

FARINGOAMIGDALITIS AGUDA, ¿A QUIÉN PRESCRIBO ANTIBIÓTICOS?

Marco Tejón E¹, Salcedo Aguilar F², Chaves Diaz Guillermo³

Farmacéutica de Atención Primaria¹. Médico de Familia² CS Cuenca 1, Pediatra de Atención
Primaria³ CS Cuenca 1. Gerencia de Atención Integrada de Cuenca

El consumo no prudente de antibióticos ha derivado en uno de los mayores problemas de salud a nivel mundial, la resistencia antibiótica. Una de las principales causas de prescripción innecesaria de antibióticos, tanto en adultos como en niños, es la faringoamigdalitis aguda (FAA). Se deben establecer estrategias de diagnóstico etiológico que permitan diferenciar entre FAA víricas y bacterianas. La mejor aproximación práctica es la combinación de criterios de predicción clínica (Centor) en combinación con test de diagnóstico rápido. El antibiótico de elección es Penicilina V con una duración óptima de tratamiento de 10 días.

SUMARIO

- Introducción
- Identificación de los pacientes con faringoamigdalitis estreptocócica
- ¿A quién realizamos test de diagnóstico rápido y cuándo tratamos?
- Elección del tratamiento antibiótico y duración del mismo
- Conclusiones

INTRODUCCIÓN

La faringoamigdalitis aguda (FAA) constituye una de las principales razones de consulta por infección respiratoria alta en Atención Primaria y en los servicios de Urgencias, y una de las principales causas de uso antibiótico, con una tasa aproximada de prescripción del 80% (1), a pesar de que la etiología más frecuente es vírica (1,2). Esta inadecuación conlleva diversos problemas de seguridad como efectos secundarios en el paciente y aumento de las resistencias bacterianas.

Cuando la FAA es bacteriana, el agente etiológico principal es *Streptococcus pyogenes* o estreptococo β hemolítico del grupo A (E β HGA), variando la frecuencia con la edad (**Tabla 1**). En adultos mayores de 50 años es muy poco frecuente, al igual que en niños menores de 2 años, donde las FAA son muy raras, y probablemente se deban a infecciones víricas del tracto superior en portadores de E β HGA que no requieren de tratamiento antibiótico (1,2,3).

Sin tratamiento antibiótico, la infección estreptocócica es autolimitada, la fiebre remite a los 3-5 días y el dolor de garganta en 1 semana, pero persiste el riesgo de contagio y complicaciones. En FAA

estreptocócicas el tratamiento antibiótico es adecuado, ya que ha demostrado (1,4):

- **Acortar el curso de la enfermedad, aunque de forma marginal.** El NNT es de 3,5 para reducir en 1 día la duración de los síntomas, es decir, de 7 días sin tratamiento antibiótico a 6 días con tratamiento.
- Reducir el tiempo de contagio de 7 días a 1 día, ya que en el 97% de los casos se consigue negativizar el cultivo en las primeras 24 horas.
- Prevenir las complicaciones. Las complicaciones supurativas (celulitis y absceso periamigdalino, absceso retrofaríngeo, otitis media aguda, mastoiditis y adenitis cervical supurativa) se dan en el 1-2% de los niños no tratados o tras un tratamiento inadecuado o no cumplimentado (2). El NNT es de 200 para otitis y 100 para absceso. Entre las complicaciones no supurativas destaca la fiebre reumática aguda (FRA) y la glomerulonefritis postestreptocócica, que ocurren tras un periodo de latencia de unas semanas. La FRA es muy poco frecuente en países desarrollados, con una incidencia anual de 1 caso por cada 100.000 (1-3).

Tabla 1. Etiología e incidencia de la FAA

Agente etiológico	Incidencia (%)
Rinovirus	20
Coronavirus	>5
Adenovirus	5
Virus herpes simple 1 y 2	4
Virus influenza	2
Virus parainfluenza	2
Estreptococo β hemolítico grupo A	Niños 2-3 años: 5-10 Niños 3-13 años: 30-40 Adultos jóvenes: 5-15
Estreptococo β hemolítico grupo C y G	5

Modificada de 1,2. Sólo se muestran los agentes etiológicos con una incidencia superior al 2%.

IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCÓCICA

La decisión práctica prioritaria en una FAA es averiguar si esta causada por E β HGA, que será la que se beneficie del tratamiento antibiótico.

El tratamiento antibiótico empírico no se recomienda sin un diagnóstico microbiológico previo

¿Se puede realizar un diagnóstico etiológico sólo con la clínica?

Es difícil diferenciar entre FAA vírica o estreptocócica sólo por la clínica, ya que presentan hallazgos clínicos superponibles. Se ha estimado que el diagnóstico clínico llega a ser erróneo en un 25-50% de los casos, existiendo un sobrediagnóstico y un uso excesivo e innecesario de antibióticos (2).

Sin embargo, existen signos y síntomas sugestivos que nos pueden orientar en una u otra dirección (Tabla 2).

- **Sugieren FAA bacteriana:** comienzo brusco, fiebre elevada, odinofagia intensa y adenopatías cervico-laterales anteriores a inmunodeprimidos, pacientes con historia de fiebre reumática, y aquellos pacientes con FAA y confirmación de FAA estreptocócica en el contexto familiar (2).
- A cualquier edad, la presencia de **signos sugestivos de infección vírica**, como conjuntivitis, rinorrea, afonía, tos y/o diarrea deben disuadir al médico de la presencia de una FAA estreptocócica y evitar la prescripción de antibióticos.

- Las **FAA por adenovirus en menores de 3 años** presentan características superponibles con la FAA bacteriana, como fiebre mayor de 39°C, asociada a exudado amigdalor en un 50% de los casos y adenopatía cervical anterior, rinorrea, tos y conjuntivitis en un 15-25% de las ocasiones (3).
- Con respecto al **exudado**, un 65% las FAA virales cursan con su presencia, y un 30% de las FAA bacterianas pueden cursar sin exudado. La existencia de **petequias en el paladar**, aunque sugestiva de FAA estreptocócica, también se ha descrito en rubéola y en infecciones por Herpes simple y virus de Epstein-Barr (2,3).

Tabla 2. Signos y síntomas sugestivos diferenciales

Características	Infección vírica	Infección bacteriana
Estacional	Variable	Invierno-principios primavera
Edad	<3 años > 45 años	3-15 años
Inicio	Gradual	Brusco
Fiebre	Leve	Elevada
Odinofagia	Leve	Elevada
Tos	Presencia	Ausencia
Faringe	Eritema. Exudado (65%)	Exudado (70%)
Adenopatía	Generalizadas y pequeñas	Laterocervicales anteriores, dolorosas y aumentadas de tamaño (>1cm)
Otros síntomas	Conjuntivitis, rinorrea, afonía, diarrea, hepatoesplenomegalia.	Náuseas, vómitos, dolor abdominal, úvula roja y edematosa. Enantema en paladar y úvula. Exantema escarlatiniforme Pequeñas pápulas eritematosas y anulares con centro pálido (lesiones “donuts”) en paladar blando y/o duro.

Modificada de 1 y 2.

▪ **¿De qué pruebas microbiológicas disponemos para realizar el diagnóstico etiológico de EβHGA?**

Se recomiendan dos tipos de pruebas microbiológicas: **los test de detección rápida de antígeno estreptocócico (TDR) y el cultivo faringoamigdalor**. Ambas tienen el inconveniente de no diferenciar entre una infección estreptocócica actual y una infección viral en portador de EβHGA. El cultivo es la prueba de diagnóstico definitivo, con una elevada sensibilidad (90-95%) y especificidad (99%), pero requiere 24-48 horas para obtener el resultado (5). Los TDR tienen la ventaja de obtener el **resultado en consulta** de forma rápida (10-20 minutos) y presentan una precisión diagnóstica muy próxima al cultivo, con una alta especificidad (95%) y una sensibilidad promedio de un 90% (77-97%) (5).

En la sensibilidad de los TDR influye la técnica de recogida de la muestra y el volumen de antígeno recogido (5,6). Una mala técnica es la responsable de la mayoría de los falsos negativos. Se recomienda frotar ambas amígdalas y parte posterior de la faringe en las zonas de exudado o de mayor hiperemia, girando el hisopo 180° y evitando el contacto con otras zonas de orofaringe, lengua y saliva para evitar la dilución del inóculo de gérmenes.

