Actualitzada febrer 2022
Publicada gener 2014

Antibiòtics en faringoamigdalitis en infants

En la faringoamigdalitis aguda en infants, no es recomana prescriure antibiòtics sense tenir una confirmació diagnòstica per a l'estreptococ beta-hemolític del grup A mitjançant un test de diagnòstic ràpid.

Resum

- En els infants, la majoria de les faringoamigdalitis agudes (FAA) són d'origen víric, especialment en els nens i nenes més petits. El tractament antibiòtic només està indicat quan el microorganisme implicat és l'estreptococ beta-hemolític del grup A (EBHGA).
- Quan hi ha sospita de FAA per EBHGA, s'ha de confirmar el diagnòstic mitjançant un test de diagnòstic ràpid (TDR) abans de prescriure l'antibiòtic.
- L'evidència no permet establir una conclusió definitiva sobre la utilitat de les escales de predicció clínica (Centor, Centor-McIsaac i FeverPAIN) per a la selecció dels pacients a qui realitzar el TDR.
- La prescripció de tractament antibiòtic en la FAA en infants, sense disposar d'un resultat positiu per EBHGA amb un TDR, condueix a una utilització injustificada d'antibiòtics. En conseqüència, condueix també a un risc de reaccions adverses pel tractament, a un risc de selecció de resistències i a un malbaratament de recursos.

Més informació

La faringoamigdalitis aguda (FAA) és una de les malalties més comunes en la infància i un dels diagnòstics pediàtrics més habituals. En la majoria dels casos, el seu origen és víric. Tanmateix, en ocasions també pot ser d'origen bacterià, on el microorganisme implicat més freqüent és l'*Streptococcus pyogenes* o estreptococ betahemolític del grup A (EBHGA). Aquest microorganisme causa el 30-40% de les FAA que s'observen en infants de 3-13 anys, el 5-10% entre els 2 i 3 anys i el 3-7% en menors de 2 anys. Tanmateix, en la majoria dels casos, resulta difícil diferenciar l'etiologia de la infecció basant-se únicament en la clínica, fet que dificulta el maneig terapèutic.[1,2]

En el nostre entorn, les recomanacions actuals basades en documents de consens proposen considerar tractament antibiòtic només en els casos d'infecció confirmada per EBHGA mitjançant un test de diagnòstic ràpid (TDR).[1,3] Si la valoració dels aspectes clínics i epidemiològics és suggestiva d'etiologia vírica (quadre catarral associat amb tos, afonia, conjuntivitis, rinorrea, presència de vesícules o aftes a l'orofaringe, diarrea) i no s'observa una clínica suggestiva d'etiologia estreptocòccica (com petèquies al paladar, escarlatina, uvulitis, inflamació intensa i eritematosa de l'àrea faringoamigdalar o adenopaties cervicals anteriors doloroses), no està justificada la utilització del TDR. [1–4] Així, en les FAA que no siguin per EBHGA, s'ha de tenir una actitud expectant amb tractament simptomàtic, si s'escau, i es podria plantejar la utilització de TDR segons l'evolució.[3,5] Tanmateix, a Espanya, la FAA representa el 55% de les prescripcions antibiòtiques pediàtriques i s'estima que fins a un terç d'aquestes no estan d'acord amb les guies clíniques. [2,3]

Cal tenir en compte que la valoració d'una probabilitat clínica i/o epidemiològica alta de FAA estreptocòccica té molts falsos positius (>50%), fins i tot quan és feta per pediatres experimentats.[6]

Les eines predictives d'infecció per EBHGA, com l'escala Centor o la modificació que inclou l'edat (escala Centor-McIsaac)[7,8], no estan recolzades per una evidència concloent que permeti establir la utilitat en pediatria (<15 anys) per a la selecció de pacients als que s'ha realitzar el TDR. A més, aquestes escales no consideren la presència d'uvulitis o escarlatina, que són els criteris clínics més predictius d'infecció per EBHGA.[1,3]

En general, es recomana realitzar un TDR en nens i nenes majors de 3 anys que presentin una clínica compatible de FAA per EBHGA i una absència de simptomatologia vírica. Així mateix, el TDR també està indicat en aquells casos amb clínica suggestiva d'infecció per EBHGA que són contactes de casos confirmats, amb antecedents de febre reumàtica, en què s'observi uvulitis o escarlatina o si hi ha una taxa elevada de casos de malaltia estreptocòccia invasiva del grup A. Pel que fa als menors de 2-3 anys, cal tenir en compte que la FAA per EBHGA és poc freqüent, per la qual cosa convé considerar el context epidemiològic i s'ha de realitzar el TDR només si hi ha molta simptomatologia i/o si són contactes de casos confirmats o amb signes predictius d'etiologia estreptocòcica.[1,3]

En aquest sentit, s'ha observat que confirmar l'etiologia bacteriana disminueix sensiblement l'ús innecessari d'antibiòtics[6] i aconsegueix reduccions de fins a un 25-55% en la prescripció antibiòtica.[3,6,9] Fer un ús més racional d'antibiòtics reverteix en una reducció dels riscos derivats de les possibles reaccions adverses del tractament, no fomenta l'aparició de resistències i, a més a més, disminueix el malbaratament de recursos.[10]

