

UTILIZACIÓN TEST DE ANTIGENOS DE *Streptococcus pyogenes*
DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO

Servicios implicados	Consensuado por los servicios
Pediatras Atención Primaria	Dirección Atención Primaria
Médicos de Atención Continuada	Servicio de Farmacia de Atención Primaria
Enfermeras de Atención Primaria	Análisis Clínico y Microbiología
Enfermeras de Atención Continuada	

Elaborado por	Servicio Farmacia Atención Primaria	
Aprobado por	PROA Comunitario Departamento de Salud de Sagunto	Mayo 2023

Revisión	Fecha	Autor/es	Modificaciones
V1	30/05/2023	Estefanía Gómez Cotino María García Gil Farmacéuticas de Atención Primaria	

Este documento es propiedad del DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO, estando prohibida su reproducción o utilización por un tercero sin autorización previa. Cualquier copia en papel se considera "NO controlada" a no ser que especifique lo contrario.

Índice

1. Objeto
2. Alcance
3. Introducción
4. ¿Cuándo está indicado realizar el test?
5. ¿Cuándo no está indicado realizar el test?
6. ¿Qué hacer ante los resultados del test?
7. ¿Cómo se realiza el test?
8. Interpretación de los resultados
9. ¿Cómo se registra en SIA la realización del test y el resultado?
10. ¿Cómo se solicita el test para tenerlo en la consulta?
11. Bibliografía

1. Objeto

El objeto del presente procedimiento normalizado de trabajo, es detallar los criterios de utilización del test de antígenos de *streptococcus pyogenes*, en los centros de salud y puntos de Atención Continuada del Departamento de Salud de Sagunto.

Se detalla en el PNT cómo y cuándo se utilizará el test y cómo proceder ante los resultados del mismo.

2. Alcance

Este procedimiento se aplicará en todos aquellos pacientes con sospecha de infección estreptocócica, que acudan a consultas de pediatría, de medicina de familia y de Atención Continuada del Departamento de Salud de Sagunto.

3. Introducción

La faringoamigdalitis aguda (FAA) es una de las infecciones respiratorias más frecuentes en la consulta de Atención Primaria. Su etiología mayoritaria es vírica (40-70%), y entre la bacteriana (15-25%) destaca el *streptococcus pyogenes* o estreptococo β -hemolítico del grupo A (EBHGA), responsable del 5-15% de todas las faringoamigdalitis en adultos.

La incidencia de *S. pyogenes* es mayor en niños, siendo esta máxima entre los 5 y los 15 años, y muy poco frecuente antes de los 3 años.

Clínicamente cursa como un cuadro agudo febril, con inflamación de las mucosas de faringe y/o amígdalas con eritema, edema, exudados, úlceras y vesículas y aunque idealmente sólo deben tratarse

Este documento es propiedad del DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO, estando prohibida su reproducción o utilización por un tercero sin autorización previa. Cualquier copia en papel se considera "NO controlada" a no ser que especifique lo contrario.

los casos confirmados, la realidad es que en múltiples ocasiones se prescribe un antibiótico de forma innecesaria, lo cual hace que aumenten las resistencias bacterianas.

La prueba *gold standard* en el diagnóstico de la FAA sigue siendo el cultivo de frotis faríngeo. Sin embargo, el resultado no se recibe antes de 48-72 horas, y esto hace que en la práctica habitual el diagnóstico se realice en base a criterios clínicos, aunque éstos no sean suficientes para discriminar entre la etiología vírica o bacteriana.

Dada la inespecificidad de los síntomas y signos clínicos, se tiende al sobrediagnóstico de FAA estreptocócica, con la consiguiente prescripción innecesaria de antibióticos. Las pruebas de diagnóstico rápido (TDR) han demostrado reducir esta prescripción innecesaria de antibióticos y se recomiendan únicamente en pacientes en los que se sospeche una probable infección estreptocócica.

Para identificar a estos pacientes que se beneficiarán del TDR, se disponen de escalas de valoración clínica (Centor, Mclsaac y FeverPAIN), las cuales permiten establecer una probabilidad de riesgo de etiología estreptocócica.

4. ¿Cuándo está indicado realizar el test?