Los TDR son la prueba recomendada en la mayoría de las guías de práctica clínica (GPC) recientes (1,2,7,8,9). Su uso reduce el empleo de antibióticos hasta un 42% y es coste efectiva (10).

El Plan Nacional de Resistencia Antibiótica establece, en consultas de atención primaria, el uso de pruebas de diagnóstico rápido como medida para disminuir la prescripción antibiótica dentro de su línea estratégica III “Identificar e impulsar medidas alternativas y/o complementarias de prevención y tratamiento” (11). La Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe (8), referencia nacional para el manejo de infecciones en Atención Primaria, recomienda su uso por ser precisa, fácil de llevar a la práctica y de interpretar.

¿Se debe realizar el test de detección rápida en todos los casos de FAA?

Las GPC sólo recomiendan el TDR en individuos con FAA que reúnan criterios de infección estreptocócica según las escalas de predicción clínica, siendo la escala de Centor-McIsaac la más recomendada (1,2,7,8,9). Esta escala estima la probabilidad de diagnóstico etiológico por EβHGA en función de la presencia de 5 criterios clínicos (Tabla 3).

Tabla 3. Criterios de Centor modificados por McIsaac

Criterios	Puntos			
Temperatura > 38 °C	1			
Hipertrofia o exudado amigdalár	1			
Adenopatías laterocervicales dolorosas	1			
Ausencia de tos	1			
Edad:				
3-14 años	1			
15-44 años	0			
≥45 años	-1			
Probabilidad de etiología EβHGA según puntuación				
0	1	2	3	4
1-2,5%	5-10%	11-17%	28-35%	51-53%

Se aplica 1 punto a cada criterio, excepto la edad (corrección de McIsaac) que sólo puntúa entre 3 y 15 años, y tiene un valor negativo por encima de 45 años.

Ningún síntoma aislado, ni siquiera la presencia de exudado, ofrece un coeficiente de probabilidad positivo como para superar un 50% de probabilidad de FAA estreptocócica. Sin embargo, los médicos españoles prescriben 28 veces más antibióticos ante la presencia de este criterio y no llega a 5 veces más ante la presencia de otros, aunque todos puntúan lo mismo (12).

La probabilidad de infección estreptocócica aumenta hasta un 62% conforme se van sumando criterios.

La aplicación exclusiva de los criterios de Centor sobrediagnostica un 32% de pacientes, por lo que no son válidos para el diagnóstico etiológico, pero sí para seleccionar qué pacientes se beneficiarán del TDR (12).

¿A QUIÉN REALIZAMOS TEST DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO Y CUÁNDO TRATAMOS?

