

SOLICITUD DE DOTACIÓN DEL TEST RÁPIDO DE DETECCIÓN DE ANTÍGENO ESTREPTOCÓCICO EN LAS CONSULTAS DE PEDIATRÍA

Documento elaborado por el Grupo de Patología Infecciosa de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. [Disponible en: http://www.aepap.org/sites/default/files/carta_solicitud_trda.pdf]

Con este documento pretendemos, según la evidencia científica disponible, concienciar a las autoridades sanitarias acerca de la utilidad de dotar a las consultas de pediatría de AP con el **test rápido de detección de antígeno del estreptococo beta hemolítico del grupo A (TRDA)**, en base a conseguir una disminución del consumo de antibióticos y una mejor adecuación de la prescripción de los mismos, una disminución del gasto sanitario y una asistencia de más calidad y más segura para el paciente. Éstos objetivos figuran en las líneas estratégicas tanto del Sistema Nacional de Salud (SNS) como de los sistemas de salud de todas las Comunidades Autónomas (CCAA).

España es uno de los países europeos con mayor utilización de antibióticos^{1,2} registrándose además una elevada inadecuación^{3,4} en la prescripción de los mismos y, consecuentemente, altas tasas de resistencias bacterianas⁵. Esto es un problema de especial relevancia en las consultas de Atención Primaria (AP) en general, por ser en ellas donde mayoritariamente se realiza esta prescripción⁶, y en la población pediátrica en particular, dado el mayor número de consultas relacionadas con infecciones en este grupo de edad⁷. De hecho en población pediátrica se registran unas tasas de resistencia bacteriana más altas que en la población general⁵. El uso racional de antibióticos es pues un reto para el pediatra de AP.

La faringoamigdalitis aguda es un diagnóstico muy frecuente puesto que aproximadamente un 20% de todas las consultas por enfermedad en pediatría estarían relacionadas con faringoamigdalitis. La mayoría son de etiología viral y sólo el 30% tienen su origen en el estreptococo beta hemolítico del grupo A (SBGA), siendo esta etiología mucho menos frecuente en menores de 3 años⁸.

La gran mayoría de guías de práctica clínica recomiendan que la faringoamigdalitis en pediatría solamente sea tratada con antibióticos cuando se haya hecho una confirmación diagnóstica de su etiología estreptocócica. Ningún signo clínico o síntoma aislados tienen un cociente de probabilidad importante como para aproximarnos al diagnóstico de faringoamigdalitis estreptocócica (FAS)⁹. Es decir, que si el diagnóstico se hace solamente en base a la clínica estamos tratando erróneamente con antibióticos muchas que serán de origen viral. Existen escalas que agrupan síntomas, como la de Centor¹⁰, la más utilizada en pediatría, pero de escaso valor predictivo positivo (VPP), de forma que basando en estos criterios la decisión de antibioterapia se da un sobretratamiento del 46%. Sí tienen utilidad para descartar el origen estreptocócico (elevado valor predictivo negativo), puesto que la ausencia de dos de estos criterios descarta el FAS en el 85% de las ocasiones^{11,12}.

El cultivo faríngeo es el método de referencia para el diagnóstico de infección por SBGA, pero su limitación radica en la necesidad de disponer de un laboratorio de microbiología y en el tiempo preciso para conocer sus resultados, lo que retrasa el momento de iniciar tratamiento en caso de ser éste necesario. Por este motivo y también por la presión que la familia ejerce sobre el profesional, en muchas ocasiones se prescribe antibiótico ante la sospecha clínica sin esperar o prescindiendo de los resultados del cultivo.

El test rápido de detección de antígeno del SBGA (TRDA) es una prueba para identificar de forma sencilla, rápida y en la propia consulta, la presencia del germen en la faringoamigdalitis aguda de causa bacteriana. Los más recientes test de inmunoanálisis están preparados para detectar la presencia en amígdalas y faringe del antígeno carbohidratado específico de la pared celular del SBGA o *Streptococcus pyogenes* con una precisión diagnóstica muy próxima a la del cultivo (84 a 99% de sensibilidad y 95 a 99% de especificidad), además de disponer del resultado en plazos ahora muy cortos (5-10 minutos)¹³. Asimismo, los costes se han reducido mucho, y en este momento (Enero 2014), a precio de mercado hay varios que valen menos de 3 €/test¹⁴. Señalar también la importancia, para los buenos resultados del test, de que el personal que lo realice –pediatra o enfermería-, esté correctamente adiestrado en la toma de muestra faringoamigdalilar con hisopo.

Son importantes también los estudios que valoran efectividad y coste del test, y en este sentido disponemos de uno de calidad realizado desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud español y publicado en 2011¹⁵. Analiza 6 diferentes estrategias de abordaje en pediatría (tratar con antibiótico todas, tratar en función de una escala clínica, TRDA a todas, TRDA a todas más cultivo en los negativos, cultivo a todas, y TRDA tras cribado mediante escala clínica -test de Centor ≥ 3 -) y concluye que la estrategia más efectiva era el cultivo a todas, pero la más coste-efectiva fue la realización del TRDA tras cribado mediante test de Centor. (Coste promedio por paciente para cultivo a todas: 86,04 €; para TRDA tras escala clínica: 48,78 €).

