XLI CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN PUERICULTURA Y PEDIATRÍA PREVENTIVA, 2025-2026

Trabajo Fin de Curso

Utilidad diagnóstica del test rápido de detección de Streptococcus pyogenes en faringoamigdalitis aguda pediátrica:

Estudio observacional retrospectivo en consulta de Atención Primaria

Autora:

Yarmila García Cristiá

ÍNDICE

1. Resumen....4
2. Justificación....5
3. Planteamiento del problema....6
4. Hipótesis....7
5. Introducción....8
6. Marco teórico....10
    6.1 Historia y microbiología....10
    6.2 Mecanismos patogénicos....10
    6.3 Manifestaciones clínicas y diagnóstico diferencial....10
    6.4 Métodos diagnósticos....14
    6.5 Epidemiología....15
7. Objetivos....17
8. Metodología....19
9. Resultados....21
10. Discusión....25
11. Conclusiones....27
12. Recomendaciones....28
13. Bibliografía....29

Agradecimientos

A mi madre, por ser mi ejemplo de esfuerzo y perseverancia, por su cariño, consejos y apoyo constante. Este logro también te pertenece y a ti te lo dedico.

En especial, a mi esposo, por su paciencia, compañía y palabras de aliento en los momentos más difíciles. Gracias por creer siempre en mí y motivarme a seguir adelante.

A la enfermera Mariela, jefa de Enfermeras en la clínica Atlas, por su apoyo, y disposición para ayudarme durante el desarrollo de este trabajo. Su orientación y la información brindada fueron fundamentales en este proceso.

Asimismo, agradezco profundamente a la Dra. Teres Agramonte Hevia, por compartir sus conocimientos, experiencia y valioso tiempo. Su guía y motivación para hacer este curso contribuyeron significativamente a la culminación de esta investigación.

A mi familia, por su amor, comprensión y apoyo incondicional a lo largo de esta etapa académica.

A todos ustedes, mi eterna gratitud.

1. RESUMEN

La faringoamigdalitis aguda por *Streptococcus pyogenes* es uno de los diagnósticos más frecuentes en Pediatría. Para identificarla clínicamente se han propuesto varias escalas de predicción clínica (Centor y Centor modificada por McIsaac), pero para el diagnóstico etiológico se recomienda el uso del test rápido de detección antigénica de estreptococo. Este test presenta una alta sensibilidad y especificidad y es de fácil aplicación en la consulta de Atención Primaria.

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y de corte transversal de todos los pacientes menores de 15 años atendidos en Atención Primaria en la Clínica Atlas de Aranjuez, entre junio y diciembre de 2025. Se incluyeron 50 pacientes con diagnóstico clínico de amigdalitis, a todos los cuales se les realizó el test de detección rápida de antígeno estreptocócico (TDRS). Se obtuvieron 11 resultados positivos (22%) y 39 negativos (78%). Los pacientes positivos tenían edades comprendidas entre 4 y 13 años, con una distribución de 6 casos en el sexo femenino y 5 en el masculino. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre, odinofagia, exudados amigdalares, adenopatías cervicales y malestar general.

Los resultados evidencian la utilidad del test como herramienta diagnóstica rápida y su impacto en la toma de decisiones clínicas, en particular para optimizar el uso de antibióticos en población pediátrica.

Palabras clave: faringoamigdalitis aguda, Streptococcus pyogenes, test rápido diagnóstico, pediatría, Atención Primaria, antibióticos.

2. JUSTIFICACIÓN

La amigdalitis aguda es una de las infecciones más frecuentes en la población pediátrica y una de las principales causas de prescripción de antibióticos en Atención Primaria. Sin embargo, la mayoría de los episodios son de origen viral, por lo que el uso indiscriminado de antibióticos no solo es innecesario, sino perjudicial desde el punto de vista de la resistencia bacteriana.

Evaluar la utilidad del test rápido de detección de antígeno estreptocócico ayuda a mejorar la precisión diagnóstica, reducir la prescripción innecesaria de antibióticos y optimizar el uso de recursos sanitarios. El presente estudio aporta, además, datos locales sobre la prevalencia de infección por *Streptococcus pyogenes* en niños con síntomas de amigdalitis atendidos en una clínica de la Comunidad de Madrid.

El médico puericultor tiene un rol integral en las infecciones respiratorias infantiles, especialmente en la amigdalitis estreptocócica, actuando en la prevención, detección temprana, orientación terapéutica y educación familiar, contribuyendo a reducir complicaciones y mejorar la salud infantil.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La amigdalitis es una de las infecciones más frecuentes en la población pediátrica. La identificación precisa de la etiología estreptocócica es fundamental para indicar el tratamiento antibiótico adecuado y evitar complicaciones como la fiebre reumática o los abscesos periamigdalinos y las enfermedades invasivas. El test rápido de estreptococo es una herramienta diagnóstica que permite confirmar la infección bacteriana en la consulta; sin embargo, su sensibilidad real y su correlación con los signos y síntomas clínicos debe evaluarse en el contexto de la práctica clínica habitual de Atención Primaria.

4. HIPÓTESIS

Hipótesis general

La positividad del test rápido de estreptococo está asociada a la presencia de signos y síntomas clínicos característicos en pacientes pediátricos con faringoamigdalitis aguda.

