



**CRITERIOS
PARA LA
UTILIZACIÓN DEL
TEST RÁPIDO PARA
EL DIAGNÓSTICO DE
FARINGOAMIGDALITIS
AGUDA ESTREPTOCÓCICA**

PROACYL



ÍNDICE

- 1.**
AUTORES - 3
- 2.**
INTRODUCCIÓN - 6
- 3.**
ALCANCE Y OBJETIVOS - 7
- 4.**
JUSTIFICACIÓN - 7
- 5.**
ALGORITMO DE ACTUACIÓN - 8
- 6.**
INDICACIÓN TEST DIAGNOSTICO RÁPIDO - 8
- 7.**
PROCEDIMIENTO DE SUMINISTRO Y GESTIÓN DE LOS TDR - 10
- 8.**
CONCLUSIONES - 10
- 9.**
ALGORITMO DE ACTUACIÓN EN FARINGOAMIGDALITIS EN EL NIÑO - 11
- 10.**
ALGORITMO DE ACTUACIÓN EN FARINGOAMIGDALITIS EN EL ADULTO - 12
- 11.**
TUTORIAL MEDORA - 13
- 12.**
BIBLIOGRAFIA - 16

AUTORES

M^a Jesús Alonso Ballesteros.

CS Medina Campo Urbano. Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Este.

Ana M^a Alonso Rubio.

Pediatra. CS Covaresa. Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Oeste .

M^a Rosario Bachiller Luque.

CS Pilarica. Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Este.

Carmen Cordón Pérez.

CS Barrio España. Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Este.

Mercedes Garrido Redondo.

CS Tortola. Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Este

Mónica Sanz Fernández.

CS Pisuerga. Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Oeste.

Ana M^a Hernández Vázquez.

CS Barrio España. Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Este.

Susana Mendinueta.

CS Covaresa. Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Oeste.

Teresa Palencia.

CS Cuellar. Gerencia de Atención Primaria de Segovia.

Soledad Rojo Cuesta.

CS Pilarica. Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Este.

Dolores Valverde.

CS Pisuerga. Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Oeste.

María Ana Prado Prieto.

S^o de Farmacia Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Este.

Ana María Ruiz San Pedro.

S^o de Farmacia Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Este.

M^a Carmen Rodríguez García.

Gerencia de Atención Primaria de León.

REVISORES COORDINADORES PROA PRIMARIA

Juana Obreo Pinto.

Gerencia de Atención Primaria de Ávila.

Carmen Marquina Verde.

Gerencia de Atención Primaria de Burgos.

María Jesús Barrenechea Fernández.

Gerencia de Atención Primaria de El Bierzo.

Cristina Alberte Pérez.

Gerencia de Atención Primaria de León.

M^a Montserrat Pajares Fernández.

Gerencia de Atención Primaria de Palencia.

Concepción Rodríguez Barrueco.

Gerencia de Atención Primaria de Salamanca.

Elena Moreno Sánchez.

Gerencia de Atención Primaria de Segovia.

Mar Álvarez García.

Gerencia de Atención Primaria de Soria.

M^a Ana Prado Prieto.

Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Este.

M^a José Montero Alonso.

Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Oeste.

Alfonso Díaz Madero.

Gerencia de Atención Primaria de Zamora.

REVISORES COORDINADORES PRAN SERVICIOS CENTRALES

Amparo López Bernús.

Coordinadora científico-técnica.

Judit Ceruelo Bermejo.

Jefa de servicio de información y prestación farmacéutica en Atención Primaria.

M^a Belén Calabozo Freile.

Técnico del servicio de información y prestación farmacéutica en Atención Primaria.

Alejandra García Ortega.

Técnico del servicio de información y prestación farmacéutica en Atención Primaria.

Purificación de la Iglesia Rodríguez.

Jefa del servicio de atención hospitalaria y coordinación.

Mónica Robles García.

Directora técnica de calidad y atención al ciudadano.

Tomás Maté Enríquez.

Jefe de servicio de calidad y seguridad del paciente.

