

PERFIL DE UTILIZACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL MANEJO DE LA FARINGOAMIGDALITIS EN ATENCIÓN PRIMARIA PEDIÁTRICA

César García Vera, Rafael Jiménez Alés, María Rosa Albañil Ballesteros, Yolanda Martín Peinador, María Eulalia Muñoz Hiraldo, María José Martínez Chamorro.



INTRODUCCIÓN

En pediatría de atención primaria (AP), la mayoría de procesos se resuelven sin apoyo de pruebas. Sin embargo, la precisión diagnóstica es fundamental para el uso racional de recursos y terapia antibiótica

OBJETIVOS

Conocer las **herramientas** diagnósticas para el **abordaje** de la Faringoamigdalitis Aguda (**FAA**) disponibles en las consultas, y los criterios para su utilización en el sector público español.

MÉTODOS

- Estudio observacional
- Descriptivo
- De ámbito nacional

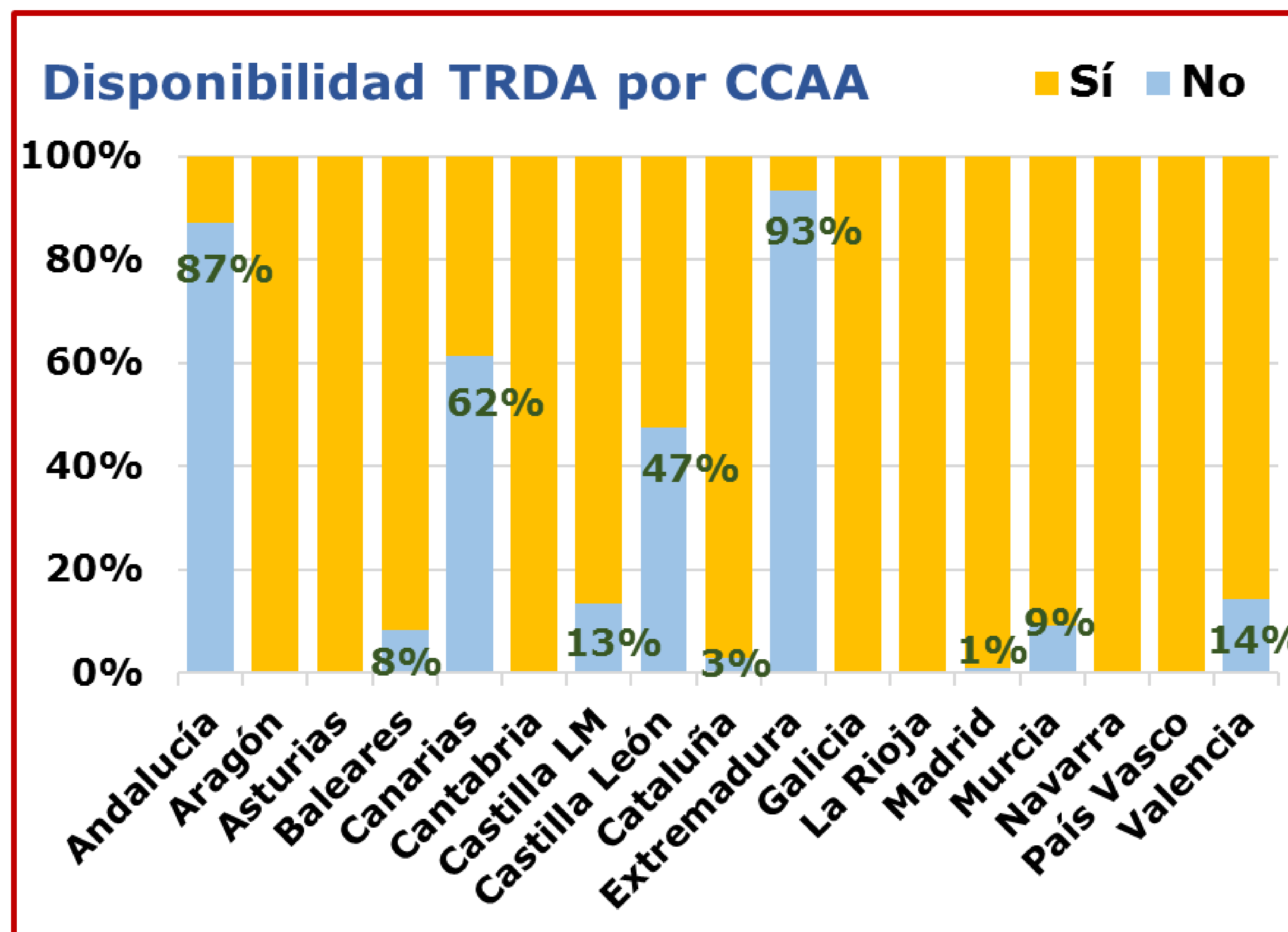
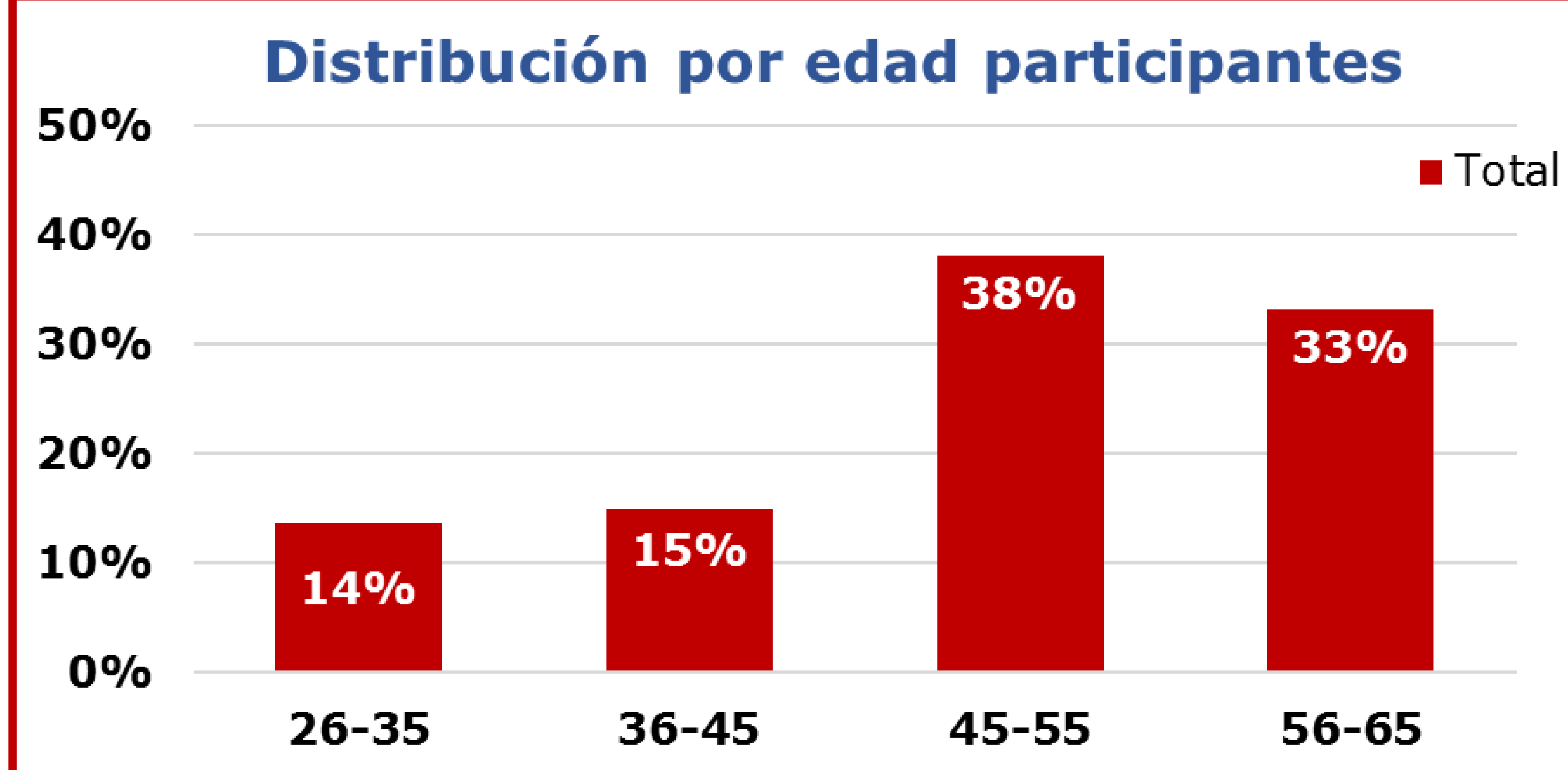
- Encuesta **on-line sobre herramientas diagnósticas en consulta** distribuida a los **pediatras de AP** del sector público entre **abril y mayo de 2017**
- Respondieron 517 facultativos de las consultas de pediatría de AP (**8% del total** de plazas públicas).
- Descripción de variables (porcentajes e intervalos de confianza al 95%) y comparación entre grupos mediante el cálculo de Odds Ratio

RESULTADOS

- **517 facultativos: 83%**(IC95: 79 a 86%) **Mujeres**
- **20%** no disponen de consulta de **enfermería** pediátrica
- El **55%** atienden una media de **20 a 30 niños/día**

