

# Criterios para la utilización del test rápido para el diagnóstico de faringoamigdalitis aguda estreptocócica en pediatría

Contenidos	
Introducción	
Alcance y objetivos	
Justificación	
Algoritmo de actuación	
Indicación	
¿Cuándo está indicado el cultivo?	¿Cuándo está indicado realizar el test de diagnóstico rápido (TDR)?
¿Cuándo no realizar TDR?	
Conclusión	
Procedimiento de suministro	
Bibliografía	
Anexos.	

Mayo 2018

## **Autores**

*(por orden alfabético)*

**Alonso Ballesteros, M<sup>a</sup> Jesús**

*Pediatra*

*CS Medina del Campo Urbano, Valladolid*

**Alonso Rubio, Ana M<sup>a</sup>**

*Pediatra*

*CS Covaresa, Valladolid*

**Bachiller Luque, Rosario**

*Pediatra*

*CS Pilarica, Valladolid.*

**Cordón Pérez, Carmen**

*Pediatra*

*CS Barrio España, Valladolid*

**Elízaga Corrales, Jorge**

*Infectólogo*

*Complejo Asistencial de Segovia*

**García García, M<sup>a</sup> Inmaculada**

*Servicio de Microbiología*

*Complejo Asistencial Universitario de Salamanca*

**García Ortiz, Alejandra**

*Servicio de Prestación Farmacéutica*

*Dirección Técnica de Farmacia*

**Garrido Redondo, Mercedes**

*Pediatra*

*CS Tórtola, Valladolid*

**Guerra Laso, José Manuel**

*Infectólogo*

*Complejo Asistencial Universitario de León*

**Hernández Vázquez, Ana M<sup>a</sup>**

Enfermera de Pediatría  
CS Barrio España, Valladolid

**Mendinueta, Susana**

Enfermera de Pediatría  
CS Covaresa, Valladolid

**Ortega Lafont, M<sup>a</sup> del Pilar**

Servicio de Microbiología  
Complejo Asistencial Universitario de Burgos

**Palencia, Teresa**

Enfermera de Pediatría  
CS Cuéllar, Segovia

**Prado Prieto, María Ana**

Servicio de Farmacia  
Gerencia de Valladolid Este

**Rojo Cuesta, Soledad**

Enfermera de Pediatría  
CS Pilarica, Valladolid

**Ruiz San Pedro, Ana M<sup>a</sup>**

Servicio de Farmacia  
Gerencia de Valladolid Este

**Sáez Vilafañe, Mónica**

Servicio de Farmacia  
Complejo Asistencial Universitario de León

**Salvador Sánchez, Juan José**

Médico Urgencias  
Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

**Sanz Fernández, Mónica**

Pediatra  
CS Pisuerga, Valladolid

**Valverde, Dolores**

Enfermera de Pediatría  
CS Pisuerga, Valladolid

## **Coordinación y revisión**

*(por orden alfabético)*

**Alamo Sanz, Rufino**

*Jefe de Servicio Observatorio de Salud Pública  
Dirección General Salud Pública*

**Calabozo Freile, Belén**

*Servicio de Prestación Farmacéutica  
Dirección Técnica de Farmacia*

**Castro Rodríguez, Flor de**

*Directora Técnica de Asistencia Sanitaria*

**Ceballos Alonso, Concepción**

*Servicio de Cartera de Servicios de Atención Especializada  
Dirección General de Asistencia Sanitaria*

**Ceruelo Bermejo, Judit**

*Jefa de Servicio  
Servicio de Prestación Farmacéutica  
Dirección Técnica de Farmacia*

**Iglesia Rodríguez, Purificación de la**

*Jefa de Servicio  
Servicio de Cartera de Servicios de Atención Especializada  
Dirección General de Asistencia Sanitaria*

**Pérez Boillos, María José**

*Jefa de Servicio  
Servicio de Calidad y Seguridad de Pacientes  
Dirección Técnica de Innovación*

## INTRODUCCIÓN

La odinofagia es un motivo de consulta muy habitual en Atención Primaria, y es causa frecuente de prescripción innecesaria de antibióticos.