Hipótesis específicas

- Los pacientes con fiebre y malestar general presentan mayor probabilidad de obtener un resultado positivo en el test.
- La presencia de odinofagia, exudado amigdalar y adenopatías cervicales se asocia con una mayor positividad del test.
- La positividad del test es más frecuente en niños en edad escolar temprana (4–7 años).

5. INTRODUCCIÓN

La faringoamigdalitis aguda constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes en Pediatría y Atención Primaria, especialmente en población pediátrica y adultos jóvenes, siendo la tercera causa de consulta y la primera causa de utilización de antibióticos en todo el mundo (1,2). En España se estima que cada año se atienden alrededor de 16 millones de consultas por odinofagia, lo que representa aproximadamente el 20% de las visitas pediátricas. A pesar de ello, la mayoría de las faringoamigdalitis agudas (FAA) son víricas y solo se consideran de etiología estreptocócica alrededor del 15% del total de los diagnósticos en niños, pudiendo aumentar hasta el 30% en periodos epidémicos. (2)

El estreptococo betahemolítico del grupo A (*Streptococcus pyogenes*) representa la principal causa bacteriana, especialmente en niños en edad escolar. La diferenciación entre infección viral y bacteriana resulta fundamental para evitar el uso innecesario de antibióticos y reducir el desarrollo de resistencias bacterianas, un problema creciente de salud pública. Sin embargo, los hallazgos clínicos aislados presentan una capacidad diagnóstica limitada, ya que síntomas como fiebre, exudado amigdalar o adenopatías cervicales pueden aparecer tanto en infecciones virales como bacterianas.

En una revisión de las diferentes guías de práctica clínica para su manejo, realizada por García Vera et al. para el Grupo de Patología Infecciosa de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), se observó que dos de estas guías (NICE, SIGN) consideran innecesario tratar las FAA estreptocócicas, salvo que produzcan una afectación importante del estado del paciente, mientras que el resto prefieren realizar un diagnóstico etiológico y tratarlas con antimicrobianos si se identifican como FAA estreptocócica. (3,4)

Con el objetivo de mejorar la precisión diagnóstica, se han desarrollado pruebas rápidas de detección antigénica para *Streptococcus pyogenes*, las cuales permiten obtener resultados en pocos minutos y facilitan la toma de decisiones terapéuticas en la práctica clínica diaria.

El presente estudio retrospectivo analiza la utilidad diagnóstica del test rápido estreptocócico en pacientes pediátricos con sospecha clínica de

faringoamigdalitis, evaluando la proporción de resultados positivos en una muestra de niños atendidos en consulta de Atención Primaria.

6. MARCO TEÓRICO

6.1 Historia y microbiología

El descubrimiento de *Streptococcus pyogenes* data de 1874, cuando Billroth lo describe en casos de erisipela y de infecciones de heridas. En 1879, Pasteur lo aísla de la sangre de una paciente con sepsis puerperal. La denominación *S. pyogenes* aparece por primera vez en 1884 (Rosenbach) y, hasta 1903 (Schötmuller), no existen clasificaciones de los estreptococos basadas en la producción de hemólisis. Finalmente, en 1933, Lancefield demostró que uno de esos grupos —el grupo A— era específico de humanos y estaba relacionado con diversas enfermedades como la faringitis, la fiebre escarlata, la fiebre reumática, la nefritis y el impétigo (5)



Figura 1. Imagen microscópica ilustrativa (izquierda) y cultivo en placa de agar sangre (derecha).

El género *Streptococcus* comprende bacterias de forma esférica (cocos) que suelen agruparse en cadenas o pares. Son grampositivas y anaerobias facultativas. Algunas especies son comensales (p. ej., *Streptococcus salivarius* en la cavidad oral), mientras que otras, como *Streptococcus pyogenes*, son patógenas y pueden desencadenar infecciones graves. (6)

6.2 Mecanismos patogénicos

Streptococcus pyogenes produce una serie de factores de virulencia que facilitan su capacidad para evadir el sistema inmunológico y causar daño tisular. Entre ellos destacan las proteínas M, que interfieren con la fagocitosis, y diversas toxinas, como la estreptolisina O, que induce la destrucción de células y tejidos.

6.3 Manifestaciones clínicas y diagnóstico diferencial

La faringoamigdalitis aguda (FAA) es un proceso inflamatorio de la mucosa y las estructuras del área faringoamigdalar. Clínicamente se caracteriza por fiebre, odinofagia e hipertrofia amigdalar acompañada de eritema, edema, exudado, úlceras o vesículas.

La etiología puede ser viral o bacteriana. Los virus representan la principal causa de infección (adenovirus, rinovirus, coronavirus, influenza, parainfluenza y virus sincitial respiratorio). Entre las causas bacterianas, el agente etiológico más importante es el estreptococo betahemolítico del grupo A (EBHGA).