- **Utilizan** Test Rápido de Detección de Antígeno (**TRDA**) un **79%** (IC95: 76 a 83%)
- Entre los que no lo tienen practican **cultivo** un **79%** (IC95: 72 a 87%)
- Entre los que **tienen TRDA** piden **ocasionalmente cultivo** el **82%** (IC95: 78 a 82%)
- El **95%** que **no hace TRDA** alega falta de **disponibilidad**

- **Realizan** ellos mismos el **TRDA** un **78%** (IC95: 74 a 82%)
- Los **menores de 45 años** hacen más frecuentemente ellos el TRDA (77%) que los mayores (67%) (**OR 1,67**; IC95: 1,07 a 2,60; p=0,012)
- La **presión asistencial** no parece condicionar que el pediatra haga el test: **OR** entre >30 pacientes por día (67%) y ≤30 (65%): **1,08** (IC95: 0,69 a 1,69)



Criterios Petición TRDA/CULTIVO	Porcentaje
3-4 Criterios Centor	43%
Según mi experiencia	33%
Si "estigmas" infec S. Pyogenes	26%
>3 criterios McIsaac	18%
No hago	5%

TRDA por semana	Porcentaje
< 1	23,3%
1	11,8%
2	21,7%
3	11,4%
4	8,1%
> 5	23,8%

Cultivos/semana	No Tienen TRDA	Tienen TRDA
< de 1	61,54%	70,27%
1	21,15%	16,22%
2	10,58%	8,11%
3	4,81%	2,46%
4	1,92%	0,98%
> 5	0,00%	1,97%

Disponibilidad resultado cultivo	Porcentaje
En el día	0,8%
1 día	3,8%
2 días	22,9%
3 días	22,5%
4 días	14,8%
5 días	14,2%
6 días	6,2%
7 días	13,2%
> 7 días	2,0%

50% (2 días a 7 días)
50% (1 día a >7 días)

CONCLUSIONES

- La mayoría de pediatras de AP españoles disponen de TRDA y lo utilizan en sus consultas
- Los criterios principales para realizar TRDA o cultivo son los de Centor (3-4 puntos) o la experiencia de cada facultativo
- La gran mayoría de pediatras realizan ellos mismos el test, independientemente de la carga de trabajo
- Extremadura, Andalucía, Canarias y Castilla y León son las Comunidades donde menos disponibilidad de TRDA hay.
- Quienes no disponen de TRDA, en su mayoría practican cultivo pero en menos ocasiones que si se dispone

Utilización De Pruebas Complementarias En Pediatría De Atención Primaria: Cultivos Bacterianos Y Serología.

María Rosa Albañil Ballesteros¹, César García Vera², Rafael Jiménez Alés³, María Eulalia Muñoz Hiraldo⁴, María José Martínez Chamorro⁵, Olga Ramírez Balza⁶. ¹C.S. Cuzco, Madrid, ²C. S. José Ramón Muñoz Fernández, Zaragoza, ³CS de la Roda, Sevilla, ⁴CS Dr. Castroviejo, Madrid, ⁵CS de Polanco, Cantabria, ⁶C S Collado Villalba estación, Collado Villalba, Madrid, España



Introducción y Objetivos

En Atención Primaria (AP) la mayoría de los procesos son atendidos y resueltos sin realizar pruebas complementarias (PC). Sin embargo el acceso a ellas puede contribuir a un uso prudente de antibióticos, prevenir contagios y realizar estudios epidemiológicos y de prescripción. El objetivo de este estudio es conocer el acceso a PC (cultivos y serologías) y sus resultados que tienen los pediatras de AP.

Métodos

Estudio observacional, descriptivo, transversal de ámbito nacional distribuyendo una encuesta online entre pediatras de atención primaria a través de una sociedad científica nacional y una lista de correo en abril y mayo de 2017.

Resultados

Responden la encuesta 517 pediatras, 80% trabajan en poblaciones de > 10000 habitantes. El 58% atienden cupos entre 1000-1500. El 32,9% de pediatras no pueden recoger muestras diariamente. El horario de recogida de muestras es de 1 ó 2 horas /día para el 86% y de 1 hora para el 46,7%. Para un 44,1% es difícil o muy difícil entregar muestras fuera de hora. El 57% tienen bastante o totalmente accesible un hospital.

•**CULTIVOS BACTERIANOS:** El urocultivo es el cultivo solicitado en 1º lugar por el 60,2% de los pediatras, el coprocultivo en 2º lugar por el 45% y cultivo faríngeo en 3º lugar por el 28,7% (figura 1).

Al menos solicitan 1 cultivo faríngeo el 31,5% de pediatras, un 61,3% al menos un coprocultivo, un 50% al menos un urocultivo y un 29,8% solicitan otros cultivos (figura 2)

En cuanto a la tardanza en recibir los resultados (figura 3) el 44% de los pediatras tarda 4 ó más días en recibir los resultados de los urocultivos, el 50% tarda ese mismo tiempo en recibir los de los cultivos faríngeos y más del 60% en recibir los resultados del resto de cultivos.