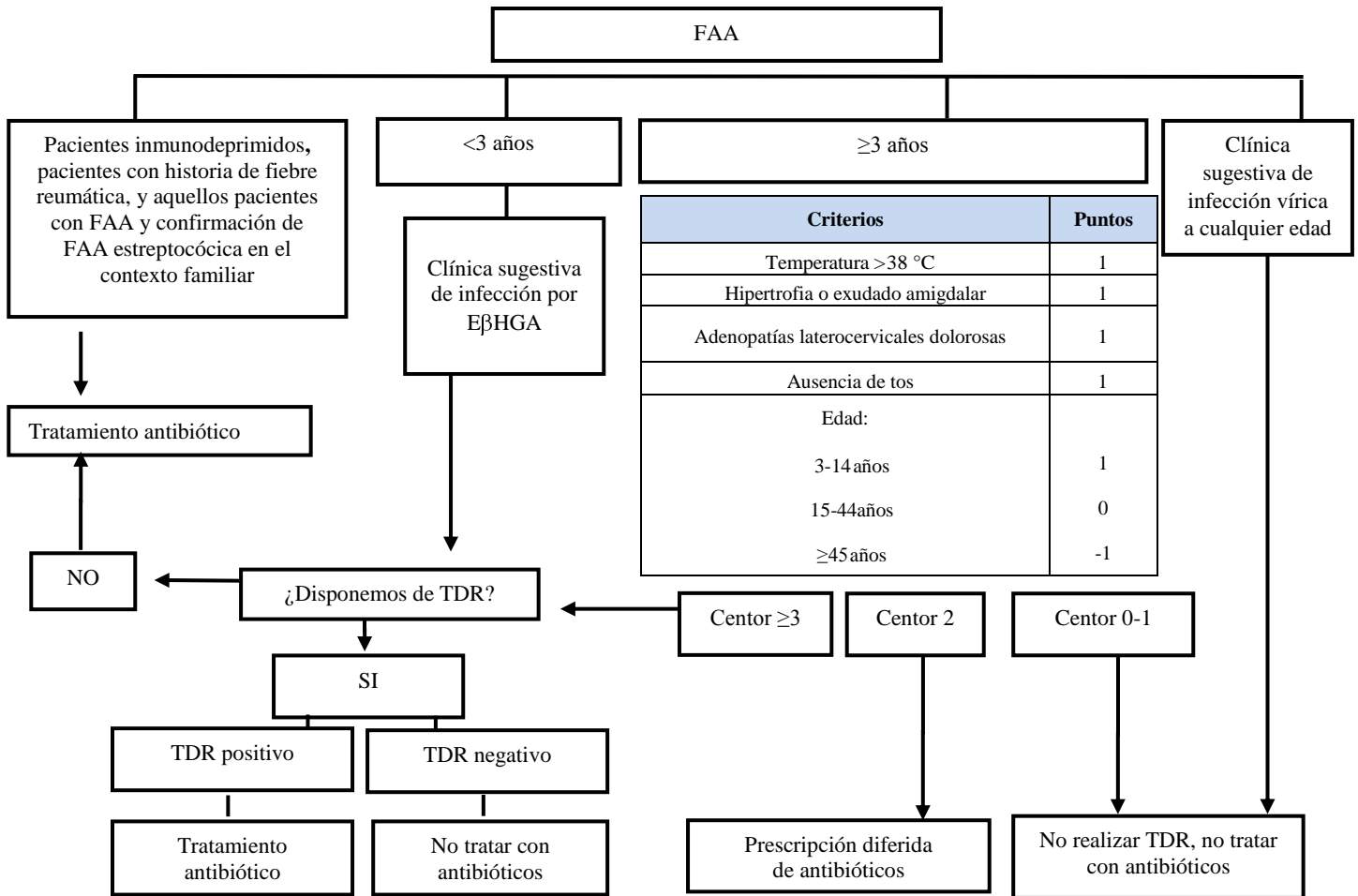
La **Figura 1** describe los pasos a seguir ante una FAA y el siguiente cuadro muestra las actuaciones según puntuación de Centor.

Centor 0-1: la probabilidad de FAA estreptocócica es muy baja y **no se recomienda realizar TDR ni tratar con antibióticos.**

Centor 2: prescripción diferida de antibióticos. Consiste en recomendar al paciente utilizar antibióticos si los síntomas no mejoran en 3-5 días o empeoran significativamente. El retraso en el inicio del tratamiento presenta un riesgo de complicaciones similar al tratamiento inmediato. La prescripción diferida ha demostrado reducir tanto el uso de antibióticos en FAA sin disminuir el beneficio clínico, así como reducir las sucesivas consultas (13,14). La guía NICE (15) considera válida esta estrategia para una puntuación de la escala de Centor de 2 o 3 como alternativa al no tratamiento

Centor 3-5: se recomienda realizar el TDR y **tratar a los pacientes con TDR positivos sin necesidad de confirmación por cultivo.** Estudios de calidad realizados en nuestro país, tanto en población pediátrica (16) como en población adulta (17), validan el uso de TDR a partir de una puntuación de Centor 3. En población pediátrica se estudiaron 6 estrategias de abordaje de FAA y se concluyó que la realización de TDR a partir de 3 criterios de Centor era la opción más coste efectiva. El estudio FARINGOCAT (14) de validación en población adulta demostró que los valores de probabilidad de FAA estreptocócica con 3 y 4 criterios de Centor más resultado positivo de la TDR eran de 74 y 83% respectivamente, sin embargo con Centor 2 la probabilidad no alcanzaba el 50%.

