

“Año de la Consolidación del Mar de Grau”  
**Universidad Nacional de la Amazonía Peruana**  
*Facultad de Medicina Humana*  
“RAFAEL DONAYRE ROJAS”



**Título:**

**“CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL MÉDICO CLÍNICO SOBRE LOS  
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN LA ATENCIÓN  
AMBULATORIA Y EMERGENCIA DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA  
DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE LA CIUDAD DE IQUITOS EN EL AÑO  
2015.”**

**Tesis Para Optar El Título De Médico Cirujano**

**Presentado por el Bachiller:  
LINDA ERNESTINA, CHANAMÉ PINEDO**

**ASESOR (a):**

**Dra. Graciela Rocío Meza Sánchez**

**Co – Asesor:  
Dr. Jack Ruiz Pezo**

**REGIÓN LORETO  
IQUITOS – PERÚ**

**2016**

**MIEMBROS DEL JURADO**

**ASESOR**

**Co- Asesor**

---

Dr. Jesús Magallanes Castilla

---

Dr. José Sánchez Arenas

---

Dr. Renso López Liñán

---

Dra. Graciela Meza Sánchez

---

Dr. Jack Ruiz Pezo

## INDICE DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
1. INDICE DE CONTENIDO	
2. INDICE DE TABLAS	
3. INDICE DE GRÁFICOS	
4. DEDICATORIA	5
5. AGRADECIMIENTOS	6
6. RESUMEN	7
<b>CAPITULO I</b>	
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
II. JUSTIFICACIÓN	11
III. LIMITACIONES	12
IV. OBJETIVOS	12
a. Objetivos Generales	12
b. Objetivos Específicos	13
<b>CAPITULO II</b>	
V. MARCO TEÓRICO	15
Faringoamigdalitis Aguda (FAA)	20
Concepto	20
Epidemiología y Etiología	20
Fisiopatología	22
Manifestaciones Clínicas	23
Escala de Centor Modificada	26
Diagnóstico de la Faringoamigdalitis Aguda	27
Manejo y Tratamiento	31
Complicaciones	35
<b>CAPITULO III</b>	
VI. TÉRMINOS OPERACIONALES	39
VII. METODOLOGÍA	41
a. Tipo de estudio	41
b. Diseño general	41
c. Población y muestra	41
d. Criterios de inclusión	42
e. Criterios de exclusión	42
f. Ubicación, espacio y tiempo	42
g. Recolección de información, técnicas e instrumentos, métodos para el control y calidad de datos	42
h. Procedimientos de análisis estadísticos	43
i. Ética de investigación	43
<b>CAPITULO IV</b>	
VIII. RESULTADOS	45
IX. DISCUSIÓN	59
X. CONCLUSIÓN	63
XI. RECOMENDACIÓN	64
<b>CAPITULO V</b>	
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
XIII. ANEXOS	75

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
TABLA N°01.: ¿un exudado amarillento o verde amarillento sugiere siempre el origen de una infección bacteriana?	45
TABLA N°02.: Si Ud. Atiende un paciente menor de 3 años, ¿cuál sería la posible etiología?	46
TABLA N°03. Características de las respuestas clínicas sobre viral y bacteriana.	47
TABLA N°04: Si clínicamente tenemos una condición que nos hiciera dudar o confundir el diagnóstico entre viral o bacteriano, ¿cuál es el examen de laboratorio o auxiliar que Ud. Pediría para el diagnóstico de una FAA de origen viral de forma rápida?	49
TABLA N°05: Si clínicamente tenemos una condición que nos hiciera dudar o confundir el diagnóstico entre viral o bacteriano, ¿cuál es el examen de laboratorio o auxiliar que Ud. Pediría para el diagnóstico de una FAA de origen bacteriano de forma rápida?	50
TABLA N°06. Razones por las que SI usan tratamiento antibiótico Profiláctico	53
TABLA N°07. Nivel de conocimientos del personal médico clínico de los Hospitales Públicos de Iquitos, 2015.	58
TABLA N°08. Resumen de la Encuesta	59

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	<b>Pág.</b>
GRÁFICO N° 01. Microorganismos más frecuentemente involucrados en el Diagnóstico de FAA bacteriana	51
GRÁFICO N° 02. Antibióticos más usados entre los encuestados	52
GRÁFICO N° 03. Resistencia antibiótica según médicos encuestados	54
GRÁFICO N° 04. Duración del tratamiento antibiótico	55
GRÁFICO N° 05. ¿Es posible que los síntomas persistan por más de una a dos semanas en un cuadro de FAA de origen viral aun con tratamiento convencional?	56
GRÁFICO N° 06. ¿Es posible que los síntomas persistan por más de una a dos semanas en un cuadro de FAA de origen viral aun con tratamiento convencional?, según grado académico médico	57

## **DEDICATORIA**

A los que hicieron posible que alcanzaré mis sueños, Papá Dios, Mamita Linda, Papá German y mis hermanitos Claudia, David, José y el pequeño angelito, Alexander, a pesar de los altos y bajos, sé que me apoyan en cada paso que doy. También a Jeroen, mi novio, por su paciencia y comprensión en la distancia, y finalmente a mi Asesora la Dra. Meza que a pesar de los momentos difíciles me guió en la elaboración de este humilde trabajo.

**AGRADECIMIENTOS:**

Al Dr. Salazar por instruirme en el proceso, a mis amigos, Claudia y Cintya por ayudarme en la documentación correspondiente. Al Dr. Camilo Ruiz, que desde lejos fue crítico con este trabajo.

**CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL MÉDICO CLÍNICO SOBRE LOS  
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS DE LA  
FARINGOAMIGDALITIS AGUDA EN LA ATENCIÓN AMBULATORIA Y  
EMERGENCIA DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE LA CIUDAD DE  
IQUITOS EN EL AÑO 2015**

*Bachiller en Medicina: Linda Ernestina Chanamé Pinedo*

**RESUMEN**

**Introducción:** En la mayoría de los casos, es difícil diferenciar clínicamente cuales son de origen viral o bacteriano. Esto trae como consecuencia, el uso irracional de antibióticos, que ha conducido a modificaciones de la ecología bacteriana, lo que puede determinar consecuencias fatales para la salud pública, siendo la FAA una patología muy frecuente y tratada en nuestro medio. En tal sentido, se planteó la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los conocimientos del personal médico clínico sobre los criterios diagnósticos y terapéuticos en la atención ambulatoria y emergencia de la Faringoamigdalitis Aguda de los Hospitales Públicos de la Ciudad de Iquitos en el año 2015?

**Objetivo:** Se determinó el grado de conocimiento del personal médico clínico sobre los criterios diagnósticos y terapéuticos de la Faringoamigdalitis Aguda, en la atención ambulatoria y emergencia de los hospitales públicos de la ciudad de Iquitos en el año 2015.

**Metodología:** Fue un estudio observacional descriptivo tipo transversal, de forma prospectiva. Los datos obtenidos se procesaron en el programa estadístico SPSS 22.0.

**Resultados:** Los médicos generales tuvieron un grado medio de conocimientos (33%), los médicos residentes un nivel medio (26%), asimismo, los médicos especialistas tuvieron también un nivel de conocimientos medio (15%), según tamaño poblacional de cada grupo. Ver Tabla 07.

**Conclusiones:** El nivel de conocimientos de los médicos clínicos de los Hospitales Públicos de Iquitos, tienen un grado medio de conocimientos, sobre los criterios diagnósticos y terapéuticos de la FAA.

**Palabras Claves:** Faringoamigdalitis aguda (FAA), Antibióticos, Viral., Bacteriana, Conocimientos.

## **CAPITULO I**



## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La Región Loreto se ubica en el extremo Nor-Oriental del territorio Peruano. Cuenta con 1028968 habitantes y tiene una superficie territorial de 369,851.95 km<sup>2</sup> (28.7% territorio nacional), su población representa sólo el 3.2% de la población total del país y presenta la densidad más baja a nivel departamental con 2.0 habitantes por km<sup>2</sup> <sup>(1)</sup>. El Hospital Regional de Loreto, de tercer nivel de complejidad <sup>(2)</sup> y el Hospital de Apoyo Iquitos de segundo nivel <sup>(3)</sup>, son instituciones de salud referenciales de toda la región, atendándose gran proporción de la población loreto.

La Región Loreto cuenta con 3156 trabajadores de salud, incluyendo a todos los efectores, de los cuales el 59.19% se ubica en la provincia de Maynas. La Dirección Regional de Salud de Loreto (DIRESA) concentra la mayor cantidad del personal de salud de la Región Loreto (71.55% del total) <sup>(4)</sup>.

Los diez principales grupos de morbilidad identificados en nuestra Región representaron el 47% de las atenciones financiadas por el SIS durante el año 2010, en donde, la primera causa de morbilidad se debió al grupo de “Infecciones respiratorias agudas de vías aéreas superiores” (grupos diagnósticos: Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores / Faringitis aguda y amigdalitis aguda), que representaron el 15% del total de atenciones <sup>(5)</sup>. Por lo tanto, la Faringoamigdalitis aguda (FAA), es una de las principales enfermedades tratadas en nuestro medio.

La FAA es un proceso agudo febril con inflamación de la faringe y amígdalas, caracterizada por garganta roja por más de cinco días, que afecta a ambos sexos y en todos los grupos etarios, pero principalmente en la infancia <sup>(6)</sup>, de origen viral o

bacteriana <sup>(7) (8) (9)</sup>, siendo el 80-90% de origen viral y sólo el 5-15% de origen bacteriano <sup>(10) (11) (12) (13)</sup>.

En la mayoría de los casos, es difícil diferenciar clínicamente cuales son de origen viral o bacteriano, sin embargo, estudios y guías clínicas recientes <sup>(14)</sup>, establecen características sobre el manejo, teniendo en cuenta los signos y síntomas, la edad y la frecuencia de los agentes etiológicos <sup>(15)</sup>. Asimismo existen herramientas diagnósticas, como el test rápido para estreptococo que disminuyen el uso de antibióticos de hasta un 30%, esto significa que el diagnóstico de FAA no implica necesariamente que deba administrarse un tratamiento antibiótico <sup>(16)</sup>. Una analgesia adecuada puede ser lo único que se requiera <sup>(17) (18)</sup>, además que el tratamiento no farmacológico es útil en ambos casos, a pesar que aún no existen ensayos clínicos controlados <sup>(19)</sup>.

Se ha observado que existe una tendencia al sobreuso de antibióticos en enfermedades infecciosas, tales como la FAA. En una encuesta realizada a los médicos generales de los Centros de Salud del primer nivel de atención en la ciudad de Lima, el 86,2% mencionó que utilizaría antibióticos en la FAA <sup>(20)</sup>. Del mismo modo, en nuestro personal de salud se ha notado esta tendencia del abuso de antibióticos, especialmente en esta patología.

Esto trae como consecuencia, el uso irracional de antibióticos, que ha conducido a modificaciones de la ecología bacteriana, lo que puede determinar consecuencias fatales para la salud pública <sup>(21) (22)</sup>, siendo la FAA una patología muy frecuente y tratada en nuestro medio. En tal sentido, se trata de plantear la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los conocimientos del personal médico clínico sobre los criterios diagnósticos y

terapéuticos en la atención ambulatoria y emergencia de la Faringoamigdalitis Aguda de los Hospitales Públicos de la Ciudad de Iquitos en el año 2015?

### **JUSTIFICACIÓN**

Las infecciones respiratorias agudas (IRAS), constituyen una de las primeras causas de morbilidad en el Perú, siendo la FA una de las más importantes, especialmente en niños. La OMS estima que aproximadamente el 60% de las infecciones respiratorias altas reciben tratamiento antibiótico innecesario. El uso incorrecto de los medicamentos trae como consecuencia la resistencia antibiótica, efectos adversos y un desperdicio de los recursos <sup>(23)</sup> <sup>(24)</sup> <sup>(25)</sup>, en la que por ejemplo la “clásica” duración de 10 días de antimicrobianos para la mayoría de estos cuadros se ha basado en algunos criterios clínicos y bacteriológicos, las más de las veces sin existir sólidos fundamentos científicos (a excepción de los 10 días de tratamiento con penicilina para la Faringoamigdalitis estreptocócica) <sup>(26)</sup>; sin embargo, existen muchas otras causas que sin lugar a duda conllevan al personal médico, en especial, a prescribir antibióticos en este tipo de patologías, tales como la influencia de la idiosincrasia de nuestra sociedad acerca del uso de antibióticos como parte fundamental en el tratamiento, entre otros; por ello, es necesario conocer otros aspectos que puedan explicar el uso innecesario de antibióticos en el personal médico.

Siendo así, los resultados del presente estudio, nos permitirán conocer en primer lugar el nivel de conocimientos del personal médico de nuestros hospitales sobre los criterios diagnósticos y terapéuticos de la Faringoamigdalitis aguda, y en segundo lugar brindar un aporte para que se implementen iniciativas educativas, pautas clínicas y programas de garantía de calidad en todos los niveles de atención de salud en nuestra región, probablemente no sólo para el personal de salud, sino también para la población en

general y en especial las madres, y así concientizar los problemas que esto puede abarcar.

Por esta razón, es necesario saber cuáles son los criterios de diagnóstico y tratamiento del personal médico en el manejo de la FA, siendo esta patología la que más se presenta y por ende la más tratada en nuestro medio. Sin lugar a dudas, no pretendemos abarcar todas las causas de este problema, pero sí, dar a conocer alguna de ellas, a través de un cuestionario que incluya aspectos principales, ya que existen muchos estudios acerca del mal uso de antibióticos en diversas enfermedades infecciosas, mas no las razones que provienen de parte del mismo personal médico, que pueden ayudar a tratar el problema de raíz, y ello a través de la evaluación de conocimientos.

### **LIMITACIONES**

Por razones de accesibilidad geográfica y los costos que implican, sólo se aplicó el estudio, en los Hospitales que se encuentran en la ciudad de Iquitos.

Por tratarse de un estudio cuanti- cualitativo, los resultados sólo se generalizaron a la población objeto de estudio.

### **OBJETIVOS**

#### **Objetivos Generales:**

- Determinar el grado de conocimiento del personal médico clínico sobre los criterios diagnósticos y terapéuticos de la Faringoamigdalitis Aguda, en la atención ambulatoria y emergencia de los hospitales públicos de la ciudad de Iquitos en el año 2015.

**Objetivos Específicos:**

- Evaluar el grado de conocimiento con respecto al diagnóstico clínico de la Faringoamigdalitis Aguda, en el personal médico clínico en los servicios de Emergencia, Pediatría y Medicina General en los hospitales públicos en la ciudad de Iquitos en el año 2015.
- Evaluar el grado de conocimiento con respecto al diagnóstico laboratorial de la Faringoamigdalitis Aguda, en el personal médico clínico en los servicios de Emergencia, Pediatría y Medicina General en los hospitales públicos en la ciudad de Iquitos en el año 2015.
- Evaluar el grado de conocimiento con respecto al tratamiento de la Faringoamigdalitis Aguda, en el personal médico clínico en los servicios de Emergencia, Pediatría y Medicina General en los hospitales públicos de la ciudad de Iquitos en el año 2015.

## **CAPÍTULO II**

## MARCO TEÓRICO

La Faringoamigdalitis Aguda (FAA) es una entidad clínica muy común en la demanda de los servicios de salud y que afecta todas las etapas de vida, en especial la de los niños, por ello se han realizado diversos estudios, consensos y guías para un manejo adecuado, concentrándose en evitar el uso innecesario de recursos, tales como en el tratamiento, en especial el sobre uso de antibióticos, que se ha venido observando en los últimos tiempos. A continuación se reportan en los siguientes estudios publicados:

López del Castillo-Sánchez D. y cols., en su estudio del 2007 sobre *Aptitud de un grupo de médicos familiares mexicanos ante las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años*,<sup>(27)</sup> enfatizó sobre la puntuación de la aptitud clínica global y de los indicadores, así como la distribución por niveles en el total de los médicos participantes, refleja escasa reflexión al enfrentarse a situaciones clínicas problematizadas; originando que las respuestas correctas se restrinjan a lo grueso de los casos y se pasen por alto los aspectos relevantes de fondo, a pesar de ser una patología que por su frecuencia (infecciones respiratorias agudas en niños) se encuentran dentro de los primeros diez motivos de consulta de la Unidad de Medicina Familiar No 1 Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad Obregón, Sonora.(México).

