HW, Gerber MA, Kaplan EL, Lee G, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2012;55(10):1279-82. doi: 10.1093/cid/cis629
4. Group NZG. Management of Group A Streptococcal Sore Throat. 1.a edición. New Zealand Guidelines Group; 2011. p. 1-106.
5. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Guía metodológica Adopción - Adaptación de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia. 1.<sup>a</sup> edición. Bogotá DC: MinSalud; 2017, Disponible en: [gpc.minsalud.gov.co](http://gpc.minsalud.gov.co)
6. Windfuhr JP, Toepfner N, Steffen G, Waldfahrer F, Berner R. Clinical practice guideline: Tonsillitis I. diagnostics and nonsurgical management. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology.* 2016;273(4):973-87. doi:10.1007/s00405-015-3872-6
7. Krüger K, Töpfner N, Berner R, Windfuhr J, Oltrogge JH; Guideline group. Clinical Practice Guideline: Sore Throat. *Dtsch Arztebl Int.* 2021;118(11):188-94. doi: 10.3238/arztebl.m2021.0121
8. Little P, Hobbs FD, Moore M, Mant D, Williamson I, McNulty C, et al. Clinical score and rapid antigen detection test to guide antibiotic use for sore throats: Randomised controlled trial of Prism (Primary Care Streptococcal Management). *BMJ.* 2013;347(oct10 3). doi:10.1136/bmj.f5806
9. Willis BH, Coomar D, Baragilly M. Comparison of centor and MCISAAC scores in primary care: A meta-analysis over multiple thresholds. *British Journal of General Practice.* 2020;70(693). doi:10.3399/bjgp20x708833
10. Pellegrino R, Timitilli E, Verga MC, Guarino A, Iacono ID, Scotese I, et al. Acute pharyngitis in children and adults: descriptive comparison of current recommendations from national and international guidelines and future perspectives. *Eur J Pediatr.* 2023;182(12):5259-5273. doi: 10.1007/s00431-023-05211-w
11. Henson AM, Carter D, Todd K, Shulman ST, Zheng X. Detection of *Streptococcus pyogenes* by use of Illumigene group A *Streptococcus* assay. *J Clin Microbiol.* 2013;51(12):4207-9. doi: 10.1128/JCM.01892-13
12. Cohen JF, Pauchard JY, Hjelm N, Cohen R, Chalumeau M. Efficacy and safety of rapid tests to guide antibiotic prescriptions for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;6(6):CD012431. doi: 10.1002/14651858.CD012431.pub2
13. Overview: Rapid tests for Group A streptococcal infections in people with a sore throat. NICE; 2019. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/dg38>
14. Ospina-García JC, Villegas-Echeverri MC, Núñez N, Rodríguez-Ruiz MT, López J, Gutiérrez-Maldonado S. Evaluación de adherencia a la guía de práctica clínica para el manejo de faringoamigdalitis aguda en la atención de urgencias del Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia. *Acta otorrinolaringol cir cabeza cuello.* 2022;50(4):280-284. doi: 10.37076/acorl.v50i4.675
15. Christensen AM, Thomsen MK, Ovesen T, Klug TE. Are procalcitonin or other infection markers useful in the detection of group A streptococcal acute tonsillitis? *Scand J Infect Dis.* 2014;46(5):376-83. doi: 10.3109/00365548.2014.885656
16. Gulley ML, Tang W. Laboratory assays for Epstein-Barr virus-related disease. *J Mol Diagn.* 2008;10(4):279-92. doi: 10.2353/jmoldx.2008.080023
17. Capps EF, Kinsella JJ, Gupta M, Bhatki AM, Opatowsky MJ. Emergency imaging assessment of acute, nontraumatic conditions of the head and neck. *Radiographics.* 2010;30(5):1335-52. doi: 10.1148/rug.305105040
