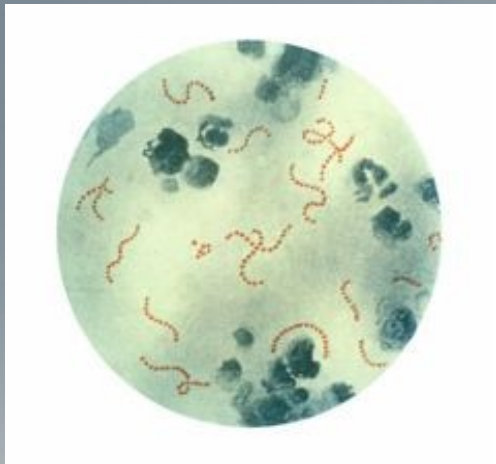
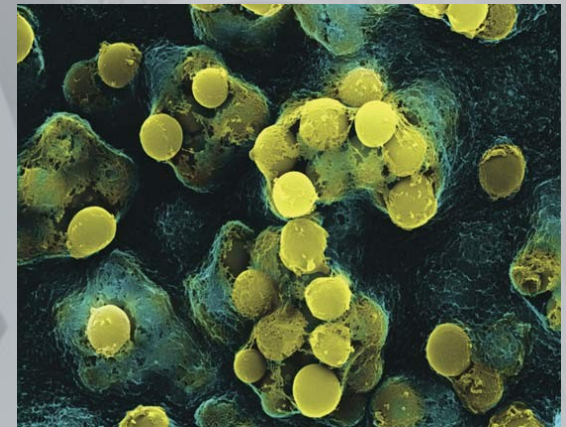


ESTREPTOCOCO. Patógeno emergente: *Ese viejo “amigo”.*



Jesús Sánchez Etxaniz
S. Urgencias Pediatría



<http://www.urgenciaspediatria.hospitalcruces.com/>



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

XX Reunión de Pediatría de Alava. Vitoria-Gasteiz, 31 de octubre de 2008

CUADROS CLINICOS

- Faringoamigdalitis (FAA)
- Escarlatina
- Piodermitis
- Otras
- TOC / Tics (TNAPAE)
- Infecciones invasivas