El clínico, en su ejercicio profesional, debe poseer capacidad de resolución para asegurar la calidad de la asistencia (pediatría, unidad de cuidados intensivos, urgencias). En los últimos años las técnicas de diagnóstico rápido (TDR), con sensibilidades y especificidades muy altas, han mejorado la calidad del diagnóstico en el ámbito hospitalario, siendo de uso habitual en los Servicios de Microbiología hospitalarios. Estas técnicas permiten tener resultados en minutos para virus respiratorio sincitial (VRS), adenovirus, rotavirus, astrovirus, gripe, estreptococo, etc.

Las faringoamigdalitis agudas (FA) son generalmente de origen infeccioso y cursan clínicamente como un cuadro agudo, febril con inflamación de las mucosas de la faringe y/o amígdalas que presenta eritema, edema, exudados, úlceras o vesículas. La etiología más frecuente es la vírica y entre las causas bacterianas, el principal agente responsable es el *Streptococcus pyogenes* o estreptococo  $\beta$  hemolítico del grupo A (EBHA) responsable del 30-40% de las FA 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 e insólitas en los menores de 18 meses. Estas frecuencias pueden cambiar en situaciones epidemiológicas concretas excepcionales.

Según los datos de prevalencia de estos procesos infecciosos, en un 20 % de las consultas pediátricas en Atención Primaria el motivo de consulta es la odinofagia, que implican un 55% del total de prescripciones de antibióticos.

Según consta en el documento recientemente publicado por la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria y otras revisiones, el 33 % de las consultas en Atención Primaria serían por FA.

El 80 % de las faringoamigdalitis en pediatría de Atención Primaria son víricas, que únicamente

precisan de tratamiento sintomático, siendo el resto (20%) probablemente bacterianas.

Los motivos para tratar las faringoamigdalitis estreptocócicas (FAS) son acelerar la resolución de los síntomas, reducir el tiempo de contagio y prevenir las complicaciones.

Idealmente, solo deben tratarse los casos confirmados, dada la inespecificidad de los síntomas y la clínica. Sin embargo, se tiende al sobrediagnóstico de FAS lo que conlleva una prescripción innecesaria de antibióticos.

Múltiples publicaciones han demostrado la falta de adecuación del tratamiento antibiótico en la FA, con una excesiva utilización de los antibióticos. Esto implica problemas de desarrollo de resistencias, posibles efectos adversos y un sobrecoste innecesario.

El uso de TDR en FA ha demostrado que puede llegar a reducir la prescripción innecesaria de antibióticos en un 84%, siempre que se sigan correctamente las guías de práctica clínica y se usen estas pruebas en los casos recomendados.

En los casos de sospecha clínica alta donde no estén disponibles las TDR, o si éstas fuesen negativas, se recomienda obtener cultivo e iniciar tratamiento a la espera de los resultados.

Los antibióticos de elección para el tratamiento de la FAS son penicilina y amoxicilina. Amoxicilina-clavulánico no está indicado de forma empírica en la infección aguda. Los macrólidos y los azálidos tampoco son un tratamiento de primera elección; su uso debe reservarse para pacientes con alergia inmediata a penicilina o como tratamiento erradicador, en los casos indicados.

## ALCANCE Y OBJETIVOS

El objetivo de este documento es establecer criterios comunes en la Gerencia Regional de Salud para la correcta utilización de TDR en el diagnóstico de FAS en pediatría.

## JUSTIFICACIÓN

Dado que únicamente la FAS requiere tratamiento antibiótico es fundamental precisar el diagnóstico. Se cuenta para ello con los datos clínicos clásicos y pruebas analíticas, entre las cuales la técnica “gold standard” es el cultivo de frotis faríngeo.

La clínica y los datos de la exploración física no son determinantes para distinguir entre las FA bacterianas y las FA víricas.

Ningún síntoma aislado, ni siquiera la presencia de pus en la amígdala ofrece una probabilidad superior al 50% de acertar en el diagnóstico de FAS.

La eficiencia del TDR del estreptococo  $\beta$  hemolítico del grupo A está demostrada, por lo que se considera adecuada su implantación en las consultas de pediatría de Atención Primaria.