Figura 1. ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (1,2,3)



- La **presencia de síntomas virales** (rinorrea, aftas, conjuntivitis, tos, diarreas, afonía, exantemas, adenopatías generalizadas, hepato-esplenomegalia), supone una probabilidad muy baja de infección estreptocócica, **por lo que anula la indicación de realizar pruebas microbiológicas y de tratar**, aunque la puntuación de la escala sea mayor de 2 puntos (1,2,3,8,9).
- En **niños menores de 3 años** la probabilidad de FAA estreptocócica es muy baja y no se deben aplicar los criterios de Centor. En estas edades, el **enantema petequial** en paladar, el **edema de úvula**, la **lengua aframbuesada** o el **exantema escarlatiniforme**, el **dolor abdominal**, las náuseas y los vómitos y la presencia de algún conviviente con FAA estreptocócica confirmada deben llevar a sospechar la etiología estreptocócica (2,3). En estos casos la Asociación Española de Pediatría sí recomienda realizar TDR (3).
- **No se recomienda realizar el TDR a los pacientes con antibioterapia en los días previos**, porque los restos bacterianos en faringe tras el tratamiento pueden producir un falso positivo (6).
- **Siempre se debe tratar** a inmunodeprimidos, pacientes con historia de fiebre reumática, y aquellos pacientes con FAA y confirmación de FAA estreptocócica en el contexto familiar (2).
- **Si no disponemos de TDR en consulta**, la guía NICE recomienda tratar con antibióticos a los pacientes con criterios de Centor ≥ 3-4.

ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO Y DURACIÓN DEL MISMO

La elección del tratamiento antibiótico debe basarse en los perfiles de sensibilidad conocidos a los antibióticos que hayan demostrado eficacia, minimizando las resistencias, para lo cual la mejor opción siempre es utilizar antibióticos de estrecho espectro (**Tabla 4**).

Penicilina V (fenoximetilpenicilina) ha sido y es el tratamiento de elección recomendado en todas las GPC (1-3,17)

- La **penicilina es de elección** porque es un antibiótico de **espectro reducido**, **EβHGA es 100% sensible** y es el único antibiótico que ha demostrado reducir el absceso periamigdalino y la fiebre reumática. La **duración** de tratamiento recomendada en todas las GPC es de **10 días**, ya que alcanza mayores tasas de erradicación que 7 días y así se incrementa la probabilidad de curación. Fenoximetilpenicilina benzatina presenta mejor perfil farmacocinético y sabor que la potásica.
- **Amoxicilina** en pautas de **1 o 2 dosis diarias** presenta tasas de curación similares a penicilina V, siendo primera alternativa al tratamiento de elección, con el riesgo de erupciones cutáneas severas en pacientes con infección por virus de Epstein-Barr (8). La pauta de tratamiento no debe ser inferior a 7 días y es recomendable que sea de 10 días a dosis medias-bajas (Tabla4) (1-13). **Amoxicilina clavulánico no es tratamiento de elección** debido a que es un antibiótico de amplio espectro y EβHGA no es productor de βlactamasas.
- **Los macrólidos no son tratamiento de primera elección**, y sólo han de considerarse con alergia confirmada a penicilinas. A pesar de que los ensayos clínicos no muestran diferencias clínicas entre penicilinas y macrólidos, **en España la elección de los macrólidos de 14 y 15 átomos de carbono (eritromicina, claritromicina y azitromicina) pueden dar lugar a fracaso terapéutico** debido a la resistencia documentada a EβHGA. El estudio SAUCE-4 (18) mostró que EβHGA presentaba tasas de resistencia (por fenotipo M) a eritromicina, claritromicina y azitromicina de 19, 16 y 11%, respectivamente. El fenotipo M no confiere resistencia a macrólidos de 16 átomos de carbono, josamicina y midecamicina, por lo que serían de elección dentro de su grupo, pero recordando que también se evidenció un aumento del fenotipo MLS (18), que confiere resistencia a todos los macrólidos.
- **Las cefalosporinas** de primera (cefadroxilo) y segunda generación (cefuroxima y cefaclor) han mostrado una eficacia erradicadora similar a las penicilinas, por lo que se proponen como alternativa a las penicilinas en alergia no anafiláctica.