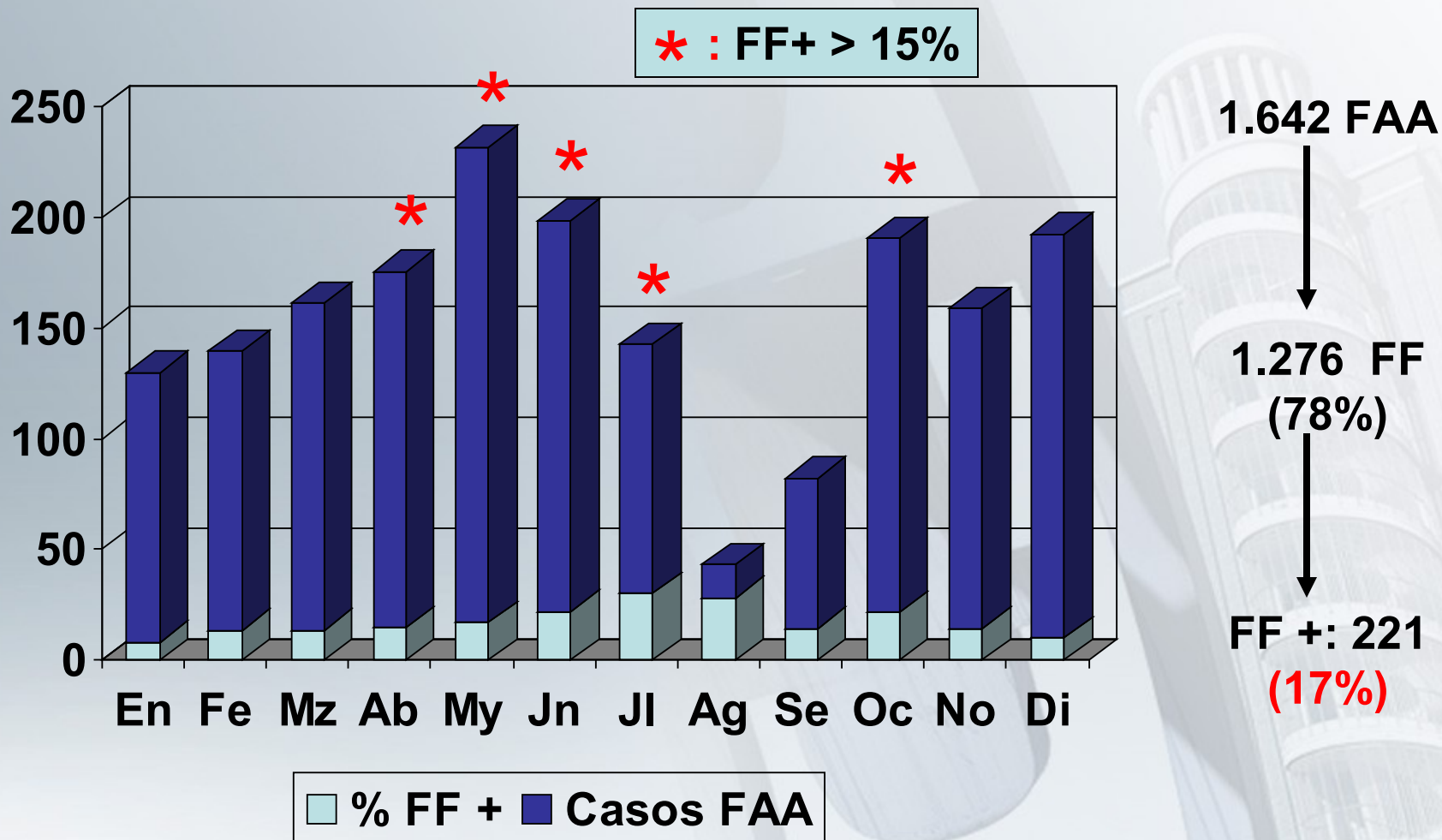


EPIDEMIOLOGIA FAA

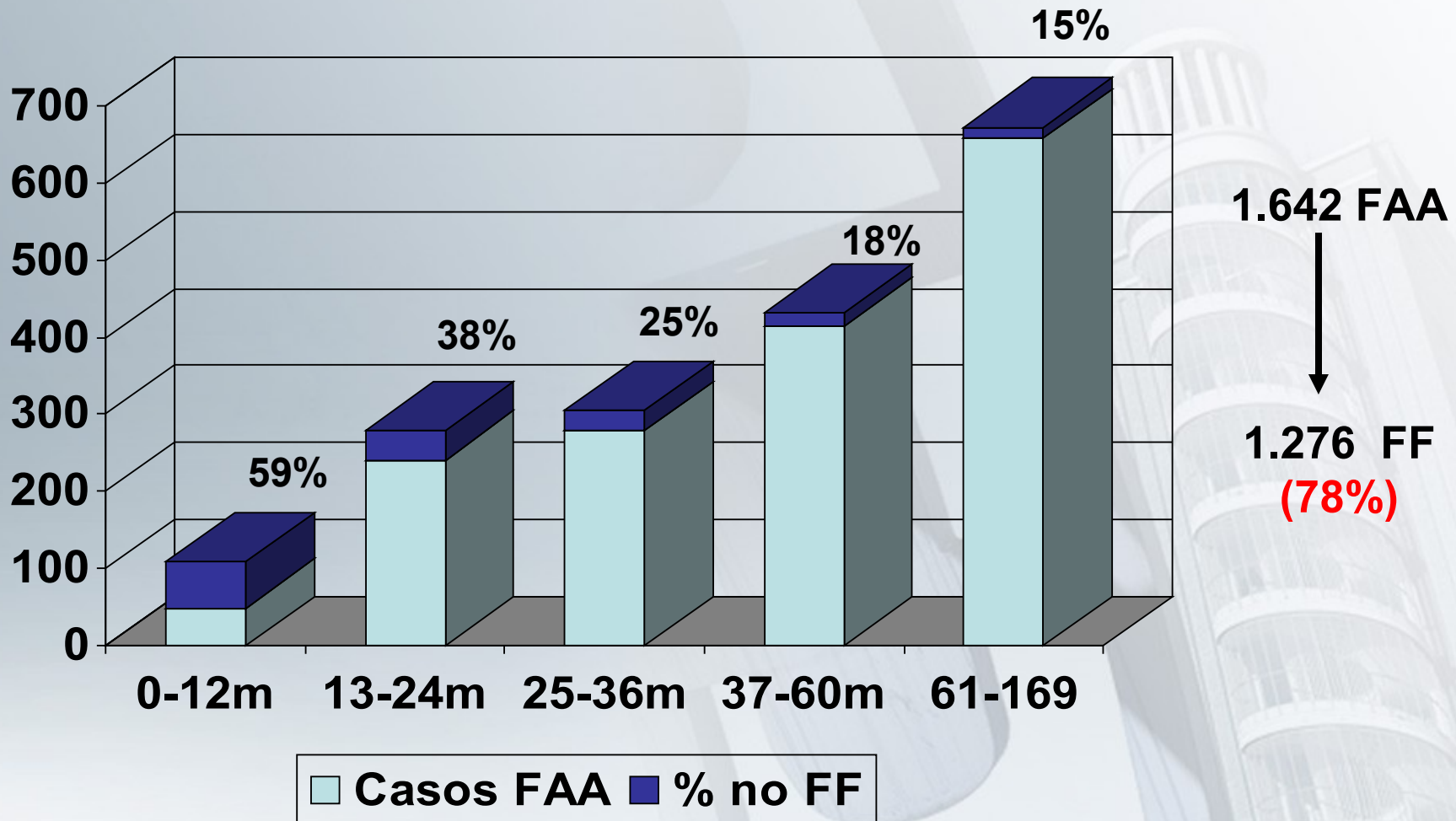
- Transmisión por contacto personal.
 - P.I.: 2-5 días
 - Más riesgo para hermanos que para padres
 - > 50% de los contactos estrechos enfermarán
- Edad escolar y adolescentes
- Finales de otoño, invierno y primavera
- Portadores faríngeos sanos
 - 15-50%
 - Puede persistir durante meses
 - Riesgo de transmisión mínimo
 - No precisan tratamiento (excepciones)



