

Referencias

1. Grupo A streptococcus in children. *NICE*. 30 Dic 2022.
2. Tonsillitis and Tonsilloliths: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 2023;107(1):35-41.
3. Infecciones respiratorias superiores en pediatría-PRAN. *Guía terapéutica antimicrobiana del SNS*.
4. Estudio retrospectivo sobre la efectividad y seguridad de la pauta antibiótica reducida a 5-7 días en la faringoamigdalitis aguda estreptocócica comparada con la pauta clásica de 10 días. *Anales de pediatría-Dic 2022*.
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 2006. 23. Díez Gil O (coordinador). Procedimientos en Microbiología Clínica. Cercenado Mansilla E, Cantón Moreno R (editores). *Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC)*.
6. Rodrigo C, del Castillo F, García Martín F, Moreno Pérez D, Ruíz Contreras J. Infección de las vías respiratorias superiores. Arístegui J (coordinador). Protocolos clínicos SEIMC.: Aguado JM, Almirante J, Fortún J (editores). *Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC)*.

PROA COMUNITARIO DE SORIA
22 febrero 2023

FARINGOAMIGDALITIS EN PEDIATRÍA

Guía breve de práctica clínica
para el diagnóstico y tratamiento

FAA



Esta guía clínica va dirigida a los médicos de Atención Primaria y de Urgencias (médicos de familia y pediatras). Pretende servir de ayuda en el diagnóstico de la faringoamigdalitis aguda (FAA) y promover el uso adecuado de antibióticos en esta patología.

Etiología

En la mayoría de los casos, la FAA en niños es de origen viral (70-85 %) y remite espontáneamente.

Entre las causas bacterianas, el principal agente responsable es *Streptococcus pyogenes* o estreptococo β hemolítico del grupo A (EBHA), responsable del 30-40% de las FAA que se observan en niños de 3-13 años, del 5-10% en niños entre 2 y 3 años, sólo del 3-7% en menores de 2 años, e insólitas en los menores de 18 meses. Estas frecuencias pueden cambiar en situaciones epidemiológicas concretas excepcionales.

Diagnóstico

Sospecha de etiología estreptocócica: criterios clínicos e indicación del test de diagnóstico rápido (TDR).

Los criterios de Centor modificados por McIsaac para ponderar por la edad, pueden ayudar a identificar pacientes con mayor probabilidad de infección estreptocócica (grupo A).

Criterios de Centor-McIsaac	Puntos
Fiebre > 38 grados	1
Ausencia de tos	1
Exudado amigdalar	1
Adenopatías cervicales anteriores dolorosas	1
Edad de 3-15 años	1
Edad de 0-2 años	0

Si 3 o más puntos, realizar el TDR Stept A para diagnosticar la infección por *Streptococcus pyogenes*, y en caso de ser negativo, no iniciar el tratamiento antibiótico. La utilización del TDR reduciría el uso inadecuado de antibióticos.

Siempre que fuera posible, se debería solicitar cultivo de exudado faríngeo tras un test rápido negativo para descartar falsos negativos de la prueba, así como otros microorganismos causantes de FAA, como estreptococos β hemolítico de grupos C y G. También en los siguientes supuestos:

1. Niños con indicación de TDR si éste no está disponible.
2. Población con altas tasas de enfermedad estreptocócica invasiva o contacto confirmado con ella.
3. Fracaso de tratamiento y necesidad de realizar un antibiograma.
4. Niños con antecedentes de fiebre reumática o glomerulonefritis.

Tratamiento

A/ SELECCIÓN DEL ANTIBIÓTICO EMPÍRICO

Fenoximetilpenicilina (penicilina V):

- ▶ Niños < 27 kg= 250 mg/12h.
- ▶ Niños > 27 kg= 500 mg/12h.

Amoxicilina: 40-50 mg/kg/día en dos tomas (dosis máxima: 1-1,2 g/día).

B/ DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: 10 DÍAS

Varias publicaciones evidencian que pautas cortas de tratamiento antibiótico (5-7 días) son tan efectivas como pautas de 10 días. Estos resultados hay que tomarlos con cautela, ya que las pautas de 10 días pueden disminuir las complicaciones por fiebre reumática, y si se reduce el tiempo de administración podría dar lugar a un mayor número de recurrencias.

C/ TRATAMIENTO ALTERNATIVO EN CASO DE ALERGIA A PENICILINA

- ▶ Si alergia inmediata:
Azitromicina 12 mg/kg/día, 1 toma (dosis máxima= 500 mg/día) durante 5 días.
- ▶ Si alergia no anafiláctica o alergia retardada:
Cefadroxilo oral, 30 mg/kg/día, 1 toma (dosis máxima= 1 g/día) durante 10 días.
- ▶ Si alergia inmediata a penicilina y resistencia a macrólidos:
Clindamicina 15-25 mg/kg/día en 3 tomas (dosis máxima= 900 mg/día) durante 10 días.

Se debe registrar el resultado del test Stept A, la indicación y duración prevista del antibiótico en la Historia Clínica.

NO hacer en faringoamigdalitis

- ▶ No prescribir antibióticos en FAA, salvo que exista una alta sospecha de etiología estreptocócica y/o que el resultado del test Strep-A sea positivo.
- ▶ No prescribir amoxicilina-clavulánico (A-C) como tratamiento de elección en la FAA estreptocócica. *Streptococcus pyogenes* no es productor de betalactamasas, y A-C es un antibiótico de amplio espectro que puede derivar en selección de cepas resistentes de otras bacterias de la flora nasofaríngea.