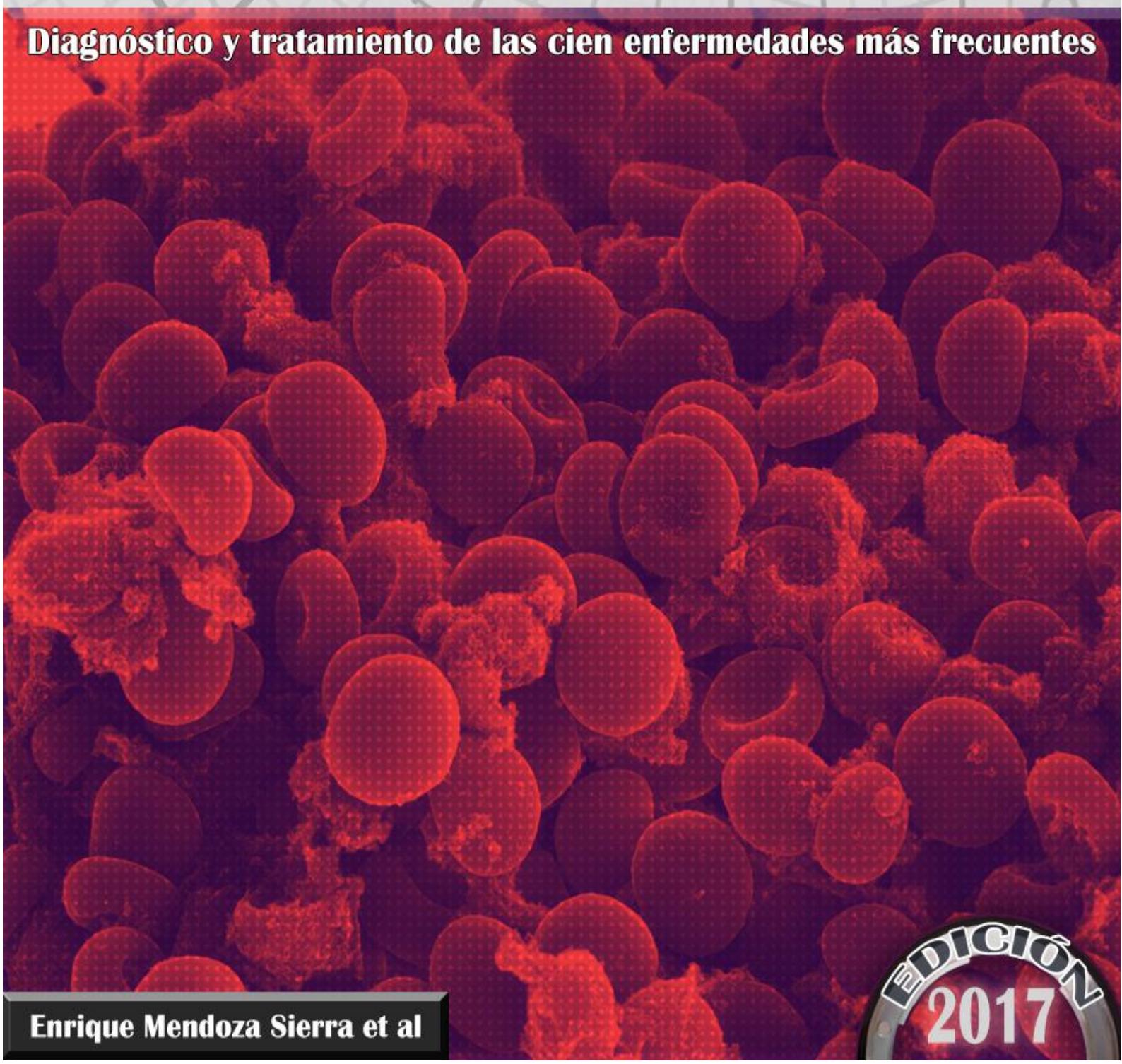


**LA BIBLIA** *del*

# **MEDICO GENERAL**



**Diagnóstico y tratamiento de las cien enfermedades más frecuentes**



**Enrique Mendoza Sierra et al**

**EDICIÓN  
2017**

# **LA BIBLIA DEL MÉDICO GENERAL**

Diagnóstico y tratamiento de las cien enfermedades más frecuentes

**Libro imprescindible para el  
médico de primer contacto que  
atiende pacientes económicamente  
débiles y con escaso o nulo acceso  
a estudios de laboratorio y gabinete.**