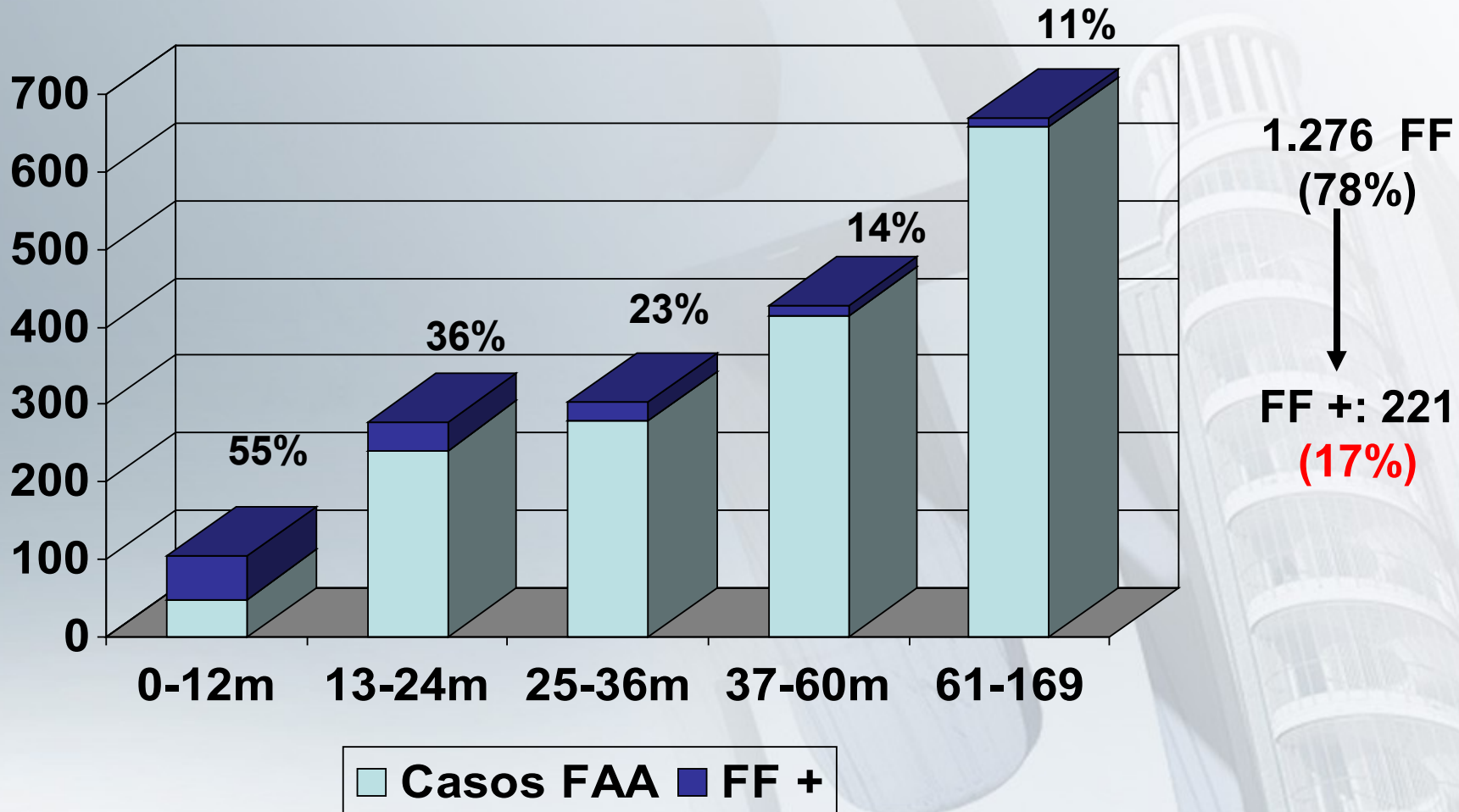
FAA DIAGNOSTICADAS EN URGENCIAS DEL 01.09.07 AL 31.08.08



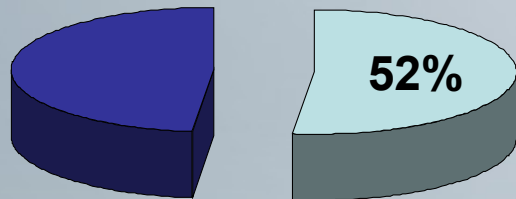
CASOS DE FAA POR GRUPOS DE EDAD



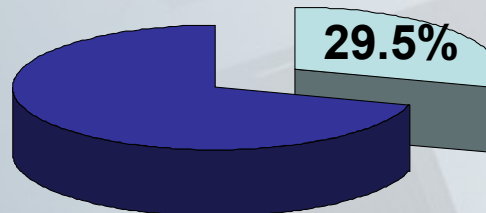
CASOS DE FAA POR GRUPOS DE EDAD



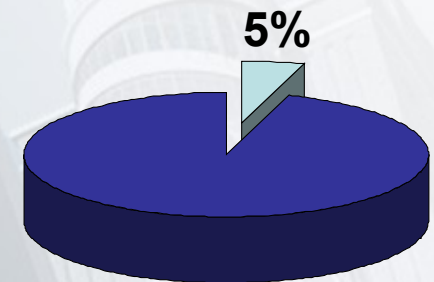
CASOS DE FF+ POR GRUPOS DE EDAD



□ < 36m. ■ >36m.