Además, este motivo de consulta es responsable de más del 50% de las prescripciones antibióticas en población infantil, lo que evidencia su relevancia tanto asistencial como en términos de salud pública (3). Esta elevada carga no es exclusiva de nuestro entorno: en Estados Unidos, el dolor de garganta genera entre el 1 y el 2% de todas las visitas en atención primaria y urgencias, lo que equivale a entre 11 y 18 millones de consultas anuales (7,8). A pesar de su elevada frecuencia, la FAA representa un desafío diagnóstico, ya que puede estar causada tanto por virus como por bacterias, compartiendo ambas etiologías manifestaciones clínicas muy similares. En la mayoría de los casos, el origen es viral, pero también puede ser provocado por bacterias, siendo Streptococcus pyogenes (estreptococo betahemolítico del grupo A o EBHGA) el agente bacteriano más relevante, responsable de entre el 20 y el 40% de los episodios en niños de 3 a 14 años (2). Aunque la FAA estreptocócica suele ser autolimitada, puede asociarse a complicaciones supurativas (sinusitis, otitis media, absceso periamigdalino) y no supurativas (fiebre reumática, glomerulonefritis aguda, artritis reactiva). Todas ellas, excepto la glomerulonefritis, pueden prevenirse con un tratamiento antibiótico adecuado (7). En España y Estados Unidos, más del 50% de los niños con dolor de garganta reciben antibióticos de forma empírica, sin confirmación microbiológica previa. Esta situación es aún más preocupante en países de ingresos bajos y medios, como Egipto, donde el 86% de los pacientes con faringoamigdalitis reciben antibióticos, independientemente de la causa (3,7).

El uso excesivo e inapropiado de antibióticos en el manejo de la faringoamigdalitis aguda no solo conlleva efectos adversos individuales y un aumento innecesario del gasto sanitario, sino que también es un factor clave en la creciente emergencia

de resistencias antimicrobianas. Aunque Streptococcus pyogenes sigue siendo generalmente sensible a los betalactámicos, en los últimos años se han descrito cepas con sensibilidad reducida a amoxicilina y ampicilina, lo que podría representar el inicio de un proceso de resistencia clínicamente significativo (2,4,7). Más preocupante aún es la situación de los macrólidos, donde el impacto de la prescripción inapropiada es especialmente relevante. En España, algunas series han descrito resistencias a macrólidos de hasta un 27%, aunque actualmente no superan el 10%. Todo ello subraya la necesidad de optimizar el uso de antimicrobianos y reforzar la vigilancia microbiológica como parte fundamental de las estrategias para preservar la eficacia de los tratamientos disponibles (2). Para orientar la decisión terapéutica y optimizar la prescripción antibiótica, los clínicos cuentan con diferentes herramientas diagnósticas que combinan la evaluación clínica con pruebas microbiológicas. Las escalas predictivas, como Centor y McIsaac, son las más utilizadas en atención primaria (9,10,11,12).

La importancia clínica de esta enfermedad radica en la necesidad de diferenciar los cuadros virales de los bacterianos, debido a que el tratamiento antibiótico solo está indicado en infecciones estreptocócicas confirmadas o altamente sospechosas. (2)

Faringoamigdalitis bacteriana



Figura 2. Faringoamigdalitis bacteriana con exudado amigdalar.

Menos común pero más grave, la FAA bacteriana está causada principalmente por *S. pyogenes*. Sus síntomas característicos son (2,13):

- Dolor de garganta intenso y de instauración brusca.
- Dificultad para tragar (odinofagia).
- Fiebre elevada (> 38,5 °C).

- Placas blancas o amarillentas sobre las amígdalas.
- Adenopatías cervicales dolorosas.
- Ausencia de tos (criterio diferenciador importante).
- Mal aliento intenso.

Amigdalitis vírica

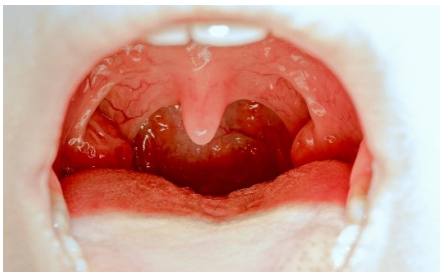

Figura 3. Faringoamigdalitis vírica.

Es la forma más común, representando entre el 50% y el 90% de los casos (2). Los virus que la causan incluyen el virus de Epstein-Barr, adenovirus, virus de la gripe, rinovirus y algunos coronavirus. Generalmente, se presenta junto con resfriados o gripes. El periodo de incubación es corto, de dos a tres días, tras el cual comienza a aparecer un malestar generalizado con febrícula. Presenta un patrón estacional (cuando predominan los virus en otoño e invierno se manifiesta más).

Síntomas y signos de la amigdalitis viral

- ✓ Dolor de garganta progresivo.
- ✓ Congestión nasal y estornudos.
- ✓ Tos frecuente.
- ✓ Ronquera o cambios en la voz.
- ✓ Fiebre leve o moderada.
- ✓ Enrojecimiento de la garganta sin placas blancas.
- ✓ Inflamación de los ganglios del cuello (leve).

Tratamiento: cuidados en casa

- ✓ Beber abundante agua y líquidos tibios.
- ✓ Hacer gárgaras con agua tibia y sal.
- ✓ Tomar analgésicos como paracetamol o ibuprofeno para aliviar el dolor.

✓ Descansar lo suficiente.