Faringoamigdalitis persistentes y recurrentes

Ningún esquema terapéutico erradica la bacteria en el 100% de los casos, sin que esto suponga una posibilidad de contagio, complicación y fracaso del tratamiento (2).

La **persistencia** de la sintomatología con confirmación microbiológica de EβHGA puede deberse a las siguientes causas (2,19,20):

1. Mal cumplimiento/adherencia al régimen antibiótico prescrito.
2. Posibilidad de fracaso terapéutico por tratamiento con macrólidos en cepas resistentes.
3. Desarrollo de una complicación supurativa local.
4. Infección vírica en portadores crónicos de EβHGA.
5. Infección por patógenos diferentes en un portador crónico de EβHGA.
6. Infección recurrente por el mismo o diferente serotipo al que causó la infección.

Se define como **infección recurrente** las FAA con cultivo positivo por EβHGA que se presentan en un periodo corto de tiempo después de haber completado un tratamiento antibiótico adecuado, o la existencia de 5 o más episodios de FAA durante 1 año (7). Cuando el paciente presenta una recaída 15 días después de terminar el tratamiento, lo más frecuente es que se deba al mismo serotipo. En esta situación, en caso de sospecha de incumplimiento terapéutico, se recomienda penicilina G benzatina intramuscular en dosis única, y si no es el caso, un antibiótico con mayor estabilidad a las βlactamasas como amoxicilina-clavulánico, ya que algunas bacterias colonizadoras de la orofaringe productoras de βlactamasas pueden dificultar la acción de la penicilina (1,19).

En **pacientes con múltiples episodios recurrentes**, puede ser difícil distinguir una faringitis por EβHGA verdadera de una faringitis viral en portador crónico, y se considera que la mayoría de estos pacientes son portadores crónicos que desarrollan infecciones no estreptocócicas. En estos casos, clindamicina o amoxicilina-clavulánico (Tabla 4) pueden ser tratamientos beneficiosos ya que estos agentes han demostrado altas tasas de erradicación en portadores faríngeos del estreptococo (1,20).

Tabla 4. Tratamiento antibiótico de la Faringoamigdalitis aguda por EβHGA (1-13)

TRATAMIENTO	ELECCIÓN		ALTERNATIVA
Sin alergia confirmada a penicilinas	Penicilina V oral		Amoxicilina oral
	Niños: Fenoximetilpenicilina potásica: <i>Penilevel</i> ® sobres <27 kg: 250 mg/12 horas, ≥27 kg: 500 mg/12 horas Fenoximetilpenicilina benzatina: <i>Benoral</i> ® susp. <27 kg 8 ml/12 horas, ≥27 kg 16 ml/ 12 horas 10 días		Niños: 50 mg/kg/día en 2 tomas (máximo 1-1,2 g/día) 10 días
	Adultos: 500mg/12 horas 10 días		Adultos: 500mg/12 horas 10 días
Alérgicos a penicilinas	Si la reacción es no anafiláctica Cefadroxiilo	Si la reacción es anafiláctica Macrólidos de 16 atomos de C Josamicina o Midecamicina	Si la reacción es anafiláctica Azitromicina
	Niños: 30 mg/kg/día, en 2 tomas 10 días	Niños: Josamicina 40 mg/kg/día, en 2 tomas Midecamicina 25-50mg/kg/día, 2 tomas 10 días	Niños: 20mg/kg/día, una vez al día, máximo 500 mg /día 3 días.
	Adultos: 500 mg/12h 10 días	Adultos: Josamicina 1g/12h 10 días	Adultos: 500mg/día 3 días
Intolerancia digestiva o falta de cumplimiento	Penicilina G-benzatina IM		
	< 27 kg: 600.000 UI ≥ 27 kg 1.200.000 UI Dosis única		
FFA recurrente	Penicilina G-benzatina IM		Amoxicilina-clavulánico
	Niños: <27kg 600.00 UI >27kg 1.200.000 UI Dosis única		Niños: 45 mg/kg/12h máx: 1 g/día 10 días
	Adultos: 1.200.000 UI Dosis única		Adultos: 500/125mg/12h 10 días
			Clindamicina
			Niños: 20 mg/kg/día en 3 tomas, máx: 900 mg/día 10 días
			Adultos 300mg/8h 10 días