□ <24m. ■ >24m.



□ <12m. ■ >12m.

Edad media FAA: 58.29m
Edad media FF +: 48.84m
Edad media FF - : 64.23m
Edad media no FF: 46m



Es posible el Dd. Etiológico?

- **No siempre**
- **Diagnostico clínico:**
 - S 50-70% → Se escapan hasta 50%
 - E 60-80% → Se sobretratan hasta 40%
- Mclsaac WJ et al. *A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat.* Can Med Assoc J. 1998;158:75-83



Es posible el Dd. Etiológico?

of a throat culture or an RADT is usually unnecessary. However, the signs and symptoms of streptococcal and nonstreptococcal pharyngitis overlap too broadly for diagnosis to be made with the requisite diagnostic precision on clinical grounds alone. The clinical diagnosis of group A β -hemolytic streptococcal pharyngitis cannot be made with certainty even by the most experienced physicians, and bacteriologic confirmation is required (A-II).

IDSA GUIDELINES

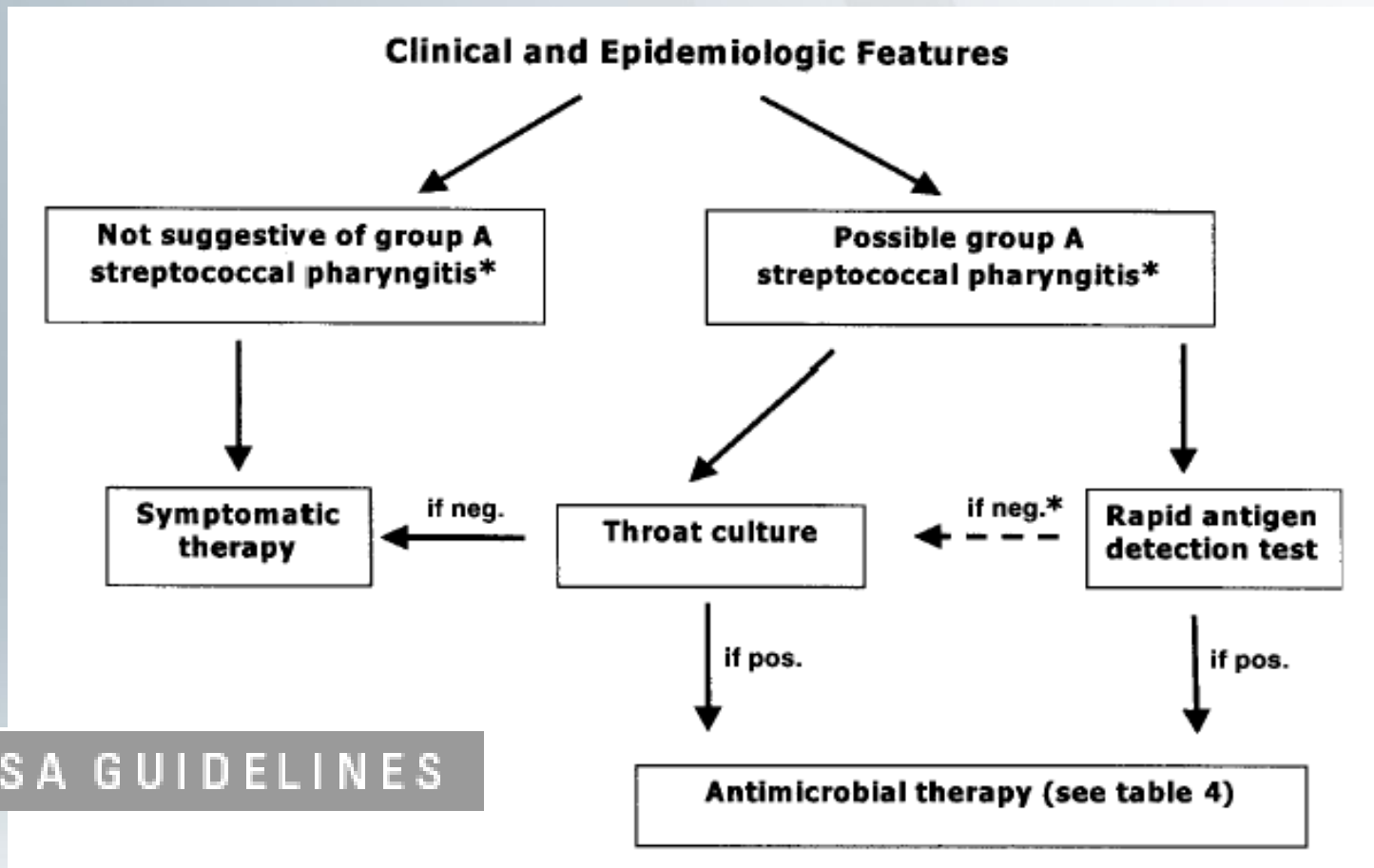
Bisno A et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. CID 2002; 35:113-125