**Autores:**

Enrique Mendoza Sierra  
Luis Antonio Mendoza Sierra  
Margarita Dalila Mendoza Gálvez  
Iliana Ahtenea Mendoza Gálvez  
Enrique Mendoza Gálvez  
Margarita Gálvez Barón

## **Índice de contenido**

**Legales**

**Acerca de los autores**

**Dedicatoria**

**Prefacio**

**Introducción**

### **Capítulo 1. Otorrinolaringología**

- 1.1. Amigdalitis
- 1.2. Resfriado común
- 1.3. Influenza estacional
- 1.4. Rinitis alérgica
- 1.5. Otitis media
- 1.6. Sinusitis
- 1.7. Vértigo
- 1.8. Bibliografía

### **Capítulo 2. Neumología**

- 2.1. Tuberculosis
- 2.2. Bronquitis
- 2.3. Neumonía
- 2.4. Asma
- 2.5. Crup
- 2.6. Bibliografía

### **Capítulo 3. Gastroenterología**

- 3.1. Síndrome ulceroso acidopéptico
- 3.2. Síndrome de colon irritable
- 3.3. Colecistitis aguda
- 3.4. Hemorroides
- 3.5. Cirrosis hepática
- 3.6. Hepatitis
- 3.7. Abdomen agudo
- 3.8. Fiebre tifoidea
- 3.9. Amibiasis
- 3.10. Ascariosis
- 3.11. Enterobiosis
- 3.12. Giardiasis
- 3.13. Teniasis
- 3.14. Hernia umbilical
- 3.15. Hernia inguinal
- 3.16. Hernia femoral
- 3.17. Bibliografía

## **Capítulo 4. Ginecoobstetricia**

- 4.1. Síndrome de flujo vaginal
- 4.2. Enfermedad inflamatoria pélvica
- 4.3. Bartolinitis
- 4.4. Atención prenatal
- 4.5. Hiperémesis gravídica
- 4.6. Sangrado uterino en el primer trimestre de embarazo
- 4.7. Sangrado uterino en el segundo y tercer trimestres de embarazo
- 4.8. Preeclampsia
- 4.9. Mastitis puerperal aguda
- 4.10. Climaterio y menopausia
- 4.11. Bibliografía

## **Capítulo 5. Dermatología**

- 5.1. Urticaria y angioedema
- 5.2. Dermatitis por contacto
- 5.3. Dermatitis del pañal
- 5.4. Acné
- 5.5. Erisipela
- 5.6. Impétigo
- 5.7. Pitiriasis alba
- 5.8. Micosis superficiales
- 5.9. Candidosis bucal
- 5.10. Escabiosis
- 5.11. Pediculosis
- 5.12. Bibliografía

## **Capítulo 6. Infecciones exantemáticas**

- 6.1. Varicela
- 6.2. Herpes zóster
- 6.3. Herpes simple
- 6.4. Sarampión
- 6.5. Rubéola
- 6.6. Dengue
- 6.7. Escarlatina
- 6.8. Bibliografía

## **Capítulo 7. Urología**

- 7.1. Infección de vías urinarias
- 7.2. Hiperplasia prostática benigna
- 7.3. Prostatitis
- 7.4. Nefrolitiasis
- 7.5. Gonorrea
- 7.6. Bibliografía

## **Capítulo 8. Reumato**

- 8.1. Gota
- 8.2. Osteoartrosis
- 8.3. Artritis reumatoide
- 8.4. Osteoporosis

## 8.5. Bibliografía

### Capítulo 9. Oftalmología

- 9.1. Orzuelo
- 9.2. Chalazión
- 9.3. Blefaritis
- 9.4. Conjuntivitis bacteriana
- 9.5. Tracoma
- 9.6. Bibliografía

### Capítulo 10. Neurología

- 10.1. Cefalea
- 10.2. Migraña
- 10.3. Epilepsia
- 10.4. Parálisis facial periférica
- 10.5. Neuropatía diabética
- 10.6. Neuralgia posherpética
- 10.7. Neuralgia del trigémino
- 10.8. Enfermedad de Parkinson
- 10.9. Hernia de disco
- 10.10. Bibliografía