NIÑOS:

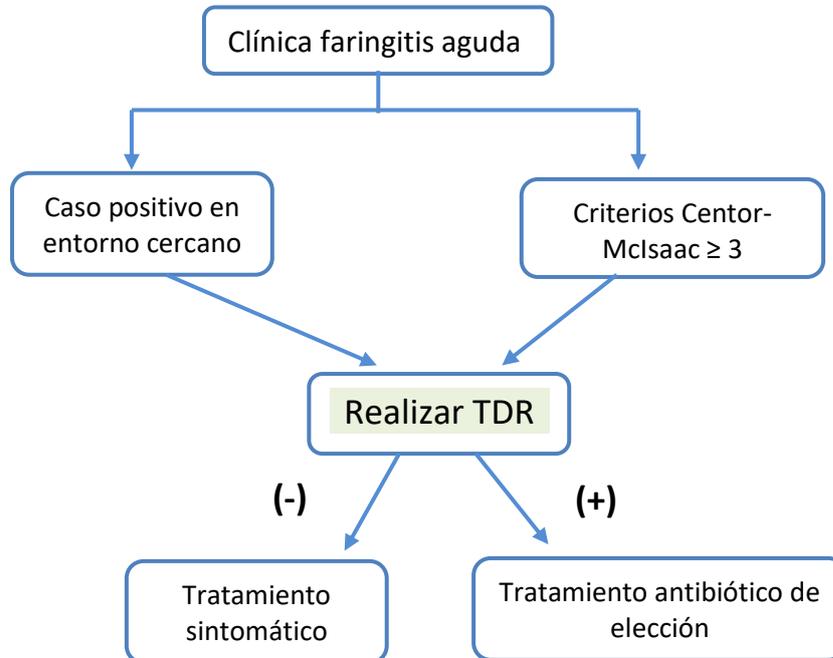
- a) Cuando se alcance una puntuación con los **criterios Centor-Mclsaac ≥ 3** .
- b) Niños con clínica sugerente de FAA y contacto con caso positivo en el entorno próximo.

Criterios Centor modificados por Mclsaac	
	Puntos
Fiebre > 38º C	1
Hipertrofia o exudado amigdalal	1
Adenopatía laterocervical dolorosa	1
Ausencia de tos	1
Edad: 0-2 años	0
3-14 años	1
15-44 años	0
≥ 45 años	-1

Puntos	Probabilidad origen estreptocócico
0	1-2,5 %
1	5-10 %
2	11-17 %
3	28-35 %
≥ 4	51-53 %

Este documento es propiedad del DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO, estando prohibida su reproducción o utilización por un tercero sin autorización previa. Cualquier copia en papel se considera "NO controlada" a no ser que especifique lo contrario.

Algoritmo de manejo de la FAA en el niño:



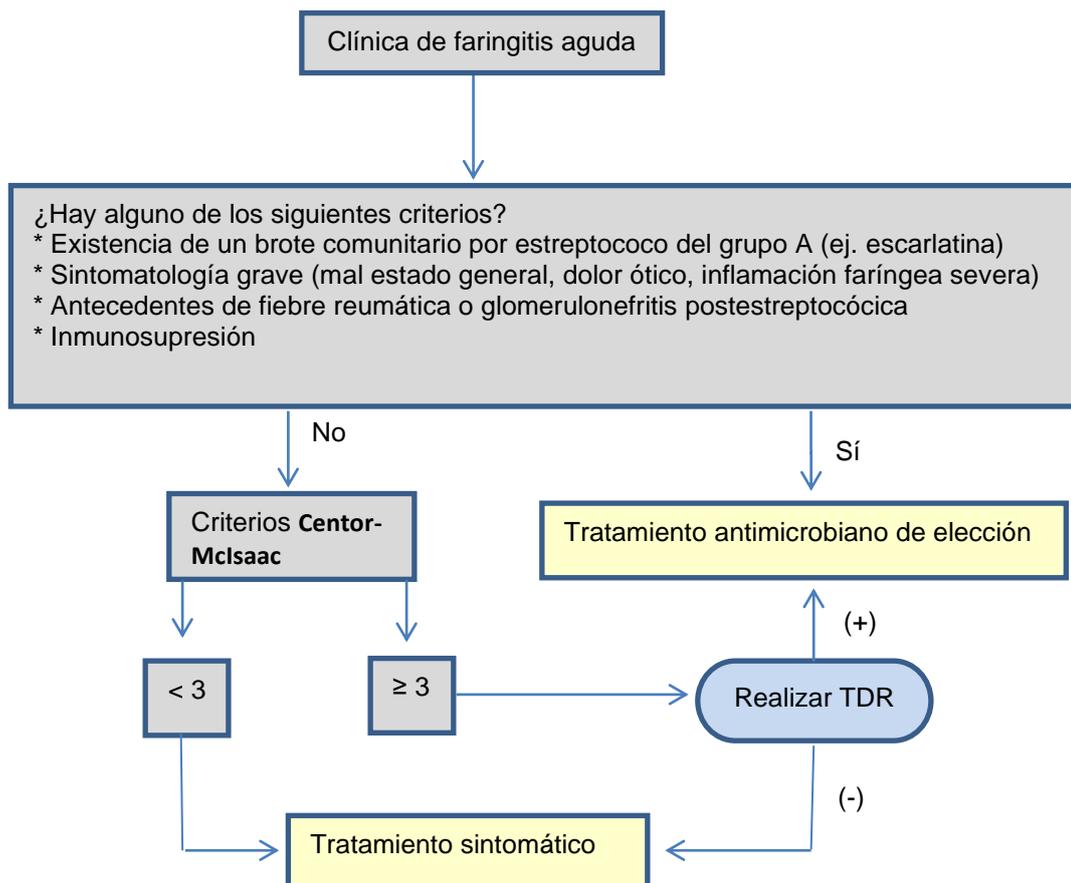
ADULTOS:

- a) Cuando se alcance una puntuación con los **criterios Centor-Mclsaac ≥ 3** .
- b) Ante un caso positivo en el entorno próximo.

Criterios Centor modificados por Mclsaac	
	Puntos
Fiebre > 38º C	1
Hipertrofia o exudado amigdalares	1
Adenopatía laterocervical dolorosa	1
Ausencia de tos	1
Edad: 15-44 años	0
≥ 45 años	-1

Puntos	Probabilidad origen estreptocócico
0	2,5 %
1	6-6,9 %
2	14,1-16,6 %
3	30,1-34,1 %
4	55,7 %

Algoritmo de manejo de la FAA en el adulto:



Este documento es propiedad del DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO, estando prohibida su reproducción o utilización por un tercero sin autorización previa. Cualquier copia en papel se considera "NO controlada" a no ser que especifique lo contrario.

5. ¿Cuándo no está indicado realizar el test?

1. Situaciones en las que debe utilizarse tratamiento antibiótico:
 - pacientes inmunodeprimidos graves
 - pacientes con historia de fiebre reumática o glomerulonefritis postestreptocócica
 - en el contexto de un brote comunitario por EBHGA
 - pacientes con un estado general grave
2. Situaciones en las que la validez del test es menor:
 - paciente que ya haya tomado previamente algún antibiótico
 - pacientes con faringitis crónica

En estos dos casos se deberá realizar un cultivo de frotis faríngeo.

6. ¿Qué hacer ante los resultados del test?

Si el resultado del test es **POSITIVO**, se recomienda tratar con antibióticos.

	Adultos:	Niños:
De elección:	Penicilina V , 500mg / 12 horas vía oral durante 10 días (estómago vacío)	< 27kg: Penicilina V oral 250 mg / 12 horas, 10 días ≥27 kg: Penicilina V oral 500 mg / 12 horas, 10 días (estómago vacío)
Alternativa:	Amoxicilina , 500 mg/ 12 horas vía oral durante 10 días	Amoxicilina oral 40-50 mg/kg/día, repartido en dos tomas durante 10 días . Dosis máxima 1000- 1200 mg/día.
Si sospecha de incumplimiento:	Penicilina G-benzatina 1.200.000 UI dosis única intramuscular	< 27kg: Penicilina G-benzatina 600.000 UI dosis única intramuscular ≥27 kg: Penicilina G-benzatina 1.200.000 UI dosis única intramuscular
En alérgicos a betaláctamicos:	Azitromicina 500 mg/24 horas vía oral durante 5 días	Alergia inmediata (reacción anafiláctica tipo I) Azitromicina oral 12 mg/kg/día, en 1 toma (dosis máxima: 500 mg/día) durante 5 días . Alergia no anafiláctica: Cefadroxilo oral, 30 mg/kg/día, 1 toma (dosis máxima: 1g/día), 10 días Cefalexina oral, 40 mg/kg/día, en 2 tomas (dosis máxima: 500 mg/día), 10 días

Este documento es propiedad del DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO, estando prohibida su reproducción o utilización por un tercero sin autorización previa. Cualquier copia en papel se considera "NO controlada" a no ser que especifique lo contrario.