Escalas de predicción clínica

Con el fin de orientar el diagnóstico de la FAA estreptocócica y seleccionar los pacientes candidatos a prueba microbiológica, se han desarrollado diversas escalas clínicas. La más utilizada es la escala de Centor modificada por McIsaac (10,11) (Tabla 1).

Criterio clínico	Puntos	Probabilidad EBHGA
Exudado o tumefacción amigdalar	+1	≤ 1 pto: < 3%
Adenopatías cervicales anteriores dolorosas	+1	2–3 ptos: test rápido
Fiebre (> 38 °C)	+1	≥ 4 ptos: 38–63%
Ausencia de tos	+1	
Edad 3–14 años	+1	

Tabla 1. Escala de Centor modificada por McIsaac. EBHGA: estreptococo betahemolítico del grupo A.

Interpretación rápida

- ≤1 punto → Bajo riesgo
- 2–3 puntos → Test rápido
- ≥4 puntos → Alta probabilidad (38–63%)

6.4 Métodos diagnósticos

Test rápido de detección de antígeno (TDRS)

El test rápido para estreptococo detecta antígenos específicos de *Streptococcus pyogenes* en muestras faríngeas obtenidas mediante frotis. Proporciona resultados en 5–10 minutos, con una especificidad cercana al 95–99% y una sensibilidad que ha mejorado progresivamente con el desarrollo de nuevas generaciones de test, alcanzando valores entre el 70 y el 95% según la técnica utilizada. (3,14)



Figura 4. Test rápido de detección de antígeno estreptocócico: procedimiento (izquierda) y kit comercial (derecha).

Su principal limitación es la imposibilidad de diferenciar entre infección activa y estado de portador asintomático (15). No obstante, en pacientes con criterios clínicos favorables, un resultado positivo ofrece una probabilidad posprueba de infección estreptocócica de hasta el 96%.

Cultivo faríngeo

El cultivo faríngeo continúa siendo el estándar de referencia, con sensibilidad superior al 90% y especificidad cercana al 99% (16,17). Su principal desventaja es el tiempo necesario para obtener los resultados (24–48 horas), lo que limita su utilidad para la toma de decisiones terapéuticas inmediatas.

6.5 Epidemiología

La faringoamigdalitis aguda constituye una de las principales causas de consulta en Pediatría a nivel mundial. Se estima que entre el 70% y el 80% de los casos son de etiología viral, mientras que el 20–30% restante corresponde a infecciones bacterianas, siendo *Streptococcus pyogenes* (EBHGA) el agente predominante. En este contexto, la relevancia epidemiológica radica no solo en su alta frecuencia, sino también en las posibles complicaciones supurativas y no supurativas (como fiebre reumática), lo que justifica el uso de herramientas diagnósticas como el test rápido de detección de antígeno.

La faringitis estreptocócica es una de las infecciones bacterianas más comunes en la infancia. En niños con síntomas de faringitis, el EBHGA es responsable de aproximadamente 20–40% de los casos**,** en niños mayores de 3 años, puede alcanzar hasta 30% de las infecciones faringoamigdalares. Además, la faringitis es el tercer diagnóstico más frecuente en puericultura y pediatría, solo superado por infecciones respiratorias altas y otitis media. La epidemiología varía significativamente según la edad:

Niños escolares (5–15 años): grupo con mayor incidencia.

Menores de 3 años: menor frecuencia, con prevalencias entre 3–7%, aunque algunos estudios reportan hasta 12,6%

Menores de 2 años: menor incidencia global y presentación clínica atípica

Esto tiene implicaciones diagnósticas, ya que en niños pequeños la infección estreptocócica puede ser subestimada o confundida con etiologías virales.

La infección por estreptococo presenta un patrón estacional característico:

- Mayor incidencia en primavera y otoño, con picos descritos en meses como mayo y septiembre
- Casos esporádicos durante todo el año

Este patrón está relacionado con factores como la transmisión en entornos escolares y la coexistencia con infecciones virales respiratorias. Es una enfermedad de distribución mundial. Sin embargo, su incidencia puede variar según condiciones socioeconómicas y acceso a servicios sanitarios. En países en

desarrollo, la carga de enfermedad y complicaciones (como fiebre reumática) es mayor. Estudios recientes también han evidenciado cambios epidemiológicos asociados a factores como la pandemia COVID-19, con variaciones en la circulación de patógenos respiratorios. En las últimas décadas, se ha observado un incremento global de las infecciones invasivas en Europa y Norteamérica, pero la causa no ha sido determinada (18). En Europa, la incidencia es de 2,79 casos/100 000 habitantes/año, con una incidencia pediátrica estimada de 0,12-3,1/100 000 niños/año. La mortalidad pediátrica se sitúa entre el 3,6 y el 8,3%, pero en su forma más grave, el síndrome de shock tóxico estreptocócico (STSS), puede alcanzar el 26,8%. A nivel mundial, se estima que la enfermedad invasiva por EBHGA causa cada año unos 663 000 casos nuevos y 163 000 muertes (19).

El estreptococo del grupo A se transmite principalmente por: Gotas respiratorias y contacto directo con secreciones infectadas. El punto máximo de transmisión ocurre durante la fase sintomática de la infección. El período de incubación de la faringoamigdalitis estreptocócica es de dos a cinco días post-exposición a EBHGA. Existen factores de riesgo importantes: Hacinamiento, Asistencia a guarderías o escuelas, Estacionalidad, Coinfecciones virales.