18. Wang D, Nguyen K, Rubin A, Thomas C, RoyChoudhury A, Phillips CD, Strauss S. CT-based diagnosis in patients presenting with throat pain: A single institutional review. *Am J Emerg Med.* 2024;75:33-36. doi: 10.1016/j.ajem.2023.10.023
19. Kim DJ, Burton JE, Hammad A, Sabhaney V, Freder J, Bone JN, et al. Test characteristics of ultrasound for the diagnosis of Peritonsillar abscess: A systematic review and meta-analysis. *Academic Emergency Medicine.* 2023;30(8):859-69. doi:10.1111/acem.14660
20. Amarilo G, Rothman D, Manthiram K, Edwards KM, Li SC, Marshall GS, et al. Consensus treatment plans for periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and Adenitis syndrome (PFAPA): A Framework to evaluate treatment responses from the childhood arthritis and Rheumatology Research Alliance (Carra) Pfapa Work Group. *Pediatric Rheumatology.* 2020;18(1). doi:10.1186/s12969-020-00424-x
21. Cots JM, Alós J-II, Bárcena M, Boleda X, Cañada JL, Gómez N, et al. Recomendaciones para el manejo de la faringoamigdalitis aguda del adulto. *Atención Primaria.* 2015;47(8):532-43. doi: 10.1016/j.eimc.2015.02.010
22. NICE, National Institute for Health and Care Excellence, Hoare KJ, Ward E, Arroll B, Barrero LI, et al. Sore throat (acute): antimicrobial prescribing | Guidance and guidelines. NICE Guidel [Internet]. 2018;34: NICE Guideline [NG84]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng84/chapter/Recommendations>
23. Yoon YK, Park C-S, Kim JW, Hwang K, Lee SY, Kim TH, et al. Guidelines for the antibiotic use in adults with acute upper respiratory tract infections. *Infect Chemother.* 2017;49(4):326. doi: 10.3947/ic.2017.49.4.326
24. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento para el desarrollo de una estrategia de uso racional de antibióticos en faringoamigdalitis de origen bacteriano, en adultos Immunocompetentes, dirigido a médicos generales en consulta externa del primer nivel de atención. Ministerio de Salud y Protección Social; 2020.
25. van Driel ML, De Sutter AI, Habraken H, Thorning S, Christiaens T. Different antibiotic treatments for group A streptococcal pharyngitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;9(9):CD004406. doi: 10.1002/14651858.CD004406.pub4
26. Llor C, Moragas A, Cots JM, López-Valcárcel BG. Ahorro estimado de antibióticos prescritos en faringitis e infecciones del tracto respiratorio inferior si los médicos de atención primaria usaran pruebas rápidas y siguieran las guías de práctica clínica. *Aten Primaria.* 2017;49(6):319-25. doi: 10.1016/j.aprim.2016.07.002
27. Mazur E, Czerwińska E, Korona-Głowniak I, Grochowalska A, Koziol-Montewka M. Epidemiology, clinical history and microbiology of peritonsillar abscess. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2015;34(3):549-54. doi: 10.1007/s10096-014-2260-2
28. Eliason MJ, Wang AS, Lim J, Beegle RD, Seidman MD. Are Computed Tomography Scans Necessary for the Diagnosis of Peritonsillar Abscess? *Cureus.* 2023;15(2):e34820.
29. Ketterer MC, Maier M, Burkhardt V, Mansour N, Knopf A, Becker C. The peritonsillar abscess and its management - is incision and drainage only a makeshift to the tonsillectomy or a permanent solution? *Front Med (Lausanne).* 2023;10:1282040.