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD

Lo más adecuado...



IDSA GUIDELINES

Bisno A et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. CID 2002; 35:113-125

DIAGNOSTICO FAA STRP.

- Frotis faríngeo
- Test rápido:
 - alta especificidad (>95%), sensibilidad variable (75-80%)
- Criterios de estudio
 - Edad, epidemiología familiar/comunitaria, estación del año.
 - Etiología viral: coriza, conjuntivitis, ronquera, tos, estomatitis, aftas, diarrea.
 - Etiología bacteriana: dolor de garganta de inicio agudo, odinofagia, exudados, fiebre elevada, adenopatías cervicales anteriores dolorosas
- No está indicada el estudio sistemático a los contactos domiciliarios asintomáticos



TRATAMIENTO FAA STRP.

- Penicilina V oral: 250-500 mg, 1-3 veces al día, 10 días.
- Alternativas: amoxicilina, macrólidos, cefalosporinas.
- Casos de episodios repetidos.
- No tratamiento sistemático
 - Portadores
 - Contactos sanos



RESISTENCIAS H. CRUCES 2007

- Penicilina: 0%
- Amoxicilina: 0%
- Eritromicina: 6%
- Clindamicina: 3%



ALGORITMO DE MANEJO DE FAA EN URGENCIAS

Cuadro clínico (Dolor de garganta)

- Ausencia de síntomas y signos de amigdalitis viral (rinorrea, conjuntivitis, inicio progresivo, afonía, diarrea)
- Presencia de al menos 2 de los siguientes:
 - Ausencia de tos
 - Adenopatía cervical anterior dolorosa
 - Fiebre > 38°C
 - Exudados amigdalares

sí

no

Sospecha clínica de FAA estreptocócica
Test rápido de estreptococo

- *

Sospecha de FAA viral
Tratamiento sintomático

+

Tratamiento con antibioterapia oral durante 10 días.
- De elección: Amoxicilina/penicilina
- Alergia a betalactámicos: macrólido.

