

A vueltas con la faringitis estreptocócica: el porqué de las cosas

Sr. Editor:

El trabajo de Ochoa et al¹ respecto a la adecuación del tratamiento de la faringitis aguda es encomiable, por el esfuerzo realizado en intentar poner luz sobre un problema tan frecuente como falto de solución. Cada una de las principales enfermedades infecciosas que forman parte del quehacer pediátrico diario (otitis, gastroenteritis, catarro y faringitis, por citar las más comunes) tiene sus propias controversias y precisa una atención preferente dado el enorme impacto (condicionado por la elevada incidencia) que tienen sobre aspectos fundamentales de la salud pública: cultura sanitaria de la población, coste económico de la asistencia médica, resistencias bacterianas y efectos adversos medicamentosos, entre otros.

Sobre la faringitis aguda, afirman los autores, parece existir un consenso entre los expertos internacionales sobre la necesidad de efectuar un diagnóstico microbiológico y de tratar con penicilina cuando sea preciso. Sin embargo, casi todas las guías recopiladas corresponden a diversas sociedades del norte de América, mientras que la discordante guía escocesa representa el mayor escepticismo existente en el norte de Europa sobre el tratamiento antibiótico de ésta y otras enfermedades infecciosas leves^{2,3}. La cuestión clave es la prevención de las complicaciones de la faringitis estreptocócica, sobre todo de la temida fiebre reumática. Esta enfermedad constituye una rareza en los países desarrollados y en el nuestro^{4,5}, posiblemente más por las mejoras de tipo social que han producido también un descenso en otras enfermedades infecciosas⁶ que por el amplio uso de los antibióticos en las últimas décadas, aunque sería difícil evaluar la relevancia de estos factores por separado. Los autores de una revisión sistemática de la Librería Cochrane sobre el uso de antibióticos en la faringitis concluyen que “en la sociedad occidental moderna la incidencia de la fiebre reumática aguda quizá no sea lo bastante importante como para justificar el uso corriente de antibióticos”⁷.

Lo que, en cualquier caso, no resulta fácil de aceptar es el abandono casi total de la penicilina para el tratamiento de la fa-

ringitis estreptocócica. No se entiende que un tratamiento selectivo por su corto espectro, efectivo por la ausencia de resistencias, económico y fácil de cumplir (2 dosis al día o un único pinchazo) sea ignorado de manera sistemática por los pediatras de todo el país. Resulta poco edificante que España, que ocupa el segundo puesto de la Unión Europea en consumo de antibióticos en general y de penicilinas de amplio espectro y macrólidos en especial, se sitúe en el puesto 13 en el consumo de penicilinas de espectro reducido (4 veces menor que Francia, 10 veces menor que el Reino Unido, 20 veces menor que Alemania y 60 veces menor que Suecia)⁸. Como resultado tenemos una de las tasas más altas de resistencias antibióticas en neumococos^{9,10} lo que nos hace cómplices y responsables de un problema sanitario de primerísimo orden.

Otro problema no abordado suficientemente es el relativo al estudio microbiológico de los casos de faringitis aguda. La mayoría de las guías referidas en el trabajo de Ochoa et al recomiendan una estrategia basada en el cultivo de faringe para el diagnóstico y tratamiento correcto de la faringitis estreptocócica. Sin embargo, en el día a día de nuestros centros de salud y de nuestros servicios de urgencias, el tratamiento es empírico en la inmensa mayoría de los casos. Desde un punto de vista pragmático, resulta impensable tener que contactar con todo paciente pendiente de un cultivo para retirar un tratamiento iniciado, si el cultivo resulta negativo, o para instaurar un tratamiento demorado en espera de un cultivo que finalmente resulta positivo. Y ello contando además con que el laboratorio comunique el resultado en un plazo de tiempo razonable y no haya que crear un circuito específico para la notificación de los resultados de cultivos de faringe, o telefonar al laboratorio de microbiología para recibir el parte de los cultivos pendientes. La única alternativa que se nos ocurre para que el cultivo de faringe fuera utilizable en la práctica sería su realización en los propios centros de salud, pero suponemos que existen muchas limitaciones técnicas para este planteamiento. Otra posibilidad, poco interesante, sería la de responsabilizar al paciente en solicitar el resultado del cultivo en el laboratorio de microbiología y adecuar el tratamiento al resultado del cultivo, según unas directrices claras, preferentemente por escrito. Sería interesante saber cuántos de los pediatras, incluidos los expertos en el tema, practican cultivos en las faringitis agudas de manera habitual antes de iniciar un tratamiento empírico y cómo comunican el resultado a sus pacientes.