José María Vergeles-Blanca et al., en el estudio de 1998, sobre *Calidad y características de la prescripción de antibióticos en un Servicio Hospitalario de Urgencias (SUH)*,<sup>(28)</sup> concluye que los antibióticos son fármacos de frecuente prescripción en los SUH. En la que se detectaron importantes errores en la indicación, selección y duración de los tratamientos instaurados, por lo que es conveniente la instauración de medidas educativas sostenidas.

Dilberth Cordero Valdivia y Susana Barrera, en su estudio en 1995, sobre *Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud y la madre (o cuidador del niño), frente a los casos de infecciones respiratorias agudas en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz*, (29) ellos percibieron que los médicos tienen, en general, una actitud vacilante frente a la aplicabilidad del manejo estandarizado de casos. Esto es probablemente debido a que los elementos de su formación académica en aspectos relacionados al manejo de las neumopatías, tengan un mayor peso que el sencillo manejo estandarizado de casos de Infecciones respiratorias agudas (IRA), que les obliga a simplificar y racionalizar el manejo de casos y también a un correcto abordaje comunicacional con la madre, aspectos que para muchos médicos son secundarios y que no son considerados durante la formación académica. Y que finalmente, como conclusión ellos indican que tanto los trabajadores de salud que recibieron capacitación únicamente teórica como aquellos que no la recibieron tuvieron un manejo limitado y en algunos casos deficiente de las IRA, a diferencia de los que recibieron capacitación teórico/práctica, que tuvieron mejor desempeño en el manejo de los niños, por lo tanto es necesario asegurar que el personal de salud encargado de la atención de niños menores de cinco años, reciban capacitación teórico/práctica.

A. Orero, A. Navarro, S. López, V. Olmo, J. González y J. Prieto, 2007, *Conocimiento y actitud de los médicos de atención primaria en el tratamiento de las infecciones comunitarias*. (30) Aprecia un mejor conocimiento de la “microbiología” y de las enfermedades infecciosas, pero siguen existiendo ciertas lagunas en cuanto al papel de algunos patógenos, los cambios en los patrones epidemiológicos, las resistencias bacterianas y la infravaloración de la etiología viral de la infección respiratoria aguda. Existe una actitud cada vez más positiva y de mayor confianza al considerar los antibióticos En general, existe un relativo buen conocimiento de los antibióticos más



frecuentemente utilizados en cuanto a indicación, dosis, etc., y proporcional a su vida en el mercado. Asimismo, puede considerarse que hay un buen patrón de selección en la mayoría de las infecciones de etiología con fuerte sospecha o claramente bacterianas. Ellos recomiendan que los programas de formación continuada dirigidos fundamentalmente a considerar el carácter societario de los antimicrobianos y su influencia en la aparición y el desarrollo de las resistencias bacterianas, la mejora de la relación médico-paciente, y por consiguiente del cumplimiento terapéutico, la consideración de los criterios de eficacia, efectividad y eficiencia, y el establecimiento de criterios de calidad prácticos, junto a una política de antibióticos adecuada en la atención primaria de salud, contribuirían decisivamente al uso racional de los antimicrobianos, el cual también se vería beneficiado, sin duda, por una mejor educación sanitaria de la población respecto al empleo de dichos fármacos.

R. Piñeiro Pérez et al., 2011, el artículo titulado: *Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la Faringoamigdalitis Aguda.*<sup>(31)</sup> Constaron que en su país (España) la prescripción de amoxicilina-clavulánico era frecuente para tratar la FAA estreptocócica. También han documentado desde 1992 un aumento significativo del número de cepas de EbhGA resistentes a los macrólidos (eritromicina, roxitromicina y claritromicina y azitromicina). Estas resistencias están en relación con el aumento de su prescripción, siendo una situación reversible tras la disminución de su uso.

A. Orero, et al., en su estudio sobre *Comportamiento de los médicos de Atención Primaria en el tratamiento de las infecciones comunitarias*, 2008,<sup>(32)</sup> ellos concluyen que encontraron una mejora considerable en el hábito de no prescribir antimicrobianos en diagnósticos de etiología vírica, aunque en el caso de la Faringoamigdalitis y la bronquitis aguda todavía queda camino por recorrer. En la que sugieren seguir

profundizando en el uso racional, razonable y razonado de los antimicrobianos en la Atención Primaria de Salud, así como en los criterios de calidad de los tratamientos, desarrollando guías prácticas fundamentadas en la evidencia científica, sin olvidar la experiencia clínica.

Maribel Consuelo Leal Torrealba, en su tesis titulado: *Conocimientos sobre signos de alarma de infección Respiratorias agudas del Equipo de Salud del Departamento de Pediatría, en Barquisimeto 2001*,<sup>(33)</sup> encontró que los médicos residentes no poseían conocimientos sobre los signos clínicos a investigar en un niño con tos y disnea, al igual que desconocían los signos de peligro de un niño con neumonía, en la que también encontraron que sólo el 3% de los médicos tiene conocimiento de los signos clínicos de la Faringoamigdalitis estreptocócica.

Alejandro E. Macías Hernández, et al., su estudio de 1993 sobre *Evaluación de conocimientos básicos para el manejo de las enfermedades infecciosas: resultados de una encuesta, Mexico*<sup>(34)</sup>, reflexiona en base a sus resultados, diciendo que pudiera aducirse que un cuestionario no refleja fielmente las actitudes del médico, lo cual establece cierta inexactitud en la evaluación de la práctica clínica. Sin embargo, menciona que es inútil negar el hecho alarmante de que la mayoría de los encuestados propusieron dar tratamiento contra microorganismos que no eran la causa del cuadro propuesto, o de que la mayoría no supo que las reacciones serológicas detectoras de anticuerpos requieren un período de seroconversión.

Gualberto Arana Carreño y col. Bolivia 2002, en su estudio de *Conocimiento del personal de Salud del Hospital No 1 de la CNS de la amigdalitis como enfermedad y su tratamiento*,<sup>(35)</sup> concluyen que existe conocimiento acerca de los riesgos y complicaciones que esta patología puede llegar a condicionar. La mayoría de las

personas, consideran que el tratamiento definitivo de la amigdalitis es la prevención en los grupos de riesgo, restándole importancia, de alguna manera, al tratamiento quirúrgico. Gran parte de las personas encuestadas, emplean a los Macrólidos, como el antibiótico de elección en el tratamiento de los episodios de amigdalitis, siendo que las Penicilinas son el medicamento de primera elección, tomando en cuenta al Estreptococo beta hemolítico como el agente etiológico más frecuente.

Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología, Cuba 2009, en una investigación rápida titulada *Nivel de conocimientos sobre el manejo terapéutico de la Infecciones Respiratorias Agudas*,<sup>(36)</sup> finalizaron que las principales dificultades en el manejo de la Infección Respiratoria Alta en atención primaria de salud se encontraron en aspectos relacionados con la toma de decisiones terapéuticas y la posología, siendo la sinusitis y la otitis las entidades de mayor número de respuestas incorrectas, en este caso no fue la FAA. Además que el nivel de conocimientos que predominó en todas las entidades fue el alto excepto para la sinusitis donde el predominio correspondió al nivel de conocimientos bajo.

Ecker L et al. *Preferencias de uso de antibióticos en niños menores de cinco años por médicos de Centros de Salud de Primer Nivel en zonas periurbanas de Lima, Perú*<sup>(37)</sup>, consideran que el estudio brinda una aproximación a la prescripción antibiótica que, inclusive, podría encontrarse subestimada, reflejando el problema de sobre-prescripción de antimicrobianos que, sin duda, contribuye al incremento de la resistencia bacteriana. Asimismo, evidencia que si bien un gran porcentaje de la atención médica en centros de salud de primer nivel, es realizada en niños menores de cinco años, existe poca capacitación de los médicos en esta área, y esto implicaría un inadecuado manejo de las enfermedades pediátricas más comunes.

## **FARINGOAMIGDALITIS AGUDA**

### **Concepto**

La faringoamigdalitis aguda (FAA) se define como un proceso agudo febril, de origen generalmente infeccioso, que cursa con inflamación de las mucosas de la faringe y/o las amígdalas faríngeas <sup>(38)</sup>, por lo general se compromete los tejidos de las tonsilas palatinas, pared faríngea, y el anillo linfático de Waldeyer, <sup>(39)</sup> en las que se puede evidenciar la presencia de eritema, edema, exudados, úlceras o vesículas <sup>(40)</sup>. Siendo una inflamación, caracterizada por garganta roja de más de 5 días de duración, que afecta a ambos sexos y a todas las edades, pero es más frecuente en la infancia <sup>(41)</sup>, fundamentalmente a niños en edad escolar, 5-10 años, <sup>(42)</sup>.

Es más prevalente en climas fríos o templados y en los periodos de invierno y primavera <sup>(43)</sup>. Se transmite por vía respiratoria a través de las gotas de saliva expelidas al toser, estornudar o hablar desde personas infectadas. También se han descrito brotes transmitidos por contaminación de los alimentos o el agua; generándose brotes pequeños en grupos cerrados o semicerrados; por el contrario, los fómites no desempeñan un papel importante como fuente de contagio <sup>(44)</sup>.

### **Epidemiología y Etiología**

La etiología viral es la más frecuente, aproximadamente el 80-90% de las FA son víricas <sup>(45)</sup> <sup>(46)</sup> <sup>(47)</sup> <sup>(48)</sup> <sup>(49)</sup> (más frecuente cuanto más pequeño sea el niño, especialmente en los menores de 3 años), entre los virus que pueden causar una faringitis están los siguientes: Adenovirus, Rhinovirus, Coronavirus, Coxsackie, Parainfluenza, Influenza A y B, Herpes simple 1 y 2, Epstein Barr y Citomegalovirus

(CMV), <sup>(50)</sup> <sup>(51)</sup> entre las bacterias, la principal es *Streptococcus pyogenes* o estreptococo beta-hemolítico del grupo A (EbhGA), responsable del 30-40% de las FAA que se observan en niños de 3-13 años, del 5-10% en niños entre los 2 y 3 años y solo el 3-7% en menores de 2 años, predomina en países de clima templado con picos de incidencia en invierno y primavera (en hemisferio Norte), otras bacterias menos frecuentes que también pueden causar FAA son: *Streptococcus beta-hemolítico del grupo C y G* (aunque no está claro su papel patógeno en la faringoamigdalitis), *Neisseria gonorrhoeae*, *Corynebacterium haemolyticus*, *Corynebacterium diphtheriae*. Otros microorganismos: *Mycoplasma pneumoniae*, *Arcanobacterium haemolyticum*, y *Chlamydia pneumoniae*, también pueden causar faringitis, aunque son muy escasos, el *Fusobacterium necrophorum* responsable de un 10% de las FAA en adolescentes y jóvenes y del Síndrome de Lemierre <sup>(52)</sup>. Aunque ocurran, las FAA por EbhGA son muy raras en niños menores de 2 años, e insólitas en los menores de 18 meses. La mayoría son probablemente portadores de EbhGA que padecen una infección vírica del tracto respiratorio superior y no requieren tratamiento antibiótico <sup>(53)</sup> <sup>(54)</sup> <sup>(55)</sup> <sup>(56)</sup>.

Numerosos son los microorganismos que causan Faringoamigdalitis y con diferente interés clínico pero en casi el 30% de los casos no se identifica ningún patógeno. Muchos episodios de FA suceden en los meses más fríos o más proclives del año para los diversos microorganismos <sup>(57)</sup> <sup>(58)</sup>. Por ejemplo, los rinovirus tienen un pico de prevalencia en otoño y primavera, coronavirus en el invierno, los virus de la gripe inciden entre los meses de diciembre a abril y brotes de fiebre faringoconjuntival por adenovirus pueden suceder en verano. La infección por EbhGA, es más frecuente en invierno y comienzo de la primavera y se estima que es la causa del 15-30% de casos de

FA en niños de edad escolar entre 5 y 15 años (rango 3-18 años).<sup>(59)</sup> Estos estreptococos no son parte de la flora normal de la nasofaringe lugar preferente de ubicación en la infección aguda; la transmisión esta favorecida por el hacinamiento y contacto íntimo en colegios y otras instituciones cerradas y tiene un periodo de incubación de doce horas a cuatro días<sup>(60)(61)</sup>.

### **Fisiopatología**<sup>(62)</sup>

La función inmunológica de la faringe se fundamenta en el conjunto de sus elementos linfopiteliales que denominamos anillo linfático de Waldeyer, mismo que se encuentra en contacto casi directo y continuo con una serie de microorganismos saprofitos que aunque no sean patógenos en sí, por diversas circunstancias pueden llegar a serlo. Su situación periférica y de continua exposición antigénica es uno de los factores que les hace susceptibles a las infecciones.

La superficie de las mucosas faríngeas está sometida a un flujo de líquidos que tienden a desplazar los gérmenes que tienen en ella. La posibilidad de que un microorganismo colonice en esta mucosa este en relación directa con la capacidad de fijarse a la superficie del epitelio y eludir de esta forma el arrastre mecánico.

El primer brote de faringoamigdalitis podría considerarse como una vacuna fisiológica pero los gérmenes que la provocan confieren al organismo una inmunidad sólo momentánea; por esta razón durante la infancia estos cuadros son más frecuentes debido al periodo de adaptación inmunológica al medio. Los cuadros recidivantes, se deben a una falta de capacidad para adaptarse al entorno debido a un retraso o una pobre respuesta de los mecanismos de defensa. El estado de portador clínicamente sano, constituye otro factor facilitador de las infecciones recidivantes. En escolares, dependiendo de la época del año pueden detectarse hasta un 35% de asintomáticos.

Algunos factores favorecen la infección bacteriana y pueden modificar la flora saprofita:

- Infecciones virales
- Agresiones físicas o químicas
- Alergias
- Disminución de la secreción salivar
- Concentración de la fibronectina en la superficie de la mucosa
- Modificaciones anatómicas o atróficas de la mucosa
- Alteraciones nutricionales
- Desequilibrios metabólicos: diabéticos, alcohólicos
- Administración indiscriminada de antibióticos
- Factores hormonales: menstruación
- Inmunosupresión
- Factores ambientales

#### **Manifestaciones Clínicas** <sup>(63) (64) (65) (66)</sup>

En la mayoría de los casos, es difícil diferenciar, basándose en la clínica, entre etiología vírica y estreptocócica de FAA; no obstante, son orientadoras algunas características.

