

COMENTARIO

No caben dudas de que existe sobretreatmento con antibióticos de los pacientes con faringitis aguda. Cuando un médico decide indicar tratamiento antibiótico a un niño con faringitis, debería hacerlo con alguno de estos propósitos o con todos ellos: prevenir la única complicación no supurativa posible de ser prevenida (la fiebre reumática), prevenir las complicaciones supurativas, acortar el periodo sintomático para aliviar las consecuencias socioeconómicas de la misma (ausentismo escolar del niño y ausentismo laboral de los padres) y cortar la cadena de contagio.

Prevención de la fiebre reumática: esta enfermedad ha representado un importante problema sanitario hasta la primera mitad de este siglo, sin embargo en los países desarrollados su incidencia ha disminuido casi cincuenta veces en los últimos cincuenta años (de 24 casos por año cada 100.000 habitantes en los 60' hasta 0,5 casos por año cada 100.000 habitantes en los 80'). La explicación más probable es la mejoría del acceso al sistema de salud y el amplio uso de antibióticos¹. Se debe aclarar que no existen tasas nacionales de incidencia de fiebre reumática.

El riesgo de padecer fiebre reumática disminuye un 90% si se trata a los pacientes con faringitis estreptocócica durante la primera semana, un 67% si se lo hace durante la segunda y un 40% si el tratamiento es administrado durante la tercera.

En cuanto a la glomerulonefritis post estreptocócica, el tratamiento antibiótico de las infecciones por este germen (faríngeas o cutáneas) no influye sobre la incidencia de la misma.

Prevención de las complicaciones supurativas: el uso de antibióticos las disminuye en un 75%.

Acortar el período sintomático: comenzando el tratamiento antibiótico durante el primer día de los síntomas se disminuye en 24 horas el período sintomático.

Cortar la cadena epidemiológica: el 70% de los pacientes con cultivos positivos los negativizan a las 24 horas de haber comenzado con los antibióticos.

Existe un síndrome estreptocócico clásico que ayuda a discernir entre las faringitis agudas que merecen ser tratadas con antibióticos y las que no. Sin embargo, como mencionan los autores el valor predictivo positivo de dicha constelación de signos y síntomas es de un 54%, o sea que de cada dos pacientes en quienes estén presentes todos los criterios de la faringitis estreptocócica (adenopatías submaxilar anterior, fiebre, exudado amigdalino y ausencia de tos), solo uno tendrá una faringitis causada por este germen.

Teniendo en cuenta que hay una semana de tiempo para que el tratamiento antibiótico continúe siendo eficaz para la prevención de la fiebre reumática es razonable la propuesta de esta guía de tratar sólo a los pacientes con infección estreptocócica documentada mediante test rápido o cultivo y aplazar esta decisión en quienes no esté certificada todavía (aún en pacientes con alta probabilidad clínica de la misma).

Sin embargo quienes trabajamos en países subdesarrollados sabemos que estos tests no siempre están disponibles, y que la accesibilidad al sistema de salud no siempre o mejor dicho casi nunca es la ideal. Además la probabilidad de etiología estreptocócica en nuestro medio es algo mayor que en los países desarrollados. Un reciente consenso de la Sociedad Argentina de Pediatría informa que sería entre un 20 y un 25% del total de las faringitis. Este dato es importante, ya que mejoraría el valor predictivo de las reglas de predicción clínica el cual podría llegar al 62% (recordamos que el valor predictivo es afectado por la prevalencia).

Por eso, frente al problema de qué hacer en nuestro medio podría considerarse que los pacientes mayores de dos años con alta probabilidad clínica de faringitis estreptocócica (más de tres criterios), antecedente fiebre reumática o convivientes de un caso con infección documentada recibieran tratamiento antibiótico sin esperar la documentación de la infección.