## Algoritmos



Sospecha clínica de faringoamigdalitis | Implementación de la Escala de Centor | 1-2 puntos | >3 puntos | Manejo sintomático | Pruebas rápidas de detección de antígeno (PRDA) | Disponible | Sí | No | - | + | Iniciar tratamiento antibiótico | <3 años | >3 años | Cultivo orofaríngeo | - | + |



Tratamiento FAAB | Manejo analgésico: acetaminofén o AINE | Manejo antibiótico: seleccionar el paciente | No se recomienda el uso de esteroides sistémicos | Puntuación de Centor o McIsaac mayor o igual a 3 | No | NO administrar terapia antibiótica | Sí | Prueba rápida de antígeno positiva | Sí/No disponibilidad de la prueba | Administrar terapia antibiótica completa

Krüger K, Töpfner N, Berner R, Windfuhr J, Oltrogge JH; Guideline group. Clinical Practice Guideline: Sore Throat. Dtsch Arztbl Int. 2021;118(11):188-94. doi: 10.3238/ärztbl.m2021.0121

Dominio 1 - ALCANCE Y OBJETIVO	
Puntuación del dominio	86%
Dominio 2 - PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS O GRUPOS DE INTERES	
Puntuación del dominio	77%
Dominio 3 - RIGOR EN LA ELABORACIÓN	
Puntuación del dominio	95%
Dominio 4 - CLARIDAD DE PRESENTACIÓN	
Puntuación del dominio	91%
Dominio 5 - APLICABILIDAD	
Puntuación del dominio	60%
Dominio 6 - INDEPENDENCIA EDITORIAL	
Puntuación del dominio	60%

Overview: Rapid tests for Group A streptococcal infections in people with a sore throat. NICE; 2019. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/dg38>.

Dominio 1 - ALCANCE Y OBJETIVO	
Puntuación del dominio	100%
Dominio 2 - PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS O GRUPOS DE INTERES	
Puntuación del dominio	67%
Dominio 3 - RIGOR EN LA ELABORACIÓN	
Puntuación del dominio	82%
Dominio 4 - CLARIDAD DE PRESENTACIÓN	
Puntuación del dominio	80%
Dominio 5 - APLICABILIDAD	
Puntuación del dominio	60%
Dominio 6 - INDEPENDENCIA EDITORIAL	
Puntuación del dominio	100%

NICE, National Institute for Health and Care Excellence, Hoare KJ, Ward E, Arroll B, Barrero LI, et al. Sore throat (acute): antimicrobial prescribing | Guidance and guidelines. NICE Guidel [Internet]. 2018;34: NICE Guideline [NG84].

Dominio 1 - ALCANCE Y OBJETIVO	
Puntuación del dominio	64%
Dominio 2 - PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS O GRUPOS DE INTERES	
Puntuación del dominio	80%
Dominio 3 - RIGOR EN LA ELABORACIÓN	
Puntuación del dominio	87%
Dominio 4 - CLARIDAD DE PRESENTACIÓN	
Puntuación del dominio	92%
Dominio 5 - APLICABILIDAD	
Puntuación del dominio	95%
Dominio 6 - INDEPENDENCIA EDITORIAL	
Puntuación del dominio	60%

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento para el desarrollo de una estrategia de uso racional de antibióticos en faringoamigdalitis de origen bacteriano, en adultos Inmunocompetentes, dirigido a médicos generales en consulta externa del primer nivel de atención. Ministerio de Salud y Protección Social; 2020.

Dominio 1 - ALCANCE Y OBJETIVO	
Puntuación del dominio	98%
Dominio 2 - PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS O GRUPOS DE INTERES	
Puntuación del dominio	78%
Dominio 3 - RIGOR EN LA ELABORACIÓN	
Puntuación del dominio	93%
Dominio 4 - CLARIDAD DE PRESENTACIÓN	
Puntuación del dominio	92%
Dominio 5 - APPLICABILIDAD	
Puntuación del dominio	60%
Dominio 6 - INDEPENDENCIA EDITORIAL	
Puntuación del dominio	100%

Krüger K, Töpfner N, Berner R, Windfuhr J, Oltrogge JH; Guideline group. Clinical Practice Guideline: Sore Throat. Dtsch Arztebl Int. 2021;118(11):188-94. doi: 10.3238/ärztebl.m2021.0121.

Dominio 1 - ALCANCE Y OBJETIVO	
Puntuación del dominio	94%
Dominio 2 - PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS O GRUPOS DE INTERES	
Puntuación del dominio	92%
Dominio 3 - RIGOR EN LA ELABORACIÓN	
Puntuación del dominio	100%
Dominio 4 - CLARIDAD DE PRESENTACIÓN	
Puntuación del dominio	89%
Dominio 5 - APPLICABILIDAD	
Puntuación del dominio	70%
Dominio 6 - INDEPENDENCIA EDITORIAL	
Puntuación del dominio	100%