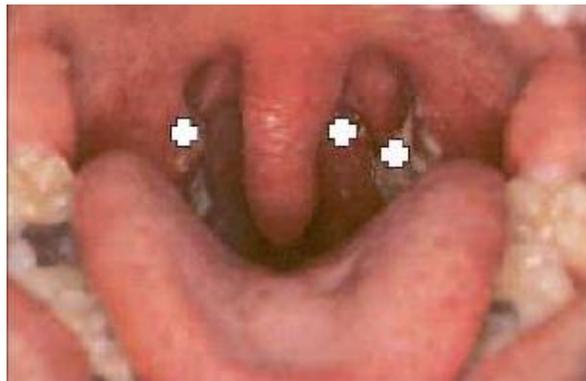
Si el resultado del test es **NEGATIVO**, se recomienda no tratar con antibióticos, y sí **tratamiento sintomático** (ibuprofeno o paracetamol) y observación.

En **adultos**, una prueba rápida negativa no requiere confirmación de rutina con cultivo debido a la baja incidencia de faringitis por EBHGA y el bajo riesgo de la subsiguiente fiebre reumática.

En caso de **niños o adolescentes** (entre 4 y 15 años) con un resultado del test negativo, se puede valorar hacer cultivo del exudado faringoamigdalario como diagnóstico de confirmación (no se precisa en países con muy baja incidencia de fiebre reumática, si no existen factores de riesgo) ([Guía ABE Dic 2019](#))

7. ¿Cómo se realiza el test?

- Informar al paciente
- Almacenaje del test: de 2°C a 30°C. Si está almacenado en refrigeración, dejarlo a temperatura ambiente (18-30°C) durante un mínimo de 30 minutos.
- Toma de muestra faringoamigdalario. La puede realizar tanto médico como enfermero

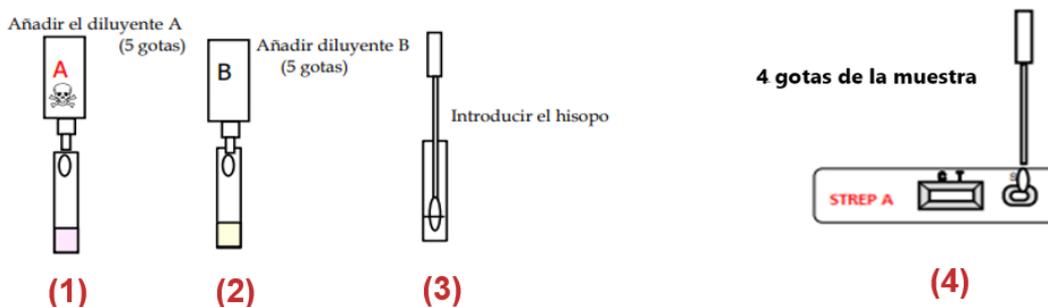


Obtención de la muestra

Con buena iluminación y el empleo de un depresor para inmovilizar la lengua, se debe realizar la toma haciendo girar el hisopo 180° mientras contacta con ambas amígdalas (idealmente en las zonas más inflamadas y ulceradas, pero sin exudado) y la pared posterior de la faringe. Evitar tocar la úvula, la mucosa bucal, los labios o la lengua, tanto antes como después de la toma, para no diluir el inóculo con flora comensal o saprofita.

TÉCNICA:

1. Colocar el tubo de reacción en un soporte.
2. Añadir **5 gotas del diluyente A (1)** y **5 gotas del diluyente B (2)** en el tubo y mezclar.
3. Introduzca el hisopo con el que se ha tomado la muestra de exudado faríngeo. Presionar repetidas veces la torunda contra las paredes del tubo con movimientos giratorios (solución de extracción) (3).
4. Sacar el casete del envoltorio y la pipeta, con la pipeta depositar **4 gotas de la solución de extracción** en el orificio para muestras del casete (4).
5. Leer el resultado tras 10 minutos.



IMPORTANTE

La sensibilidad del test está afectada por:

1. La cantidad de antígeno en la muestra
2. La cantidad de medio AMIES (mezcla de reactivos), por tanto, es muy importante seguir el procedimiento del test tal y como se especifica (toma de muestra, nº de gotas, tiempos, ...)