Hay un grupo de pacientes con probabilidad clínica intermedia de infección estreptocócica (dos criterios clínicos) que podría ser objeto de la misma conducta pero sólo en las situaciones en las cuales fuera imposible hacer un test rápido o se previera dificultades para el seguimiento o la reconsulta luego de la toma del cultivo (en general por datos recogidos

mediante la semiología de la situación social del paciente).

En los pacientes con probabilidad clínica intermedia o baja de faringitis estreptocócica en quienes se supone que no habrá dificultades para reevaluarlos se podría diferir la decisión hasta tener el resultado de los cultivos a menos que la positividad de un test rápido avale el inicio del tratamiento durante la primera consulta.

En el caso de que se decida hacer un hisopado de fauces, no es necesario transportar la muestra en el medio de Stuart, ya que los *Streptococcus* β hemolíticos sobreviven bien en medio seco y puede procesarse la muestra en el laboratorio hasta 24 horas luego de haber sido obtenida (conservada a temperatura ambiente)².

Él último punto que queremos tocar se refiere a los motivos que impulsan a los médicos de atención primaria a prescribir antibióticos en pacientes que no tienen justificación clínica para recibirlos. Un estudio de investigación cualitativa hecho por Butler y col.³ publicado recientemente mostró que muchos médicos indican antibióticos aún sabiendo que desde el punto de vista científico no deberían hacerlo, ya que no se alteraría el curso clínico de la infección. Sin embargo, justifican su conducta sobre la base de no querer menospreciar la relación médico paciente.

Los médicos perciben durante la entrevista que algunos pacientes necesitan que se haga algo y que no se conforman con la clásica explicación: "es un cuadro viral, no es necesario tomar antibióticos".

Muchos médicos sienten que intentar cambiar las creencias y las expectativas de los pacientes es en vano, un desperdicio de tiempo y carente de recompensa. Ej.: "Uno trata de educar a los pacientes, les explica durante 15 minutos el porqué de la conducta tomada, pero igualmente se van desilusionados y hacen una nueva consulta el día siguiente. Uno siente que habría sido mejor haberlos atendido en cinco minutos y haber terminado la consulta con una prescripción".

Sin embargo, en este mismo estudio también se entrevistó a los pacientes y se encontró que la satisfacción luego de la consulta médica no siempre esta asociada a la receta de algún antibiótico. Varios pacientes dijeron que su expectativa giraba en torno a la información y el reaseguro.

La justificación de la no prescripción antibiótica habitualmente se hace explicando la diferencia entre las infecciones virales y bacterianas y su respuesta o no a los antibióticos. Este tipo de explicación es menos útil de lo que se piensa, ya que los pacientes suelen no comprenderla. Los autores de ese trabajo proponen en estos casos explicar a los pacientes que ese tipo de dolor de garganta o de angina no mejora con antibióticos.

Coincidiendo con Butler y col, pienso que durante la entrevista médica es importante explorar las expectativas de los pacientes y sus familias respecto de la misma. Considero personalmente que uno debería hacerse la siguiente pregunta: ¿que es lo que ha venido ha buscar hoy esta persona o esta familia?

Otras veces es necesario explicitar este interrogante y compartirlo con los pacientes: ¿y usted o ustedes que desearían hacer frente a este problema?. Es importante dejar bien claro que el objetivo de estas preguntas es conocer las expectativas de quienes consultan para poder llevar a cabo un manejo más eficaz de las entrevistas. El hecho de que el médico descubra las expectativas de sus pacientes o familias no implica necesariamente que deba satisfacerlas (uno no es médico para dejar contenta a toda la gente), pero no queda duda que será más efectivo en sus actos médicos si la conoce que si no las conoce.

Teniendo en cuenta que el tratamiento empírico indiscriminado puede generar en la comunidad la conducta posterior de que frente a un cuadro febril en un niño es necesario como primera medida el uso de antibióticos, es importante que los médicos de atención primaria hagamos una evaluación clínica, epidemiológica y social de los riesgos y los beneficios de iniciar un tratamiento antibiótico.