Esther Arrieta Cerdán.

Técnico del servicio de calidad y seguridad del paciente.

Nerea Silva Higuero.

Técnico del servicio de atención hospitalaria y coordinación.

Raquel Cortés Sancho.

Técnico del servicio de Atención Primaria y continuidad asistencial.

Rufino Álamo Sanz.

Jefe de servicio de información de Salud Pública.

INTRODUCCIÓN

En España la odinofagia genera unos 16 millones de consultas médicas anuales dando lugar a una elevada e innecesaria prescripción de antimicrobianos. Hasta el 80% de las infecciones que afectan al aparato respiratorio son de origen vírico, por lo que la toma de antibióticos no contribuye a su curación. Por tanto, el proceso diagnóstico desarrollado por el profesional sanitario es el elemento clave que condiciona las conductas posteriores y las decisiones terapéuticas.

Actualmente este proceso diagnóstico puede complementarse con ciertas intervenciones, como el uso de técnicas de diagnóstico rápido (TDR) en las consultas, la prescripción diferida de antibióticos o la aportación de material informativo, todo ello medidas que han demostrado ser útiles para el uso más racional de los antibióticos.

De las intervenciones complementarias mencionadas, las TDR que cumplan con una alta sensibilidad y especificidad han demostrado que pueden reducir hasta un 80% los costes asistenciales, además de incrementar la capacidad resolutive en Atención Primaria.

En los últimos años han ido desarrollándose diferentes pruebas que permiten aproximarnos al diagnóstico etiológico (virus respiratorio sincitial, adenovirus, influenza,

estreptococo, SARS.CoV2...) en breve espacio de tiempo (minutos) y durante la realización de la consulta.

De las TDR existentes en el mercado se detalla en este documento, por su relevancia en el manejo clínico, aquella que permite detectar el antígeno de estreptococo β hemolítico del grupo A (TDR-EBHA).

La faringoamigdalitis aguda (FAA) es uno de los motivos de consulta más frecuentes en atención primaria y solo se recomienda el tratamiento antibiótico cuando es causada por el EBHA. Se trata de un proceso agudo febril, de origen generalmente infeccioso y que cursa con inflamación de las mucosas de la faringe y/o amígdalas, en las que se puede objetivar presencia de ritema, edema, exudados, úlceras o vesículas. La etiología más frecuente es la vírica y, entre las causas bacterianas el principal agente responsable es el *Streptococcus pyogenes* o EBHA que origina el 5-15% de las FAA en el adulto, del 30-40% de las FAA que se observan en niños de 3-13 años, del 5-10% en niños entre los 2 y 3 años y el 3-7% en menores de 2 años e insólitas en los menores de 18 meses. Estas frecuencias pueden cambiar en situaciones epidemiológicas concretas excepcionales. Considerando el grupo entre 3 y 19 años, la prevalencia total supone un 10,3-10,8% de las consultas de Atención Primaria.

La antibioterapia solo proporciona beneficio en el caso de FAA-EBHA, pues se ha demostrado que se reduce la duración de los síntomas, permite reducir el tiempo de contagio y prevenir complicaciones.

La mayoría de las guías de práctica clínica y revisiones sistemáticas recomiendan iniciar tratamiento antibiótico en las FAA-EBHA confirmadas mediante pruebas microbiológicas, de manera que, si la TDR

es negativa o no está disponible, se recomienda obtener cultivo e iniciar tratamiento si la sospecha clínica es alta (4-5 puntos de los criterios de McIsaac) Sin embargo, se tiende al sobrediagnóstico de FAA-EBHA, lo que conlleva una prescripción innecesaria de antibióticos generando desarrollo de resistencias, posibles efectos adversos y un sobrecoste innecesario.

El uso de TDR en la FAA ha demostrado que puede llegar a reducir la prescripción innecesaria de antibióticos en un 25-42% siempre que se sigan correctamente las guías de práctica clínica y se usen estas pruebas en los casos recomendados.