### Capítulo 11. Psiquiatría

- 11.1. Alcoholismo agudo
- 11.2. Trastornos de ansiedad
- 11.3. Depresión
- 11.4. Bibliografía

### Capítulo 12. Traumatología

- 12.1. Pie plano
- 12.2. Tortícolis
- 12.3. Esguinces
- 12.4. Desgarros musculares
- 12.5. Luxaciones
- 12.6. Fracturas
- 12.7. Bibliografía

### Capítulo 13. Endocrinología

- 13.1. Diabetes mellitus
- 13.2. Hipotiroidismo
- 13.3. Hipertiroidismo
- 13.4. Bibliografía

### Capítulo 14. Sistema cardiovascular

- 14.1. Hipertensión arterial sistémica
- 14.2. Hiperlipidemias
- 14.3. Insuficiencia cardiaca
- 14.4. Insuficiencia venosa
- 14.5. Tromboflebitis
- 14.6. Fiebre reumática

## 14.7. Bibliografía

### Capítulo 15. Oncología

- 15.1. Cáncer de pulmón
- 15.2. Cáncer de estómago
- 15.3. Cáncer de colon
- 15.4. Cáncer de mama
- 15.5. Cáncer cervicouterino
- 15.6. Cáncer de próstata
- 15.7. Bibliografía

### Capítulo 16. Misceláneos

- 16.1. Obesidad
- 16.2. Síncope
- 16.3. Parotiditis
- 16.4. Espasmos del sollozo
- 16.5. Paludismo
- 16.6. Bibliografía

### Vídeos relacionados

**COPYRIGHT ©: Enrique Mendoza Sierra et al.**

**Edición 2017**

**DERECHOS RESERVADOS**

La presentación y disposición en conjunto de LA BIBLIA DEL MÉDICO GENERAL, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS CIEN ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES, son propiedad de los autores. Ninguna parte de esta obra puede ser reproducida o transmitida, mediante ningún sistema o método, electrónico o mecánico (incluyendo el fotocopiado, la grabación o cualquier otro sistema de recuperación y almacenamiento de información) sin consentimiento por escrito de los autores.

**NOTA.** La medicina es una ciencia sometida a cambios permanentes. A medida que la investigación y la experiencia clínica amplían nuestros conocimientos, son necesarios cambios en los tratamientos y la farmacoterapia. Los editores y autores de esta obra han contrastado sus resultados con fuentes consideradas de confianza, en un esfuerzo por proporcionar información completa y general, de acuerdo con los criterios aceptados en el momento de la publicación. Sin embargo, debido a la posibilidad de que existan errores o se produzcan cambios en las ciencias médicas, ni los editores ni los autores ni cualquier otra fuente implicada en la preparación o publicación de esta obra garantizan que la información contenida en la misma sea exacta y completa en todos los aspectos. Por ello, se recomienda a los lectores contrastar dicha información con otras fuentes. Por ejemplo, y en particular, se aconseja revisar el prospecto informativo y la ficha técnica que acompañan a cada medicamento que deseen administrar, para asegurarse de que la información contenida en este libro es correcta y no se han producido modificaciones en la dosis recomendada y en las contraindicaciones para su administración. Es responsabilidad ineludible del médico establecer el diagnóstico y determinar el tratamiento integral, los fármacos específicos y las dosis más adecuadas de éstos para cada paciente, en función de su experiencia y del conocimiento de cada caso concreto, así como tomar las precauciones de seguridad apropiadas. Por lo anterior, ni los editores ni los autores de este libro asumen responsabilidad alguna por los daños que pudieran generarse a personas o propiedades como consecuencia del contenido de esta obra.



## ACERCA DE LOS AUTORES

Los doctores Mendoza/Gálvez son egresados de la Universidad Nacional Autónoma de México y de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Han publicado diversos textos, artículos, ensayos y videos de áreas médicas y biológicas. Entre sus principales libros destacan la presente obra y *Farmacología en la práctica médica: texto de consulta rápida*, ambos en versión electrónica. Asimismo, han participado como autores, coautores o colaboradores en los textos de *Biología I y II*, y *Biología Conceptual*, publicados por Editorial Trillas, México. Además, son traductores y correctores de libros médicos y científicos.

