Los porqués de la pediatría

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 en Atención Primaria (TECDIAP) de la SEPEAP. Comisionado de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para el Plan Nacional y Estratégico para el control de las Resistencias Antimicrobianas (PRAN)**

¿Por qué hay que utilizar test de diagnóstico rápido para gripe en la consulta de Pediatría de Atención Primaria?

La publicación de la nueva cartera de servicios común de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud (BOE 13-5-2025), en la que se incorporan los test multivíricos inmunocromatográficos para SARS-CoV-2, adenovirus, gripe A y B y virus respiratorio sincitial, hace imprescindible un conocimiento básico del funcionamiento de estos test y la necesidad de su utilización en la consulta de Pediatría de Atención Primaria.

La fase inicial de la gripe, antes de la aparición de la sintomatología respiratoria, se presenta como un síndrome febril sin focalidad aparente, y nos puede plantear en el lactante y niño pequeño, con buen estado general, el diagnóstico diferencial con una bacteriemia oculta. Es, por lo tanto, muy recomendable disponer de un test rápido en la misma consulta que permita confirmar el diagnóstico de gripe, lo que supone, en la mayor parte de los casos, evitar la práctica de otros exámenes complementarios/derivación.

La diferenciación clínica entre gripe y otras infecciones virales respiratorias es difícil en el niño, dificultad que está en relación inversa con la edad. La posibilidad de hacer un diagnóstico etiológico reduce la tasa de reconsultas espontáneas asociadas a un proceso febril inespecífico y, por tanto, el riesgo de que un proceso infeccioso de origen viral acabe siendo estudiado con exploraciones complementarias poco rentables, derivado al servicio de urgencias del hospital de referencia, o tratado innecesariamente con antibióticos, posibilidades que aumentan en relación directa con los días de evolución.

El niño con gripe documentada presenta una baja tasa de infección bacteriana grave asociada y, en general, se pueden obviar otras exploraciones complementarias, salvo en situaciones especiales de riesgo (neonatos, inmunodeprimidos...). Sin embargo, la neumonía es frecuente en niños con gripe y, dada la difícil diferenciación clínica entre neumonía viral por el mismo virus de la gripe (más frecuente en adultos y de mayor gravedad) o la mucho más frecuente sobreinfección neumocócica en el niño con gripe que presente sintomatología sugestiva de neumonía, hay que adoptar la misma conducta diagnóstica y terapéutica, independientemente del resultado del test rápido.

Si la gripe pediátrica es tan frecuente, parece obvia la importancia de realizar un diagnóstico correcto de una enfermedad con tanto impacto poblacional. El problema es que la sintomatología tan inespecífica de la gripe, especialmente en niños pequeños, hace que el diagnóstico clínico sea habitualmente incierto, lo que comporta consecuencias de gran impacto sanitario. Esta dificultad diagnóstica comporta que, a menudo, en nuestro medio, el proceso que motiva la consulta se diagnostique de virasis, fiebre, fiebre sin foco, bronquitis u otros diagnósticos inespecíficos. La disponibilidad actual de test y equipos de diagnóstico diseñados específicamente para la Atención Primaria, abre una nueva e interesante perspectiva para el diagnóstico de gripe en la edad pediátrica.

El grupo de van Esso y cols. ha analizado, en un estudio referencial en nuestro medio, durante tres temporadas consecutivas (2016-2019), el impacto que un test de diagnóstico rápido (TDR) de gripe puede tener en la población menor de 6 años de edad: un TDR positivo para gripe reduce la petición de otras pruebas complementarias, incluso en lactantes menores de 3 meses, aumenta la prescripción de antivirales en pacientes de riesgo, disminuye el uso inapropiado de antibióticos y reduce el consumo de recursos sanitarios al disminuir las reconsultas.

Los TDR inmunocromatográficos para gripe presentan sensibilidades medias significativamente más bajas que otros TDR inmunocromatográficos (estreptococo, VRS, test digestivos...). Estas sensibilidades comprenden un amplio rango entre el 45-89 %, que depende en gran parte de la técnica de recogida de la muestra, que debe hacerse siempre por doble escobillado nasofaríngeo.

El mejor periodo para practicar el TDR está entre las 12-48 horas del inicio de la sintomatología, y siempre en los 4-5 primeros días. Con la pandemia COVID-19 se han comercializado *kits* que asocian la determinación del virus de la gripe A y B con el VRS, el adenovirus y el SARS-CoV-2. Estos *kits* multivíricos permiten el diagnóstico en un máximo de 15 minutos y con una única muestra de la presencia de estas 4 virasis respiratorias tan prevalentes.

Además, la confirmación microbiológica de gripe obliga a un aislamiento medio de 7 días, periodo de máxima transmisión, en el que el niño no debe asistir a la escuela y (muy especialmente) no debe ser cuidado por personas vulnerables o con comorbilidades (abuelos).

Como conclusión, recomendamos la práctica de TDR para gripe/multivírico ante cualquier cuadro febril de más de 24 horas sin un diagnóstico alternativo, ante cualquier cuadro catarral febril de más de 24 horas de evolución en cualquier época del año sin un diagnóstico alternativo (el virus de la gripe circula durante todo el año y hay casos esporádicos fuera de la temporada gripal, y el SARSCoV-2 no ha adquirido por ahora un patrón estacional) y ante cualquier cuadro catarral sugestivo de gripe (aún afebril) en época epidémica, y ante diagnósticos de bronquitis, bronquiolitis, neumonía adquirida en la comunidad, laringitis o exacerbación asmática, también en época epidémica y muy especialmente en pacientes de riesgo.

Bibliografía

- Bernárdez S. Descripció de les tècniques de recollida de mostres i realització dels tests de diagnòstic ràpid. Pediatr Catalana. 2019; 79: 101-4.
- Cantais A, Mory O, Plat A, Bourmaud A, Giraud A, Costille M, et al. Impact of bedside diagnosis of influenza in the paediatric emergency ward. Clin Microbiol Infect. 2018; 25: 898-903.
- Diallo D, Hochart A, Lagree M, Dervaux B, Martinot A, Dubos F. Impact of the Sofia® Influenza A+B FIA rapid diagnostic test in a pediatric emergency department. Arch Pediatr. 2019; 26: 6-11.
- Mc Cullers. Influenza viruses. En: Cherry JD, Harrison JG, Kaplan SL, Steinback WJ, Hotez PJ. Feigin and Cherry's Textbook of pediatric infectious diseases. Saunders Elsevier. Philadelphia. 8ª ed.; 2018. p. 1729-45.
- van Esso DL, Valente AM, Vilà M, Casanovas JM, de Quixano M, Rodrigo C, et al. Rapid Influenza Testing in Infants and Children Younger than 6 Years in Primary Care: Impact on Antibiotic Treatment and Use of Health Services. Pediatr Infect Dis J. 2019; 38: e187-e9.