El EBHA es susceptible a los Beta-lactámicos, siendo la fenoximetilpenicilina vía oral el antibiótico de elección, y la amoxicilina constituye la primera alternativa terapéutica. Amoxicilina-clavulánico no está indicado de forma empírica en la infección aguda. Los macrólidos y los azálidos tampoco son un tratamiento de primera elección; su uso debe reservarse para pacientes con alergia inmediata a penicilina o como tratamiento erradicador, en los casos indicados (Tabla 1)

Tabla 1. Indicaciones de tratamiento del fracaso terapéutico bacteriológico y del estado de portador de EbhGA:

- A. Antecedente de fiebre reumática en el niño o convivientes
- B. Brotes intrafamiliares recurrentes de FAA por EbhGA
- C. Enfermedad invasiva por EbhGA en el niño o convivientes
- D. Portadores que viven en instituciones cerradas o con personas inmunodeprimidas
- E. Cuando se contempla realizar una amigdalectomía como último recurso de tratamiento

EbhGA: estreptococo beta-hemolítico del grupo A; **FAA:** faringoamigdalitis aguda.

3 ALCANCE Y OBJETIVOS

El objetivo de este documento es establecer criterios comunes en la Gerencia Regional de Salud para la correcta utilización de TDR en el diagnóstico de faringoamigdalitis aguda estreptocócica.

4 JUSTIFICACIÓN

Dado que la FAA-EBHA requiere tratamiento antibiótico es fundamental precisar el diagnóstico. Se cuenta para ello con los datos clínicos clásicos y pruebas analíticas, entre las cuales la técnica "gold standard" es el cultivo de frotis faríngeo.

La clínica y los datos de la exploración física no son determinantes para distinguir entre las faringoamigdalitis agudas bacterianas y las faringoamigdalitis agudas víricas. Ningún síntoma aislado, ni siquiera la presencia de pus en la amígdala ofrece una probabilidad superior al 50% de acertar en el diagnóstico de FAA-EBHA

La eficiencia del TDR-EBHA está demostrada, por lo que se considera adecuado su implantación en las consultas. La información técnica del producto indica que los TDR tienen una sensibilidad y especificidad elevadas, información que ha sido avalada por las sociedades científicas.

5 ALGORITMO DE ACTUACIÓN

Ante una consulta por odinofagia, el médico responsable actuará según los algoritmos que se adjuntan.

La mayoría de las guías de práctica clínica y revisiones sistemáticas recomiendan iniciar tratamiento antibiótico en las FAA-EBHA confirmadas mediante pruebas microbiológicas,

6 INDICACIÓN TEST DIAGNOSTICO RÁPIDO

¿Cuándo está indicado realizar el test de diagnóstico rápido (TDR)?

Existen diversas escalas de predicción clínica de FAA-EBHA de las cuales la más utilizada es la de Centor modificada por Mclsaac.

Criterios de Centor-Mclsaac	Puntos
Fiebre > 38 grados	1
Hipertrofia o Exudado FA	1
Adenopatías cervicales anteriores	1
Ausencia de tos	1
Edad:	
0-2 años	0
3-14 años	1
15-44 años	0
>45 años	-1

Estas escalas solamente ofrecen una aproximación al diagnóstico. Se estima que de los pacientes que alcanzan el máximo de puntuación con estos criterios diagnósticos, únicamente en el 62% sería realmente una FAA-EBHA, por lo que la utilidad de estas escalas debería ser sólo para seleccionar a los candidatos a TDR.

Está indicada la realización del TDR en niños a partir de 3 años y en adultos con una puntuación de los criterios de Centor modificados mayor o igual a 3 y 2 puntos, respectivamente, y ausencia de sintomatología viral (tos, mucosidad, ronquera, vesículas en el paladar y en pilares anteriores ...)

¿Cuándo está indicado realizar el cultivo?

