

“ Sería imperdonable que este primer paso que algunas administraciones han dado esta temporada no se generalizase, y más aún que se revirtiese, ante una falta de experiencia evaluable motivada por una epidemiología inesperada ”



J. de la Flor i Brú

Pediatra de Atención Primaria, CAP El Serral, Sant Vicenç dels Horts, Barcelona, Institut Català de la Salut. Subdirector ejecutivo de Pediatría Integral. Coordinador del Grupo de Trabajo de Tecnologías Diagnósticas (TECDIAP) de la SEPEAP

Editorial

¿Y se hizo la luz?: los test de diagnóstico rápido respiratorios empiezan a incorporarse a los sistemas públicos de Salud

La necesidad de que las consultas de Pediatría de Atención Primaria (AP) estén adecuadamente dotadas de medios diagnósticos suficientes es un objetivo estratégico de la SEPEAP desde que en 2013, se fundó el Grupo de Trabajo de Tecnologías diagnósticas (TECDIAP). La importancia del tema ha quedado reflejada repetidamente en las páginas de esta publicación, en editoriales⁽¹⁾, en artículos de revisión⁽²⁾ o en el mismo programa de formación continuada⁽³⁾. Este objetivo es primordial en la evolución futura de nuestras consultas y en nuestro necesario papel como agentes resolutivos de primer orden. La Pediatría de AP a cargo de pediatras, será más resolutiva o no será.

Los pediatras de AP hemos trabajado siempre con una penuria de medios casi absoluta. En las consultas de AP del siglo XXI, en plena época del diagnóstico genético y molecular, los pediatras siguen tomando decisiones con un fonendoscopio, un depresor lingual, un otoscopio, tiras reactivas de orina y optotipos de valoración de la agudeza visual. En los últimos años, la pulsioximetría se ha generalizado en los Centros de Salud y también se ha ido extendiendo el test de diagnóstico rápido para estreptococo, que increíblemente, aún no es universal, pese a un compromiso firmado y vinculante de las comunidades autónomas con el PRAN (Plan Nacional y Estratégico para el Control de las Resistencias Bacterianas). Esta penuria, denunciada repetidamente, es compensada por el profesional con grandes dosis de voluntarismo, juicio clínico, vocación, dedicación y entrega, pero comporta trabajar

con diagnóstico empírico/subjetivo/sindrómico/no basado en pruebas, y genera rutina laboral, incerteza diagnóstica, asunción de riesgos, potencial desconfianza de los padres, cansancio, frustración profesional, dependencia de exámenes complementarios externos al Centro de Salud, dependencia de otros niveles asistenciales, tanto de especialistas como del Servicio de Urgencias del hospital de referencia, y acaba frecuentemente con la claudicación del pediatra, que “dimite” de las ilusiones primigenias con las que empezó a desempeñar su profesión (el llamado *burnout*). En cambio, trabajar con una batería extensa de utillaje y de pruebas diagnósticas perfectamente realizables en nuestro medio asistencial, modifica radicalmente la realidad: se pasa a hacer diagnóstico etiológico/objetivo/basado en pruebas, con lo que se revierte totalmente la metodología de la consulta y aumentan de manera espectacular, las tasas de resolución y satisfacción de los usuarios, y del profesional, y disminuyen las peticiones de exámenes complementarios y las derivaciones a otros niveles asistenciales, así como se hace un uso más racional y eficiente de los recursos y de la medicación, especialmente de los antibióticos.

Este es un proceso que debemos impulsar los pediatras desde la base. Está claro que, en general, no va a ser promovido de oficio por las administraciones sanitarias, acomodadas en la gestión de recursos casi nulos y de gasto ridículo, que hemos hecho durante décadas los pediatras y las enfermeras de AP. Somos nosotros los que debemos conocer los recursos que tienen más interés para las características de nuestras

consultas, y batallar incansablemente con nuestros gestores de proximidad (direcciones de equipo, direcciones sanitarias locales), para pedir que nos proporcionen estos medios.

