

Réplica

Sr. Editor:

Agradecemos los comentarios realizados por Moral Gil et al¹, a nuestro trabajo sobre "Adecuación del tratamiento de la faringoamigdalitis aguda a la evidencia científica"¹. En su carta se señalan algunos de los problemas existentes en el manejo clínico de las faringitis aguda desde un punto de vista pragmático.

Los autores sugieren que no es factible la aplicación de algunas de las recomendaciones incluidas en las guías de práctica clínica sobre faringitis aguda, fundamentalmente la realización de pruebas microbiológicas, por la sobrecarga de trabajo que acarrearía en los servicios de urgencia y consultas de atención primaria. A nuestro juicio este planteamiento nos llevaría a admitir que la selección de los pacientes subsidiarios de tratamiento antibiótico se basara exclusivamente en información clínicoepidemiológica, que no siempre es lo suficientemente válida^{2,3}. Entre la actitud de manejar las faringitis agudas con criterios casi exclusivamente empíricos, generalizada en nuestro medio¹, y la realización sistemática de cultivos existen sin duda opciones intermedias; de hecho, un uso juicioso de estas pruebas diagnósticas redundaría en una disminución del uso de antibióticos.

Existen diversas circunstancias en las que la utilización de pruebas microbiológicas parece más necesaria: cuando existen infecciones recurrentes, cuando se sospecha alergia a betalactámicos (por problemas de resistencias) o cuando hay antecedentes de complicaciones. Parece asimismo claro que en los menores de 3 años con faringitis agudas la prescripción de antibióticos sin una confirmación microbiológica no resulta justificable; esta última advertencia resulta de gran relevancia, ya que representa más de un tercio de nuestras prescripciones¹.

Aunque en nuestro medio las consideraciones económicas no tienen la misma repercusión que en otros sistemas sanitarios, hay que tener en cuenta que si bien el coste de las opciones terapéuticas más recomendables (penicilina o amoxicilina) resulta muy económico, otros tratamientos empleados con frecuencia (cefalosporinas y ciertos macrólidos) se acercan al coste de un cultivo faríngeo⁴, y superan claramente el de la prueba rápida. Por otra parte, no deberíamos supeditar la indicación de una prueba diagnóstica a los problemas que puedan ocasionar su realización o el acceso a sus resultados.

Respecto a la utilidad diagnóstica de la prueba rápida de detección de antígeno de *Streptococcus pyogenes*, debemos advertir que en los últimos años se han publicado distintos estudios, con pruebas de inmunoanálisis óptico, en los que la sensibilidad ha mejorado acercándose al 90%⁵⁻⁷. Por ello, diversos autores sugieren que la recomendación de realizar cultivo en los casos con prueba rápida negativa debe ser revisada⁵⁻⁷. No obstante, la sensibilidad de estas pruebas puede variar según las condiciones de realización, pudiendo encontrarnos resultados con menor sensibilidad^{8,9}.

Asumiendo los resultados de un estudio publicado en España⁷, la probabilidad de que una faringitis aguda con prueba rápida negativa presente crecimiento de *S. pyogenes* en el cultivo se sitúa entre el 1,4 y el 5,6% (sensibilidad, 91,2%; especificidad, 96,2%; probabilidad preprueba, 28,2%; cociente de probabilidades negativo, 0,09; intervalo de confianza, 0,05-0,17). Esta probabilidad posprueba negativa, aceptablemente baja, no alcanzaría el 10% (requeriría probabilidades preprueba mayores del

55%) ni en escenarios clínicos de mayor riesgo (edad entre 5 y 10 años o períodos epidémicos). Disponemos asimismo de estudios en los que la práctica de realizar prueba rápida, prescribir antibióticos sólo a los casos positivos y no realizar cultivo ha mostrado su seguridad y coste-efectividad^{5,10}.

Es evidente que la principal limitación a la utilización de la prueba rápida no es sólo la sobrecarga de trabajo, sino la disponibilidad de ésta en consultorios y servicios de urgencias. Considerando la importancia que nuestras autoridades parecen conceder al abuso de antibióticos, cabe reclamar que, junto a campañas de concienciación, se planteen evaluar el beneficio de suministrar esta prueba diagnóstica.

Estamos de acuerdo con Moral Gil et al en que es responsabilidad de las autoridades sanitarias mejorar las condiciones de trabajo de médicos y pediatras; sin embargo, esta realidad no debe suponer un argumento para desentendernos de nuestra responsabilidad en el uso juicioso y correcto de los antibióticos en las faringitis agudas.

C. Ochoa Sangrador y Grupo Español de Estudio de los Tratamientos Antibióticos

Unidad de Investigación.
Hospital Virgen de la Concha. Zamora. España.

Correspondencia: Dr. C. Ochoa Sangrador.
Unidad de Investigación. Hospital Virgen de la Concha.
Avda. Requejo, 35. 49029 Zamora. España.
Correo electrónico: cochoas@meditex.es

BIBLIOGRAFÍA

- Ochoa Sangrador C, Vilela Fernández M, Cueto Baelo M, Eiros Bouza JM, Inglada Galiana L y 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.
- Breese BB. A simple scorecard for the tentative diagnosis of streptococcal Pharyngitis. *Am J Dis Child* 1977;131:514-517.
- Wigton RS, Connor JL, Centor RM. Transportability of a decision rule for the diagnosis of streptococcal pharyngitis. *Arch Intern Med* 1986;146:81-3.
- Brezmes MF, Ochoa C, Eiros JM. Cost análisis in a clinical microbiology laboratory. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2002; 21:582-8.
- Mayes T, Pichichero ME. Are follow-up trota cultures necessary when rapid antigen detection tests are negative for group A streptococci? *Clin Pediatr (Phila)* 2001;40:191-5.
- Gieseke KE, Roe MH, MacKenzie T, Todd JK. Evaluating the American Academy of Pediatrics diagnostic standard for *Streptococcus pyogenes* pharyngitis: Backup culture versus repeat rapid antigen testing. *Pediatrics* 2003;111:e666-e670.
- 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.
- Pitetti RD, Drenning SD, Wald ER. Evaluation of a new rapid antigen detection kit for group A beta-hemolytic streptococci. *Pediatr Emerg Care* 1998;396-8.
- Hart AP, Buck LL, Morgan S, Saverio S, McLaughlin JC. A comparison of the BioStar Strep OIA rapid antigen assay, group A Selective Strep Agar (ssA), and Todd-Hewitt broth cultures for the detection of group A *Streptococcus* in an outpatient family practice setting. *Diagn Microbiol Infect Dis* 1997;29:139-45.
- Ehrlich JE, Demopoulos BP, Daniel KR Jr, Ricarte MC, Glied S. Cost-effectiveness of treatment options for prevention of rheumatic heart disease from Group A streptococcal pharyngitis in a pediatric population. *Prev Med* 2002;35:250-7.