La información técnica del producto indica que los TDR tienen una sensibilidad y especificidad elevadas, información que ha sido avalada por las sociedades científicas.

## ALGORITMO DE ACTUACIÓN

Ante una consulta por odinofagia, el pediatra actuará según el algoritmo que se adjunta (Anexo I).

## INDICACIÓN DEL TEST DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO

### ¿Cuándo está indicado realizar el test de diagnóstico rápido (TDR)?

Existen diversas escalas de predicción clínica de FAS, de las cuales la más utilizada es la de Centor.

Criterios de Centor	Puntos
Temperatura > 38° C	1
Hipertrofia o exudado amigdalal	1
Ausencia de tos	1
Adenopatía cervical anterior	1

Estas escalas solamente ofrecen una aproximación al diagnóstico. Se estima que de los pacientes que alcanzan el máximo de puntuación con estos criterios diagnósticos, únicamente en el 62% sería realmente una FAS, por lo que la utilidad de estas escalas debería ser sólo para seleccionar a los candidatos a TDR.

Está indicada la realización del TDR en niños mayores de 3 años con una puntuación de los criterios de Centor > 2 y ausencia de sintomatología viral (tos, mucosidad, ronquera, vesículas en el paladar y en pilares anteriores ...)

### ¿Cuándo está indicado realizar el cultivo?

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.
5. TDR negativo y elevada sospecha de FAS.

## ¿Cuándo no realizar el TDR?

---

- 1.- Paciente con proceso previo por este microorganismo en el último mes, aunque haya sido tratado con antibiótico. Los restos bacterianos en faringe tras un proceso previo pueden tener cantidad importante de antígeno carbohidrato y producir un falso positivo.
- 2.- Alta sospecha de infección viral (tos, mucosidad, ronquera, vesículas en el paladar y pilares anteriores).
- 3.- Paciente inmunodeprimido (tratamiento en todos los casos)
- 4.- Paciente con historia de fiebre reumática (tratar siempre)
- 5.- Contexto de brote comunitario por EBHA
- 6.- Faringitis crónica (validez menor del test)
- 7.- Menores de 3 años, salvo criterio suplementario que sugiera infección estreptocócica (ambiente epidémico, exantema escarlatiniforme, petequias en paladar, lengua aframbuesada, absceso

## PROCEDIMIENTO DE SUMINISTRO Y GESTIÓN DE LOS TDR (Se adaptará en cada Área de Salud)

---

- 1º- El pediatra solicita el kit de diagnóstico rápido de estreptococo por correo electrónico al Servicio de Farmacia de AP u hospital (el procedimiento se adaptará en cada Área de Salud)
- 2º- Al comienzo del envase debe realizarse SIEMPRE un control de calidad que está incluido en la caja, devolviendo los que no la superen al Servicio de Microbiología.
- 3º- La enfermera de atención primaria/hospital, previamente formada, realiza la toma de muestra y la prueba.
- 4º- La realización del test y su resultado se registrará en la Historia Clínica Electrónica
- 5º Con fines de vigilancia epidemiológica (resistencia bacteriana) y evaluación de concordancia de resultados, en los pacientes que cumplan los criterios de indicación del test, se realizará cultivo de frotis faríngeo de forma aleatoria siguiendo los criterios que acuerde cada PROA (se recomienda realizar recogida de todas las muestras que resulten positivas el mismo día en invierno y otro en primavera -a determinar por los Laboratorios de Microbiología- para realizar vigilancia de susceptibilidad antimicrobiana).

## CONCLUSIONES

---

- No se debe utilizar el test en todos los pacientes pediátricos con faringoamigdalitis
- El test rápido puede ser una ayuda para el diagnóstico de FA estreptocócicas

cuando la puntuación de los criterios de Centor es mayor de 2.

- Para que el resultado sea fiable hay que realizar correctamente la toma de la muestra y la técnica de realización del test
- El cultivo sigue estando indicado en determinadas situaciones

## **ANEXOS**

- Anexo 1.- Algoritmo de actuación en FA.
- Anexo 2.- Procedimiento de la toma de muestras

## **BIBLIOGRAFÍA:**

Piñeiro Perez R, Hijano Bandera F, Álvez González F, Fernández Landaluce A, Silva Rico JC, Pérez Cánovas C, Calvo Rey C y col. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la FA aguda. *An Pediatr* 2011;75:342 e1-342 e13.

