

INFORMACIÓN SOBRE LA RECOMENDACIÓN Cód.: 20241202_17_SEUP

1. Recomendación de No Hacer

No iniciar tratamiento antibiótico en un paciente pediátrico con faringoamigdalitis aguda sin haber confirmado microbiológicamente su origen estreptocócico mediante test rápido de detección de antígeno estreptocócico o cultivo faríngeo.

2. Objetivo y justificación de la recomendación de abandonar la práctica

La odinofagia es un motivo de consulta frecuente en pacientes pediátricos tanto en atención primaria como en los servicios de urgencias. La faringoamigdalitis aguda (FAA) es una de las causas más frecuentes de prescripción antibiótica en nuestro medio. El *Streptococo pyogenes* o *Estreptococo* del grupo A (EGA) es el agente bacteriano causante de FAA más frecuente. No obstante, la principal causa de odinofagia y FAA en el paciente pediátrico es la viral. La situación de portador asintomático de EGA es frecuente en la edad escolar. Las diferentes escalas clínicas para el diagnóstico de FAA no alcanzan los datos de sensibilidad y especificidad suficientes para justificar su uso para indicar a qué pacientes tratar con antibiótico ni a cuáles realizar pruebas microbiológicas. Las recomendaciones actuales basan la decisión de a quién testar en la edad > 3 años con clínica compatible con FAA sin síntomas ni signos de viriasis (rinitis, estridor, vesículas, úlceras en paladar, etc.). En pacientes menores de 3 años con FAA se reserva la recomendación de testar a los contactos directos con pacientes confirmados con infección por EGA o la presencia de datos clínicos de escarlatina o estreptococosis. Las pruebas microbiológicas pueden estar indicadas finalmente en otras situaciones especiales como en pacientes inmunocomprometidos o contactos domiciliarios e infecciones de repetición o diagnósticos previos de enfermedad invasiva por EGA o complicaciones derivadas de dicha bacteria (glomerulonefritis, fiebre reumática). Los test de detección rápida (TDR) de EGA disponibles en la actualidad han demostrado una alta sensibilidad (un resultado negativo descarta la etiología por EGA con alta probabilidad) y especificidad (su positividad hace muy probable la presencia de la bacteria). Lo que no permite es distinguir entre agente causal de los síntomas del paciente y el estado de portador infectado a la vez por otra infección (probablemente viral). Solamente los pacientes con confirmación microbiológica (TDR y/o cultivo positivo) debería ser tratados con antibiótico. La aplicación de estos algoritmos permitiría reducir la utilización de antibióticos innecesarios con las repercusiones clínicas (riesgos de seleccionar e inducir resistencias antimicrobianas, riesgos futuros para el paciente de desarrollar enfermedades autoinmunes), económicas y medioambientales conocidas.

3. Sociedad a la que representa

Sociedad Española de Urgencias de pediatría

4. Especialidades

Especialidad(es) a la(s) que implica esta recomendación (según REAL DECRETO 183/2008, de 8 de febrero):

Pediatría y sus Áreas Específicas

5. Enfermedad (Código CIE-11)

Enfermedad(es) a la(s) que se refiere la recomendación:

Algunas enfermedades infecciosas y parasitarias (1A00-1H0Z)

6. Experiencia de implementación

7. Indicadores

Prescripción de antibiótico para faringoamigdalitis aguda en pacientes pediátricos sin confirmación etiológica.

8. Referencias bibliográficas

Se incluirá la bibliografía aportada por el autor(a) así como la aportada por GuíaSalud o panelistas como fuente de alta calidad de evidencia que apoya la recomendación.

Cohen JF, Bertille N, Cohen R, Chalumeau M. Rapid antigen detection test for group A streptococcus in children with pharyngitis. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Jul 4;7(7):CD010502. doi: 10.1002/14651858.CD010502.pub2.

Piñeiro Pérez R, Álvez González F, Baquero-Artigao F, Cruz Cañete M, de la Flor I Bru J, Fernández Landaluce A, García Vera C, Hijano Bandera F, Pérez Cánovas C, Silva Rico JC; Grupo Colaborador de Faringoamigdalitis Aguda en Pediatría. Actualización del documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. An Pediatr (Engl Ed). 2020 Sep;93(3):206.e1-206.e8. Spanish. doi: 10.1016/j.anpedi.2020.05.004.