(Ver Tabla 1)

Tabla 1. Hallazgos clínicos y epidemiológicos según etiología	
Sugestivos de infección por EbhGA	Sugestivos de infección vírica
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dolor de garganta de comienzo brusco</li> <li>▪ Odinofagia</li> <li>▪ Fiebre</li> <li>▪ Exantema escarlatiniforme</li> <li>▪ Cefalea</li> <li>▪ Náuseas, vómitos, dolor abdominal</li> <li>▪ Eritema o exudados faringoamigdalares</li> <li>▪ Petequias en el paladar blando</li> <li>▪ Pequeñas pápulas eritematosas y anulares, con centro pálido (lesiones «donuts»), en paladar blando y/o duro</li> <li>▪ Úvula roja y edematosa</li> <li>▪ Adenopatías cervicales anteriores, aumentadas de tamaño (&gt; 1 cm) y dolorosas</li> <li>▪ Edad: 5-15 años</li> <li>▪ Presentación en invierno o comienzos de la primavera (en climas templados)</li> <li>▪ Historia de exposición a enfermo con FAA en las 2 semanas previas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conjuntivitis</li> <li>▪ Rinorrea</li> <li>▪ Afonía</li> <li>▪ Tos</li> <li>▪ Diarrea</li> <li>▪ Exantemas o enantemas característicos</li> <li>▪ Hepatoesplenomegalia</li> <li>▪ Adenopatías generalizadas</li> </ul>
EbhGA: estreptococo beta hemolítico del grupo A; FAA: faringoamigdalitis Aguda	

Son sugestivos de origen estreptocócico el dolor de garganta de comienzo brusco, la fiebre, el malestar general y la cefalea; también lo son el dolor abdominal, las náuseas y los vómitos, especialmente en los niños más pequeños. La existencia de petequias en el paladar no es exclusiva de la FAA por EbhGA, pues también se han descrito en la rubéola y en las infecciones por herpes simple y virus de Epstein-Barr. Más específica



es la presencia en el paladar blando y/o paladar duro de pequeñas pápulas eritematosas con centro pálido denominadas lesiones «donuts» y que solo se han señalado en la FAA por EbhGA. Por lo general, la infección es autolimitada aun sin tratamiento antibiótico; la fiebre remite en 3-5 días y el dolor de garganta en una semana, pero persiste el riesgo potencial de que se presenten complicaciones. En menores de 3 años, la FAA por EbhGA se manifiesta de un modo distinto de como lo hace en niños mayores. En lugar de un episodio agudo de faringitis, suelen presentar un comienzo más indolente, con inflamación faringoamigdalal, congestión y secreción nasal mucopurulenta persistente, fiebre (no elevada), adenopatía cervical anterior dolorosa y, a veces, lesiones de tipo impétigo en narinas. A este complejo de síntomas, que suele ser prolongado en el tiempo, se le conoce con el nombre de estreptococosis, fiebre estreptocócica o nasofaringitis estreptocócica, clínicamente difícil de distinguir de las infecciones virales, tan frecuentes en este grupo de edad. A cualquier edad, la presencia de conjuntivitis, rinorrea, afonía, tos y/o diarrea es un hallazgo sugestivo de un origen vírico de la infección. También se pueden evidenciar, además de eritema e inflamación faringoamigdalal, aftas, vesículas o ulceraciones, o exudado de cuantía variable según el tipo de virus responsable. En las FAA por adenovirus, más frecuentes en menores de 3 años, el cuadro clínico típico se presenta con fiebre muy elevada, mayor de 39 °C, asociada a exudado amigdalal en un 50% de los casos y adenopatía cervical anterior, rinorrea, tos y/o conjuntivitis en un 15-25%. Debido a las características clínicas de este tipo de infección viral, capaz de mimetizar una FAA estreptocócica, es muy frecuente que el manejo terapéutico no sea adecuado. El test de detección rápida de adenovirus en exudado nasofaríngeo, en caso de estar disponible, puede ayudar a diferenciar este tipo de FAA y a evitar el uso innecesario de antibióticos. La mononucleosis infecciosa, más frecuente en la adolescencia, cursa con fiebre, faringoamigdalitis y adenopatías

dolorosas de predominio laterocervical. Cuando no se asocian signos sugerentes como hepatomegalia o esplenomegalia, es frecuente confundir esta entidad con la FAA estreptocócica y es también habitual el uso innecesario de antibióticos. La toma de antibióticos puede desencadenar un exantema maculopapular característico hasta en un 90% de los casos. Para realizar el diagnóstico diferencial es útil la realización de una analítica sanguínea; la hipertransaminemia y la presencia de linfocitos activados son sugerentes de mononucleosis. Se debe confirmar la infección mediante la detección de anticuerpos heterófilos o test de Paul-Bunnell (monotest), más fiable en mayores de 4 años. En niños pequeños con monotest negativo es necesario realizar la serología específica del virus. Otra forma de presentación de la infección por EbhGA es la escarlatina. Si bien esta enfermedad se asocia, por lo común, con infecciones de la faringe, puede ser secundaria a infecciones estreptocócicas de la piel u otras localizaciones. Es debida a cepas productoras de toxinas eritrogénicas, conocidas como superantígenos estreptocócicos, a las que el paciente no es inmune. Actualmente, es menos frecuente y virulenta que antaño, con una incidencia cíclica que depende de la circulación de las cepas toxigénicas y del estado inmunitario de la población. Cursa con exantema micropapuloso, más acentuado en los pliegues (signo de Pastia), lengua aframbuesada y descamación durante el periodo de convalecencia. Aunque no es muy frecuente, la escarlatina puede ser recurrente.

#### **Escala de Centor Modificada** <sup>(67) (68)</sup>

Los criterios clínicos son utilizados normalmente en la práctica médica para identificar pacientes con sospecha de Faringoamigdalitis por *Streptococcus pyogenes*; los más conocidos son los propuestos por Centor: fiebre mayor a 38°C, exudado amigdalár, adenopatía cervical anterior y ausencia de tos. Más tarde Mac Isaac, también incluyó la

edad del paciente como otro criterio constituyendo la Escala de Centor Modificada por Mac Isaac. (Ver Tabla 2)

<b>Tabla 2. Escala de Centor Modificada por Mc Isaac</b>	
Criterios	Puntos
1. Fiebre (> 38 °C)	1
2. Hipertrofia o exudado amigdalal	1
3. Adenopatía laterocervical anterior dolorosa	1
4. Ausencia de tos	1
5. Edad	
3-14 años	1
> 15 años	0
> 45 años	-1
0-1 puntos: no estudio microbiológico (riesgo de infección por EbhGA: 2---6%).	
2-3 puntos: estudio microbiológico y tratar sólo si es positivo (riesgo: 10---28%).	
4-5 puntos: estudio microbiológico e iniciar tratamiento antibiótico, si se realiza cultivo, a la espera del resultado (riesgo: 38---63%).	
EbhGA: estreptococo beta hemolítico del grupo A.	

Con sólo uno de los criterios se tiene un valor diagnóstico negativo de 80%. Comparados con los cultivos faríngeos estos criterios clínicos tienen sensibilidad y especificidad de 75%.

### **Diagnóstico de la Faringoamigdalitis Aguda** <sup>(69) (70) (71) (72)</sup>

La anamnesis detallada, los datos epidemiológicos, los hallazgos de la exploración física y los resultados de las pruebas complementarias, cuando están indicadas, ayudan a diferenciar el origen de la infección. Sin el empleo de los estudios microbiológicos,

dada la inespecificidad de los síntomas, se tiende al sobre diagnóstico de la FAA estreptocócica, con la consiguiente prescripción innecesaria de antibióticos.

Debido a la inespecificidad de presentación, el diagnóstico clínico es erróneo en el 25-50% de los casos. Por ello, se han propuesto diversas escalas de puntuación según la clínica y datos epidemiológicos. La más empleada es la de McIsaac, la probabilidad de un resultado positivo en las pruebas de diagnóstico microbiológico es  $\leq 3\%$  en los pacientes que no cumplen ninguno de los criterios clínicos, y de un 38-63% en los que reúnen 4 o 5 puntos. La presencia de síntomas virales, aunque la puntuación en la escala sea mayor de dos puntos, anula la indicación de realizar pruebas microbiológicas. Este tipo de valoración clínica puede ser muy útil también en situaciones donde no es posible realizar el examen microbiológico, con la intención de reducir el uso innecesario de antibióticos, que selecciona pacientes subsidiarios de confirmación microbiológica con el test rápido de Antiestreptolisina (TRA), reservando el cultivo a casos negativos con alta sospecha clínica o si no está disponible el TRA, instaurando tratamiento antibiótico hasta la obtención del resultado.

Se dispone principalmente de dos tipos de pruebas complementarias para la detección del EbhGA, el Test Rápido Antiestreptolisina (TRA) y cultivo de muestra faringoamigdalal. Ninguna de ellas diferencia de forma definitiva los pacientes con FAA estreptocócica verdadera de aquellos que padecen una infección viral y son portadores de EbhGA.

Para la obtención de la muestra faringoamigdalal, se deben frotar con el hisopo la pared posterior de la faringe y ambas amígdalas, incidiendo en las zonas más hiperémicas o con exudado. Debe realizarse utilizando un depresor, sin tocar la lengua, la úvula o cualquier otra parte de la boca, ni diluir con saliva, para evitar la contaminación de la muestra con flora saprofita del tracto respiratorio. Algunos expertos han propuesto

utilizar dos hisopos simultáneamente para mejorar la calidad y cantidad del inóculo, si bien no existe suficiente evidencia científica como para recomendar esta actuación de rutina.

Las TRA se basan en la extracción ácida o enzimática del antígeno carbohidrato específico de la pared celular del EbhGA y en la posterior detección de este mediante anticuerpos específicos. La principal ventaja de las TRA es su rapidez, disponiendo del resultado en 10-20 min, lo que facilita la toma de decisiones. No son útiles para la identificación de estreptococos beta hemolíticos grupos C y G. En pacientes bien seleccionados, con cierta experiencia en su realización, y tras una buena obtención de las muestras, las TRA tienen una elevada especificidad, próxima al 95%, y una sensibilidad que puede variar entre el 70-95%. Aunque está muy discutido, algunos estudios han demostrado que la TRA basada en inmunoanálisis óptico presenta mayor sensibilidad que las basadas en inmunocromatografía.

Basándose en la alta especificidad, si el test es positivo, se acepta que el paciente presenta una FAA por EbhGA, no siendo precisa la confirmación mediante cultivo de muestra faringoamigdal. En cambio, ante un resultado negativo algunos expertos sugieren realizar siempre cultivo, mientras que otros, dado el menor protagonismo y la significativa disminución de la FAA, solo lo recomiendan cuando se dan ciertos factores de riesgo. La sensibilidad de la TRA puede verse modificada por diversas variables, como por ejemplo: la habilidad, la pericia y la experiencia en la obtención de la muestra faringoamigdal, la variabilidad en la interpretación de los resultados, la calidad y la sensibilidad intrínseca del reactivo utilizado, el método de referencia usado para contrastar los resultados e incluso la prevalencia de la infección estreptocócica.

Lo ideal sería que cada centro validara en su entorno la TRA que utiliza y, en función de su sensibilidad, plantear las ventajas y los inconvenientes de la realización sistemática de cultivos en todos los niños con una TRA negativa.

El cultivo es la prueba de referencia para el diagnóstico definitivo. En condiciones ideales, la sensibilidad que aporta es del 90-95% y la especificidad llega a ser del 99%. Su mayor inconveniente es que los resultados se obtienen, en el mejor de los casos, en un plazo de 24-48 h. Otro inconveniente es que la cuantificación del número de colonias de EbhGA no es útil para diferenciar entre infección aguda y portador, pues un escaso número de colonias se puede relacionar también con una infección verdadera. Las principales ventajas del cultivo son: el aislamiento, la identificación y la determinación de la sensibilidad antimicrobiana del EbhGA y/o de otras bacterias causantes de la FAA, vigilar la evolución de las resistencias antimicrobianas y conocer las características de los clones circulantes en cada periodo y sus serotipos, lo que permitiría diferenciar, en caso de ser necesario, entre recaídas y reinfecciones. En casos de FAA no debidas a EbhGA, cuando se sospechen otras bacterias que puedan suscitar interés clínico, como por ejemplo *Arcanobacterium haemolyticum*, *Mycoplasma pneumoniae* o *Fusobacterium necrophorum*, debe especificarse al microbiólogo la sospecha etiológica, para utilizar además medios de cultivo específicos.

#### *Contraindicaciones para realizar un Test de Strep A*

No se debe realizar en los siguientes casos:

- Alta sospecha de infección viral
- Paciente que haya tomado en el último mes algún antibiótico (falso positivo)
- Paciente inmunodeprimido
- Paciente con historia de fiebre reumática

- Contexto de brote comunitario por EBHGA
- Faringoamigdalitis crónica
- Menores de 3 años, salvo que exista algún criterio suplementario que haga más factible la infección estreptocócica.
- Paciente con menos de dos criterios de Centor Modificados.

### **Manejo y Tratamiento**

El objetivo fundamental del tratamiento va dirigido a la reducción del curso clínico de la enfermedad (atenuar los síntomas), la reducción de complicaciones y erradicación del germen causal. En la faringoamigdalitis de origen viral es fundamental establecer un tratamiento sintomático: reposo, analgésicos, y antitérmicos vía oral o parenteral, gargarismos con antisépticos locales o soluciones hiperosmolares bufereadas (1 litro de agua hervida, al que se le adiciona 2-3 cucharaditas de sal común y 1 cucharadita de bicarbonato de sodio) varias veces al día, estas últimas, si bien no hallamos su descripción en la literatura, están avaladas en la práctica clínica.<sup>(73)</sup>

Una revisión sistemática encontró que el paracetamol reduce significativamente el dolor de garganta asociado a la faringoamigdalitis aguda en relación al placebo. El uso de otros antiinflamatorios no esteroideos (AINES) no reporta beneficios superiores y se asocian con la reaparición de reacciones adversas sobre todo gastrointestinales severas, por lo que su uso rutinario no es recomendable. La aspirina no debe usarse por el riesgo de síndrome de Reye ni los corticoides por los efectos secundarios sistémicos.<sup>(74)</sup>

El tratamiento antibiótico de la FAA estreptocócica está justificado e indicado, al haberse demostrado con su empleo una resolución más rápida de los síntomas, reducción del tiempo de contagio y transmisión del EbhGA en la familia y la escuela, y prevención de las complicaciones supurativas locales y no supurativas, aunque no existe

evidencia definitiva en la protección frente a la Glomerulonefritis Membranosa postestreptocócica (GMNPE) y el síndrome PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infection). El tratamiento de primera elección es la penicilina benzatínica, que logra los mayores niveles en la erradicación de SBHGA (98%). No hay aún informe de resistencia. Se recomienda en dosis de 600.000 U/dosis única IM en menores de 25 kg y de 1.200.000 U/dosis única IM en mayores de 25 kg. La segunda elección puede ser un macrólido, un azálico o una cefalosporina, considerando que los niveles de erradicación son aceptables (90 a 96%), pero ya hay reportes de resistencia.<sup>(75)</sup>

Idealmente sólo se deben tratar los casos confirmados en caso de TRA negativa (en función de la sensibilidad de cada centro y/o la presencia de factores de riesgo) o no disponibilidad de la prueba, se recomienda obtener cultivo, y solo si la sospecha clínica es alta (4-5 puntos de los criterios de McIsaac), se puede iniciar tratamiento antibiótico a la espera de los resultados. Otros autores en cambio, sugieren no iniciar el tratamiento hasta conocer los resultados, dado que no existe evidencia de que su empleo precoz disminuya la infección recurrente o prevenga las complicaciones no supurativas. En este documento de consenso se considera que el tratamiento no debe demorarse en caso de estar indicado; la prevención de las complicaciones no supurativas ya no es el principal objetivo del tratamiento en países desarrollados, sino la resolución de los síntomas y la reducción del tiempo de contagio y transmisión del EbhGA.