7. OBJETIVOS

Objetivo principal

Conocer la utilidad del test rápido de detección de antígeno estreptocócico (TDRS) en la consulta de Atención Primaria de la Clínica Atlas de Aranjuez, evaluando la proporción de resultados positivos en pacientes con diagnóstico clínico de faringoamigdalitis aguda.

Objetivos específicos

- Determinar la positividad del TDRS en la muestra estudiada.
- Describir la distribución de los casos positivos según edad y sexo.
- Identificar los síntomas y signos clínicos más frecuentemente asociados a un resultado positivo.

8. METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Estudio observacional, retrospectivo y de corte transversal.

Población y período

Se incluyeron todos los pacientes menores de 15 años atendidos en la consulta de Puericultura de la Clínica Atlas (Aranjuez, Madrid) entre junio y diciembre de 2025, con diagnóstico clínico de faringoamigdalitis aguda. El tamaño muestral final fue de 50 pacientes.

Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión

- Pacientes menores de 15 años.
- Diagnóstico clínico de faringoamigdalitis aguda registrado en historia clínica.
- Realización del TDRS durante la consulta.

Exclusión

- Pacientes con tratamiento antibiótico previo en las 72 horas anteriores a la consulta.
- Ausencia de registro clínico suficiente.

Variables estudiadas

- Resultado del TDRS (positivo / negativo).
- Edad (años cumplidos).
- Sexo (femenino / masculino).
- Síntomas: fiebre, odinofagia, malestar general, exudado amigdalar, adenopatías cervicales, ausencia de tos.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las variables recogidas. Las variables cualitativas se expresan como frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), y la edad se agrupó por intervalos. El análisis se realizó con el programa SPSS v.25.

Consideraciones éticas

El estudio fue realizado conforme a la Declaración de Helsinki y la normativa vigente de protección de datos (RGPD). Al tratarse de un estudio retrospectivo de revisión de historias clínicas sin intervención, no requirió consentimiento informado individualizado.

9. RESULTADOS

Se incluyeron un total de 50 pacientes con diagnóstico clínico de faringoamigdalitis aguda, a todos los cuales se realizó el TDRS. Se obtuvieron 11 resultados positivos (22%) y 39 negativos (78%).

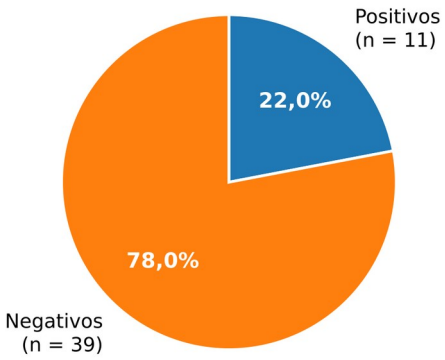

Figura 5. Resultados del TDRS en la muestra estudiada (n = 50).

Distribución por sexo

De los 11 casos positivos, 6 correspondieron al sexo femenino (54,5%) y 5 al masculino (45,5%), sin diferencias relevantes entre ambos grupos.

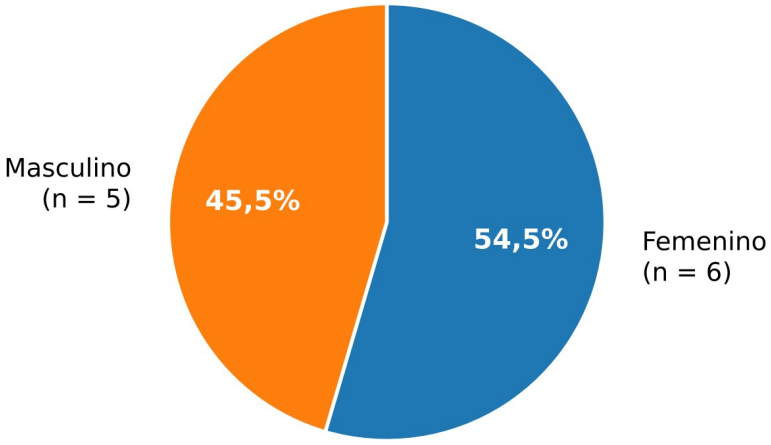

Figura 6. Distribución por sexo de los casos positivos (n = 11).

Distribución por edad

Respecto a la edad, el mayor porcentaje de casos positivos se concentró en el grupo de 4–5 años (36,4%), seguido de los grupos de 9–11 años (27,3%), 6–7 años (18,2%) y 13 años (18,2%).

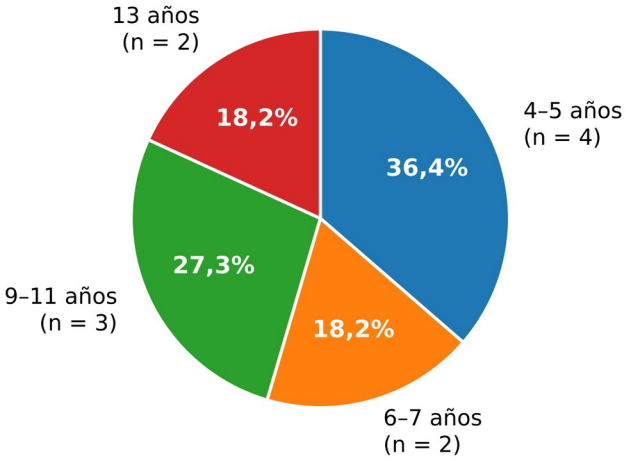

Figura 7. Distribución por edad de los casos positivos (n = 11).