**Mire aquí otros materiales de los  
mismos autores**

**Libros**

[www.mendoza-sierra.org](http://www.mendoza-sierra.org)

**Videos**

MultiChannel

## **DEDICATORIA**

A todos nuestros familiares y amigos, presentes y ausentes.

A los profesionales de la salud que se esfuerzan por mejorar la calidad de vida de los enfermos.

A los pacientes en general, para decirles que no están solos.

## PREFACIO

Nadie conoce todas las enfermedades ni todos los medicamentos... y nadie ha logrado evitar el sufrimiento ni la muerte de una sola persona.

Conscientes de esta realidad, las metas más altas a las que podemos aspirar los médicos son, en síntesis: aliviar el sufrimiento y retrasar la muerte. Esto implica:

- a) Lograr la curación de las enfermedades tratables, de la forma más sencilla posible y sin realizar exploraciones innecesarias.
- b) Propiciar en el paciente una buena calidad de vida, aunque sea limitada.
- c) Aliviar el sufrimiento dentro de lo posible y éticamente aceptable.
- d) Auxiliar al enfermo a tener una buena muerte, de ser posible en casa, junto a sus seres queridos.

Los objetivos de todo buen médico fueron expresados certeramente por los clínicos franceses Bérard y Gubler a finales del siglo XIX: “Curar a veces, aliviar con frecuencia y consolar siempre”. El primer paso para lograr estas metas fue enunciado desde los orígenes de la medicina hipocrática y consiste en *no hacer daño*, principio con tanta vigencia actual como en el pasado, ya que la posición del médico confiere a éste la potencialidad de dañar, así sea de manera involuntaria.

Los pacientes son seres humanos, con temores y esperanzas, que acuden al médico en busca de ayuda, confianza y comprensión. Y los médicos pueden auxiliar a los pacientes hasta el último momento de sus vidas, aun cuando sea sólo dándoles ánimo. Otra de las cualidades que los pacientes esperan de aquellos en quienes confían su salud, que tal vez no esperarían en el mismo grado de otros profesionales, es la bondad. El apoyo humanitario es imprescindible en el bienestar de los enfermos, pues éstos son mucho más que órganos y sistemas lesionados.

Si para el artista el aplauso del público representa su más alta satisfacción humana, para el médico bien podría ser que los pacientes llegaran a decir o pensar que la persona más buena que han conocido es un doctor.

Debido a la abrumadora cantidad de enfermedades existentes, resultaría una audaz ilusión creer que para ser un buen médico se deberían conocer todas ellas. Como el médico general constituye el primer contacto de la población con el sistema de salud, lo

que procede es que se familiarice con los padecimientos más frecuentes para atenderlos de forma adecuada. *La Biblia del médico general* cumple con este objetivo.

El médico general está en condiciones de diagnosticar y tratar de 70 a 80 % de los enfermos que recibe. La atención del médico general a los pacientes es de carácter esencialmente ambulatorio, con énfasis en el método clínico y epidemiológico, y ocasionalmente con apoyo de técnicas complementarias de diagnóstico elementales, hecho altamente relevante si se tiene en cuenta que la gran mayoría de las personas en todo el mundo son económicamente débiles, sin posibilidades de pagar estudios muy costosos o poco accesibles.

Ahora bien, todo paciente con un proceso patológico complicado, desconocido o de difícil tratamiento (< 30 % de los casos) deberá canalizarse a servicio especializado u hospitalario. Ante una situación de esta naturaleza, lo mejor es remitir al enfermo y no intentar un acto heroico que puede complicar o retardar más la solución. En *La Biblia del médico general* se especifica cuándo el médico general debe referir a los enfermos a niveles más altos de atención.

LOS AUTORES

## INTRODUCCIÓN

En este libro se describen las enfermedades más frecuentes que se presentan en la consulta médica general. La exposición de cada padecimiento incluye los siguientes puntos:

*Párrafo introductorio.* En este apartado se expresa en síntesis el padecimiento, su definición, sus principales características clínicas y su epidemiología, lo que orienta rápidamente al médico respecto de la enfermedad específica, el tipo de personas que la pueden padecer y su pronóstico.

*Etiopatogenia.* Aquí se explica de manera sencilla y concreta las causas y mecanismos que dan por resultado la enfermedad de referencia. Esto permite que el médico tenga una mejor claridad de la patología que va a tratar.