La caducidad de los reactivos es aproximadamente **18-20 meses** (la misma que se marca en el embalaje), independientemente de si está abierto o no.

Este documento es propiedad del DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO, estando prohibida su reproducción o utilización por un tercero sin autorización previa. Cualquier copia en papel se considera "NO controlada" a no ser que especifique lo contrario.

8. Interpretación de los resultados

LECTURA:

- **RESULTADO POSITIVO:** Línea de **control C azul** y línea de **resultado T color rojo**.
- **RESULTADO NEGATIVO:** Línea de **control C azul** y no aparece línea T.
- **RESULTADO INVÁLIDO:** Ausencia de reacción (ninguna línea) o aparición de la línea **T sola**.

9. Cómo se registra en SIA la realización del test y el resultado

En la *Hoja general de seguimiento*, dentro del apartado de variables *Analíticas*, se puede activar la variable ANTÍGENO STREPTOCOCCUS PYOGENES. De esta forma quedará registrado el resultado del test.

(Tutorial disponible en la carpeta PROA_Comunitario_Sagunto:

HGenD04- Primaria - Farmacia_Información - PROA Comunitario)

10. Cómo se solicita el test para tenerlo en la consulta

La petición se realiza a través Orion Logis, desde suministros

- Código de Orion: 977532.032
- Descripción: TIRA DETECCION STREPTOCOCO A FROTIS FARINGEO
- Referencia: DIM.100001
- Proveedor MONLAB S.L

11. Bibliografía

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 (Barc)*. 2020;93(3): 206.e1-206.e8. [Citado 4 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-pdf-S1695403320301843>
2. Chow A., MD. UpToDate. Evaluation of acute pharyngitis in adults. 2022. [Citado 4 de abril de 2023]. Disponible en: [Disponible en: Evaluation of acute pharyngitis in adults - UpToDate](#)
3. Cots, J. M., Alós, J. I., Bárcena, M., Boleda, X., Cañada, J. L., Gómez, N., Mendoza, A., Vilaseca, I., & Llor, C. (2016). Recomendaciones para el manejo de la faringoamigdalitis aguda del adulto [Recommendations for management of acute pharyngitis in adults]. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*, 34(9), 585–594. [Citado 4 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7125737/pdf/main.pdf>
4. Protocolo de utilización del Test de Detección Rápida de Estreptococo β -hemolítico del Grupo A (TDR-StrepA). Equipo PROA-AP Mérida. Noviembre 2019. [Citado 4 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.areadesaludmerida.es/wp-content/uploads/2021/02/4.3.Protocolo-de-utilizacio%CC%81n-del-test-ra%CC%81pido-de-Strep-A.pdf>
5. Ficha técnica Strep A MonlabTest. Revisión septiembre 2019. [Citado 4 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.monlab.es/document/Muestras%20Nasofaringeas/IFU%20STREP%20A%20monlabtest.pdf>
6. Criterios para la utilización del test rápido para el diagnóstico de faringoamigdalitis aguda estreptocócica en pediatría. Sacyl. Mayo 2018. [Citado 4 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/es/farmacia-medicamentos/resistencia-antibioticos.ficheros/1805115Criterios%20para%20la%20utilizaci%C3%B3n%20del%20test%20r%C3%A1pido%20para%20el%20diagn%C3%B3stico%20de%20faringoamigdalitis%20aguda%20estreptoc%C3%B3cica%20en%20pediatr%C3%ADa.pdf>
7. Criterios para la utilización del test rápido para el diagnóstico de faringoamigdalitis estreptocócicas en pediatría. Servicio Madrileño de Salud. Febrero 2017. [Citado 4 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/farm/criterios_para_la_utilizacion_del_test_rapido_en_faringoamigdalitis_estreptococica.pdf
8. Fernández-Cuesta Valcarce MA, Kirchschräger Nieto, S. Faringitis aguda (v.4.0/2019) En Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 18-junio-2019; consultado el 30 mayo 2023]. Disponible en <http://www.guia-abe.es>
9. Recomendaciones equipo PROA Comunitario Departamento de Salud de Castellón. Febrero 2023.

Este documento es propiedad del DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO, estando prohibida su reproducción o utilización por un tercero sin autorización previa. Cualquier copia en papel se considera "NO controlada" a no ser que especifique lo contrario.