Si bien es cierto que las pruebas rápidas para detección de antígenos de estreptococo podrían ser útiles en estos puestos de trabajo (suponiendo que los responsables de adquirirlas y reponerlas lo hagan, y que el personal de enfermería esté disponible para realizarlas), las guías sugieren que los resultados negativos precisan de confirmación mediante un cultivo, volviendo al problema anterior. Por el contrario, un estudio en nuestro país ha comprobado la utilidad de las pruebas de diagnóstico rápido, hasta el punto de considerar innecesario el cultivo en los casos negativos¹¹.

Un lamento final. Los lectores de esta carta pertenecen, sin duda, al loable grupo de colegas concienciados con el problema abordado. Tiene poca utilidad realizar estudios y publicar textos o guías si luego son leídos por aquellos que ya están mejor formados sobre el tema. Para poder cambiar los hábitos de prescripción de la gran masa de pediatras y médicos que atienden a los niños en España es preciso tener en cuenta algunos puntos:

1. No es posible tener éxito si se plantean guías y algoritmos que generen más trabajo a los sobrecargados pediatras de atención primaria y urgencias.

2. Dar prioridad a algunos mensajes clave, como son el empleo preferente de penicilina y la casi nula necesidad de tratar a los niños menores de 2 o 3 años, permitiría mejorar los hábitos de prescripción a gran escala con un relativo pequeño esfuerzo.

3. Las comunidades autónomas y el ministerio de Sanidad tienen la responsabilidad de crear las condiciones de trabajo adecuadas para los médicos y pediatras, porque la masificación y la falta de incentivos son el germen de la pérdida de motivación para mejorar la práctica clínica, que todo médico debería sentir. Si la industria farmacéutica es la única que "mima" al sufrido profesional, no será extraño que sea ella la que reciba los beneficios del descuido de los responsables sanitarios.

L. Moral Gil^a y E.M.^a Rubio Calduch^b

^aServicio de Pediatría. Hospital Vega Baja. Orihuela.

^bConsulta de Pediatría. Hospital Perpetuo Socorro. Alicante. España.

Correspondencia: Dr. L. Moral Gil.
La Dorada, 6, pta. 49. 03540 Alicante. España.
Correo electrónico: lmoralg@coma.es.

BIBLIOGRAFÍA

- Ochoa Sangrador C, Vilela Fernández M, Cueto Baelo M, Eiros Bouza JM, Inglada Galiana L y el Grupo Español de Estudio de los Tratamientos Antibióticos. Adecuación del tratamiento de la faringoamigdalitis aguda a la evidencia científica. *An Pediatr (Barc)* 2003;59:31-40.
- Zwart S, Rovers MM, De Melker RA, Hoes AW. Penicillin for acute sore throat in children: Randomized, double blind trial. *BMJ* 2003;327:1324-7.
- Axelsson I. Medicina basada en la evidencia en la práctica: ¿tratar o no tratar la otitis media? *Rev Pediatr Aten Primaria* 1999;1:629-37.
- Batlle Gualda E. ¿Dónde está la fiebre reumática? *Med Clin (Barc)* 1987;88:61-4.
- Moral L, Majó J, Rubio EM, Ruiz C, Casaldáliga J. Unsuspected rheumatic heart underlying group B streptococcal endocarditis at the age of 20 months. *Eur J Pediatr* 1992;151:745-7.
- Moral Gil L, Moya Benavent M. ¿Qué ha sido de la leishmaniasis? *An Esp Pediatr* 1998;49:5-10.
- Del Mar CB, Glasziou PP, Spinks AB. Antibióticos para el dolor de garganta (Translated Cochrane Review). En: *La Cochrane Library*. Oxford: Update Software.
- Cars O, Mölstad S, Melander A. Variation in antibiotic use in the European Union. *Lancet* 2001;357:1851-3.
- Fenoll A, Jado I, Vicioso D, Berrón S, Yuste JE, Casal J. *Streptococcus pneumoniae* in children in Spain: 1990-1999. *Acta Paediatr* 2000;(Suppl 435):44-50.
- Oteo J, Alós JL, Gómez Garcés JL. Sensibilidad *in vitro* actual de los patógenos respiratorios bacterianos más frecuentes: implicaciones clínicas. *Med Clin (Barc)* 2001;116:541-9.
- Contessotto Spadetto C, Cámara Simón M, Avilés Inglés MJ, Ojeda Escuriet JM, Cascales Barceló I, Rodríguez Sánchez F. Empleo racional de los antibióticos en pediatría: impacto de la aplicación de un test rápido de detección de estreptococo beta-hemolítico del grupo A en la faringoamigdalitis aguda. *An Esp Pediatr* 2000;52:212-9.