CONCLUSIONES

1. La **faringoamigdalitis aguda** es una de las causas más frecuentes de prescripción de antibióticos.
2. Para evitar los problemas asociados al sobretreatmento (resistencias, efectos adversos), se recomienda diferenciar entre **etiología vírica y bacteriana** mediante la aplicación de criterios de predicción clínica, en particular la escala Centor, combinada con el uso de TDR.
3. Con puntuaciones de 0 o 1 en la **escala de Centor** no se recomienda realizar TDR ni tratar con antibióticos; con Centor 2 prescripción diferida y con Centor ≥ 3 se recomienda realizar TDR (o en su defecto tratamiento antibiótico) por alta probabilidad de etiología estreptocócica.
4. En niños **menores de 3** años la probabilidad de FAA bacteriana es muy baja y no son de aplicación los criterios de Centor.
5. La presencia de **síntomas virales** (rinorrea, aftas, conjuntivitis, tos, diarreas, afonía, exantemas, adenopatías generalizadas, hepato-esplenomegalia) anula la indicación de realizar pruebas microbiológicas y de tratar con antibióticos, aunque la puntuación de la escala de Centor sea mayor de 2 puntos.
6. El **tratamiento de elección** es penicilina V en dos tomas diarias y durante 10 días. E β HGA no es productor de betalactamasas por lo que amoxicilina clavulánico no aporta beneficio y aumenta el riesgo de resistencias por su amplio espectro. Los macrólidos pueden dar lugar a fracaso terapéutico por la resistencia de E β HGA a éstos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cots JM, Alós JI, Bárcena M, Boleda X, Cañada JL, Gómez N, et al. Recommendations for management of acute pharyngitis in adults. *Aten Primaria*. 2015; 47(8): 532-43. DOI: 10.1016/j.eimc.2015.02.010.
2. Piñeiro Pérez R, Hijano Bandera F, Álvez González F, Fernández Landaluce A, Silva Rico JC, Pérez Cánovas, et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. *An Pediatr (Barc)*. 2011; 75(5): 342.e1-342.e13. DOI: 10.1016/j.anpedi.2011.07.015.
3. Cubero Santos A, García Vera C, Lupiani Castellanos P. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Faringoamigdalitis. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). 2015 (en línea). [Fecha de consulta: 02/11/2018]. Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/adjuntos/faringoamigdalitis.pdf>.
4. Rodríguez-Salinas Pérez E. Faringoamigdalitis aguda. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2004. Madrid: Exlibris Ediciones, 2004: p. 69-78. [Fecha de consulta: 02/11/2018]. Disponible en: <https://www.aepap.org/sites/default/files/faringoamigdalitis.pdf>.
5. Batista Díaz N, Bordes Benítez A, Díez Gil O, Lecuona Fernández M, Lara Pérez M. Diagnóstico microbiológico de las infecciones del tracto respiratorio superior. En: Procedimientos en Microbiología Clínica. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. [Fecha de consulta: 09/11/2018]. Disponible en: <https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimientomicrobiologia23.pdf>.
6. García Vera C. Grupo de Patología Infecciosa de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Utilidad del test rápido de detección de antígeno estreptocócico (TRDA) en el abordaje de la faringoamigdalitis aguda en pediatría. Enero 2014. [Fecha de consulta: 09/11/2018]. Disponible en <http://www.aepap.org/grupos/grupo-de-patologia-infecciosa/contenido>.
7. Coordinadora: R. Fernández Urrusuno. Grupo de Trabajo de la Guía. Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 3ª edición, Sevilla. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte y Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, 2018. [Fecha de consulta: 09/11/2018]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/guiaterapeuticaaljarafe/guiaTerapeuticaAljarafe/>.