- Sospecha clínica de FAA en ausencia de sintomatología viral y cuando no hay disponibilidad de realizar TDR
- TDR negativo y presencia de alguno de los siguientes:
 1. Antecedentes de fiebre reumática o GMN postestreptocócica (tanto en niños con FAA como en contactos domiciliarios).
 2. Mayor incidencia en la comunidad de enfermedad estreptocócica invasiva o contacto confirmado con la misma.
 3. Alta sospecha de origen bacteriano de la FAA (Mclsaac 4-5) a pesar de TDR negativo.
 4. Baja sensibilidad demostrada de la TDR en el centro que realiza la prueba
- Para valorar el estado de portador.

¿Cuándo no realizar el TDR?

1. Paciente con proceso previo por este microorganismo en el último mes, aunque haya sido tratado con antibiótico. Los restos bacterianos en faringe

tras un proceso previo pueden tener cantidad importante de antígeno carbohidrato y producir un falso positivo.

2. Alta sospecha de infección viral (tos, mucosidad, ronquera, vesículas en el paladar y pilares anteriores).
3. Paciente inmunodeprimido (tratamiento en todos los casos).
4. Paciente con historia de fiebre reumática (tratar siempre).
5. Contexto de brote comunitario por EBHA.
6. Faringitis crónica (validez menor del test).
7. Menores de 18 meses (<2 años si no está escolarizado), salvo criterio suplementario que sugiera infección estreptocócica (ambiente epidémico, exantema escarlatiniforme, petequias en paladar, lengua aframbuesada, absceso).

7 PROCEDIMIENTO DE SUMINISTRO Y GESTIÓN DE LOS TDR

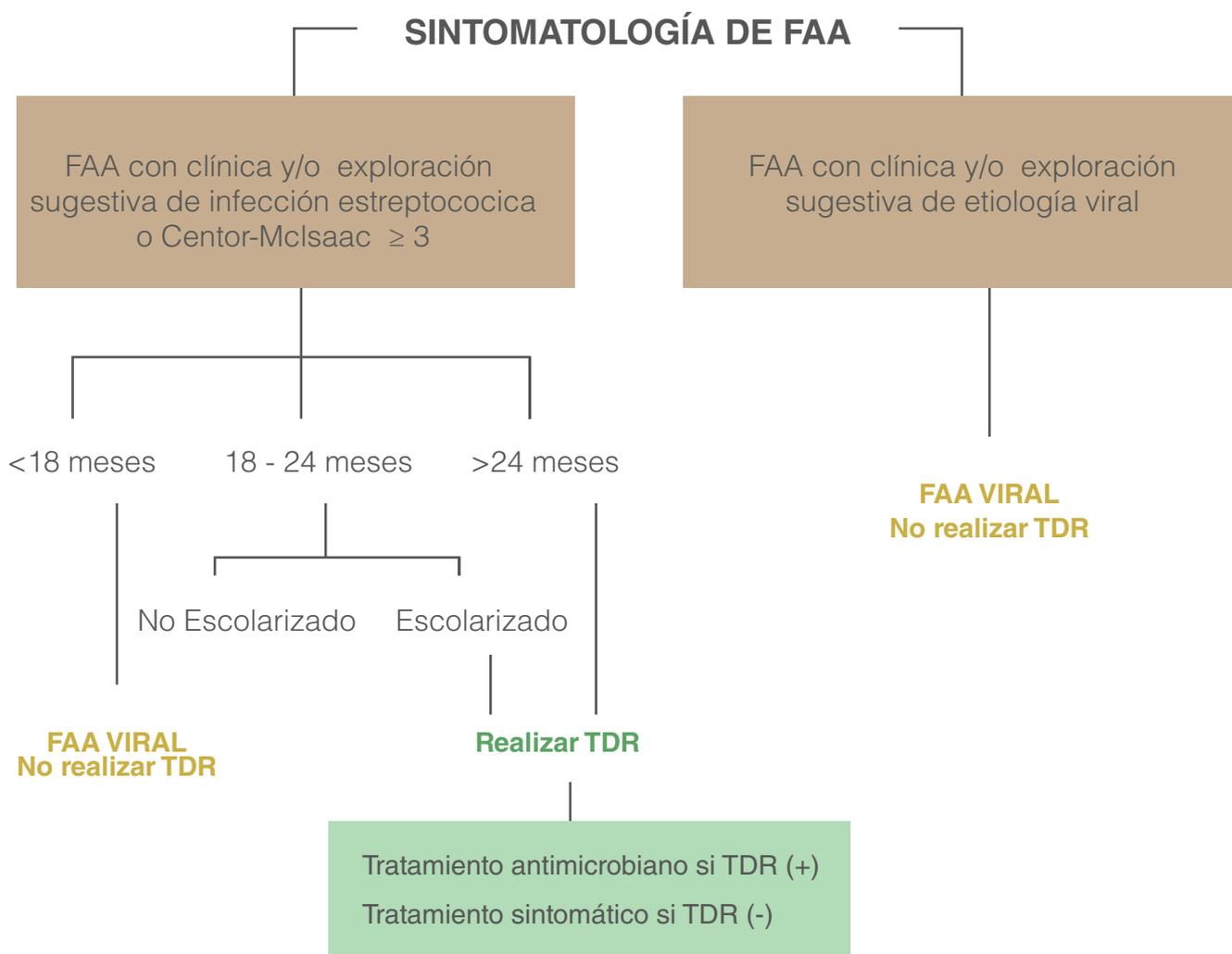
- El médico responsable solicita el kit de diagnóstico rápido de estreptococo por los cauces establecidos.
- La enfermera de atención primaria/hospital, previamente formada, realiza la toma de muestra y la prueba.
- La realización del test y su resultado se registrará en la Historia Clínica Electrónica.