Además de la sospecha clínica elevada, otras indicaciones aceptadas para su instauración precoz son: la presencia de un cuadro de FAA en el contexto familiar, cuando se ha confirmado el origen estreptocócico en alguno de los convivientes, y/o aunque es excepcional en nuestro medio, si existen antecedentes de FRA en el niño o en algún familiar conviviente. Aunque la penicilina es considerada desde hace años como



el antibiótico de elección, varios estudios muestran su infrautilización en niños diagnosticados de FAA estreptocócica. El uso de amoxicilina - ácido clavulánico no es nunca de primera elección pues se trata de un antibiótico de amplio espectro y porque EbhGA no produce betalactamasas. Las cefalosporinas por vía oral de primera (cefadroxilo), segunda (cefaclor, cefuroxima axetilo y cefprozil) y tercera generación (cefixima, ceftibuteno y cefpodoxima) han demostrado, en algunos estudios realizados, tasas de curación clínica y bacteriológica similares e incluso superiores a la penicilina. Por este motivo, hay autores que las recomiendan como antibióticos de primera elección. Sin embargo, teniendo en cuenta estudios con mejor calidad de diseño, las diferencias en la erradicación bacteriológica con la penicilina no son superiores al 10%, estimación no convincente para justificar que las cefalosporinas se indiquen como primera elección. Además de su mayor precio, ha de tenerse en cuenta que el empleo de antibióticos de amplio espectro puede favorecer el desarrollo de resistencias a otros microorganismos. <sup>(76) (77)</sup>

Las cefalosporinas por vía oral solo están indicadas en niños con reacción retardada a penicilina, no anafiláctica, y como posible opción en casos de recaídas frecuentes de FAA por EbhGA. Se recomienda cefadroxilo, al presentar un espectro de actividad más reducido, excelente tolerancia y buena biodisponibilidad, con una semivida relativamente larga que permite su dosificación cada 12 h. En relación con los macrólidos, no presentan ninguna ventaja frente a los betalactámicos en cuanto a la sensibilidad antibiótica. <sup>(78) (79)</sup>

También debe tenerse en cuenta la posibilidad de resistencias si el paciente recibió cualquiera de estos macrólidos en los 3 meses anteriores. Los macrólidos están indicados en casos de antecedentes de reacción alérgica inmediata o de anafilaxia tras la

administración de betalactámicos. Existe evidencia, según un metaanálisis, de que azitromicina a dosis de 20 mg/kg/día durante 3 días, en FAA por EbhGA no resistentes, consigue una mejor erradicación bacteriológica y una mayor eficacia que tratamientos de 10 días con penicilina, claritromicina, amoxicilina/clavulánico o cefaclor. También pueden utilizarse la claritromicina y los macrólidos de 16 átomos de carbono en el anillo lactónico, como la josamicina y la midecamicina. En caso de infección por EbhGA resistente a macrólidos de 14 y 15 átomos de carbono (confirmada o sospechada), el tratamiento depende del resultado del cultivo y antibiograma. Si la elección del antibiótico es empírica, son buenas opciones terapéuticas la clindamicina, la josamicina y la midecamicina. Debe tenerse en cuenta el aumento demostrado durante los últimos 5 años de cepas de EbhGA resistentes a eritromicina con fenotipo MLS. Esto implica resistencia a todos los macrólidos de 14, 15 y 16 átomos y a la clindamicina. En estos casos, el tratamiento debe guiarse siempre por cultivo y antibiograma.<sup>(80)</sup>

En cuanto a la duración del tratamiento, las pautas inferiores a 10 días presentan un menor porcentaje de erradicación del EbhGA, y no existe suficiente evidencia científica para recomendarlas, salvo en el caso de la azitromicina, antibiótico que debido a sus características farmacocinéticas, persiste en el tejido amigdalal durante más tiempo.<sup>(81)</sup>

(82) (83)

La falla en el tratamiento inicial o la recurrencia puede deberse a: Pobre adherencia y cumplimiento del tratamiento oral, flora bacteriana de faringe productora de betalactamasas, resistencia de SBHGA a tratamientos alternos (eritromicina, cefalosporinas) o tolerancia a penicilina. Dosis, duración y antibiótico seleccionado para tratamiento inicial inapropiado, reinfección por contactos, condición de portador no enfermo, si hubo cumplimiento del tratamiento adecuadamente formulado, las otras

causas del fallo o de la recurrencia se deben tratar con modelos de tratamiento diferentes (84) (85).

Si no se tratan con antibióticos la contagiosidad máxima de la infección estreptocócica es durante la fase aguda y una semana más tarde, descendiendo gradualmente en unas semanas. (86)

La infección es autolimitada con mejoría y desaparición de los síntomas en menos de 7 días pero con el riesgo latente de que se presenten complicaciones supurativas o no. Es muy raro o improbable como un verdadero patógeno en menores de dos años posiblemente por una menor adherencia del estreptococo a las células respiratorias a esta edad. Diversos estudios señalan que la tasa de aislamientos de EbhGA en la faringe de niños menores de 2 años con amigdalitis es del 3-7%. Entre dos y tres años, aunque se han documentado aislamientos en hasta el 29% de los casos, una verdadera infección estreptocócica (demostrada por un aumento de anticuerpos ASLO entre la fase aguda y convaleciente) no es superior al 9,5%. (87) El seguimiento de los pacientes con faringoamigdalitis por SBHGA no es requerido en la mayoría de los casos. (88)

### **Complicaciones**

Como complicaciones se presentan las supurativas y las no supurativas. (89) Las complicaciones supurativas se presentan en el 1-2% de los episodios de FAA por EbhGA no tratados con antibiótico, o bien tras un tratamiento antibiótico inadecuado o no cumplimentado. Ocurren por afectación de las estructuras contiguas o de aquellas en las que drenan; así, pueden presentarse: celulitis y absceso periamigdalino, absceso retrofaríngeo, otitis media aguda, sinusitis, mastoiditis y adenitis cervical supurativa. (90)

La existencia de un dolor de garganta intenso, de predominio unilateral y que se acompaña de incapacidad para deglutir, debe orientar el diagnóstico hacia una posible complicación supurativa local, especialmente si los síntomas han progresado a lo largo de varios días. En el absceso periamigdalino es típico el desplazamiento de la úvula y de la amígdala afectada hacia la línea media y el trismo de intensidad variable. La infección en estos casos suele ser polimicrobiana, con la implicación de microorganismos anaerobios como *Prevotella* spp., *Porfiromonas* spp., *Fusobacterium* spp. y *Peptostreptococcus* spp.. No es fácil distinguir entre celulitis (o flemón) y absceso ya establecido. La instauración precoz de un tratamiento antibiótico intravenoso durante la fase inicial de la celulitis puede evitar la necesidad de drenaje quirúrgico, que es, en cualquier caso, el tratamiento de elección en el absceso ya formado. Otras complicaciones supurativas mucho menos frecuentes son: meningitis, absceso cerebral, trombosis de los senos venosos intracraneales, neumonía estreptocócica y focos metastásicos por diseminación hematógena (artritis supurada, osteomielitis, absceso hepático, endocarditis).<sup>(91) (92)</sup>

Entre las complicaciones no supurativas cabe citar la fiebre reumática aguda (FRA), la glomerulonefritis postestreptocócica (GMNPE), la artritis reactiva postestreptocócica, el eritema nodoso, la púrpura anafilactoide y el síndrome PANDAS (acrónimo del inglés *pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with Streptococcus* [síndrome neuropsiquiátrico autoinmunitario asociado a infección por estreptococo en la edad pediátrica]).<sup>(93)</sup>

La FRA es muy poco frecuente en los países desarrollados, donde la incidencia anual es inferior a 1 caso por cada 100.000 habitantes. En menores de 3 años es prácticamente inexistente antes de que haya madurado completamente su sistema inmunitario, pero se

mantiene como la principal causa de enfermedad cardiaca adquirida en niños de países en desarrollo a cualquier edad. <sup>(94)(95)(96)</sup>

### **CAPÍTULO III**

## TÉRMINOS OPERACIONALES

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES: SOCIODEMOGRÁFICAS						
VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES	F
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento hasta el tiempo de vida actual.	Edad del médico encuestado reportado por medio del instrumento.	Cuantitativa	Nominal	Edad: <input type="checkbox"/> 30 años 30-50 <input type="checkbox"/> 50 años	-
Sexo	Es el conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como hombre o mujer.	Información recogida por ectoscopia al momento del instrumento.	Cualitativo	Nominal	Sexo	-Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Lugar de trabajo	Lugar de desarrollo profesional	Nominación que dará el evaluado, como lugar de trabajo actual (Institución), que se obtendrá del Instrumento.	Cualitativo	Nominal	-Hospital Regional de Loreto -Hospital Apoyo Iquitos	Hospital Regional de Loreto <input type="checkbox"/> Hospital Apoyo Iquitos <input type="checkbox"/>
Residencia médica	Son los estudios que se están cursando en una determinada especialidad médica, para llegar al grado de especialista.	Nominación que dará el evaluado, como la Residencia médica que está realizando hasta el momento de la entrevista.	Cualitativa	Nominal	-No Residencia Médica -Residencia en Pediatría -Residencia en Medicina Comunitaria y Familiar.	- Residencia médica: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> -Residente de Pediatría Año: _____ -Residente de Medicina Comunitaria y Familiar Año: _____
Especialidad médica	Son los estudios cursados por un graduado en Medicina en su período de posgrado, que lo dotan de un conjunto de conocimientos médicos especializados relativos a un área específica del cuerpo humano.	Nominación que el individuo evaluado, denominará en el instrumento, de acuerdo a la especialidad que posee, si la tiene.	Cualitativa	Nominal	Medicina Comunitaria y Familiar. Pediatría	-Pediatría <input type="checkbox"/> -Medicina Comunitaria y Familiar <input type="checkbox"/>

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES: CONOCIMIENTOS						
VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES	PROCEDIMIENTO
Conocimientos sobre los elementos de diagnóstico clínico de la Faringoamigdalitis Aguda.	Se refiere a todas las ideas o conceptos que posee el médico acerca del diagnóstico clínico de Faringoamigdalitis aguda, ya sea de etiología vírica o bacteriana.	- Signos y síntomas sugestivos de Faringoamigdalitis vírica y bacteriana, basado en los criterios de Centor modificado por Mc Isaac.	Cualitativa	Nominal	Manifestaciones clínicas sugestivas de Faringoamigdalitis Aguda. Qué significa conoce? Contestó >80% preguntas= conoce? 60% – 80% = conoce regular? <60 = no	- Sabe - Conoce regular - No responde - No sabe

					conoce? Cuáles son los índices?	
Conocimientos sobre los elementos diagnósticos laboratoriales de la Faringoamigdalitis Aguda, en el personal médico.	Se refiere a todos los conceptos o ideas acerca del diagnóstico laboratorial de la Faringoamigdalitis aguda, ya sea de etiología vírica o bacteriana.	-Pruebas microbiológicas en la Faringoamigdalitis aguda (técnicas de detección rápida de antígeno estreptocócico (TDR), hisopado faríngeo y/o cultivo).	Cualitativo	Nominal	Exámenes de laboratorio para el diagnóstico de Faringoamigdalitis aguda vírica y/o bacteriana. Qué significa conoce? Contestó >80% preguntas=conoce? 60% – 80% = conoce regular? <60 = no conoce? Cuáles son los índices?	- Conoce - Conoce regular - No responde - No sabe
Conocimientos sobre los criterios de tratamiento de la Faringoamigdalitis Aguda, en el personal médico.	Se refiere a todos los conceptos o ideas acerca del tratamiento de la Faringoamigdalitis aguda, ya sea vírica o bacteriana.	- Criterios para inicio de tratamiento antibiótico: Casos confirmados mediante TDR o cultivo: - Casos de alta sospecha de origen bacteriano de la FAA (4-5 puntos de Mclsaac), en caso de TDR negativa o no disponibilidad de la prueba y a la espera de los resultados del cultivo. - Presencia de un cuadro de FAA en el contexto familiar. - Cuando se ha confirmado el origen estreptocócico en algunos de los convivientes, con independencia de los resultados de las pruebas microbiológicas. - Si existen antecedentes de FRA en el niño o en algún familiar conviviente	Cualitativo	Nominal	- Tratamiento instaurado, ya sea viral y/o bacteriana. Qué significa conoce? Contestó >80% preguntas=conoce? 60% – 80% = conoce regular? <60 = no conoce? Cuáles son los índices?	- Sabe - Conoce regular - No sabe



## **METODOLOGÍA**

### **Tipo de estudio**

Es un estudio observacional descriptivo tipo transversal, de forma prospectiva.

### **Diseño general**

Descriptivo observacional tipo transversal.

### **Población y muestra**

Todos aquellos médicos del Hospital Regional de Loreto y Hospital Iquitos, con y sin especialidad médica, es decir, Médicos Generales y aquellos con especialidad médica en los siguientes rubros: Medicina Familiar - Comunitaria y Pediatría, por ser los especialistas que frecuentemente, observan y tratan a los pacientes con Faringoamigdalitis Aguda.

En ambos Hospitales, se cuenta con un total de 130 médicos, de ellos se consideró para el presente estudio a los 43 médicos del Hospital Regional (Pediatría 11, Medicina general 30, Medicina Comunitaria y de Familia 2) y 25 médicos del Hospital Iquitos (Pediatría 3 y Medicina General 22), el Hospital Iquitos no cuenta con especialistas de Medicina Comunitaria y de Familia; con un total a encuestar 68 médicos. Según información obtenida de la DIRESA- LORETO- 2014. Esto incluye a los médicos generales que al momento del presente estudio están realizando la residencia en las especialidades de Medicina Familiar - Comunitaria y Pediatría.

### **Criterios de inclusión**

- Personal médico del Hospital Regional de Loreto y Hospital Iquitos, sin especialidad médica: Médicos Generales y residentes de Medicina Comunitaria y de Familia.

- Personal médico del Hospital Regional de Loreto y Hospital Iquitos, con las siguientes especialidades: Pediatría y Medicina Comunitaria y de Familia.

#### **Criterios de exclusión**

- Aquellos médicos que no acepten participar del estudio.
- Médicos de otras especialidades.

#### **Ubicación, espacio y tiempo**

El presente estudio se realizó en los siguientes Hospitales: Hospital Regional de Loreto y Hospital Iquitos, estos se ubican en la ciudad de Iquitos, capital de la Región Loreto, que se encuentra en el extremo Nor-Oriental del territorio Peruano. Cuenta con 1028968 habitantes y tiene una superficie territorial de 369,851.95 km<sup>2</sup> (28.7% del territorio nacional), su población representa sólo el 3.2% de la población total del país y presenta la densidad más baja a nivel departamental con 2.0 habitantes por km<sup>2</sup>.

#### **Recolección de información, técnicas e instrumentos, métodos para el control y calidad de los datos.**

Se contó con un grupo de estudiantes de Medicina de la UNAP, que apoyarán captando y recolectando los datos, previa capacitación sobre el estudio a cargo del autor de este trabajo, se ubicarán en el servicio de Emergencia, Pediatría y Medicina Interna (Hospitalización y Consultorio). Se inició la entrevista con un resumen breve del propósito del trabajo, asimismo se invitó a participar, a continuación se utilizó un consentimiento informado (CI) escrito, de aceptar su participación, se le solicitó al participante firmar dicho CI, seguidamente se dio inicio a las preguntas del instrumento. El control y calidad de los datos estuvo a cargo del autor de este trabajo de investigación, con previa orientación del asesor de este estudio.

El instrumento se validó en base a evaluación de expertos y se basa en los Criterios de Centor, modificado por Mc Isaac. Posteriormente se realizó una prueba piloto con el 10% de la muestra calculada.

#### **Procedimientos de análisis estadísticos**

Los resultados se presentaron en forma de frecuencias y porcentajes para variables categóricas; promedios e intervalos de confianza o media en función a la distribución de las variables cuantitativas.

Los datos obtenidos se procesaron en el programa estadístico IBM SPSS 22.0.

#### **Ética de investigación**

El presente estudio estuvo basado principalmente en la información que se obtuvo del instrumento, en la que se aplicó un consentimiento informado previo. Este trabajo protege la confidencialidad e identidad de los participantes voluntarios, así como de la información que resultó del estudio, esto según las normas éticas vigentes (basadas en el reporte de Belmont y Nuremberg 1947, Helsinki I, 1966, Helsinki II 1975; Hawai 1983), para lo cual se utilizó códigos para las encuestas.

## **CAPÍTULO IV**

## **RESULTADOS:**

Se realizaron preguntas sobre conocimientos del personal médico clínico sobre criterios diagnósticos y terapéuticos de la Faringoamigdalitis aguda en la atención ambulatoria y emergencia de los hospitales públicos de la ciudad de Iquitos en el año 2015, cuyos resultados se muestran a continuación:

Un total de 57 profesionales médicos fueron encuestados; de ellos 24 (42,1%) eran Médicos Generales, 21 (36,8%) Residentes y 12 (21,1%) Especialistas.

En la primera pregunta, *¿un exudado amarillento o verde amarillento sugiere siempre el origen de una infección bacteriana?* Teniendo como respuesta correcta NO.

Como resultado de la primera pregunta, el 59% respondió correctamente y de ellos los especialistas conformaron el mayor porcentaje.