La epidemia causada por el SARS-CoV-2, agente etiológico de la enfermedad llamada COVID-19, ha supuesto una revolución asistencial en nuestras consultas de Pediatría de AP, que han tenido que adaptarse en tiempo récord a una realidad epidemiológica dramática. Una vez superado parcialmente el tremendo impacto de la llamada primera ola, en verano de 2020 la Pediatría de AP asumió que, en el siguiente otoño-invierno 2020-2021, probablemente tendríamos un nuevo repunte de casos de COVID, de impacto imprevisible, que en aquel momento pensábamos que coexistiría muy probablemente con las otras virasis respiratorias y digestivas estacionales. Ante este escenario, los Grupos de trabajo de tecnologías diagnósticas (TECDIAP) de vacunas (VACAP) y profesional (PROAP) de la SEPEAP publicaron un documento de posicionamiento⁽⁴⁾ en el que se pedía a la administración sanitaria una dotación en test de diagnóstico rápido respiratorio y digestivo que permitiese al pediatra de AP filiar diagnósticos alternativos al COVID. Posteriormente, una reelaboración de este documento fue consensuada entre otras sociedades científicas⁽⁵⁾ que se hacían partícipes de esta reivindicación (además de la SEPEAP: AEP, AEPAP, SEUP y SEIP).

La patología infecciosa aguda pediátrica comparte, total o parcialmente, sintomatología propia del COVID-19, cuyos criterios de inclusión como “caso posible” han ido evolucionando y ampliándose a medida que se ha ido conociendo mejor la enfermedad pediátrica y se han ido comunicando distintas series, desde la restrictiva tríada inicial (fiebre, tos y dificultad respiratoria) hasta cualquier síntoma respiratorio (además de los descritos: rinorrea, obstrucción nasal, faringodinia, otalgia); digestivo (dolor abdominal, vómitos, diarrea); anosmia o ageusia (poco frecuente en niños, posiblemente, por la dificultad en expresarlos); sintomatología neurológica aguda (cefalea); o determinados exantemas (vesiculares en la misma fase evolutiva, maculopapulares o urticariformes, perniois...). Toda esta sintomatología es totalmente inespecífica. La mayor parte de niños que tengan estos síntomas/signos NO van a tener COVID. La tasa de positividad de los test diagnósticos de SARS-CoV-2 en niños sintomáticos está por debajo del 5%. En consecuencia, en un futuro inmediato, parece obligado que nuestras consultas de Pediatría de AP estén dotadas con aquellos medios diagnósticos imprescindibles para poder filiar la mayor parte de diagnósticos alternativos al COVID y reservar las pruebas diagnósticas para SARS-CoV-2 a aquellos cuadros clínicos en los que no se pueda objetivar un diagnóstico alternativo al COVID o haya evidencias de probable coinfección. Es tan importante hacer un diagnóstico precoz de COVID en AP, para proceder al aislamiento del caso y a la cuarentena de los contactos estrechos, como no sobreutilizar las pruebas diagnósticas para SARS-CoV-2 (molestas para el paciente por su moderada invasividad), actualmente disponibles de manera generalizada en Atención Primaria. Esta recomendación también quedará pendiente de determinar de cuál es el impacto real de la coinfección de SARS-CoV-2 con

otros agentes etiológicos. Actualmente, hay cierto consenso, no basado en evidencias disponibles, de considerar probables las coinfecciones respiratorias víricas, pero no hacerlo ante virasis digestivas objetivadas con test diagnóstico. En los citados posicionamientos, las sociedades demandaban a la administración:

- Test de diagnóstico rápido (TDR) para antígenos respiratorios: gripe y VRS. La presencia de estos virus no anula la necesidad de hacer estudio diagnóstico para SARS-CoV-2, hasta que se aclare el impacto de las coinfecciones víricas respiratorias, pero es útil en la toma de decisiones epidemiológicas e incluso en ocasiones, terapéuticas.
- TDR para antígenos digestivos: rotavirus, adenovirus, astrovirus, norovirus y enterovirus. La positividad de estas pruebas nos señala la etiología concreta de una gastroenteritis aguda y, con la evidencia actual, permitiría evitar el estudio diagnóstico de COVID. Un resultado negativo en estas pruebas sería un criterio claro para el estudio de COVID, dado que las formas de presentación gastrointestinal no son excepcionales en Pediatría e incluso tienen mayor asociación con formas evolutivas graves, como el síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico.
- TDR para *Campylobacter*: en la era COVID-19, es importante descartar la causa más frecuente de gastroenteritis aguda bacteriana en GEA febriles con análisis víricos negativos o siempre que haya un cuadro de colitis. Solo en el periodo enero-marzo 2021, el autor ha practicado 13 TDR para *campylobacter*, con 6 positividads (casos en los que se ha evitado el test rápido para COVID).
- Marcadores biológicos rápidos (proteína C reactiva, procalcitonina) determinados en sangre capilar. Nos permiten una aproximación más objetiva a la fiebre sin foco y a la clasificación etiológica inicial de la neumonía adquirida en la comunidad.

Las sociedades científicas (SSCC) participantes en este documento de posicionamiento, se ofrecieron a colaborar en la elaboración de un documento que ayudase a los profesionales, que dispongan de estas técnicas, en la toma de decisiones en la práctica diaria, con las indicaciones y modo de empleo de las mismas, elaboración de algoritmos y estudio del impacto real de las coinfecciones. Todo ello quedaba condicionado a la implementación de estos recursos diagnósticos.

La previsión del impacto de las virasis respiratorias en la época COVID, se cumplió inicialmente, cuando a partir de septiembre, con la primera epidemia de rinovirus propia de cada año cuando los niños se incorporan a la escuela, se multiplicaron las consultas por patología respiratoria. La situación de colapso asistencial que se vivió en las consultas en los meses de septiembre y octubre, comportó que algunas administraciones asumiesen parte de las reivindicaciones que se solicitaban en los posicionamientos de las SSCC. El Institut Català de la Salut organizó un Grupo de Trabajo multidisciplinario que resolvió⁽⁶⁾ implementar y protocolizar el uso de los TDR respiratorios en formato *combo* (4 virus en la misma muestra obtenida por escobillado nasofaríngeo, utilizando la técnica inmunocromatográfica: gripe A y B, VRS y adeno-

virus). Pese a que esta técnica presenta menor sensibilidad que la inmunofluorescencia y el diagnóstico molecular^(7,8), la imposibilidad de disponer de los suficientes lectores automatizados que precisan las mismas para una implementación general, hizo decantar la elección.

Posteriormente, la Comunidad Foral de Navarra ha tomado la decisión de incorporar el test de gripe y de VRS en la AP. En Canarias, se tomó la misma decisión, pero las noticias que nos llegan es que la implementación ha sido irregular y no ha llegado a todos los Centros de Salud. En Salamanca, se inició una experiencia piloto y limitada en el número de pruebas disponibles. Son los primeros pasos, aún incompletos e insuficientes, pero que nos indican un cambio de tendencia en la sensibilización de las administraciones sanitarias hacia una reivindicación tan antigua de la Pediatría de AP.