Sin embargo, no debemos desatender las expectativas de quienes nos han consultado, ya que hasta la conducta más racionalmente justificada fracasará si no toma en cuenta otras variables menos objetivables y menos basadas en la evidencia.

Dr. Sergio A. Terrasa

Unidad de Medicina Familiar y Preventiva del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Referencias

1. Markowitz M. Rheumatic Fever-A half century perspective. Pediatrics Vol 102 No1 July 1998 (supplement).
2. Comité Nacional de Infectología y Comité de Pediatría Ambulatoria. Consenso sobre infecciones en pediatría ambulatoria. (Taller No1 Faringitis Aguda, coordinado por Gentile A y Sverdlhoff H.) Disponible en URL: <http://www.sap.org.ar/coniambf.htm>
3. Butler C, Rollnick S, Pill R. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioner's and patient's perceptions of antibiotics for sore throats. BMJ 1998; 317: 637-642

Uso juicioso de antibióticos en niños con faringitis aguda

"Pharyngitis-Principles of Judicious Use of Antimicrobial Agents"

Schwartz B, Marcy M, Philips W. Pediatrics Supplement Jan 1998; 171-174

Objetivo

Discriminar las faringitis que requieren antibióticos de las que no los requieren, para evitar el uso innecesario de los mismos.

Diseño

Guía de práctica clínica basada en evidencia científica y revisión de pares. Fue consensuada entre miembros del Centro de Control de las Enfermedades de EE.UU. (CDC), la Academia Americana de Pediatría y la Academia Americana de Medicina Familiar.

Fuente de datos

Medline entre 1966 y 1996. Se buscaron artículos en inglés y los resultados fueron complementados con revisiones, citas de capítulos de libros y publicaciones de simposios. Se excluyeron resúmenes y trabajos no publicados.

Selección de estudios

Se le dio prioridad a la información obtenida por trabajos controlados, aleatorizados que tuvieran criterios estrictos de diagnóstico o confirmación bacteriológica y que hubieran sido realizados en niños. Sin embargo, en algunas instancias, se consideraron trabajos de población adulta, trabajos con número pequeño de pacientes o trabajos descriptivos.

Datos principales

El *Streptococo b* hemolítico del grupo A es el responsable del 15% de los casos de faringitis aguda. Su diagnóstico y su tratamiento son importantes ya que el inicio de la terapia antimicrobiana durante los primeros nueve días de iniciado el cuadro es efectivo para prevenir la fiebre reumática y puede prevenir las complicaciones supurativas, acortar el periodo sintomático y reducir la diseminación de la enfermedad. Sin embargo, como la mayoría de las faringitis son virales el tratamiento indiscriminado de todos los niños es irracional.

El predominio de las causas virales y la infrecuencia de la etiología estreptocócica ha sido documentado en los menores de tres años. Los estreptococos de grupos diferentes al grupo A son causas infrecuentes de faringitis, el curso clínico de su infección es autolimitado y no producen fiebre reumática. La *Neisseria gonorrhoeae* es una causa rara, ocurre en personas sexualmente activas y se acompaña de erupción o de lesiones genitales. La difteria es una causa actualmente rarísima en las poblaciones bien inmunizadas pero debe ser sospechada ante la presencia de una membrana faríngea asimétrica de color gris que se extiende más allá del paladar blando, los pilares del velo o la úvula. La relevancia del *Mycoplasma pneumoniae* y de la *Chlamydia pneumoniae* no es clara, habitualmente se acompaña de tos y no ha sido demostrada la ventaja de su tratamiento con antibióticos.

Presentación clínica de la faringitis estreptocócica: suele comenzar agudamente con dolor faríngeo, disfagia y fiebre. La astenia, la cefalea, el dolor abdominal y los vómitos son comunes. Sin embargo, la rinorrea, la tos, la disfonía, la conjuntivitis, la diarrea, la estomatitis, la linfadenopatía generalizada y/o la esplenomegalia son infrecuentes y sugieren con fuerza la etiología viral. Al examen físico suele verse eritema con exudado en forma de placas en la faringe posterior, amígdalas y eventualmente un enantema petequial. Los ganglios cervicales anteriores están a menudo agrandados y dolorosos.