*Cuadro clínico.* En esta sección se describen las características más sobresalientes de cada enfermedad, lo que hace posible su identificación y su diferenciación de otras parecidas.

*Diagnóstico.* Aquí se señala la información clave para establecer el diagnóstico de cada padecimiento. En la mayor parte de los casos, la clínica se explica de tal forma que no se requieran estudios de laboratorio ni de gabinete.

*Tratamiento.* En este tema se presentan de forma concisa los fármacos más eficaces, actuales, accesibles y menos tóxicos, con dosis para adultos y niños (en su caso), además del tiempo de prescripción.

Casi todos los medicamentos aquí descritos se encuentran disponibles en presentación genérica, lo que significa un factor importante para la economía del paciente. En México, la calidad de estos productos se comprueba mediante pruebas de bioequivalencia para comparar la actividad del medicamento de patente con el genérico.

La mayoría de los médicos requieren prescribir menos de 100 fármacos en los diversos pacientes que atienden. Por tanto, es mucho más importante, especialmente en términos de seguridad para el paciente, que el médico sepa cómo recetar bien un número más reducido de medicamentos, que saber un poco acerca de un amplio rango de fármacos que tal vez nunca tenga oportunidad de prescribir.



## CAPÍTULO 1. OTORRINOLARINGOLOGÍA

- 1.1. Amigdalitis
- 1.2. Resfriado común
- 1.3. Influenza estacional
- 1.4. Rinitis alérgica
- 1.5. Otitis media
- 1.6. Sinusitis
- 1.7. Vértigo
- 1.8. Bibliografía

## 1.1. Amigdalitis

La amigdalitis es una infección aguda de la faringe y las amígdalas (*figura 1.1.1*). También suele denominarse *faringoamigdalitis* o simplemente *faringitis*. Se caracteriza por dolor y enrojecimiento de la orofaringe, aumento del tamaño de una o ambas amígdalas y fiebre.



**Fig. 1.1.1.** Faringoamigdalitis.

Esta patología es muy frecuente en niños y adultos. La incidencia varía según la época del año y el ambiente epidemiológico.

### **Etiopatogenia**

La principal causa de faringitis es la colonización de las amígdalas por virus (principalmente rinovirus y, con mucha menos frecuencia, el de la mononucleosis, herpes o VIH).

La segunda causa más frecuente la constituyen las bacterias que habitualmente proceden de la piel, la orofaringe o el tracto respiratorio. En estos casos, la forma más común es la faringoamigdalitis por estreptococo beta hemolítico del grupo A (*Streptococcus pyogenes*).

La enfermedad se puede contagiar a través del aire (al toser o estornudar) o por contacto directo (p. ej., intercambio de saliva y contacto con objetos contaminados).

### **Cuadro clínico**

La sintomatología de una faringitis es de utilidad limitada para distinguir entre etiología viral y bacteriana. No hay pruebas de que las faringitis bacterianas sean más

severas que las virales o que la duración de la enfermedad sea significativamente diferente en un caso u otro.

En ocasiones, la *faringoamigdalitis causada por virus* se puede caracterizar por:

- a) Comienzo gradual y empeoramiento progresivo.
- b) Fiebre moderada (< 39 °C).
- c) Enrojecimiento de orofaringe y aumento del tamaño de una o ambas amígdalas, con dolor moderado.
- d) Presencia de ganglios pequeños en el cuello.
- e) Síntomas de tipo respiratorio como rinitis, disfonía y tos.
- f) Conjuntivitis.
- g) Poca afectación del estado general.

Por su parte, la *faringoamigdalitis producida por bacterias* se podría manifestar de la siguiente forma:

- a) Comienzo brusco.
- b) Fiebre elevada (generalmente > 39 °C).
- c) Orofaringe y amígdalas muy enrojecidas, aumento del tamaño de una o ambas amígdalas con presencia de puntos rojos en la superficie (pequeñas hemorragias), focos de pus (bacterias) o placas blanquecinas.
- d) Aumento del tamaño de los ganglios del cuello, dolorosos a la palpación.
- e) Afectación del estado general (dolor de cabeza, náusea, vómito, dolor abdominal).