La mayoría de guías de práctica clínica recomiendan preferentemente realizar TRDA, y solamente cultivo en los casos en que el TRDA haya sido negativo. No obstante las más recientes incluso admiten ya la no necesidad de confirmar con cultivo los casos de TRDA negativo¹⁶.

En resumen y respecto a la dotación de las consultas de pediatría de AP con TRDA se puede concluir que:

- Favorece y contribuye a un uso racional de los antibióticos al evitar el uso de los mismos en procesos en los que no están indicados
- Disminuye los costes optimizando la utilización de recursos diagnósticos y terapéuticos

- Aumenta el nivel de calidad de la atención prestada a los pacientes
 - Aumenta la seguridad del paciente al establecer de forma rápida la necesidad o no de tratamiento, evitando los problemas originados por una inadecuada prescripción: efectos adversos en el paciente y resistencias bacterianas en la población

Por todo ello, el Grupo de Patología Infecciosa de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) recomienda que este método diagnóstico sea incorporado a las consultas de pediatría en este nivel asistencial. (Adjuntamos el Documento *UTILIDAD DEL TEST RÁPIDO DE DETECCIÓN DE ANTÍGENO ESTREPTOCÓCICO (TRDA) EN EL ABORDAJE DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA EN PEDIATRÍA*, en el que se puede ampliar la información relativa a este tema y en el que se recogen las indicaciones de uso del TRDA, las instrucciones de realización y se propone un algoritmo de actuación¹⁷).

Bibliografía

1. <http://www.antibioticos.msc.es/PDF/antibioticos.pdf>
2. Lazáro-Bengoá E, De Abago Iglesias FJ, López-Navas A, Fernández-Cortizo MJ. Uso de antibióticos en España y marco regulador para su desarrollo clínico en la Unión Europea. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010;28(Supl 4):10-6.
3. Caminal J, Rovira J, Segura A. Estudio de la idoneidad de la prescripción del tratamiento antibiótico en atención primaria y de los costes derivados de la no adecuación. *INFORMES DE AGENCIAS DE EVALUACIÓN. Rev Calidad Asistencial* 2001;16:72
4. Ochoa C, Inglada L, Eiros JM; The Spanish Study Group on Antibiotic Treatments. Appropriateness of antibiotic prescriptions in community-acquired acute pediatric respiratory infections in Spanish emergency rooms. *Pediatr Infect Dis J*. 2001;20:751-8.
5. Pérez-Trallero E, Martín-Herrero JE, Mazón A, García-Delafuente C, Robles P, Iriarte V, et al. and the 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) *ANTIMICROBIAL AGENTS AND CHEMOTHERAPY*. 2010; 54:2953-9.
6. <http://www.antibioticos.msc.es/general-utilizacion.htm>
7. Campos Marqués J. La resistencia a antibióticos: un problema pediátrico. En: AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría 2006*. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. p. 61-7
8. Piñeiro Pérez R, Hijano Bandera F, Álvez González F, Fernández Landaluce A, Silva Rico JC, Pérez Cánovas C, y cols. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. *An Pediatr (Barc)*. 2011;75(5):342.e1-13.
9. Shaikh N, Swaminathan N, Hooper EG. Accuracy and precision of the signs and symptoms of streptococcal pharyngitis in children: a systematic review. *J Pediatr*. 2012;160:487-93.

10. Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP, Brody CE, Link K. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. *Med Decis Making*. 1981;1:239-46.
11. Tanz RR, Gerber MA, Kabat W, Rippe J, Seshadri R, Shulman ST. Performance of a rapid antigen-detection test and throat culture in community pediatric offices: implications for management of pharyngitis. *Pediatrics*. 2009;123:437-44.
12. Llor C, Hernández S, Gómez FF, Santamaría JM, Calviño O, Fernández Y. Validación de una técnica antigénica rápida en el diagnóstico de la faringitis por estreptococo betahemolítico del grupo A. *Aten Primaria*. 2008;40:489-96.
13. Herranz B, Rodríguez-Salinas E, Orden B. Utilidad de las técnicas de diagnóstico rápido para la detección de *Streptococcus pyogenes*. *An Pediatr Contin*. 2007; 5: 92-5.
14. Hijano Bandera F, Piñeiro Pérez R, Orden Martínez B. Técnicas de detección rápida del antígeno estreptocócico (v.1/2012). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [Actualizado el 18 nov-2012. Disponible en <http://www.guia-abe.es/anexos-tecnicas-de-deteccion-rapida-del-antigeno-estreptococico>]
15. 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.
16. García Vera C, Aparicio Rodrigo M, Ochoa Sangrador C. Amigdalitis estreptocócica, tratar o no tratar, esa es la cuestión. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2011. Madrid: Exlibris Ediciones; 2011. p. 91-100.
17. 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. [Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/gpi_utilidad_trda_estreptococico.pdf].