8. Pelucchi C, Grigoryan L, Galeone C, Esposito S, Huovinen P, Little P et al. ESCMID Sore Throat Guideline Group. Guideline for the management of acute sore throat. *Clin Microbiol Infect.* 2012; 18 (1): 1-28.
9. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, Gerber MA, Kaplan EL, Lee G et al; Infectious Diseases Society of America. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2012; 55:e86-102.
10. Castillo Preciosos C, Santos Rodríguez C, García Morcilo B, Forbes Morles L, Vecina Vecina F, Romero Candel G. No todo es alta tecnología. Presentación Póster. XII Jornada Científica de la Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Castilla-La Mancha (APapCLM). Octubre 2018. [Fecha de consulta: 22/12/2018]. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1cjriG70tU7VuG9GI0oy3-MP12SR4-kNQ/view>.
11. Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de la resistencia a los antibióticos [Internet]. Segunda edición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2016. [Fecha de consulta: 12/12/2018]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/publicaciones/publica/plan-estrategico-antibioticos/v2/docs/plan-estrategico-antimicrobianos-AEMPS.pdf>.
12. Molero García JM, Gómez García M. Tratamiento antibiótico empírico de las principales infecciones comunitarias atendidas por el médico de familia. *AMF.* 2017; 13(7): 383-93.
13. Little P, Stuart B, Hobbs FD, Butler CC, Hay AD, Delaney B, et al. DESCARTE investigators. Antibiotic prescription strategies for acute sore throat: A prospective observational cohort study. *Lancet Infect Dis.* 2014; 14(3): 213–9. DOI:10.1016/S1473-3099(13)70294-9.
14. Spurling GKP, Del Mar CB, Dooley L, Foxlee R, Farley R. Delayed antibiotic prescriptions for respiratory infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 9. Art. No.: CD004417.
15. Sore throat (acute): antimicrobial prescribing. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2018. [Fecha de consulta: 03/01/2019]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng84/resources/sore-throat-acute-antimicrobial-prescribing-pdf-1837694694085>.
16. Giráldez-García C, Rubio B, Gallegos-Braun JF, Imaz I, Gonzalez-Enríquez J, Sarria-Santamera A. Diagnosis and management of acute pharyngitis in a paediatric population: a cost-effectiveness analysis. *Eur J Pediatr.* 2011; 170 (8):1059-67. DOI:10.1007/s00431-011-1410-0.
17. Madurell J, Balagué-Corbella M, Gómez M, Cots JM. Validación de una prueba de detección rápida del estreptococo betahemolítico del grupo A en la faringitis del adulto. Estudio FARINGOCAT. *Butlletí.* 2011; 29:2 (4). [Fecha de consulta: 09/11/2018]. Disponible en: <http://pub.bsalt.net/butlleti/vol29/iss2/4>
18. Pérez-Trallero E, Martín-Herrero JE, Mazón A, García-Delafuente C, Robles P, Iriarte V, et al; Spanish Surveillance Group for Respiratory Pathogens. Antimicrobial resistance among respiratory pathogens in Spain: latest data and changes over 11 years (1996-1997 to 2006-2007). *Antimicrob Agents Chemother.* 2010; 54(7): 2953-9. DOI: 10.1128/AAC.01548-09.
19. Pichichero ME. Treatment and prevention of streptococcal tonsillopharyngitis. In UpToDate. This topic last updated: Oct 10, 2018. [Fecha de consulta: 12/12/2018]. Disponible en: <https://www.uptodate.com>.
20. Banco de Preguntas Preevid. ¿Cuál es la postura actual en el manejo de la faringoamigdalitis recurrente estreptocócica? [página Web]. Murciasalud, 2014. [Fecha de consulta: 12/12/2018]. Disponible en http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&id=20157&idsec=453.

Comité de Redacción: Arroyo Pineda V, Martínez Cruz S, Tejada Cifuentes F, Ibarra Lorente MI, Martí Gil CM, Marco Tejón E, Sáez Valencia G, Vila Torres E, Jiménez de Andrés E.

Consejo Editorial: Área de Farmacia, Comisiones de Farmacia y Terapéutica y del Uso Racional del Medicamento de las Gerencias de Área Integrada y de las Gerencias de Atención Especializada y Primaria de Toledo.



Edita SESCAM - Área de Farmacia
 burm@sescam.jccm.es
 Avenida Río Guadiana 4. Toledo
 45071.
 I.S.S.N.: 2530-8939