Actualment es promou l'ús dels TDR mitjançant l'obtenció de mostra faríngia amb un escovilló per la seva senzillesa en la recollida i processament de les mostres, per ser poc invasiu i perquè permet la confirmació ràpida del diagnòstic.[10,11] En infants, els TDR tenen una sensibilitat de fins al 98% i una especificitat de fins al 99,4%. El millor rendiment s'aconsegueix quan s'apliquen a poblacions seleccionades a partir de la sospita clínica.[3,11] Cal destacar que el TDR té un valor predictiu negatiu (VPN) del 98,5%.[12]

En resum, quan es valora un infant amb FAA, cal avaluar acuradament els aspectes clínics i epidemiològics abans de prendre una decisió terapèutica. Si hi ha sospita de FAA per EBHGA, s'ha de confirmar el diagnòstic mitjançant un TDR abans de prescriure l'antibiòtic. Per tant, no s'han de prescriure antibiòtics en la FAA excepte en aquells casos en els que el resultat de la TDR sigui positiu.

Amb la col·laboració de

- Societat Catalana de Pediatria
- Programa d'harmonització farmacoterapèutica – Gerència del Medicament – Servei Català de la Salut (actualització 2021)

Amb el suport de

- Societat Catalana d'Otorinolaringologia i Patologia Cervicofacial
- Programa de Vigilància de les Infeccions Relacionades amb l'Atenció Sanitària a Catalunya (VINCat)
- Societat Catalana de Farmàcia Clínica
- Societat Catalana de Farmacologia

- Societat Catalana de Malalties Infeccioses i Microbiologia Clínica

Fonts

1. Piñeiro Pérez R, Álvez González F, Baquero-Artigao F, Cruz Cañete M, de la Flor i Bru J, Fernández Landaluce A, et al. Actualización del documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. An Pediatr. 2020;93:206.e1-206.e8. https://www.analesdepediatria.org/es-actualizacion-del-documento-consenso-sobre-articulo-S1695403320301843
2. Piñeiro Pérez R, Hijano Bandera F, Álvez González F, Fernández Landaluce A, Silva Rico JC, Pérez Cánovas C, et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. An Pediatr. 2011;75:342.e1-342.e13. https://www.analesdepediatria.org/es-documento-consenso-sobre-el-diagnostico-articulo-S1695403311003845
3. Grupo Vías Respiratorias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP): Faringoamigdalitis aguda en Pediatría. Protocolos del GVR (publicación P-GVR-10); 2021. https://www.respirar.org/images/pdf/grupovias/faringoamigdalitis-2021-gvr.pdf
4. Choosing Wisely Canada: Five Things Physicians and Patients Should Question; 2016. http://www.dianasalud.com/index.php/recomendacion/3845
5. Fernández Urrusuno R. Grupo de Trabajo de la Guía. Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 3a edición. Sevilla: Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte y Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía; 2018. http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/guiaterapeuticaaljarafe/guiaTerapeuticaAljarafe/guia/guia.asp
6. Flor Bru J de la, Parellada N. Utilització sistemàtica de tests de diagnòstic ràpid en una consulta de pediatria d'atenció primària. Pediatr Catalana. 2009;2(69):75-84. http://webs.academia.cat/revistes_elect/view_document.php?tpd=2&i=2088
7. Centor RM, Witherspoon, Dalton HP BCLK. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. Med Decis Mak. 1981;1:239-46. https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0272989X8100100304?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed
8. Pelucchi C, Grigoryan L, Galeone C, Esposito S, Huovinen P, Little P, et al. Guideline for the management of acute sore throat ESCMID Sore Throat Guideline Group. Clin Microbiol Infect. 2012;18:1-27. https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1198-743X(14)61968-6
9. Cohen JF, Pauchard JY, Hjelm N, Cohen R, Chalumeau M. Efficacy and safety of rapid tests to guide antibiotic prescriptions for sore throat. Cochrane Database Syst Rev. 2020 Jun 4;6(6):CD012431. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7271976/
10. Flor Bru J de la, Marès Bermúdez J. Test de diagnóstico microbiológico rápido en la consulta de Pediatría de Atención Primaria. Pediatría Integr. 2018;XXII:246e1-246.e9. https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2018-07/test-de-diagnostico-microbiologico-rapido-en-la-consulta-de-pediatria-de-atencion-primaria-2/
11. Marimón JM, Navarro-Marí JM. Métodos de diagnóstico rápido de las infecciones respiratorias. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2017;35:108-15. https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-metodos-diagnostico-rapido-infecciones-respiratorias-S0213005X16303871
12. Llor C, Hernández Anadón S, Gómez Bertomeu FF, Santamaria Puig JM, Calviño Domínguez O, Fernández Pagés Y. Validación de una técnica antigénica rápida en el diagnóstico de la faringitis por estreptococo betahemolítico del grupo A. Aten Primaria. 2008;40(10):489-94.

https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validacion-una-tecnica-antigenica-rapida-13127228

Enllaços d'interès

- Choosing Wisely Canada: Five Things Physicians and Patients Should Question; 2016
  http://www.dianasalud.com/index.php/recomendacion/3845