Manifestaciones clínicas en casos positivos

Desde el punto de vista clínico, la fiebre y el malestar general estuvieron presentes en el 100% de los casos positivos (n = 11), lo que refleja su elevada sensibilidad como síntomas de alarma, aunque su baja especificidad limita el valor diagnóstico aislado. La odinofagia (81,8%), el exudado amigdalar (72,7%) y las adenopatías cervicales (72,7%) mostraron una alta frecuencia, en concordancia con los criterios clínicos clásicos de la escala de McIsaac.

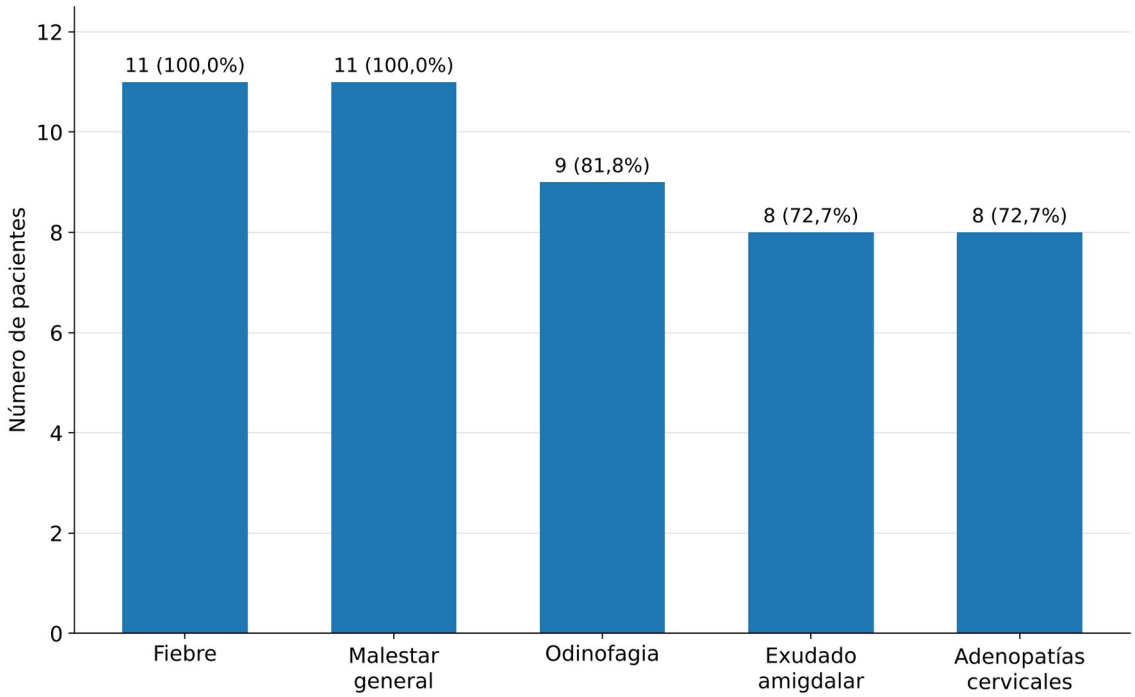

Figura 8. Frecuencia de síntomas y signos en casos con TDRS positivo (n = 11).

10. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente estudio muestran una positividad del 22% en el test rápido de estreptococo, valor que se encuentra dentro del rango descrito en la literatura internacional (15%–30%) en población pediátrica con faringoamigdalitis aguda. Este hallazgo es concordante con lo reportado por Shulman et al. (20), quienes destacan que solo una proporción limitada de los casos de faringitis es de origen bacteriano, predominando la etiología viral.

En relación con el sexo, se observó una ligera predominancia en el sexo femenino (54,5%); sin embargo, esta diferencia no resulta clínicamente relevante, lo que coincide con lo descrito por Bisno (21), quienes señalan que la infección por Streptococcus pyogenes no presenta una distribución significativa según el sexo.

Respecto a la edad, el mayor porcentaje de casos se concentró en el grupo de 4–5 años (36,4%). Estos resultados son consistentes con lo reportado por Gerber y Shulman (16), quienes describen una mayor incidencia de infección estreptocócica en niños en edad escolar temprana, atribuida a factores como el hacinamiento escolar y la mayor exposición a patógenos respiratorios.

La presencia de fiebre y malestar general en el 100% de los casos positivos refleja la elevada sensibilidad de estos síntomas, aunque su baja especificidad limita su valor diagnóstico de forma aislada. La odinofagia (81,8%), el exudado amigdalar (72,7%) y las adenopatías cervicales (72,7%) mostraron una alta frecuencia, en concordancia con los criterios clínicos clásicos de la escala de McIsaac.