- Con fines de vigilancia epidemiológica (resistencia bacteriana) y evaluación de concordancia de resultados, en los pacientes que cumplan los criterios de indicación del test, se realizará cultivo de frotis faríngeo de forma aleatoria, que se enviará a los servicios de microbiología en medio de transporte, independiente del resultado del test (negativo o positivo), por cada 25 test realizados o a la finalización del envase, registrándolo en la planilla de datos.
- Además, se realizarán 2 cortes epidemiológicos en toda la comunidad la segunda semana de noviembre y la segunda semana de marzo de cada año.

8 CONCLU SIONES

- No se deben utilizar el test en todos los pacientes con faringoamigdalitis.
- Está indicada la realización del TDR en niños a partir de 3 años y en adultos con una puntuación de los criterios de Centor modificados \geq a 3 y 2 puntos, respectivamente, y ausencia de sintomatología viral.
- Para que el resultado sea fiable, hay que realizar correctamente la toma de la muestra y la técnica de realización del test.
- El cultivo sigue estando indicado en determinadas situaciones.

ALGORITMO DE ACTUACIÓN EN FFA EN EL NIÑO



Algoritmo de manejo de la FAA en el niño. Modificado de Carles Llor et al.

10 ALGORITMO DE ACTUACIÓN EN FFA EN EL ADULTO

SINTOMATOLOGÍA DE FAA

¿Hay alguno de los siguientes criterios?

- Existencia de un brote comunitario por EBHA (ej. Escarlatina)
- sintomatología grave (mal estado general, dolor ótico, inflamación faríngea severa).
- Antecedentes de fiebre reumática
- Inmunosupresión.