**Tabla N°01.: 1. ¿Un exudado amarillento o verde amarillento sugiere siempre el origen de una infección bacteriana?**

		MEDICO			
		GENERAL	RESIDENTE	ESPECIALISTA	TOTAL
PREG1	SI* n (%)	15 (62%)	7 (33%)	1 (8%)	23 (40%)
	NO** n (%)	9 (37%)	14 (66%)	11 (91%)	34 (59%)
TOTAL	n (%)	24 (100%)	21 (100%)	12 (100%)	57 (100%)

\*Incorrecto, \*\*Correcto, Chi cuadrado = 0.005

Este resultado, es estadísticamente significativo, en la que podemos decir, que mientras mayor sea el nivel académico, existe una mejor respuesta a esta pregunta.

En la segunda pregunta: *Si Ud. atiende un paciente menor de 3 años, ¿cuál sería la posible etiología que Ud. pensaría?* Sólo el 1 (1%) dio la respuesta incorrecta, el resto respondió correctamente.

**Tabla N°02.: Si Ud. Atiende un paciente menor de 3 años, ¿cuál sería la posible etiología?**

	<b>MEDICO GENERAL</b>	<b>RESIDENTE</b>	<b>ESPECIALISTA</b>	<b>TOTAL</b>
<b>PREG2 VIRAL</b>	23 (41.1%)	21 (37%)	12 (21%)	56 (99%)
<b>BACTERIANO</b>	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)
<b>TOTAL</b>	24 (42%)	21 (36%)	12 (21.1%)	57 (100%)

Este resultado nos indica que, hay un buen nivel de conocimientos por parte de los médicos en general, independientemente de su nivel académico, con respecto a la etiología más frecuente de la FAA.

En la tercera pregunta: *¿Es posible diferenciar clinicamente un FAA de origen viral o de origen bacteriano, clinicamente?* En la que, la respuesta correcta es SI.

Donde encontramos que, 14 (24%) de los encuestados respondieron que no es posible y el restante dijo que si es posible, es decir, 43 (75%) del total.

De aquellos que respondieron que SI es posible, estas fueron las diversas respuestas dadas por los encuestados. Ver Tabla 3.

**Tabla N° 03. Características de las respuestas clínicas sobre Viral y Bacteriana.**

VIRAL			BACTERIANA		
CARACTERÍSTICA	n	%	CARACTERÍSTICA	n	%
<b>TAMAÑO FAA</b>			<b>TAMAÑO FAA</b>		
Hipertrofia de amígdalas congestivas sin placas blanquecinas.	3	8.3	Hipertrofia de amígdalas con secreción purulenta, con placas blanquecinas	3	9.1
<b>SIGNOS Y SINTOMAS</b>			<b>SIGNOS Y SINTOMAS</b>		
Rinorrea, tos, conjuntivitis, fiebre no tan alta, estornudos	8	22.2	Fiebre, adenopatías cervicales, halitosis, odinofagia	1	3.0
Fiebre es más alta, estado general es más comprometido	1	2.7	Adenopatías cervicales de gran tamaño y dolorosas a la movilización, secreción purulenta en amígdalas	1	3.0
No hay congestión	1	2.7	Picos febriles sostenidos, tóxicos, vómitos, malestar generalizado	3	9.0
<b>LESIONES EN FAA</b>			<b>LESIONES EN FAA</b>		
Lesiones petequiales en faringe	1	2.7	Inicio lento, puede ser o no asociado a una fase viral, faringe congestiva con exudado verde amarillento o amarillento	6	18.1
Es secretora, mucosa, irritativa, inflamatoria a la observación de las amígdalas	5	13.9	Placas y puntos rojos	1	3.0
<b>EDAD+SIGNOS Y SINTOMAS</b>			<b>EDAD+SIGNOS Y SINTOMAS</b>		
<5 años, menos dolor de garganta más tos	2	5.6	> 5 años o más, fiebre, no hay tos generalmente, paciente tóxico, no rinorrea	2	6.0
<4 años, rinorrea, tos, fiebre	1	2.8	>3 años, odinofagia, ausencia de tos, dolor abdominal, ausencia de rinorrea.	2	6.0
Rinorrea, tos, fiebre, edad ≤3 años, antecedentes familiares, no compromiso de estado general	2	5.6	<b>LESIONES FAA+SIGNOS Y SINTOMAS</b>		
< 3 años, viral 99.9%, rinorrea, tos con pus	1	2.8	Exudados, fiebre	5	15.2
<b>LESIONES FAA+SIGNOS Y SINTOMAS</b>			no hay tos, exudados faríngeos y amígdalas	2	6.0
Rinorrea, tos con expectoración, exantema, faringe congestiva, eritematoso	2	5.6	Amígdala opaco blanquecino, lesiones tipo "picadas" (ulcerativas en amígdalas), decaimiento con o sin fiebre, odinofagia, dolor en epigastrio	2	6.0
No exudado purulento, a veces fiebre, tos rinorrea, congestión nasal	2	5.6	Generalmente fiebre, disfagia, adenopatías, placas purulentas en amígdalas.	1	3.0
No exudados, fiebre <39,5	3	8.3	<b>TE*+ SIGNOS Y SINTOMAS</b>		
<b>TE*+ SIGNOS Y SINTOMAS</b>			>1semana, exudado amarillento, fiebre persistente	1	3.0
< 1semana, exudado enrojecido, fiebre esporádica	1	2.8	Fiebre más de 3 días, con expectoración purulenta, amígdalas hipertroficadas, hiperemias con placas ser purulentas.	3	9.1
TE: >8 días, no secreción	1	2.7			
<3 días, edema y eritema de amígdala	2	5.6			
TOTAL	3	100	TOTAL	3	100
	6			3	

\*TE: Tiempo de Enfermedad

Esta Tabla, nos evidencia la heterogenicidad de las respuestas. En el caso de la FAA viral la respuesta más frecuente fue “Rinorrea, tos, conjuntivitis, fiebre no tan alta y estornudos” (22.2%); seguido de, “Es secretora, mucosa, irritativa, inflamatoria a la observación de las amígdalas (13.9%).

En el caso de la FAA bacteriana, el cuadro clínico más frecuente referido fue “*Inicio lento, puede ser o no asociado a una fase viral, faringe congestiva con exudado verde amarillento o amarillento;*” (18.1%) seguido de “*Exudados, fiebre*” (15.2%).

En la cuarta pregunta: *Diga Ud. si conoce los criterios de Centor o Centor modificado por Mc Isaac para el diagnóstico de FAA.* De todos los entrevistados, sólo 9 (15.8%) respondieron que si conocían los criterios, aunque de éstos últimos, 1(1%) no conocía la utilidad.

Siendo de mejor utilidad clínica, conocer los criterios diagnósticos de Centor o Centor Modificado por Mac Isaac.

Esto nos indica, que el personal médico en estudio, desconocen estos criterios para hacer un diagnóstico clínico diferencial entre la etiología bacteriana descartando la viral.

En la quinta pregunta: *Si clínicamente tenemos una condición que nos hiciera dudar o confundir el diagnóstico entre viral o bacteriano, ¿Cuál es el examen de laboratorio o auxiliar que Ud. pediría para el diagnóstico de una FAA de origen viral de forma rápida?* De todos los entrevistados, 4 (7%) desconocía la respuesta, 1 (1%) dejó en blanco la pregunta y sólo 7 (11%) respondieron correctamente.



**Tabla N°04: Si clínicamente tenemos una condición que nos hiciera dudar o confundir el diagnóstico entre viral o bacteriano, ¿Cuál es el examen de laboratorio o auxiliar que Ud. pediría para el diagnóstico de una FAA de origen Viral de forma rápida?**

		N (%)			
		MEDICO GENERAL	RESIDENTE	ESPECIALISTA	TOTAL
PREG 5	HEMOGRAMA	9 (15%)	3 (5%)	2 (3%)	14 (24%)
	HISOPADO FARINGEO/IFI ***	0 (0%)	1 (1%)	1(1%)	2 (3%)
	HISOPADO FARINGEO/PCR**	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)
	HISOPADO FARINGEO	8 (14%)	4 (7%)	5 (8%)	17 (29%)
	HEMOGRAMA+CULTIVO	0 (0%)	1 (1%)	0 (0%)	1 (1%)
	HISOPADO FARINGEO+SEROLOGÍA PARA INFLUENZA+HEMOGRAMA	0 (0%)	1 (1%)	0 (0%)	1 (1%)
	IFI VIRAL	1 (1%)	2 (3%)	2 (3%)	5 (8%)
	ASO*	1 (1%)	2 (3%)	2 (3%)	3 (5%)
	PCR/DNA	0 (0%)	0 (0%)	1(1%)	1(1%)
	ANTÍGENOS VIRALES	0 (0%)	1(1%)	0 (0%)	1(1%)
	FROTIS GRAM+HISOPADO	0 (0%)	1(1%)	0 (0%)	1(1%)
	IGM/HISOPADO FARINGEO	0 (0%)	1(1%)	0 (0%)	1(1%)
	IGM PARA VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO	0 (0%)	1(1%)	0 (0%)	1(1%)
	SEROLOGÍA VIRAL	1(1%)	0 (0%)	1(1%)	2 (3%)
	HISOPADO LARINGEO	1(1%)	0 (0%)	0 (0%)	1(1%)

\*ASO: Antiestreptolisina, \*\* PCR: Reacción en Cadena de Polimerasa, \*\*\*Inmunofluorescencia Indirecta.

En esta tabla, podemos observar, que 17 (29%) médicos utilizarían como apoyo al diagnóstico para descartar la etiología viral sólo el Hisopado Faríngeo, seguido del hemograma, 14 (24%). Siendo como respuesta correcta el IFI Viral.

En la sexta pregunta: *Si clínicamente tenemos una condición que nos hiciera dudar o confundir el diagnóstico entre viral o bacteriano, ¿Cuál es el examen de laboratorio o auxiliar que Ud. pediría para el diagnóstico de una FAA de origen Bacteriano de forma rápida?* Entre ellos, 4 (6%) desconocían, 2 (3%) respondieron ninguno y sólo 10 (16%) respondieron adecuadamente. Siendo correcta la respuesta: El Test de Antígenos estreptocócico.

**Tabla N°05: Si clínicamente tenemos una condición que nos hiciera dudar o confundir el diagnóstico entre viral o bacteriano, ¿Cuál es el examen de laboratorio o auxiliar que Ud. pediría para el diagnóstico de una FAA de origen Bacteriano de forma rápida?**

		N (%)			
		MEDICO GENERAL	RESIDENTE	ESPECIALISTA	TOTAL
<b>PREG 5</b>	HISOPADO FARINGEO+CULTIVO	0 (0%)	2 (3%)	1 (1%)	3 (5%)
	HEMOGRAMA+ HISOPADO PARA GRAM	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)	1 (1%)
	HEMOGRAMA	10 (17%)	2 (3%)	2 (3%)	14 (24%)
	HISOPADO FARINGEO	6 (10%)	3 (5%)	5 (8%)	14 (24%)
	HEMOGRAMA+ CULTIVO	0 (0%)	1 (1%)	0 (0%)	1 (1%)
	HEMOGRAMA+ CULTIVO DE HISOPADO FARINGEO	0 (0%)	1 (1%)	0 (0%)	1 (1%)
	ASO	2 (3%)	5 (8%)	2 (3%)	9 (15%)
	HISOPADO FARINGEO+ASO	0 (0%)	1 (1%)	0 (0%)	1 (1%)
	HISOPADO LARINGEO	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)
	HISOPADO FARINGEO+HEMOGRAMA	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)
	HISOPADO PARA GRAM	0 (0%)	1 (1%)	1 (1%)	2 (3%)
	CULTIVO DE SECRESIÓN	2 (3%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (3%)
	IFI VIRAL+HISOPADO FARINGEO	0 (0%)	1 (1%)	0 (0%)	1 (1%)

\*ASO: Test Antiestreptolisina

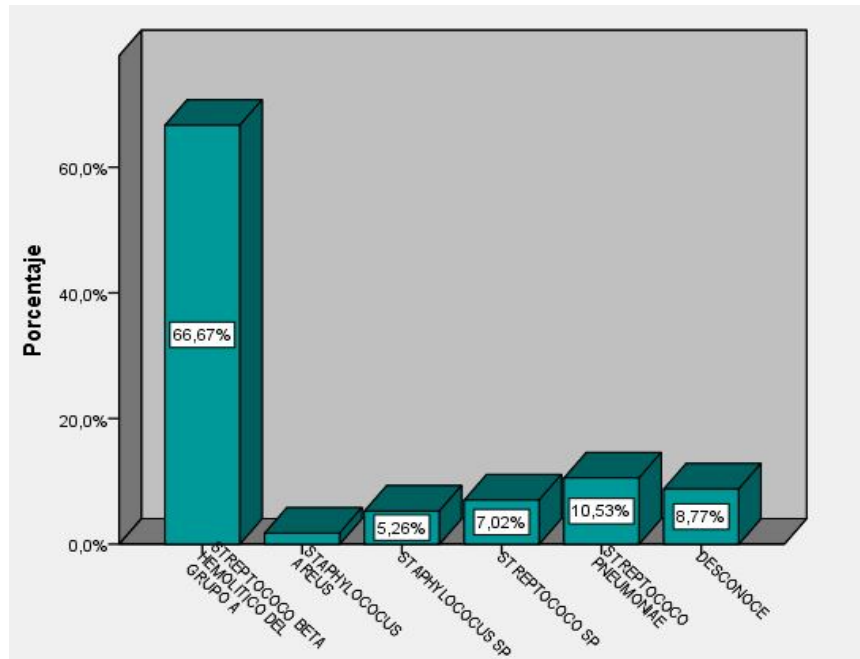
En esta tabla, podemos observar, que 28 (48%) médicos utilizarían como apoyo al diagnóstico para descartar la etiología bacteriana tanto, el Hisopado Faríngeo como el Hemograma.

En la séptima pregunta, *¿cuál es la etiología más frecuente de la FAA bacteriana?*, donde la repuesta correcta es el *Streptococo β hemolítico del Grupo A*, siendo la mayor respuesta dada por los profesionales médicos. Demostrando conocer, para la mayoría de nuestros encuestados.

En cuanto a la etiología más frecuente de la FAA bacteriana, tenemos una alta proporción de médicos que considera al *Streptococo Beta Hemolítico del Grupo A* (66.67%), frente al 10.53% que considera al Neumococo como agente más frecuente.

Ver Fig. 01

**GRÁFICO N° 01. Microorganismos más frecuentemente involucrados en el Diagnóstico de FAA bacteriana**

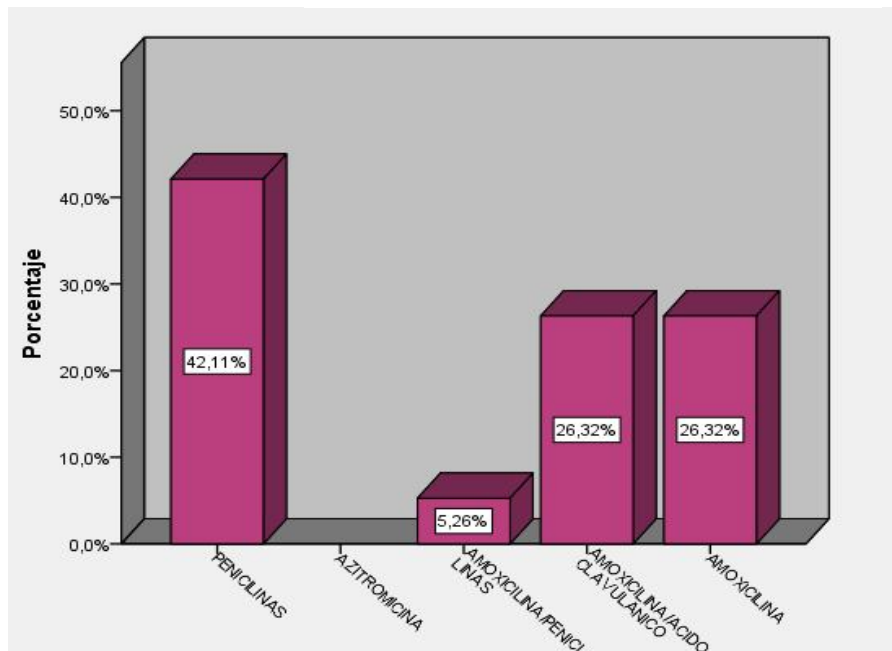


Como tratamiento de elección, los médicos en la Emergencia tratan en su mayoría, según la octava pregunta: *En la actualidad y con el Boom de la resistencia bacteriana, ¿cuál es el medicamento de elección para la FAA de origen bacteriano?* Como respuesta correcta las Penicilinas orales o endovenosas.