## **Diagnóstico**

Los hallazgos clínicos por sí solos no son adecuados para distinguir entre una faringitis bacteriana y una viral, pero si el paciente presenta rinorrea prominente, tos, ronquera y conjuntivitis es posible que el agente causal sea un virus.

El diagnóstico diferencial entre faringitis bacteriana y viral se puede establecer mediante estudios de laboratorio. Sin embargo, debido a que en nuestro medio el médico general no tiene la posibilidad de realizar en todos los casos un estudio microbiológico completo de los potenciales microorganismos responsables de la



faringitis, las pruebas deben dirigirse, en su caso, a identificar el estreptococo beta hemolítico del grupo A por el riesgo de las complicaciones supurativas e inmunológicas que implica su presencia.

Los dos métodos que más se utilizan para el diagnóstico de laboratorio de la faringitis estreptocócica son el cultivo y la prueba de detección rápida de antígenos de *Streptococcus pyogenes*.

## Tratamiento

### *Faringitis viral*

No hay tratamiento específico para la faringitis viral. En estos casos, la terapia es sintomática y tiene por finalidad aliviar el dolor, la fiebre y los síntomas sistémicos o respiratorios asociados, por lo que se indican medidas generales y fármacos.

### *Medidas generales*

- a) Ingestión suficiente de líquidos.
- b) Gárgaras con algún antiséptico (p. ej., benzidamina) o mediante agua con sal (media cucharadita de sal en un vaso de agua tibia) varias veces por día. Esta medida puede evitar la colonización de la faringe por bacterias.

### *Analgésicos*

Se puede optar por uno de los siguientes analgésicos de administración oral, durante 5-7 días:

Fármaco	Dosis	
	<i>Adultos y mayores de 12 años</i>	<i>Niños</i>
Paracetamol	500 mg cada 4-6 horas	10-30 mg/kg cada 4 a 6 horas
Ibuprofeno	200-400 mg cada 6 horas	5-10 mg/kg cada 6 a 8

		horas
--	--	-------

No se debe administrar ácido acetilsalicílico (aspirina) en pacientes menores de 18 años, pues su uso se relaciona con la aparición del síndrome de Reye, una complicación infrecuente pero grave del hígado y del cerebro que complica y hace más difícil el manejo de la enfermedad.

### *Antihistamínicos*

Para la rinitis y la conjuntivitis se puede emplear uno de los siguientes antihistamínicos orales, durante 5-10 días:

Fármaco	Dosis	
	<i>Adultos</i>	<i>Niños</i>
Loratadina	10 mg cada 24 horas	> 6 años: 10 mg cada 24 horas 2-6 años: 5 mg cada 24 horas
Difenhidramina	25-50 mg cada 6 horas	6-12 años: 12.5 mg cada 6 horas 2-5 años: 12.5 mg cada 8 horas
Clorfenamina	4 mg cada 6 horas	6-12 años: 2 mg cada 6 horas 2-6 años: 1 mg cada 6 horas

La faringoamigdalitis producida por virus habitualmente se resuelve de forma espontánea en el plazo de unos días, sin dejar secuelas.

### *Faringitis bacteriana*

El tratamiento de la faringoamigdalitis producida por bacterias requiere el empleo de un antibiótico específico frente al germen causante de la infección, además de tratamiento sintomático mediante el empleo de un analgésico-antipirético para el control del dolor y la fiebre.

La decisión de instaurar tratamiento antibiótico en un paciente con amigdalitis aguda debería tomarse con base en el resultado de una prueba de diagnóstico rápido de infección por *Streptococcus pyogenes*; sin embargo, si no se dispone de ésta, es recomendable iniciarlo empíricamente en las siguientes situaciones:

- a) Amigdalitis de comienzo agudo con fiebre > 38 °C, presencia de exudado amigdalino y adenopatías en la región cervical anterior.
- b) Faringitis en un paciente inmunodeprimido o con antecedentes de fiebre reumática.
- c) Brote comunitario de amigdalitis estreptocócica.

Se puede optar por uno de los fármacos que se indican a continuación.