Sistemática de estudio: lamentablemente, todas estas manifestaciones clínicas tienen baja sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de faringitis estreptocócica y esta estudiado que cuando los médi-

cos se basan solo en ellos para predecirla, sobrestiman su presencia en gran medida. Se han desarrollado varios puntajes (scores) mediante la combinación de estas variables clínicas, pero no logran discriminar a los niños que requieren antibióticoterapia de los que no la necesitan. Si bien el valor predictivo negativo de una puntuación baja es aceptable y puede ayudar a tomar decisiones, aún el valor más alto de la misma (adultos con fiebre, exudado amigdalino, linfadenopatía cervical anterior y ausencia de tos) tiene un valor predictivo positivo de solo un 54%. (ver Evidencia Nro3 pag 16)

Por lo tanto, ante la sospecha de una faringitis estreptocócica, el diagnóstico debe ser documentado mediante un cultivo de fauces o con una prueba de detección rápida de antígeno. Si este último fuera negativo deberá realizarse un cultivo, ya que si bien la sensibilidad del test de detección rápida es mayor al 90% en estudios controlados, en la práctica clínica parece ser menor. La negatividad del test rápido puede servir para resistir la presión familiar y evitar un tratamiento antibiótico innecesario hasta tener el resultado del cultivo.

Los cultivos deben ser tomados mediante un hisopado vigoroso de ambas amígdalas y de la faringe posterior (debe evitarse tocar el paladar blando y la úvula para no diluir el inóculo y generar un resultado falsamente negativo). La sensibilidad del cultivo de faringe tomado mediante un hisopado de fauces en el consultorio oscila entre el 73 y el 100% (depende de la calidad del espécimen, de la técnica utilizada y de la experiencia de quien lee los resultados).

Tratamiento: algunos trabajos han reportado que muchos médicos comienzan el tratamiento antibiótico en forma empírica (con los resultados del cultivo pendientes) y que a pesar de que luego sea informado como negativo el tratamiento es continuado. En los pacientes en quienes se decida emplear esta estrategia es importante asegurarse de que existirá la posibilidad de contactarse luego (aunque sea telefónicamente) para indicar la suspensión o la continuación del tratamiento.

El inicio del tratamiento empírico tiene la desventaja de que selecciona a la flora con la generación subsecuente de resistencia bacteriana, expone al paciente a los posibles efectos de hipersensibilidad y aumenta los costos.

Teniendo en cuenta que la mayoría de las faringitis están causadas por organismos diferentes al *Streptococo* del grupo A y a la difusión de los métodos de diagnóstico (rápidos o cultivo), la estrategia más eficaz y costo efectiva de tratamiento es la de los pacientes con infección documentada.

La penicilina tiene eficacia probada para el tratamiento del *Streptococo b* hemolítico del grupo A (90% de curación cuando es administrada durante 10 días) y para la prevención de la fiebre reumática, es segura, barata, efectiva y de espectro reducido. Si bien la amoxicilina es una alternativa aceptable, su espectro más amplio puede resultar en mayor presión ambiental con la consiguiente selección de organismos resistentes. Este mismo concepto se aplica con mayor fuerza a las cefalosporinas y a los macrólidos (especialmente los de última generación como la azitromicina), por lo tanto deben ser especialmente desaconsejados.

Conclusiones

El diagnóstico de faringitis estreptocócica del grupo A en un paciente con hallazgos clínicos y epidemiológicos pertinentes debe ser certificado mediante el hisopado de fauces, sólo debe indicarse tratamiento antibiótico en los pacientes con documentación del germen y la penicilina sigue siendo la droga de elección.