En donde resultó que las Penicilinas 42.1% fueron las más usadas, seguido de Amoxicilina/ácido clavulánico en la misma proporción de Amoxicilina sola 26.32%.

Ver Fig. 02.

**GRÁFICO N° 02. Antibióticos más usados entre los encuestados**



En cuanto a la novena pregunta, *la mejoría clínica se puede apreciar aproximadamente luego de un tratamiento de una FAA de origen bacteriano a partir de:*

30 (52%) de ellos aprecian mejoría clínica a partir de las 72 horas, seguido de 21 (36%) que observan mejoría a las 48 horas de tratamiento y sólo 5 (8%) mencionaron que se evidencia a las 24 horas. Siendo la respuesta correcta, a partir de las 48 horas.

En la décima pregunta, *¿iniciaría tratamiento profiláctico antibiótico, en casos de FAA de origen Viral reduciendo la tasa de complicaciones con infecciones bacterianas?* En donde la respuesta correcta es, No.

No usan como profiláctico antibiótico para la FAA Bacteriana en el 85% (49), mientras tanto el restante, 14% (8), si usan antibióticos profilácticos, y estas fueron las razones, por las que si usan los antibióticos como profiláctico (ver Tabla N°06):

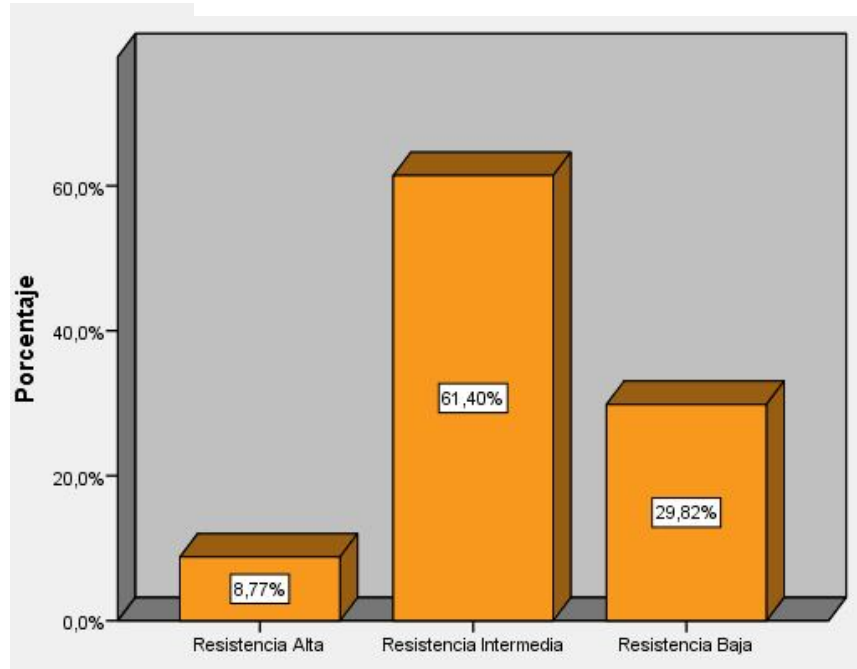
**Tabla 06. Razones por las que SI usan tratamiento antibiótico profiláctico**

<b>RAZONES</b>	<b>MEDICO GENERAL</b>	<b>RESIDENTE</b>	<b>ESPECIALISTA</b>
Por el grado de instruccion y el estado mental	0	0	0
Para evitar complicaciones	1	0	0
Por falta de adherencia, edad	1	0	0
Porque no tenemos diagnóstico preciso	1	0	0
Por medidas de prevencion	1	0	0
Por el pequeño porcentaje de complicaciones de faa viral a bacteriana	0	1	0
No contamos con exámenes auxiliares y solo nos guiamos de la clinica y de la evolucion segun tratamiento inicial	0	1	0
Porque depende de los antecedentes del paciente y familiares	0	1	0
Por el grado de instruccion y estado nutricional	1	0	0
Porque no se hace cultivo en nuestro medio	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>0</b>

Del 14% (8) de los profesionales médicos encuestados el 35.7% (5) fueron médicos generales, las cuales dieron más razones por las que sí darían tratamiento profiláctico antibiótico.

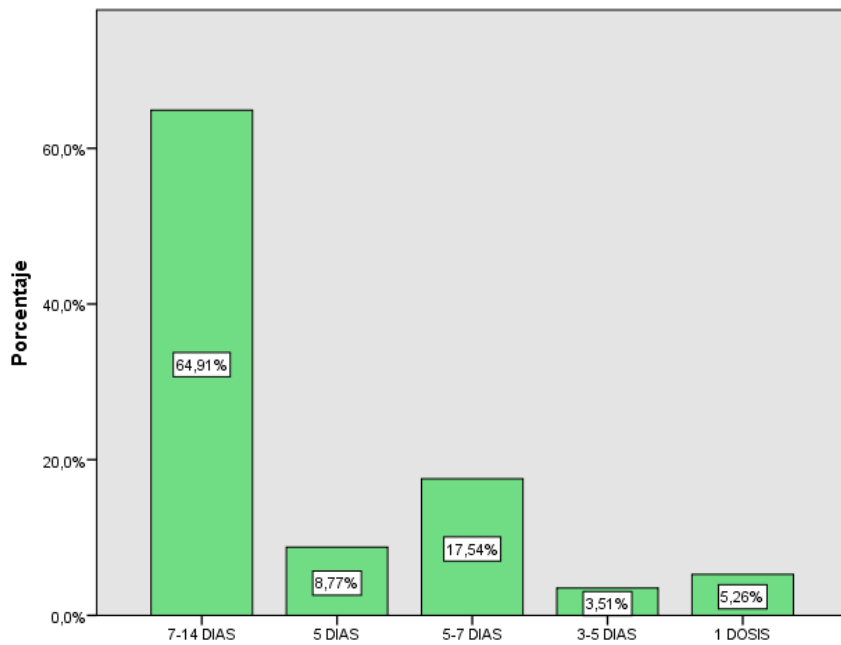
Con respecto, a la resistencia antibiótica, los médicos perciben una resistencia intermedia 61.4% (35), y el 29.82% (17) mencionó una resistencia baja. Sin embargo, la respuesta correcta es: Existe una resistencia baja a las penicilinas convencionales en el tratamiento de la FAA bacteriana. Ver Fig. 03.

**GRÁFICO N° 03. Resistencia antibiótica según médicos encuestados.**



En cuanto a la duración del tratamiento, según el manejo terapéutico médico de los encuestados, la media fue de 3 días, sin embargo, el 64.91% (37) dan como tratamiento de 7 a 14 días, seguido en frecuencia, el 17.54% (10) de 5 a 7 días de tratamiento antibiótico. Siendo correcto el manejo terapéutico entre 7 a 10 días. Ver Fig. 04.

**GRÁFICO N° 04. Duración del tratamiento antibiótico.**

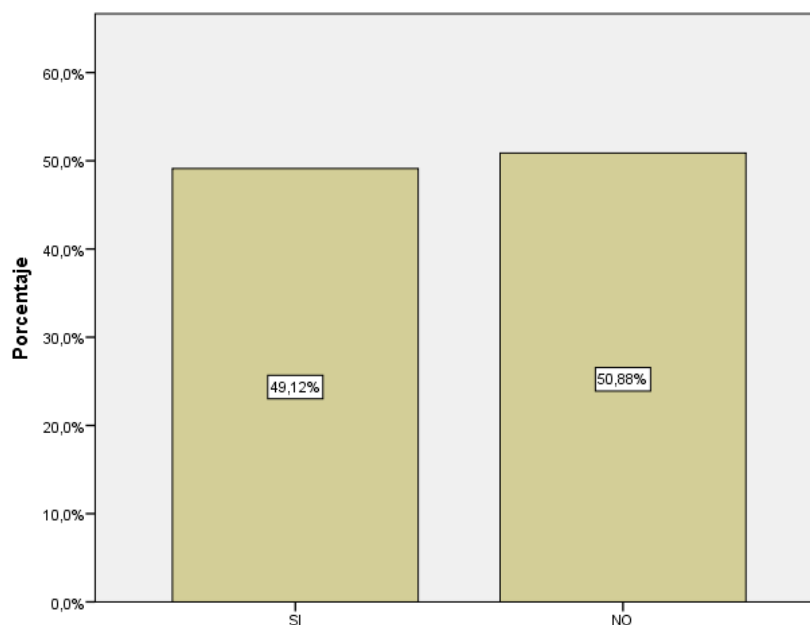


Y, finalmente, en la pregunta: *¿Es posible que los síntomas persistan por más de una a dos semanas en un cuadro de FAA de origen viral aun con tratamiento convencional?*

Siendo la respuesta correcta, SI.

En nuestro gráfico, se evidencia que, casi en la misma proporción, 28 (49.12%) respondieron que SI persistían por más de una semana, mientras que 29 (50.88%) de ellos, mencionó que no era posible. Ver Fig. 05.

**GRÁFICO N° 05. ¿Es posible que los síntomas persistan por más de una a dos semanas en un cuadro de FAA de origen viral aun con tratamiento convencional?**



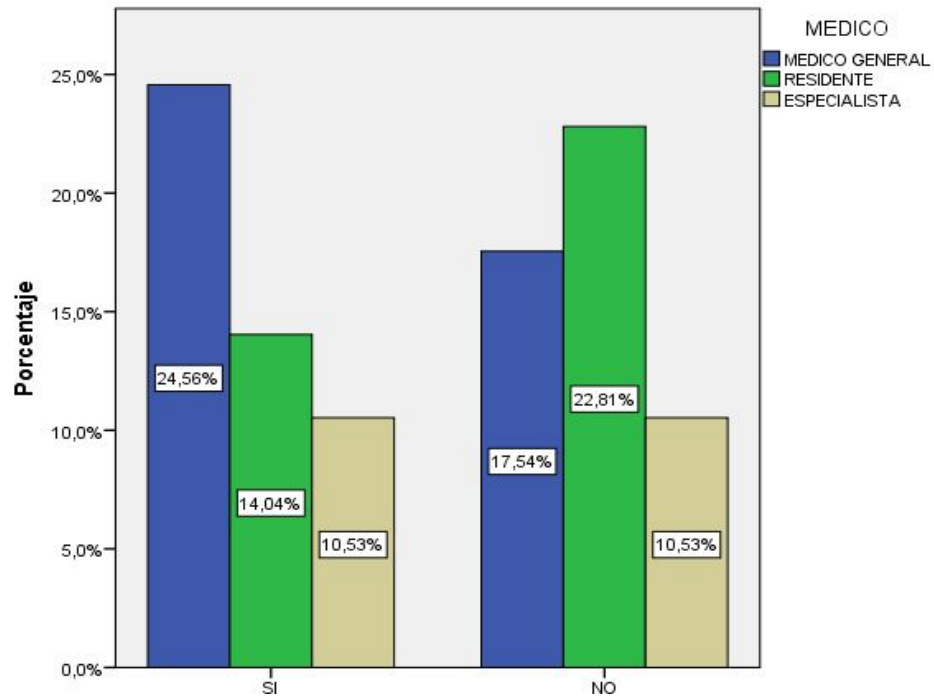
En cuanto, a esta última pregunta, cabe resaltar, que dentro del grupo de médicos especialistas, en proporciones iguales, considera que SI, pueden persistir los síntomas de un cuadro de FAA viral, en tanto, que la otra mitad, menciona que No pueden persistir un cuadro clínico de FAA viral.

A su vez, también se observa que los médicos residente en su mayoría el 22,8% respondieron incorrectamente versus la minoría del grupo, 14,04% como respuesta correcta. Y finalmente, la mayoría de médicos generales 24,56%, respondió correctamente, en comparación con los que respondieron de forma incorrecta, 17,54%.

Ver Fig. 06.



**GRÁFICO N° 06. ¿Es posible que los síntomas persistan por más de una a dos semanas en un cuadro de FAA de origen viral aun con tratamiento convencional?, según grado académico médico**



Como parte principal de los objetivos, se midió el grado de conocimientos sobre los criterios diagnósticos y terapéuticos de la Faringoamigdalitis Aguda.

Los médicos generales tuvieron un grado medio de conocimientos (33%), los médicos residentes un nivel medio (26%), asimismo, los médicos especialistas tuvieron también un nivel de conocimientos medio (15%), según tamaño poblacional de cada grupo. Ver Tabla 07.

**Tabla 07. Nivel de conocimientos del personal médico clínico de los Hospitales Públicos de Iquitos, 2015.**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	FARINGOAMIGDALITIS AGUDA					
	MED. GRAL		MED. RESIDENTE		MED. ESPECIALISTA	
	N	%	N	%	N	%
Bajo(1-4 respuestas correctas)	4	7	3	5	0	0
Medio (5-9 respuestas correctas)	19	33	15	26	9	15
Alto (10-14 respuestas correctas)	1	1	3	5	3	5
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>42</b>	<b>21</b>	<b>36</b>	<b>12</b>	<b>21</b>

\*Chi cuadrado 0.000

En esta Tabla, se evidencia a su vez, que los resultados son estadísticamente significativos, por lo que podríamos decir que el nivel de conocimientos de los médicos clínicos de los Hospitales Públicos de Iquitos, tienen un grado medio de conocimientos, sobre los criterios diagnósticos y terapéuticos de la FAA.

Y como resumen final, de las preguntas encuestadas. Ver Tabla N°08

**TABLA N° 08 RESUMEN DE LA ENCUESTA**

N°	PREGUNTA	RESPUESTAS	n	%	EVALUACION
1	<i>¿Un exudado amarillento o verde amarillento sugiere siempre el origen de una infección bacteriana?</i>	SI	23	40	CORRECTO
		NO	34	59	INCORRECTO
2	<i>Si Ud. atiende un paciente menor de 3 años, ¿cuál sería la posible etiología que Ud. pensaría?</i>	VIRAL	56	99	CORRECTO
		BACTERIANO	1	1	INCORRECTO
3	<i>¿Es posible diferenciar clínicamente un FAA de origen viral o de origen bacteriano?</i>	SI	43	75	CORRECTO
		NO	14	24	INCORRECTO
4	<i>Diga Ud. si conoce los criterios de Centor o Centor modificado por Mc Isaac para el diagnóstico de FAA.</i>	SI	9	15.8	CORRECTO
		NO	48	83.2	INCORRECTO
5	<i>Si clínicamente tenemos una condición que nos hiciera dudar o confundir el diagnóstico entre viral o bacteriano, ¿Cuál es el examen de laboratorio o auxiliar que Ud. pediría para el diagnóstico de una FAA de origen viral de forma rápida?</i>	IFI VIRAL	7	11	CORRECTO
		OTROS	50	89	INCORRECTO
6	<i>Si clínicamente tenemos una condición que nos hiciera dudar o confundir el diagnóstico entre viral o bacteriano, ¿Cuál es el examen de laboratorio o auxiliar que Ud. pediría para el diagnóstico de una FAA de origen Bacteriano de forma rápida?</i>	Test de Antígenos estreptocócico	10	16	CORRECTO
		OTROS	47	84	INCORRECTO
7	<i>¿Cuál es la etiología más frecuente de la FAA bacteriana?</i>	Streptococo β hemolítico del Grupo A	38	66.67	CORRECTO
		OTROS	19	10.53	INCORRECTO
8	<i>En la actualidad y con el Boom de la resistencia bacteriana, ¿cuál es el medicamento de elección para la FAA de origen bacteriano?</i>	Penicilinas orales o endovenosas	24	42.1	CORRECTO
		OTROS	33	57.89	INCORRECTO
9	<i>La mejoría clínica se puede apreciar aproximadamente luego de un tratamiento de una FAA de origen bacteriano a partir de</i>	48 horas	21	36	CORRECTO
		OTROS	36	64	INCORRECTO
10	<i>¿Iniciaría tratamiento profiláctico antibiótico, en casos de FAA de origen Viral reduciendo la tasa de complicaciones con infecciones bacterianas?</i>	NO	49	85	CORRECTO
		OTROS	8	15	INCORRECTO
11	<i>Resistencia Antibiótica de las penicilinas convencionales en la FAA bacteriana</i>	Resistencia baja	17	29.82	CORRECTO
		OTROS	40	70.18	INCORRECTO
12	<i>Duración del tratamiento</i>	7 a 10 días	37	64.91	CORRECTO
		OTROS	20	35.09	INCORRECTO
13	<i>¿Es posible que los síntomas persistan por más de una a dos semanas en un cuadro de FAA de origen viral aun con tratamiento convencional?</i>	SI	28	49.12	CORRECTO
		NO	29	50.88	INCORRECTO

## DISCUSIÓN

Los conocimientos clínicos y de manejo terapéutico, fueron explorados por medio de un instrumento elaborado por la problemática médica de nuestra realidad, que recrea preguntas del tipo cerradas y abiertas en la misma proporción, recaudando los conocimientos básicos de manejo y de apoyo al diagnóstico de la FAA tanto clínicos

como auxiliares, basado en la bibliografía médica y expertos de la Región; sin embargo, es probable que existan sesgos, que no nos garanticen una mayor sensibilidad para medir el grado o nivel de conocimientos, por ser el primer estudio que intenta captar una de las razones cruciales para el buen uso terapéutico, sobre todo el uso razonable de antibióticos en la FAA.