*: se debe confirmar con FF (EAP)



SHOCK TOXICO (I)

- Aislamiento del GAS
 - Localización estéril
 - Localización no estéril
- Signos clínicos de gravedad
 - Hipotensión
 - Dos o más de:
 - Alteración renal
 - Coagulopatía
 - Afectación hepática
 - Eritrodermia generalizada
 - SDRA
 - Necrosis de partes blandas



SHOCK TOXICO (II)

- Mediado por exotoxinas (superAg)
- Mayor riesgo
 - Lactantes
 - Enf. de base: inmunodeficiencia, diabetes, cardiopatía o neumopatía crónica, varicela.
- 50% se desconoce puerta de entrada
 - Sobre todo puerta cutánea
 - Raro por FAA.
- Elevada mortalidad
- Necesidad de adoptar medidas de control



CASO CLINICO 1

- Cuadro clínico: 14 meses de edad, acude a guardería, mes de febrero, fiebre de 39.5°C de 18 horas.
- Exploración: lesiones vesiculares en lengua, encías + exudados amigdalares + poliadenopatías laterocervicales bilaterales

- 1. Tratamiento antibiótico sin pruebas**
- 2. Manejo sintomático sin pruebas**
- 3. Recoger FF y esperar resultado para tratar**
- 4. Realizar prueba rápida y decidir**
 - a. Si +: recoger FF y tratar**
 - b. Si +: tratar sin recoger FF**
 - c. Si -: recoger FF y no tratar**
 - d. Si -: no tratar y no recoger FF**



CASO CLINICO 2

- Cuadro clínico: 22 meses de edad, mes de mayo, hermano mayor con FAA con test + y fiebre de 39°C de 8 horas.
- Exploración: hiperemia y exudados amigdalares + adenopatías laterocervicales bilaterales

- 1. Tratamiento antibiótico sin pruebas**
- 2. Manejo sintomático sin pruebas**
- 3. Recoger FF y esperar resultado para tratar**
- 4. Realizar prueba rápida y decidir**
 - a. Si +: recoger FF y tratar**
 - b. Si +: tratar sin recoger FF**
 - c. Si -: recoger FF y no tratar**
 - d. Si -: no tratar y no recoger FF**



CASO CLINICO 3

- Cuadro clínico: 6 años de edad, mes de enero, fiebre de 38.5°C de 24 horas.
- Exploración: conjuntivitis, rinorrea mucosa, exudados amigdalares bilaterales, adenopatías laterocervicales.

- 1. Tratamiento antibiótico sin pruebas**
- 2. Manejo sintomático sin pruebas**
- 3. Recoger FF y esperar resultado para tratar**
- 4. Realizar prueba rápida y decidir**
 - a. Si +: recoger FF y tratar**
 - b. Si +: tratar sin recoger FF**
 - c. Si -: recoger FF y no tratar**
 - d. Si -: no tratar y no recoger FF**



CASO CLINICO 4

- Cuadro clínico: 13 años, mes de junio, fiebre de 39°C de 36 horas.
- Exploración: exudados amigdalares bilaterales + poliadenopatías laterocervicales bilaterales no dolorosas + bazo BRC

- 1. Tratamiento antibiótico sin pruebas**
- 2. Manejo sintomático sin pruebas**
- 3. Recoger FF y esperar resultado para tratar**
- 4. Realizar prueba rápida y decidir**
 - a. Si +: recoger FF y tratar**
 - b. Si +: tratar sin recoger FF**
 - c. Si -: recoger FF y no tratar**
 - d. Si -: no tratar y no recoger FF**



CASO CLINICO 5

- Cuadro clínico: 11 años de edad, mes de octubre, fiebre de 39.5°C de 24 horas.
- Exploración: hiperemia amigdalар bilateral sin exudados. Adenopatías subangulomandibulares bilaterales dolorosas.

- 1. Tratamiento antibiótico sin pruebas**
- 2. Manejo sintomático sin pruebas**
- 3. Recoger FF y esperar resultado para tratar**
- 4. Realizar prueba rápida y decidir**
 - a. Si +: recoger FF y tratar**
 - b. Si +: tratar sin recoger FF**
 - c. Si -: recoger FF y no tratar**
 - d. Si -: no tratar y no recoger FF**