Son múltiples los estudios que han valorado la utilidad diagnóstica de los TDRS en las consultas de puericultura y pediatría (22,23,24,25,26). Por ello, existe cada vez mayor consenso entre las guías de práctica clínica en recomendar su utilización en pacientes seleccionados mediante criterios clínicos mínimos, reservando la antibioterapia únicamente para aquellos con resultado positivo (1,3,20,27).

El estudio de Ayanruoh, realizado en un Servicio de Urgencias, estima una reducción del 50% en la prescripción antibiótica cuando se utiliza el test (3). Maltezou, en niños de Grecia, constata una reducción del 44% en un estudio de validación del TDRS (24). En España, De la Flor estima una reducción del tratamiento antibiótico del 54,5% en función de los resultados obtenidos al aplicar el test (1), y Regueras muestra que la utilización del test disminuye la prescripción

en un 29,5% de los casos (28). Cohen valora en un 30% la reducción en el uso de antibiótico si se utiliza el test de forma sistemática (3).

El alto porcentaje de resultados negativos (78%) observado en este estudio refuerza la importancia de evitar la prescripción indiscriminada de antibióticos, en consonancia con las recomendaciones de la Infectious Diseases Society of America (IDSA) (20), que abogan por el uso de pruebas diagnósticas antes de iniciar tratamiento antibiótico en faringitis.

Fortalezas y limitaciones

Entre las fortalezas del estudio destaca el uso de registros clínicos reales, lo que permite obtener información sobre la práctica clínica habitual. La historia clínica unificada del centro facilita además el seguimiento de los pacientes y reduce los sesgos de memoria.

Las principales limitaciones son el tamaño muestral reducido (n = 50), que limita la generalización de los resultados, y la ausencia de confirmación mediante cultivo faríngeo (considerado el estándar de referencia), lo que podría subestimar la prevalencia real de la infección. Al tratarse de un estudio retrospectivo sobre registros clínicos, existe un sesgo en la recogida de información: la tendencia del clínico a registrar los hallazgos presentes, con mayor probabilidad de omitir los ausentes (29).

11. CONCLUSIONES

- El test rápido para detección de estreptococo mostró una positividad del 22% en la población pediátrica estudiada, evidenciando una frecuencia moderada de infección compatible con los datos de la literatura internacional.
- No se observaron diferencias relevantes en la distribución por sexo, aunque existió una ligera predominancia en el sexo femenino.
- El grupo etario más afectado fue el de 4 a 5 años, lo que confirma que la faringitis estreptocócica es más frecuente en edades preescolares y escolares tempranas.
- La fiebre y el malestar general fueron los síntomas predominantes, presentes en el 100% de los casos positivos, seguidos de odinofagia y exudado amigdalar, en concordancia con la presentación clínica típica de esta infección.
- La variabilidad en otros signos clínicos (p. ej., adenopatías cervicales) subraya la importancia de complementar la evaluación clínica con pruebas diagnósticas como el test rápido.
- El uso del test rápido representa una herramienta útil, accesible y eficaz para el diagnóstico oportuno de infecciones por estreptococo, permitiendo una adecuada toma de decisiones terapéuticas y la racionalización del uso de antibióticos.

12. RECOMENDACIONES

- Implantar el uso sistemático del test rápido para estreptococo en pacientes pediátricos con sintomatología compatible (puntuación de McIsaac ≥ 2), con el fin de mejorar la precisión diagnóstica y reducir la prescripción innecesaria de antibióticos.
- Fortalecer la evaluación clínica integral, considerando tanto los signos como los síntomas, para una mejor orientación diagnóstica previa a la realización del test.
- Realizar estudios con mayor tamaño muestral y diseño prospectivo que permitan obtener resultados más representativos y con mayor validez estadística.
- Implementar programas de formación continuada para el personal sanitario sobre el uso e interpretación del test rápido y las escalas de predicción clínica.
- Promover el diagnóstico temprano y preciso para prevenir complicaciones asociadas a infecciones estreptocócicas no tratadas (fiebre reumática, glomerulonefritis aguda, absceso periamigdalino).
- Fomentar la educación a padres y cuidadores sobre la importancia de acudir a consulta ante síntomas como fiebre alta y dolor de garganta en niños, evitando la automedicación con antibióticos.

13. BIBLIOGRAFÍA

Referencias ordenadas por orden de aparición en el texto, formato Vancouver.

1. De la Flor i Brú J. Infecciones de vías respiratorias altas-1: faringitis aguda y recurrente. Pediatr Integral. 2013;17:241-61.

2. Otero Pérez L, Ares Álvarez J, Piñeiro Pérez R. Faringoamigdalitis aguda y sus complicaciones. Protoc diagn ter pediatr. 2023;2:51-79 [consultado 16 mayo 2025]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/4_faringoamigdalitis_aguda.pdf

3. García Vera C; Grupo de Patología Infecciosa de la AEPap. Utilidad del test rápido de detección de antígeno estreptocócico (TRDA) en el abordaje de la faringoamigdalitis aguda en Pediatría [Internet]. Madrid: AEPap; 2014 [consultado 16 mayo 2025]. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/gpi_utilidad_trda_estreptoccico.pdf

4. Pellegrino R, Timitilli E, Verga MC, et al. Acute pharyngitis in children and adults: descriptive comparison of current recommendations from national and international guidelines. Eur J Pediatr. 2023;182(12):5259-73. doi: 10.1007/s00431-023-05211-w.