### *Penicilinas*

Fármaco	Dosis	
	Adultos	Niños
Penicilina V (fenoximetilpenicilina), vía oral, durante 10 días	250 mg (400 000 UI) cada 6-8 horas	50 000 UI/kg/día (sin pasar la dosis para adultos), divididos en 3-4 tomas diarias
Amoxicilina, vía oral, durante 10 días	500 mg cada 6 a 8 horas	20-40 mg/kg/día, divididos en 3 tomas diarias
Penicilina benzatínica, vía intramuscular, una sola dosis	1200 000 UI	7-11 años: 900 000 UI < 7 años: 300 000 UI

### *Macrólidos*

Estos medicamentos, que se administran por *vía oral* (VO), se indican especialmente en pacientes alérgicos a penicilinas y su eficacia clínica es muy parecida a la de las penicilinas frente a la amigdalitis estreptocócica; además, son activos frente a gérmenes causantes de amigdalitis que no responden a la penicilina (p. ej., *A. haemolyticum*, *Chlamydia* spp, *M. pneumoniae*):

Fármaco	Dosis	
	Adultos	Niños
Eritromicina, VO, durante 10 días	250-500 mg cada 6 horas	30-50 mg/kg/día, divididos en dosis iguales cada 6 horas
Claritromicina, VO, durante 10 días	250-500 mg cada 12 horas	7.5 mg/kg cada 12 horas (dosis máxima: 500 mg cada 12 horas)
Azitromicina (si se sospecha de <i>M. pneumoniae</i> o <i>Chlamydia pneumoniae</i> ), una toma diaria, VO, durante 3 días	Adultos y niños con peso > 45 kg: 500 mg/día	Niños con peso corporal de: 36-45 kg: 400 mg/día 26-35 kg: 300 mg/día 15-25 kg: 200 mg/día < 15 kg: 10 mg/kg/día

#### *Cefalosporinas y clindamicina*

Si existen datos de resistencia a macrólidos, las cefalosporinas de primera generación, como la cefalexina o el cefadroxilo, también son apropiadas, al igual que la clindamicina, aun cuando no presentan ventajas respecto de las penicilinas.

Fármaco	Dosis	
	Adultos	Niños
Cefalexina, VO, durante 5-7 días	250-500 mg cada 6 horas	25 a 50 mg/kg, divididos en 4 tomas diarias (con un

		máximo de hasta 4 g/día)
Cefadroxilo, VO, durante 5-7 días	1-2 g/día en una toma o divididos en 2 tomas iguales	30 mg/kg/día, divididos en 2 tomas iguales cada 12 horas
Clindamicina, VO, durante 10 días	Adultos: 600 a 1200 mg/día, divididos en 2 a 4 tomas	> 10 kg: 20 a 40 mg/kg/día, divididos en 3 ó 4 tomas diarias Neonatos: 15 a 20 mg/kg/día, divididos en 3 ó 4 tomas

Para el tratamiento del dolor y la fiebre se recomienda *paracetamol* o *ibuprofeno*; asimismo, en caso de rinitis o conjuntivitis se indica un *antihistamínico*. Las dosis y vías de administración ya se mencionaron arriba.

### *Infección estreptocócica recurrente*

Los pacientes con infección estreptocócica recurrente no específica deben recibir tratamiento a base de amoxicilina y ácido clavulánico, o bien, de clindamicina o penicilina con metronidazol:

Fármaco	Dosis	
	Adultos	Niños
Amoxicilina con ácido clavulánico, VO, durante 10 días	500 mg (con base en amoxicilina), cada 8 a 12 horas	20-40 mg/kg/día (con base en amoxicilina), divididos cada 8 horas
Metronidazol, VO, durante 10 días	500 mg cada 8 horas	35-50 mg/kg/día, divididos cada 8 horas

La mayor parte de las faringoamigdalitis bacterianas tienen buen pronóstico y suelen resolverse en el plazo de 7-10 días con tratamiento adecuado.

### **Generalidades**

La faringoamigdalitis estreptocócica no tratada puede dar lugar a complicaciones poco frecuentes, como fiebre reumática o glomerulonefritis aguda.

El médico general deberá referir a servicio hospitalario aquellos pacientes que cursen con una importante afectación del estado general o con dificultad para el paso del aire a través de la orofaringe.

Las faringoamigdalitis de repetición son un problema frecuente en la infancia. Las indicaciones de extirpar las amígdalas son actualmente muy limitadas y específicas debido a la drástica disminución de los episodios a partir de los seis años de edad. Será el otorrinolaringólogo quien determine en qué casos será necesaria la intervención quirúrgica.