NO

SI

Criterios de Centor-McIsaac	Puntos
Fiebre > 38 grados	1
Hipertrofia o Exudado FA	1
Adenopatías cervicales anteriores	1
Ausencia de tos	1
Edad:	
0-2 años	0
3-14 años	1
15-44 años	0
>45 años	-1

Tratamiento antimicrobiano

<2

≥2

Realizar TDR

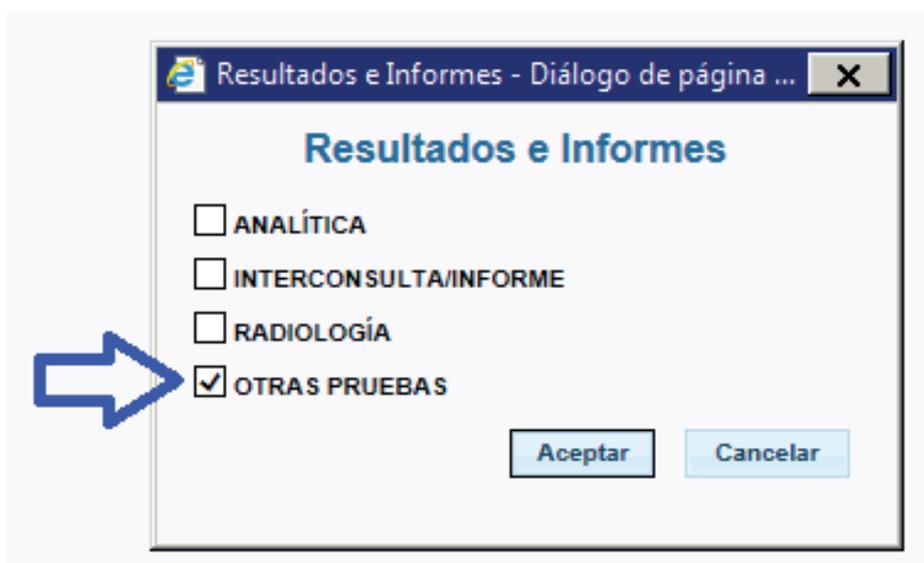
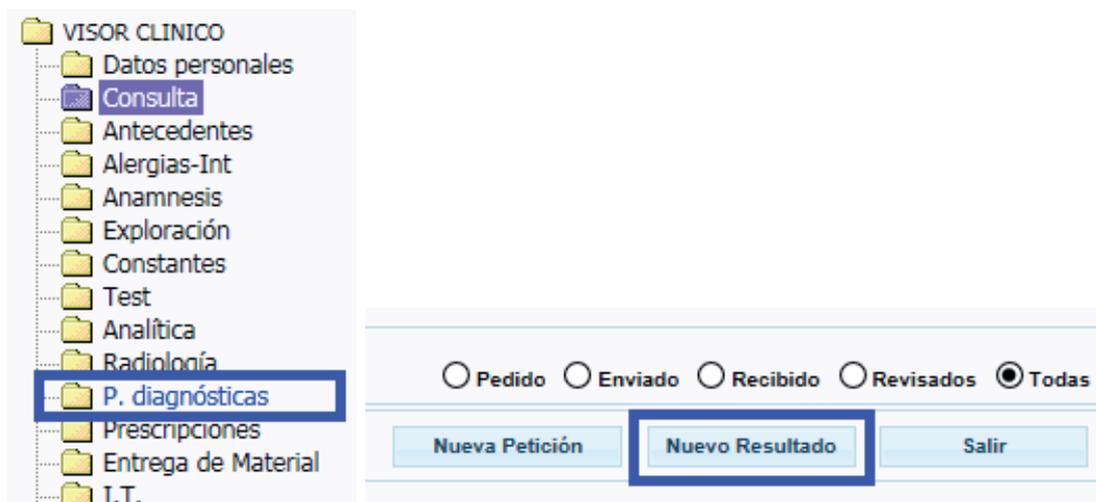
Tratamiento sintomático

Algoritmo de manejo de la FAA en el adulto. Modificado de Carles Llor et al.

