

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA EN NIÑOS

nº14
noviembre 2022

El consumo elevado de antibióticos y la inadecuación de los mismos es un problema creciente, puesto que se asocia a altas tasas de resistencias bacterianas. Este problema adquiere especial relevancia en la población pediátrica, donde se registran unas tasas de resistencia bacteriana más altas que en la población general. Las elevadas cifras de prescripción de antibióticos en la infancia no se justifican con la casuística clínica de infecciones respiratorias, que corresponden en la mayoría de los casos, a viriasis.

Centrándonos en la faringoamigdalitis aguda, esta suele ser de etiología viral, y solo el 30% tiene su origen en el estreptococo beta hemolítico del grupo A (SBGA), siendo esta etiología mucho menos frecuente en menores de 3 años.

Cifras de consumo de envases de antibióticos de noviembre 2021 a octubre 2022 en población menor 15 años en la Comunitat Valenciana muestran que más del 35% de los envases se han destinado a infecciones del tracto respiratorio superior, y concretamente más de 102.000 envases (el 22,7% de todos los antibióticos dispensados a este grupo de población) se han dispensado asociados al diagnóstico de faringoamigdalitis aguda. No hay que olvidar que el uso innecesario de antibióticos en niños no está exento de riesgos, asociándose además de a resistencias bacterianas, a la aparición de ciertas patologías como asma, sobrepeso, TDAH entre otras. El uso racional de antibióticos es pues un reto para los profesionales que atienden a nuestros menores, ya sea en los puntos de Atención Continuada/Urgencias, o en las consultas de pediatría de Atención Primaria.

El uso innecesario de antibióticos en niños no está exento de riesgos, asociándose además de a resistencias bacterianas, a la aparición de ciertas patologías como asma, sobrepeso, TDAH entre otras.

La mayoría de guías de práctica clínica y documentos de consenso recomiendan que la faringoamigdalitis en pediatría **solamente sea tratada con antibióticos cuando se haya hecho una confirmación diagnóstica de su etiología estreptocócica**, mediante un test de diagnóstico rápido o un cultivo faríngeo (gold estándar).

Utilizar escalas que agrupan síntomas, como la de Centor, Mc Isaac, FeverPAIN, tiene su utilidad para descartar el origen estreptocócico (elevado valor predictivo negativo). La ausencia de dos de estos criterios descarta el SBGA en el 85% de las ocasiones, pero son escalas con escaso valor predictivo positivo, es decir, no son útiles para tomar la decisión de pautar un antibiótico, ya que se estima que utilizando solo las escalas (sin realizar test), sobretrataríamos hasta en un 20-46% de los casos.

Como se ha comentado, el cultivo faríngeo es el método de referencia para el diagnóstico de infección por SBGA, pero su limitación en tiempos para conocer el resultado, retrasa el inicio del tratamiento en caso de ser necesario. Actualmente existen test de diagnóstico rápido de detección de antígeno (TRDA) del SBGA con una precisión diagnóstica muy próxima a la del cultivo (84 a 99% de sensibilidad y 95 a 99% de especificidad), que pueden ser utilizados.

De este modo dispondremos del resultado en plazos muy cortos (5-10 minutos), de una manera sencilla, rápida, y evitaremos el sobretratamiento injustificado, en ocasiones debido a la presión que la familia puede ejercer sobre el profesional, de una manera justificada.

Ante sospecha de faringoamigdalitis por estreptococo se recomienda realizar test de diagnóstico rápido de detección de antígeno del SBGA en la propia consulta

En caso de que el test TRDA resulte positivo, el tratamiento sería:

De elección:

Niños <27 Kg peso: **penicilina V oral** (estómago vacío), 250 mg cada 12 horas, 10 días (GR A)
Niños >27 Kg peso: **penicilina V oral** (estómago vacío), 500 mg cada 12 horas, 10 días (GR A)

La penicilina V (fenoximetilpenicilina) es el único tratamiento que ha demostrado prevenir la fiebre reumática y el absceso periamigdalino, presenta estrecho espectro de acción y el SBGA es 100 % sensible. No hay evidencia para indicar tratamientos de menor duración. El tratamiento de 10 días es mejor que el de 7 días para la erradicación del SBGA, y para evitar recaídas.

Alternativa:

En niños más pequeños que no aceptan el sabor de penicilina V:
amoxicilina oral, 40-50 mg/Kg/día en 2 tomas (dosis máxima: 1-1,2 g/día), 10 días (GR A)

Riesgo de incumplimiento o intolerancia oral a penicilina:

Niños <27 Kg peso: penicilina G-benzatina im, 0,6x10⁶ UI (0,6 MUI), dosis única (GR A)
Niños ≥27 Kg peso: penicilina G-benzatina im, 1,2x10⁶ UI (1,2 MUI), dosis única (GR A)

Alérgicos a penicilinas (toda sospecha deberá ser estudiada):

Alergia inmediata (reacción anafiláctica tipo I):

azitromicina oral, 12 mg/kg/día, 1 toma (dosis máxima: 500 mg/día), 5 días (GR B).

Alergia no anafiláctica:

cefadroxilo oral, 30 mg/kg/día, 1 toma (dosis máxima: 1 g/día), 10 días (GR B)

cefalexina oral, 40 mg/kg/día, en 2 tomas (dosis máxima: 500 mg/día), 10 días (GR B)

*GR A: grado de recomendación A. Buena evidencia para sostener una recomendación a favor o en contra del uso

*GR B: evidencia moderada para sostener una recomendación a favor o en contra del uso

Es importante informar a la familia o cuidadores acerca del curso y duración de la enfermedad, y la necesidad de realizar el tratamiento completo, para reducir el riesgo de recurrencias.

MENSAJES CLAVE

- ✓ Cuando se tenga sospecha de faringoamigdalitis aguda por SBGA, se debe confirmar el diagnóstico mediante un test de diagnóstico rápido, antes de prescribir el antibiótico.
- ✓ El tratamiento antibiótico de elección es la fenoximetilpenicilina (penicilina V). No se considera tratamiento de elección la azitromicina, salvo para personas con alergia contrastada a penicilina.
- ✓ El uso exclusivo de las escalas de predicción clínica como Centor, Centor-McIsaac o Fever Pain para indicar o no un antibiótico, o para seleccionar los pacientes a los que realizar el Test de diagnóstico rápido de SBGA, no está apoyado por una evidencia concluyente para ser utilizadas en menores de 15 años.
- ✓ La prescripción de antibióticos en faringoamigdalitis aguda en niños, sin disponer de un resultado positivo del Test de Diagnóstico Rápido de SBGA, es una práctica inadecuada: conduce a una sobreutilización de antibióticos, sometiendo a un riesgo de reacciones adversas innecesarias en los niños, contribuyendo a la selección de resistencias bacterianas y a un mal uso de los recursos sanitarios.

Píldora elaborada por:

García M., Farmacéutica Atención Primaria Dpto. Sagunto; Suarez E., Pediatra Atención Primaria Dpto. La Plana.

Bibliografía:

1. Piñero Pérez, R et al. Actualización del documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. An Pediatr 2020; 93(3):206e1-206e8.
2. Guía terapéutica antimicrobiana del SNS. Faringoamigdalitis aguda en pediatría. Fecha de consulta: 08/07/2022. Disponible en: <https://resistenciaantibioticos.es/es/lineas-de-accion/control/guia-terapeutica-antimicrobiana-del-sns>
3. Aversa Z, Atkinson EJ, Schafer MJ et al. Association of Infant Antibiotic Exposure With Childhood Health Outcomes. Mayo Clin Proc. January 2021;96(1):66-77 <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.07.019>