5. Lancefield RC. A serological differentiation of human and other groups of hemolytic streptococci. J Exp Med. 1933;57(4):571-95.

6. Walker MJ, Barnett TC, McArthur JD, et al. Disease manifestations and pathogenic mechanisms of group A Streptococcus. Clin Microbiol Rev. 2014;27(2):264-301. doi: 10.1128/CMR.00101-13.

7. Mustafa Z, Ghaffari M. Diagnostic methods, clinical guidelines, and antibiotic treatment for group A streptococcal pharyngitis: a narrative review. Front Cell Infect Microbiol. 2020;10:563627. doi: 10.3389/fcimb.2020.563627.

8. Pfoh E, Wessels MR, Goldmann D, Lee GM. Burden and economic cost of group A streptococcal pharyngitis. Pediatrics. 2008;121(2):229-34.

9. Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP, Brody CE, Link K. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. Med Decis Making. 1981;1(3):239-46.

10. McIsaac WJ, White D, Tannenbaum D, Low DE. A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat. CMAJ. 1998;158(1):75-83.

11. 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. doi: 10.1001/jama.291.13.1587.

12. Fine AM, Nizet V, Mandl KD. Large-scale validation of the Centor and McIsaac scores to predict group A streptococcal pharyngitis. Arch Intern Med. 2012;172(11):847-52. doi: 10.1001/archinternmed.2012.950.

13. García Vera C. Faringoamigdalitis estreptocócica en la infancia. FAPap Monogr. 2016;2:26-33.

14. Lean WL, Arnup S, Danchin M, Steer AC. Rapid diagnostic tests for group A streptococcal pharyngitis: a meta-analysis. Pediatrics. 2014;134(4):771-81. doi: 10.1542/peds.2014-1094.

15. Oliver J, Malliya Wadu E, Pierse N, et al. Group A Streptococcus pharyngitis and pharyngeal carriage: a meta-analysis. PLoS Negl Trop Dis. 2018;12(3):e0006335. doi: 10.1371/journal.pntd.0006335.

16. Gerber MA, Shulman ST. Rapid diagnosis of pharyngitis caused by group A streptococci. Clin Microbiol Rev. 2004;17(3):571-80. doi: 10.1128/CMR.17.3.571-580.2004.

17. Matas L, Méndez M, Rodrigo C, Ausina V. Diagnóstico de las faringitis estreptocócicas. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2008;26(Supl 13):14-8.

18. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Nota informativa: Casos de enfermedades causadas por estreptococo del grupo A en Uruguay [Internet]. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2022. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/nota-informativa-casos-enfermedades-causadas-por-estreptococo-grupo-uruguay

19. Carapetis JR, Steer AC, Mulholland EK, Weber M. The global burden of group A streptococcal diseases. Lancet Infect Dis. 2005;5(11):685-94. doi: 10.1016/S1473-3099(05)70267-X.

20. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, et al. 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(10):e86-102. doi: 10.1093/cid/cis629.

21. Bisno AL. Acute pharyngitis. N Engl J Med. 2001;344(3):205-11. doi: 10.1056/NEJM200101183440308.

22. Kose E, Sirin Kose S, Akca D, et al. The effect of rapid antigen detection test on antibiotic prescription decision of clinicians and reducing antibiotic costs in children with acute pharyngitis. J Trop Pediatr. 2016;62(4):308-15. doi: 10.1093/tropej/fmw014.

23. Bachiller Luque MR, Sánchez Sierra MN, Ruiz San Pedro AM, et al. Impacto en el consumo de antibióticos del test de diagnóstico rápido de Streptococcus pyogenes en Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2020;22(86):153-9.

24. Maltezou HC, Tsagris V, Antoniadou A, et al. Evaluation of a rapid antigen detection test in the diagnosis of streptococcal pharyngitis in children and its impact on antibiotic prescription. J Antimicrob Chemother. 2008;62(6):1407-12.

25. Alhaddad AJ, Aljaroodi S, Alkhasawneh OM, et al. Diagnosis of group A streptococcal pharyngitis in the paediatric emergency department using a fluorescence-based RADT. J Med Microbiol. 2023;72(2). doi: 10.1099/jmm.0.001624.

26. Burgaya Subirana S, Cabral Salvadores M, Bonet Esteve AM, et al. Uso del test rápido de detección de antígeno estreptocócico en la consulta de Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2017;19(74):119-25.

27. Piñeiro Pérez R, Hijano Bandera F, Álvez González F, et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. An Pediatr (Barc). 2011;75(5):342.e1-342.e13.

28. Regueras De Lorenzo G, Santos Rodríguez PM, Villa Bajo L, et al. Utilidad de una técnica antigénica rápida en el diagnóstico de faringoamigdalitis por

Streptococcus pyogenes. An Pediatr (Barc). 2012;77(3):193-9. doi: 10.1016/j.anpedi.2012.01.012.

29. Zurita-Cruz JN, Villasís-Keever MÁ. Principales sesgos en la investigación clínica. Rev Alerg Mex. 2021;68(4):291-9. doi: 10.29262/ram.v68i4.1003.