11 TUTORIAL MEDORA

SOLICITUD DEL TEST DE ESTREPTOCOCO

Para un proceso de faringoamigdalitis aguda, en **Pruebas diagnósticas**, tenemos la opción de solicitar la prueba (nueva petición) o **registrar directamente una prueba realizada en la consulta** (nuevo resultado), siguiendo los siguientes pasos:



Pruebas Diagnósticas Fecha resultado: 04/12/2023

Informe externo

Lugar: CENTRO DE SALUD Motivo del informe

Proceso clínico: Nuevo proceso clínico

Informe Día: FARINGOAMIGDALITIS

Prueba: AG. ESTREPTOCOCO A (PRUEBA RAPIDA)

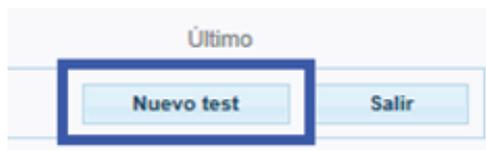
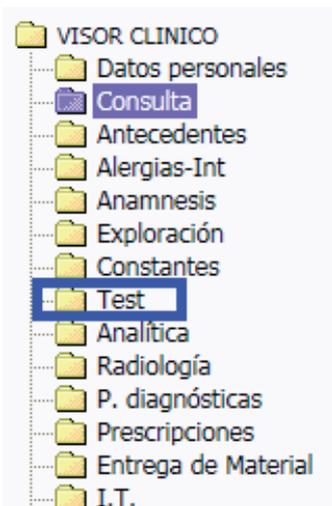
Resultado: --Seleccione resultado--
POSITIVO
NEGATIVO
NO VALORABLE

Observaciones:

Revisada
 Mostrar sensibles
 Imprimir
 Aceptar
 Cancelar

CRITERIOS DE CENTOR MODIFICADOS

En noviembre de 2023 se ha incorporado un nuevo test al módulo Test de Medora. Se configura el test **“Criterios de Centor modificados”** (a tener en cuenta que se aplica la puntuación de la edad sin necesidad de hacerlo manualmente) para ayudar al médico a decidir si realiza una prueba rápida de estreptococo en un paciente con sospecha de amigdalitis aguda estreptocócica. Este cambio se enmarca en la estrategia de certificación de los equipos PROA comunitarios. Los pasos a seguir para su cumplimentación son los siguientes:



Nuevo Test
CRITERIOS DE CENTOR
MODIFICADOS

Fecha test 04/12/2023

CRITERIOS DE CENTOR MODIFICADOS ▼

FARINGOAMIGDALITIS ▼

Nuevo Proceso Clínico

Test

Interpretación

Instrucciones

1. Temperatura > 38 °C	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
2. Ausencia de tos	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
3. Adenopatía cervical anterior	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
4. Inflamación o exudado amigdalares	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

Podemos ver también las pestañas de Interpretación e Instrucciones:

Test

Interpretación

Instrucciones

Resultado	Riesgo de infección estreptocócica
≤0	1% - 2,5%
1	5% - 10%
2	11% - 17%
3	28% - 35%
≥4	51% - 53%

* Fuente: McIsaac WJ, Kellner JD, Aufricht P, Vanjaka A, Low DE. Empirical validation of guidelines for the management of pharyngitis in children and adults. JAMA. 2004;291(13):1587-95.