Las características clínicas de la FAA bacteriana, comparten manifestaciones clínicas con las infecciones virales, por lo que hacer una diferenciación sólo clínica, no nos proporciona un buen manejo específico <sup>(11)</sup>. Sin embargo, existen criterios clínicos que nos orientan, como la escala de Centor o Centor Modificado, -siendo el más usado en la práctica médica-, <sup>(11) (62) (12)</sup>, para hacer un diagnóstico presuntivo dirigido. Lo que no encontramos en nuestro estudio, sólo el 15.8% <sup>(9)</sup>, conocían estos criterios, razón por la cual obtuvimos una diversidad de características clínicas entre una FAA viral y/o bacteriana.

Después de la aparición del adenovirus y Epstein Barr en la FAA, hay signos y síntomas clínicos, que perdieron sensibilidad <sup>(11)</sup>, tales como, los exudados amarillentos o verde amarillento, lo cual no nos orienta hacia una infección bacteriana necesariamente. Al parecer ya es conocido en este grupo de residentes y especialistas, en nuestra investigación.

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

infección y los síntomas también correlacionan muy mal con los resultados de los cultivos. De esta manera, las muestras faríngeas no son ni sensitivas ni específicas de una infección serológicamente confirmada, aumentan los costos considerablemente, pueden medicalizar la enfermedad y alteran muy poco las decisiones de manejo. <sup>(11)(72)</sup>

La prueba rápida de antígenos es utilizada comúnmente para identificar las faringitis SBHGA. La sensibilidad de estas pruebas varía considerablemente (61-95%) a pesar de que la especificidad es mejor (88-100%). Un estudio inglés con 23 médicos de atención primaria y 250 pacientes, mostró que la sensibilidad de la prueba era cercana a un 63% y la especificidad de un 91.7%. El uso de estas pruebas impacta las decisiones de manejo de una manera muy leve, sin embargo aumenta los costos y conlleva a un mayor tiempo de espera. <sup>(72)</sup>

Según la etiología, depende de grupo etario, menores de 3 años en el 80% <sup>(81) (11) (72)</sup> son virales, y las infecciones bacterianas, el más frecuente el *Streptococo B hemalótico del grupo A o Streptococos pyogenes*, siendo el más frecuente en la población adulta. En donde, efectivamente, la mayoría de nuestros encuestados conocía estos datos, (66.67%).

En el tratamiento, todos recomiendan como antibiótico de elección para el tratamiento la Penicilina V (vía oral), y existe unanimidad (salvo el ICSI que no lo menciona) en que la duración del tratamiento debe ser de 10 días para erradicar el estreptococo, aunque pautas más cortas son suficientes para evitar la Fiebre Reumática y conseguir una mejor resolución clínica, siendo la resistencia baja. Como alternativa (en 5 guías) aconsejan administrar amoxicilina, también durante 10 días. En alérgicos a penicilina se proponen macrólidos, clindamicina y cefalosporinas. <sup>(11) (12) (72)</sup> En la Guía del Hospital Alcides Carrión, recomiendan también el uso de Penicilinas, aunque EV o IM, ya que en nuestro medio no es tan frecuente la presentación oral. Con ello podemos especular,

que nuestra población conoce el tratamiento de elección, sin embargo ninguno de los encuestados no mencionó las presentaciones de Penicilinas orales, administradas sobre todo en niños.

Para el manejo o uso profiláctico de antibióticos, no encontramos bibliografía que recomiende este uso en la FAA. En un simposio dado, sobre el uso adecuado y racional de los antibióticos <sup>(22)</sup>, no hace mención de esta patología como uso profiláctico; afortunadamente, sólo el 14% <sup>(8)</sup>, si usan antibióticos profilácticos, según el conocimiento medido de nuestros encuestados. El tratamiento profiláctico para la Fiebre Reumática se basa sobre todo en la prevención primaria y secundaria, en la primaria haciendo un diagnóstico precoz y oportuno y la secundaria reduciendo la mortalidad de las complicaciones a largo plazo de un paciente ya infectado con la bacteria de la fiebre Reumática.

Conocemos las carencias en cuanto al apoyo diagnóstico en nuestros hospitales, por lo que muchas de las razones fueron dadas por este motivo principalmente para prescribir antibióticos profilácticos, que sin embargo, no justifica su uso. Contando con una buena orientación clínica podemos dar con el diagnóstico presuntivo más cercano.

La posibilidad de la persistencia del cuadro clínico en un paciente con FAA de origen viral, se da sobre todo, por la alta susceptibilidad de reinfecciones virales, según estudios epidemiológicos dados por la OMS <sup>(36)</sup>, no sólo en la FAA también en otras infecciones de vías respiratorias altas e incluso bajas, especialmente en la población pediátrica; estos se dan por temporadas, por lo que es un dato importante para la población médica de nuestra Región. Que al parecer más de la mitad de nuestros médicos en Iquitos, no lo considera, probablemente por desconocimiento.

Considerando que es un estudio analítico descriptivo, dirigido a evaluar si el personal médico tiene un conocimiento aceptable en relación a la Faringoamigdalitis Aguda como enfermedad misma y su tratamiento; por los resultados expresados en porcentajes, dicho conocimiento es medianamente aceptable, por lo que creemos necesaria la difusión de programas educativos, que al igual que otros vayan dirigidos a fortalecer y ampliar los conocimientos de la enfermedad misma, su prevención y fundamentalmente el correcto manejo, para así evitar mayores y más frecuentes complicaciones.

### **CONCLUSIONES**

- Siendo un estudio descriptivo analítico, el personal médico tiene un conocimiento medianamente aceptable en relación a la Faringoamigdalitis Aguda como enfermedad misma y su tratamiento en los Hospitales Públicos de Iquitos.
- El 75% (43) del total de encuestados afirmó que si es posible diferenciar clínicamente la FAA, sin embargo los criterios que refieren son muy inespecíficos.
- Sólo el 14% (8) de los entrevistados médicos, conocían los criterios de Centor o Centor modificado para la orientación clínica de una FAA bacteriana.
- El conocimiento del uso profiláctico de antibióticos en la FAA, el 85% (49) no prescribe aparentemente antibióticos como profilaxis.
- El tratamiento antibiótico que mencionaron en la mayoría de los médicos encuestados, existe un buen uso, como las Penicilinas EV o IM, seguida de la Amoxicilina.
- Los médicos encuestados refirieron en el 64.91% (37) el tratamiento de 7 a 10 días en la FAA bacteriana, considerándose un conocimiento adecuado.

- En más del 50% de encuestados refiere que no es posible la persistencia del cuadro clínico por más de una semana en la FAA viral.

### **RECOMENDACIONES**

- Se recomienda aplicar este tipo de estudio en los Centros de Salud de I Nivel, donde se abarca en primera instancia a la población en general, siendo la FAA una de las patologías más frecuentes, dentro de la amplia gama de infecciones respiratorias agudas altas, por ser un estudio dirigido en especial al médico general, que se encuentran en dichos establecimientos.
- Se sugiere medir actitudes y prácticas, para abarcar no sólo el nivel de conocimientos, también conocer los factores que llevan al médico a prescribir un determinado tratamiento, adquiriendo mayor relevancia.
- Creemos necesaria la difusión de programas educativos o implementación de Guías de Práctica Médica de la FAA.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Analisis de la Situación de Salud de la Region Loreto. Dirección Ejecutiva del Centro de Prevención y Control de Enfermedades - Control de Dirección. Iquitos, Perú. 2010. Pág. 21.
2. <http://www.hospitalregionaldeloreto.gob.pe/>.
3. Análisis de la Situación de Salud del Hospital Iquitos "César Garayar García". Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental. Iquitos.2013. Pág. 06.
4. OPCIT. Analisis de la Situación de Salud de la Region Loreto. Dirección Ejecutiva del Centro de Prevención y Control de Enfermedades - Control de Dirección. Iquitos, Perú. 2010. Págs. 35-40.
5. Estudio Epidemiológico de Distribución y Frecuencia de Atenciones Preventivas y de Morbilidad,Perú. 2010. Pág. 31.



6. Diagnóstico y tratamiento de la Faringoamigdalitis Aguda. México: Secretaria de Salud, 2009. Pág. 08.
7. F. Álvez González, J.M. Sánchez Lastres. Faringoamigdalitis Aguda. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología Pediátrica. Vigo, España.Pág. 25.
8. Guía de Práctica Clínica, Faringoamigdalitis Aguda en Pediatría del Hospital Daniel Alcides Carrion, Callao. Edición N°001.Pág. 03.
9. Guia Practica Clínica de Faringoamigdalitis Aguda en el Niño y Niña. Resolución Ministerial N° 422-2005, 2006.
10. Sebastian Muñoz C, Marcelo Córdova A, Viera Morales M y Lorena Cifuentes A. Faringitis Aguda, ¿estreptocócica? Empleo del estudio etiológico y de antimicrobianos en dos centros pediátricos universitarios. Rev Chil Infect 2005; 22(2): 147-153.
11. R.Piñero Pérez, F. Hijano Banderab, F. Álvez González, A. Fernández Landalucec, J.C. Silva Ricod, C. Pérez Cánovasc, C. Calvo Reya y M.J. Cilleruelo Ortega. Documento de consenso del tratamiento de la Faringoamigdalitis aguda. An Pediatr (Barc). 842 1 - 13, 2011.
12. Alberto Bercedo Sanz, Olga Cortes Rico, César García Vera, José Luis Montón Álvarez. Normas de Calidad para el diagnóstico y tratamiento de la Faringoamigdalitis aguda en Pediatría de Atención Primaria . Protocolos del GVR. 2011. Pág.4 -5.
13. Lupiani Castellanos MP, Rodriguez Fernández-Oliva CR. Uso racional de antibióticos en Pediatría a travésde casos clínicos. AEPAP ed. Curso de Actualización Pediatría 2014. Madrid: Exlibris Ediciones, 2014. pág. 145-57.
14. OPCIT. Sebastian Muñoz C et al.Pág. 147.
15. OPCIT. R.Piñeiro Pérez, y col. Pág. 342.2e - 342.3e.
16. OPCIT. Lupiani Castellanos MP. Pág. 148.
17. OPCIT. Alberto Bercedo Sanz y col.Pág. 7-8.

18. OPCIT. Guía de Salud México. Pág 18.
19. Guía Terapéutica para la Atención Primaria en Salud/Colectivo de Autores. Editorial Ciencias Médicas. La Habana.2010. Pág.415p.
20. Lucie Ecker, Theresa J. Ochoa, Martha Vargas S, Luis J. Del Valle, Joaquim Ruiz. Preferencias de uso de antibióticos en niños menores de cinco años por médicos de centros de salud de Primer Nivel en zonas periurbanas de Lima, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica.2013; 30(2):181-9.
21. Miriam Cires Pujol. La resistencia a los antimicrobianos, un problema mundial. Rev. Cubana Med Gen Integr 2002; 18(2).
22. Ciro Maguiña-Vargas, César Augusto Ugarte-Gil, Marco Montiel. Simposio: Uso adecuado y racional de los antibióticos. Acta Med Per. 23(1) 2006. Pág.17.
23. OPCIT. Lucie Ecker et al. Pág. 182.
24. OPCIT. R. Piñeiro Pérez y col.
25. Mejía Trebejo Miluska Olenka; Bermejo Cataño Pedro Felipe; Esteban Marca David Darío; Morán Castro Miluska Andrea; Orellana Cuellar Jota Walter; Tito Eusebio Karyn Diana. Prescripción de antibióticos en pacientes pediátricos de un centro de atención primaria de Perú. CIMEL 2011; 16(2):87-90
26. Cecilia Perret. Tratamiento antimicrobiano abreviado de infecciones respiratorias altas en pediatría. Rev Chil Infect (2002); 19 (1): 49-53.
27. López del Castillo-Sánchez D, Reynoso-Arenas MP, Peñuelas-Beltrán JA. Aptitud de un grupo de médicos familiares mexicanos ante las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. Archivos en Medicina Familiar. Vol. 10 (1) 21-35.
28. José María Vergeles-Blanca, Jesús Arroyo Fernández de Aguilar, Rosa Hormeño Bermejo, Francisca Elías Retamosa, Juan Antonio Cordero Torres y Francisco Buitrago. Calidad y

características de la prescripción de antibióticos en un servicio hospitalario de urgencias. Rev Esp Salud Pública. N 8; 72:111-118

29. Barrera, Dilberth Cordero Valdivia Y Susana. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud y la madre (o cuidador del niño), frente a los casos de infecciones respiratorias agudas en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz. 1995. Rev Soc Bol Pediatr 1999; 38(2): 51-8.

30. A. Orero, A. Navarro, S. López, V. Olmo, J. González y J. Prieto. Conocimiento y actitud de los médicos de atención primaria en el tratamiento de las infecciones comunitarias. Rev Esp Quimioterap, Vol. 20 (Nº 3): 323-329. 2007.

31. OPCIT. R. Piñeiro Pérez, y col. Pág. 342.2e - 342.3e.

32. A. Orero, A. Navarro, S. López, M. A. Ripoll, J. González, J. Prieto. Comportamiento de los médicos de Atención Primaria en el tratamiento de las infecciones comunitarias. Rev Esp Quimioter 2008;21(1):4-13.

33. Torrealba, Maribel Consuelo Leal. Tesis: Conocimientos sobre signos de alarma de infección Respiratorias agudas del Equipo de Salud del Departamento de Pediatría "Dr. Agustín Zubillaga" Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda". Universidad Centro Occidental "Lisandro Alvarado", Escuela de Medicina "Dr. Pablo Acosta Ortiz". Barquisimeto, 2001.

34. Alejandro E. Macías Hernández, Juan M. Muñoz Barrett, Alma D. Gaona y José Sifuentes Osornio. Evaluación de conocimientos básicos para el manejo de las enfermedades infecciosas: resultados de una encuesta. Educación Médica y Salud \* Vol. 27, No. 3 (1993).

35. Gualberto Arana Carreño, Rodolfo Iturri, Christian Fernández. Conocimiento del personal de salud del hospital No 1 de los CNS de la amigdalitis como enfermedad y su tratamiento. Revista de Otorrinolaringología. Vol 7 N°1. Octubre 2002.

36. Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología. Nivel de conocimientos sobre el manejo terapéutico de la IRA. Investigaciones Rápidas. N°29. Mayo 2009.