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 FA aguda en pediatría. Enero 2014. Disponible en: <http://www.aepap.org/grupos/grupo-de-patologia-infecciosa/contenido>

SIGN Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of sore throat and indications for tonsillectomy. A national clinical guideline. Published April 2010. [Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign117.pdf> ]

Snellman L, Adams W, Anderson G, Godfrey A, Gravley A, Johnson K, et al. Institute for Clinical Systems Improvement. Diagnosis and Treatment of Respiratory Illness in Children and Adults. Updated January 2013. [Disponible en: <http://bit.ly/RespIII> ].

Finnish Medical Society Duodecim. Tonsillitis and pharyngitis in children. In: EBM Guidelines. Evidence-Based Medicine. Helsinki, Finland: Wiley Interscience. John Wiley and Sons; 2007. 11

Michigan Quality Improvement Consortium. Acute pharyngitis in children. Southfield (MI): Michigan Quality Improvement Consortium; 2009. [Disponible: <http://www.med.umich.edu/1info/FHP/practiceguides/pharyngitis/pharyn.pdf> ]

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.

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;170:1059-67.

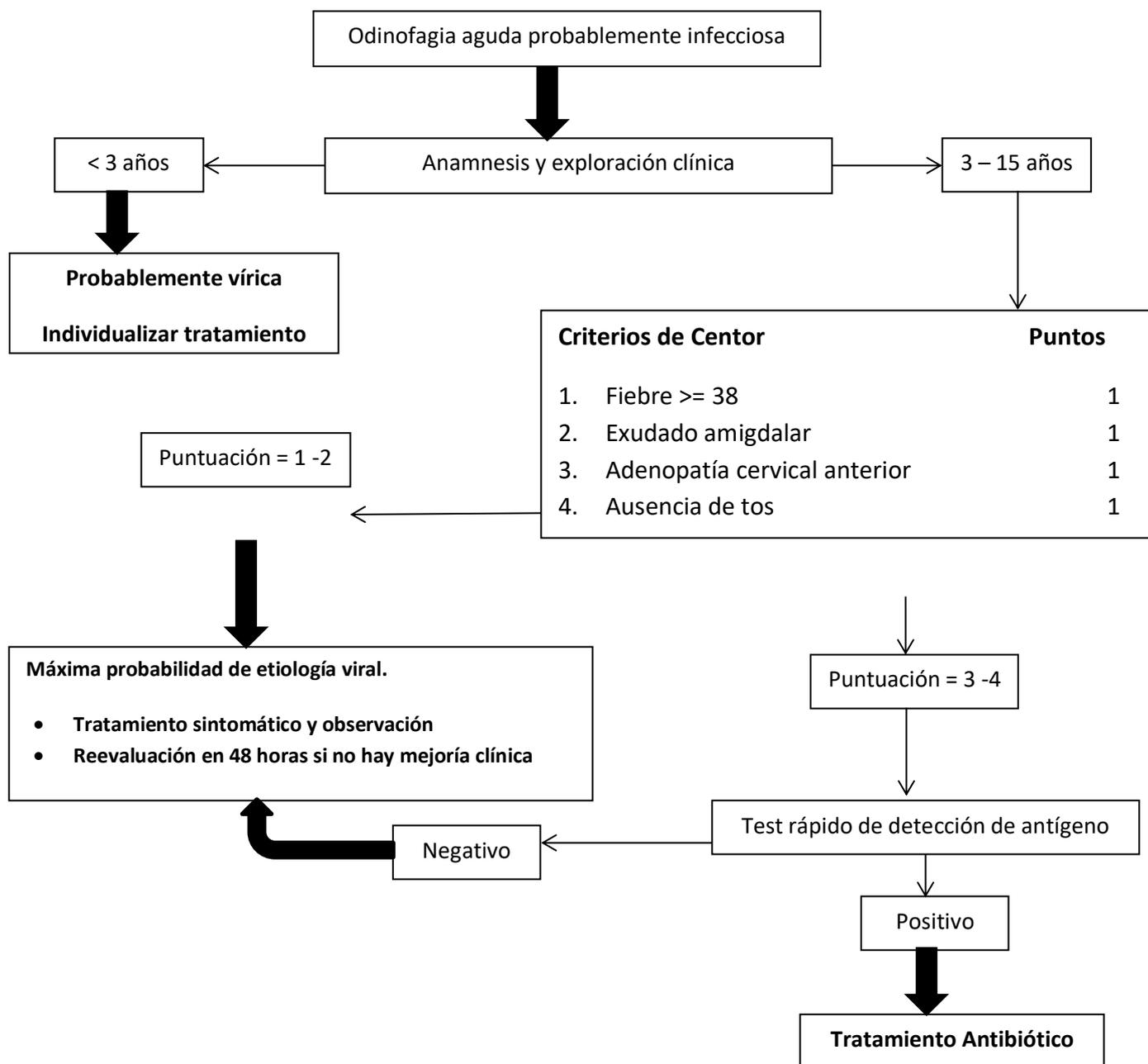
Gayoso P. Lectura crítica de un artículo sobre diagnóstico. *Guías Clínicas* 2008; 8 Supl 1: 1. En *Fisterra.com*, Atención Primaria en la Red [sede Web]. La Coruña: *Fisterra.com*; 1990- [acceso 1 de octubre de 2011]. [Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/fmc/diagnostico.asp> ]