12

BIBLIOGRAFÍA

1. Piñeiro Perez R, Hijano Bandera F, Álvez González F, Fernández Landaluce A, Silva Rico JC, Pérez Cánovas C, Calvo Rey C y col. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la FA aguda. *An Pediatr* 2011;75:342 e1-342 e13.
2. Fernández- Cuesta Valcárcel 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 En agosto/2023]. Disponible en: <https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-faringitis-aguda>
3. Vázquez Florido AM, Olivencia Pérez M, Alonso Salas MT, Laureano Zarza M, Fernández Urrusuno R, Muñoz Yribarren C, García Estepa R, Carlos Gil AM. Infecciones respiratorias superiores en Pediatría. *Guía de terapéutica antimicrobiana del área del Aljarafe* [actualizado en junio2019; consultado el 11-11-2019].
4. 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 FA aguda en pediatría. Enero 2014. Disponible en: gpi_utilidad_trda_estreptococo.pdf (aepap.org)
5. SIGN Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of sore throat and indications for tonsillectomy. A national clinical guideline. Published April 2010.
6. Snellman L, Adams W, Anderson G, Godfrey A, Gravley A, Johnson K, et al. Institute for Clinical Systems Improvement. *Diagnosis and Treatment of Respiratory Illness in Children and Adults*. Updated January 2013. Disponible en: <http://bit.ly/Resplll0113>
7. Johanna Nokso-Koivisto. Pharyngitis and tonsillitis in children. *EBM Guidelines. Evidence-Based Medicine*. Última revisión actualizada 30.10.2020. Disponible en: [Evidence-Based Medicine Guidelines - Duodecim \(ebm-guidelines.com\)](http://Evidence-Based Medicine Guidelines - Duodecim (ebm-guidelines.com))
8. Michigan Quality Improvement Consortium Guideline. Acute pharyngitis in children 3-18 years old. Enero 2017. Disponible en: pharyngitis.mqic.pdf (umich.edu)
9. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, Gerber MA, Kaplan EL, Lee G, et al; Infectious Diseases Society of America. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2012;55:e86-102. doi: 10.1093/cid/cis629. Erratum in: *Clin Infect Dis*. 2014;58(10):1496. Dosage error in article text.
10. Giráldez-García C, Rubio B, Gallejos-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(8):1059-67. Disponible en: Diagnosis and management of acute pharyngitis in a paediatric population: a cost-effectiveness analysis - PubMed (nih.gov)

11. Ruiz-Aragón J, Rodríguez López R, Molina Linde JM. Evaluación de los métodos rápidos para la detección de Streptococcus pyogenes. Revisión sistemática y metaanálisis. An Pediatr (Barc). 2010;72(6):391-402. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es/evaluacion-metodos-rapidos-deteccion-streptococcus-articulo-S1695403310000780>

12. Carles Llor, Miriam Alkorta Gurrutxaga, Josep de la Flor i Bruc, Silvia Bernárdez Carracedo, José Luis Cañada Merino, Mario Bárcena Caamaño, Carmen Serrano Martino y Josep Maria Cots Yago. Recomendaciones de utilización de técnicas de diagnóstico rápido en infecciones respiratorias en atención primaria. Aten Primaria. 2017; 49(7):426-437. Disponible en: Recomendaciones de utilización de técnicas de diagnóstico rápido en infecciones respiratorias en atención primaria (elsevier.es)

13. J. Oliver, E. Malliya Wadu, N. Pierse, N.J. Moreland, D.A. Williamson, M.G. Baker. Group A Streptococcus pharyngitis and pharyngeal carriage: A meta-analysis. PLoS Negl Trop Dis., 12 (2018), pp. e0006335. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006335>

14. Protocolo de Utilización del Test de Detección Rápida de Estreptococo β -hemolítico del Grupo A (TDR-StrepA). Equipo PROA-AP Mérida. Servicio Extremeño de Salud. Noviembre 2019. Disponible en: 4.3.Protocolo-de-utilización-del-test-rápido-de-Strep-A.pdf (areadesaludmerida.es)

15. Otero Pérez L, Ares Álvarez J, Piñeiro Pérez R. Faringoamigdalitis aguda y sus complicaciones. Protoc diagn ter pediatr. 2023;2:51-79. Disponible en: 4_faringoamigdalitis_aguda.pdf (aeped.es)

16. Faringoamigdalitis aguda y elección de antibióticos en personas adultas. Recomendación Esencial. Barcelona: Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña. Departamento de Salud. Generalidad de Cataluña. Febrero 2023. Disponible en: Faringoamigdalitis aguda y elección de antibióticos en personas adultas (gencat.cat)

17. García Vera C, Pina Gadea MB. Faringoamigdalitis aguda en la edad pediátrica. Atención Primaria sector Zaragoza II. Servicio Aragonés de Salud. Diciembre 2011. Disponible en: Microsoft Word - Z2-271-11 FARINGOAMIGDALITIS PEDIATRÍA.doc (aepap.org)

PROACYL