37. OPCIT. Lucie Ecker et al. Pág. 184.
38. OPCIT. R. Piñeiro Pérez y col.
39. OPCIT. Guia de practica clinica del Hospital Daniel Alcides Carrion.
40. OPCIT. R. Piñeiro Pérez y col.
41. OPCIT. Guia Práctica de Salud México.Pág 25-30.
42. OPCIT. Fernanda Cofré. Pág. 25.
43. OPCIT. F. Álvez González. Pág. 26
44. OPCIT. Fernanda Cofré. Pág. 28.
45. OPCIT. R. Piñeiro Pérez y col.
46. OPCIT. Fernanda Cofré. Pág. 25.
47. OPCIT. F. Álvez González. Pág. 28.
48. OPCIT. Guia Práctica de Salud México.Pág 32-34.
49. OPCIT. Guia de practica clinica del Hospital Daniel Alcides Carrion.
50. Jorge Mauricio Paulau. Tratamiento antibiótico en infecciones respiratorias altas. CCAP Año 2 Módulo 4 diciembre de 2003. Pág. 43
51. OPCIT. Fernanda Cofré. Pág. 29-30.
52. OPCIT. R. Piñeiro Pérez y col.
53. OPCIT. R. Piñeiro Pérez y col.
54. OPCIT. Sebastian Muñoz C y al. Pág. 148
55. OPCIT. Guia Práctica de Salud México.Pág 34
56. OPCIT. F. Álvez González. Pág. 31.

57. OPCIT. Guia Práctica de Salud México. Pág 35.
58. OPCIT. Fernanda Cofré. Pág. 29.
59. OPCIT. Sebastian Muñoz C y al. Pág. 149
60. OPCIT. R. Piñeiro Pérez y col.
61. OPCIT. Jorge Mauricio Paulau. Pág. 45
62. Carmen Alicia Goyo Cando, Miriam Alexandra Lojana Méndez, Maria Vanessa Martinez studillo. Tesis de grado: Validez de la escala de Centor modificada para el diagnóstico de la faringoamigdalitis Aguda estreptocócica en escolares y adolescentes Centro de Salud N°1 Cuenca Mayo, Julio. Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina. 2013.
63. OPCIT. Guia practica clinica del MINSA 2006.
64. OPCIT. R. Piñeiro Pérez y col.
65. OPCIT. Sebastian Muñoz C y al. Pág. 150.
66. Guía Terapéutica para la Atención Primaria en Salud/Colecivo de Autores. La Habana : Editorial Ciencias Médicas. 2010. 410p.
67. OPCIT. R. Piñeiro Pérez y col
68. OPCIT. Carmen Alicia Goyo Cando. Pág. 22-25
69. OPCIT. R. Piñeiro Pérez y col .
70. OPCIT. Guía Terapéutica para la Atención Primaria en Salud/Colecivo de Autores. Pág. 311
71. OPCIT. Carmen Alicia Goyo Cando. Pág. 26.

72. Martínez Jiménez MD, García Cabezas MA, Garrote de Marcos JM, Raya Pérez I, López-Menchero Oliva C, Hernández Martín D. Guía de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda en pediatría. Apuntes de Ciencia. 2014.
73. OPCIT. Guía Terapéutica para la Atención Primaria en Salud/Colecivo de Autores. Pág. 312.
74. OPCIT. Guía de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento de la faarigoamigdalitis aguda en pediatría. Pág. 05.
75. OPCIT. Alberto Bercedo Sanz. Pág. 10.
76. OPCIT. R. Piñeiro Pérez y col
77. OPCIT. Guía de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento de la faarigoamigdalitis aguda en pediatría. Pág. 06.
78. OPCIT. R. Piñeiro Pérez y col.
79. OPCIT. Jorge Mauricio Paulau. Pág. 44.
80. OPCIT. R. Piñeiro Pérez y col.
81. Bercedo Sanz A, Cortés Rico O, García Vera C, Montón Álvarez JL. Normas de Calidad para el diagnóstico y tratamiento de la Faringoamigdalitis aguda en Pediatría de Atención Primaria. Protocolos del GVR .
82. OPCIT. Jorge Mauricio Paulau. Pág. 47.
83. OPCIT. Guía de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento de la faarigoamigdalitis aguda en pediatría. Pág. 08.
84. OPCIT. Jorge Mauricio Paulau. Pág. 45.
85. OPCIT. Carmen Alicia Goyo Cando. Pág. 26-27.
86. OPCIT. Guía de Salud México.Pág 35-36.

87. OPCIT. Fernanda Cofré. Pág. 29.
88. OPCIT. Jorge Mauricio Paulau. Pág. 45-46.
89. OPCIT. Jorge Mauricio Paulau. Pág. 47
90. OPCIT. R. Piñeiro Pérez y col.
91. OPCIT. R. Piñeiro Pérez y col.
92. OPCIT. Jorge Mauricio Paulau. Pág. 45.
93. OPCIT. R. Piñeiro Pérez y col.
94. OPCIT. Fernanda Cofré. Pág. 30.
95. OPCIT. Jorge Mauricio Paulau. Pág. 46.
96. OPCIT. Carmen Alicia Goyo Cando. Pág. 31.
97. OPCIT. Guía de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento de la faaringoamigdalitis aguda en pediatría. Pág. 10.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Alberto Bercedo Sanz, Olga Cortes Rico, César García Vera, José Luis Montón Álvarez. Normas de Calidad para el diagnóstico y tratamiento de la Faringoamigdalitis aguda en Pediatría de Atención Primaria. Protocolos del GVR. 2011. Pág.4 -5.
- Alejandro E. Macías Hernández, Juan M. Muñoz Barrett, Alma D. Gaona y José Sifuentes Osornio. Evaluación de conocimientos básicos para el manejo de las enfermedades infecciosas: resultados de una encuesta. Educación Médica y Salud \* Vol. 27, No. 3 (1993).
- A. Orero, A. Navarro, S. López, M. A. Ripoll, J. González, J. Prieto. Comportamiento de los médicos de Atención Primaria en el tratamiento de las infecciones comunitarias. Rev Esp Quimioter 2008;21(1):4-13.

A. Orero, A. Navarro, S. López, V. Olmo, J. González y J. Prieto. Conocimiento y actitud de los médicos de atención primaria en el tratamiento de las infecciones comunitarias. Rev Esp Quimioterap, Vol. 20 (Nº 3): 323-329. 2007.

Barrera, Dilberth Cordero Valdivia Y Susana. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud y la madre (o cuidador del niño), frente a los casos de infecciones respiratorias agudas en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz. 1995. Rev Soc Bol Pediatr 1999; 38(2): 51-8.

Bercedo Sanz A, Cortés Rico O, García Vera C, Montón Álvarez JL. Normas de Calidad para el diagnóstico y tratamiento de la Faringoamigdalitis aguda en Pediatría de Atención Primaria. Protocolos del GVR .

Carmen Alicia Goyo Cando, Miriam Alexandra Lojana Méndez, Maria Vanessa Martinez studillo. Tesis de grado: Validez de la escala de Centor modificada para el diagnóstico de la faringoamigdalitis Aguda estreptocócica en escolares y adolescentes Centro de Salud N°1 Cuenca Mayo, Julio. Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina. 2013.

Cecilia Perret. Tratamiento antimicrobiano abreviado de infecciones respiratorias altas en pediatría. Rev Chil Infect (2002); 19 (1): 49-53.

Ciro Maguiña-Vargas, César Augusto Ugarte-Gil, Marco Montiel. Simposio: Uso adecuado y racional de los antibióticos. Acta Med Per. 23(1) 2006. Pág.17.

F. Álvez González, J.M. Sánchez Lastres. Faringoamigdalitis Aguda. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología Pediátrica. Vigo, España. Pág. 25.

Gualberto Arana Carreño, Rodolfo Iturri, Christian Fernández. Conocimiento del personal de salud del hospital No 1 de los CNS de la amigdalitis como enfermedad y su tratamiento. Revista de Otorrinolaringología. Vol 7 N°1. Octubre 2002.

Jorge Mauricio Paulau. Tratamiento antibiótico en infecciones respiratorias altas. CCAP Año 2 Módulo 4 diciembre de 2003. Pág. 43.



José María Vergeles-Blanca, Jesús Arroyo Fernández de Aguilar, Rosa Hormeño Bermejo, Francisca Elías Retamosa, Juan Antonio Cordero Torres y Francisco Buitrago. Calidad y características de la prescripción de antibióticos en un servicio hospitalario de urgencias. *Rev Esp Salud Pública*. N 8; 72:111-118.

Lucie Ecker, Theresa J. Ochoa, Martha Vargas S, Luis J. Del Valle, Joaquim Ruiz. Preferencias de uso de antibióticos en niños menores de cinco años por médicos de centros de salud de Primer Nivel en zonas periurbanas de Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2013; 30(2):181-9.

López del Castillo-Sánchez D, Reynoso-Arenas MP, Peñuelas-Beltrán JA. Aptitud de un grupo de médicos familiares mexicanos ante las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. *Archivos en Medicina Familiar*. Vol. 10 (1) 21-35.

Lupiani Castellanos MP, Rodríguez Fernández-Oliva CR. Uso racional de antibióticos en Pediatría a través de casos clínicos. AEPAP ed. Curso de Actualización Pediatría 2014. Madrid: Exlibris Ediciones, 2014. pág. 145-57.

Martínez Jiménez MD, García Cabezas MA, Garrote de Marcos JM, Raya Pérez I, López-Menchero Oliva C, Hernández Martín D. Guía de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda en pediatría. *Apuntes de Ciencia*. 2014.

Mejía Trebejo Miluska Olenka; Bermejo Cataño Pedro Felipe; Esteban Marca David Darío; Morán Castro Miluska Andrea; Orellana Cuellar Jota Walter; Tito Eusebio Karyn Diana.

Prescripción de antibióticos en pacientes pediátricos de un centro de atención primaria de Perú. *CIMEL* 2011; 16(2):87-90

Miriam Cires Pujol. La resistencia a los antimicrobianos, un problema mundial. *Rev. Cubana Med Gen Integr* 2002; 18(2).

R. Piñero Pérez, F. Hijano Banderab, F. Álvez González, A. Fernández Landalucec, J.C. Silva Ricod, C. Pérez Cánovasc, C. Calvo Reya y M.J. Cilleruelo Ortega. Documento de consenso del tratamiento de la Faringoamigdalitis aguda. *An Pediatr (Barc)*. 842 1 - 13, 2011.

Sebastian Muñoz C, Marcelo Córdova A, Viera Morales M y Lorena Cifuentes A. Faringitis Aguda, ¿estreptocócica? Empleo del estudio etiológico y de antimicrobianos en dos centros pediátricos universitarios. *Rev Chil Infect* 2005; 22(2): 147-153.

Torrealba, Maribel Consuelo Leal. Tesis: Conocimientos sobre signos de alarma de infección Respiratorias agudas del Equipo de Salud del Departamento de Pediatría "Dr. Agustín Zubillaga" Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda". Universidad Centro Occidental "Lisandro Alvarado", Escuela de Medicina "Dr. Pablo Acosta Ortiz". Barquisimeto, 2001.

**ANEXOS (1):**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL PARA LA ENTREVISTA**

Buenos días/tardes. Mi nombre es Linda Chanamé Pinedo y nos encontramos realizando una investigación sobre los criterios diagnósticos y terapéuticos de la Faringoamigdalitis Aguda (FAA) en el personal médico clínico, la intención es hacerle algunas preguntas con el propósito de obtener información acerca de la tendencia en nuestros hospitales sobre el manejo de la FAA. El motivo de este estudio es que se ha observado una tendencia a diversos tipos de tratamientos para la FAA. Los resultados del presente estudio, permitirá dar iniciativas educativas, para la difusión de pautas clínicas y programas de garantía de calidad en todos los niveles de atención de salud en nuestra región, probablemente no sólo para el personal de salud, sino también para la población en general y en especial las madres.

Su participación es totalmente voluntaria. La entrevista durará un promedio de 10 a 15 minutos. Toda la información que nos brinde será confidencial y su nombre no será usado en ningún reporte que se publique en el futuro. Si en algún momento de la entrevista usted desea dejar de participar no habrá ningún problema. También puede dejar de contestar alguna pregunta si le parece incómoda. No existen respuestas buenas ni malas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento a la entrevistadora directamente o al celular 965655419 (Linda Chanamé Pinedo). Agradecemos el tiempo prestado y su aporte en este estudio.

¿Desea participar en esta entrevista?                      SI                      NO

FIRMA \_\_\_\_\_

Día\_\_\_\_\_ Hora inicio\_\_\_\_\_ Hora término\_\_\_\_\_

**ANEXO (2)**

**Criterios Diagnósticos y Terapéuticos de la Faringoamigdalitis Aguda (FAA) en los Hospitales Públicos de la Ciudad de Iquitos en el año 2015**

Edad: _____	Sexo: (F) (M) _____	N° CÓDIGO: _____
Hospital Regional de Loreto ( )	Hospital Iquitos ( )	
Especialidad Médica: Si ( ) No ( )	Especificar: Pediatría ( ) Medicina Familiar ( )	
Residencia: Si ( ) No ( )	Especificar: Residente: 1° Pediatría ( ) Medicina Familiar ( ) Residente: 2° Pediatría ( ) Medicina Familiar ( ) Residente: 3° Pediatría ( ) Medicina Familiar ( )	

1. ¿Un exudado amarillento o verde amarillento sugiere siempre el origen de una infección bacteriana?

- a) Sí
- b) No
- c) No sabe
- d) No responde

2. Si Ud. atiende un paciente menor de 3 años, ¿cuál sería la posible etiología que Ud. pensaría?

- a) Viral
- b) Bacteriano
- c) No sabe
- d) No responde

3. ¿Es posible diferenciar clínicamente un FAA de origen viral o de origen bacteriano?

- a) Sí
- b) No
- c) No sabe
- d) No responde

3.1. Si su respuesta fue Si, díganos ¿Qué criterios utiliza para hacer el diagnóstico de FAA bacteriana y/o viral, clínicamente?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

3.2. Si su respuesta fue No, díganos ¿Por qué?

.....  
.....  
.....  
.....

4. Diga usted, ¿si conoce acerca de los criterios de Centor o Centor modificado por Mc Isaac para el diagnóstico de FAA?

- a) Si
- b) No
- c) No sabe
- d) No responde

5. Si su respuesta fue Si, díganos, estos criterios nos ayudan o son útiles para el:

- a) Diagnóstico de FAA de origen Bacteriano, descartando el origen Viral
- b) Diagnostico de FAA de origen Viral, descartando el origen Bacteriano

6. Si clínicamente tenemos una condición que nos hiciera dudar o confundir el diagnóstico entre viral o bacteriano, ¿cuál es el examen de laboratorio o auxiliar que usted pediría para el diagnóstico de una *FAA de origen Viral* de forma rápida?

.....

7. Si clínicamente tenemos una condición que nos hiciera dudar o confundir el diagnóstico entre viral o bacteriano, ¿cuál es el examen de laboratorio o auxiliar que usted pediría para el diagnóstico de una *FAA de origen Bacteriano* de forma rápida?

.....

8. En la **FAA bacteriana**, ¿cuál es el germen más frecuentemente implicado en FAA?

.....

9. En la actualidad y con el Boom de la resistencia bacteriana, ¿cuál es el medicamento de elección para la FAA de origen Bacteriano?

.....

10. La mejoría clínica se puede apreciar aproximadamente luego de un tratamiento de una FAA de origen **bacteriano** a partir de:

- a) 24 horas
- b) 48 horas
- c) 72 horas
- d) después de una semana

11. ¿Iniciaría tratamiento profiláctico antibiótico, en casos de FAA de origen Viral reduciendo la tasa de complicaciones con infecciones bacterianas?

- a) Sí
- b) No
- c) No sabe
- d) No responde

12. Si su respuesta fue Sí, explíquenos ¿por qué?

.....  
.....  
.....

13. ¿Cuál es el nivel de resistencia de la FAA bacteriano asociado a Streptococo b hemolítico del grupo A con las penicilinas convencionales?

- a) Resistencia alta
- b) Resistencia intermedia
- c) Resistencia baja

14. ¿Cuántos días de tratamiento debería recibir una FAA de origen Bacteriano?

.....

15. ¿Es posible que los síntomas persistan por más de una o dos semanas en un cuadro de **FAA de origen viral** aun con tratamiento convencional?

- a) Sí
- b) No
- c) No sabe
- d) No responde