Ruiz-Aragón J, Rodríguez López R, Molina Linde JM. Evaluación de los métodos rápidos para la detección de *Streptococcus pyogenes*. Revisión sistemática y metaanálisis. *An Pediatr (Barc)*. 2010;72:391-402.

Carles Llor\*, Miriam Alkorta Gurrutxagab, Josep de la Flor i Bruc, Silvia Bernárdez Carracedod, José Luis Cañada Merinoe, Mario Bárcena Caamaño<sup>f</sup>, Carmen Serrano Martino<sup>g</sup> y Josep Maria Cots Yago<sup>h</sup>. Recomendaciones de utilización de técnicas de diagnóstico rápido en infecciones respiratorias en atención primaria. *Aten Primaria*. 2017; 49(7):426-437

Servicio Madrileño de Salud, Criterios para la utilización del test rápido para el diagnóstico de faringoamigdalitis estreptocócicas en pediatría. 2016

**ANEXO 1. ALGORITMO DE ACTUACIÓN EN FARINGOAMIGDALITIS**



## ANEXO 2

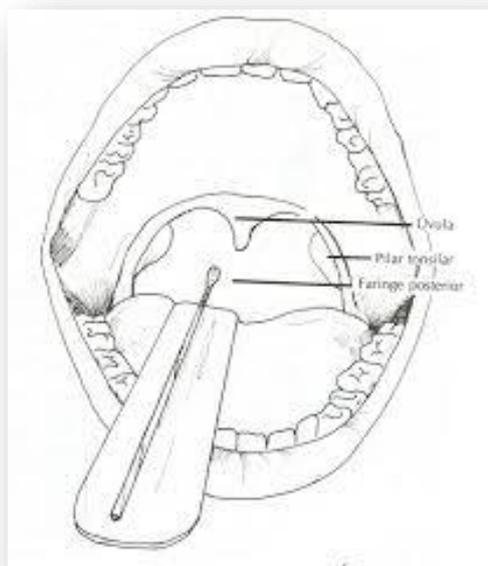
### PROCEDIMIENTO DE LA TOMA DE MUESTRAS

#### 1.- TOMA DE MUESTRA

**Material necesario:** torunda y depresor.

**Procedimiento:** Tocar con la torunda del hisopo las zonas en las que haya exudado, además de las criptas tonsilares y la parte posterior de la faringe. **NO** tocar mucosa oral, lengua o úvula.

Una correcta toma de la muestra es fundamental para obtener el resultado adecuado.



#### 2.- REALIZACIÓN DEL TEST

**Material necesario:**

1. Incluido en el Kit
2. No incluido en el Kit
  - a. Guantes desechables
  - b. Cronómetro