La temporada otoño-invierno, primera de la era COVID, ha sido excepcional en todos los sentidos y ha comportado una anomalía epidemiológica sin precedentes recientes: la ausencia casi total de gripe humana estacional y de la habitual epidemia otoñal de VRS⁽⁹⁾. En cambio, se han seguido produciendo otras virasis respiratorias más leves (resfriado común, adenovirus). No sabemos exactamente si este fenómeno se ha debido totalmente al impacto de las medidas de contención del SARS-CoV-2 (distancia, mascarilla, lavado de manos, ventilación) en las escuelas, o a mecanismos no bien establecidos de interferencia viral, que probablemente se irán determinando en el futuro. También, se ha notificado un aumento de la vacunación antigripal. Es posible que la combinación de todos los factores explique esta inusual reducción. No podemos prever en este momento, cuál será la evolución de la pandemia en el futuro y sus repercusiones frente a otras virasis respiratorias estacionales. Algunos virólogos predicen que la ausencia de gripe en la temporada 2020-2021 comportará mayor número de población susceptible en el futuro y, por lo tanto, epidemias estacionales de mayor impacto. Nadie puede prever en qué situación vamos a estar en la campaña 2021-2022. Seguramente, en gran parte, va a depender del grado de vacunación obtenido, del impacto de las nuevas variantes y de la obtención o no de la inmunidad de grupo.

Lo que está claro es que la gripe y el VRS van a recuperar su terreno, y que la normalización de las virasis respiratorias

coexistiendo en mayor o menor grado con el SARS-CoV-2, hará imprescindible tener los recursos diagnósticos adecuados en la consulta de AP. Sería imperdonable que este primer paso que algunas administraciones han dado esta temporada no se generalizase, y más aún que se revirtiese ante una falta de experiencia evaluable motivada por una epidemiología inesperada.

Bibliografía

1. de la Flor J. Más allá del fonendo, el otoscopio y el depresor lingual. *Pediatr Integral*. 2014; 18(1): 5-6.
2. de la Flor J. El pediatra extrahospitalario bien equipado. *Pediatr Integral*. 2010; 14(4): 323-45.
3. de la Flor J. Test de diagnóstico microbiológico rápido en la consulta de Pediatría de Atención Primaria. *Pediatr Integral*. 2014; 18(1): 37-43.
4. Test de diagnóstico rápido y vacunación extensiva en la consulta de Pediatría de AP en la era COVID: de la necesidad o recomendación a la obligación. Documento de posicionamiento de los grupos de trabajo de tecnologías diagnósticas en AP (TECDIAP), vacunas (VACAP) y profesional (PROAP) de la SEPEAP. Disponible en: <https://sepeap.org/test-de-diagnostico-rapido-y-vacunacion-extensiva-en-la-consulta-de-pediatria-de-ap-en-la-era-covid-de-la-necesidad-o-recomendacion-a-la-obligacion/>.
5. Cruz Cañete M, Piñero Pérez R, De la Flor i Brú J, Morillo Gutiérrez B, Lupiani Castellanos P, Khodayar Pardo P, et al. Test de diagnóstico rápido en las consultas de Pediatría de Atención Primaria y Urgencias Pediátricas en la era COVID-19: más que una recomendación. Documento de posicionamiento de la SEIP (Sociedad Española de Infectología Pediátrica), SEPEAP (Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria), AEPap (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria) y SEUP (Sociedad Española de Urgencias Pediátricas). Disponible en: https://www.analesdepediatria.org/contenidos/pdf/doc_posicionamiento.pdf.
6. https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/C/coronavirus-2019-ncov/material-divulgatiu/protocol-tests-rapids-infeccions-pediatriques.pdf.
7. Marès Bermúdez J, de la Flor Brú J, van Esso Arbolave D, González S, Rodrigo Gonzalo de Liria C. Test de diagnòstic ràpid de la grip: visió des de l'atenció primària i des de la urgència hospitalària. *Pediatr Catalana*. 2020; 80(2): 73-80.
8. De la Flor i Brú J, Marès Bermúdez J. Altres tests de diagnòstic ràpid respiratori: VRS, adenovirus, pneumococ, Mycoplasma pneumoniae i mononucleosi infecciosa. *Pediatr Catalana*. 2020; 80: 135-41.
9. https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Boletines/Documents/Boletin_Epidemiologico_en_red/boletines%20en%20red%202021/IS_N%C2%BA1-210105_WEB.pdf.



Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".