•**SEROLOGÍAS** La serología frente a virus Epstein-Barr es la más solicitada para un 78 % de pediatras, seguida de serología frente a Citomegalovirus y hepatitis B. Las serologías frente a Mycoplasma, Chlamydia y herpes no son solicitadas nunca por el 27,7%, 41,4% y 36,4% de pediatras (figura 4).

• Los resultados tardan 7 o más días en el 30% de las serologías a Epstein-Barr, 32% de Citomegalovirus y hepatitis B y 43-44% de las serologías frente a Mycoplasma, Chlamydia, herpes y enfermedades prevenibles con vacunación (figura 5).

• Un 78,6% solicita menos de una serología a la semana (figura 6).

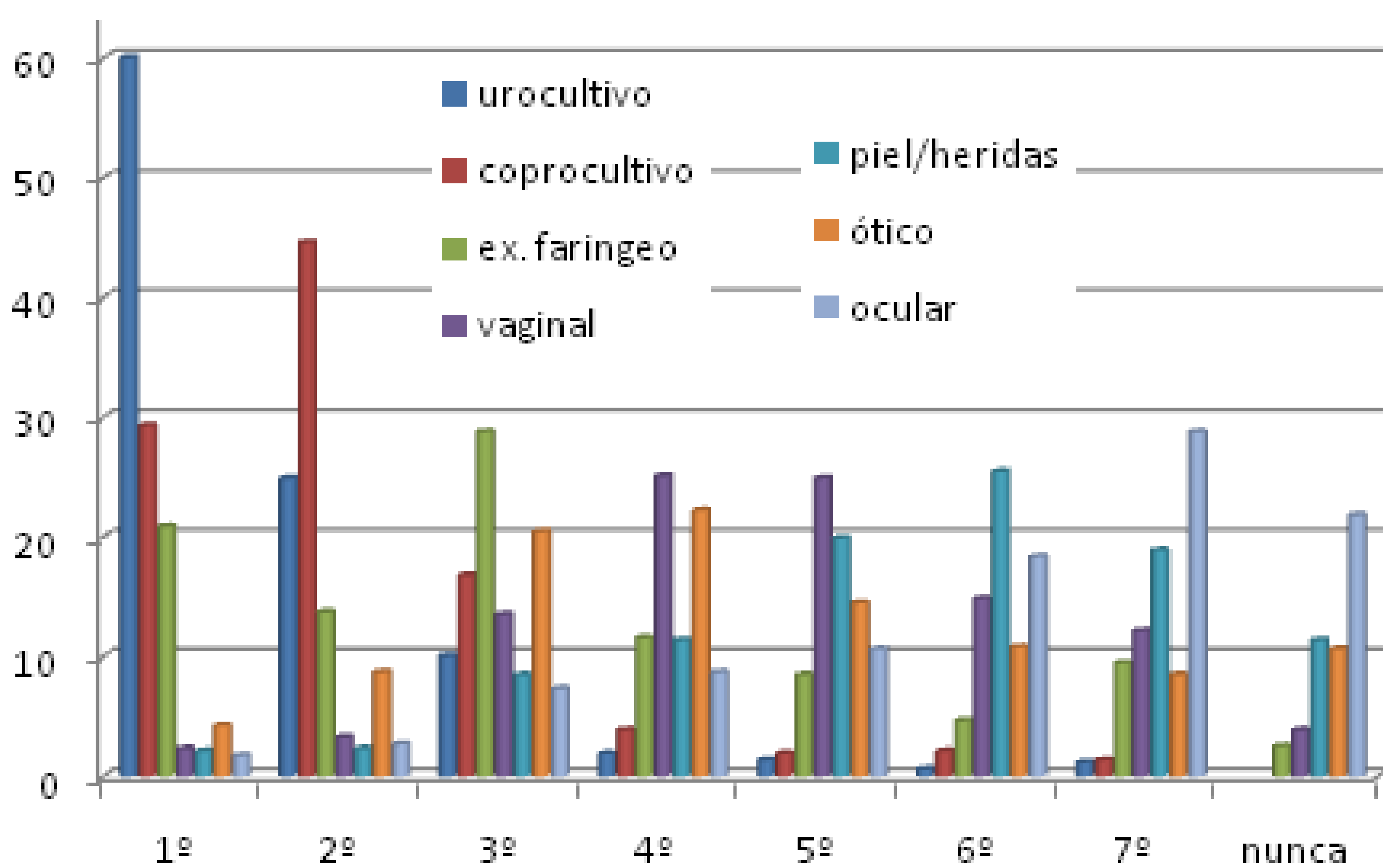


Figura 1: Orden de solicitud de cultivos bacterianos

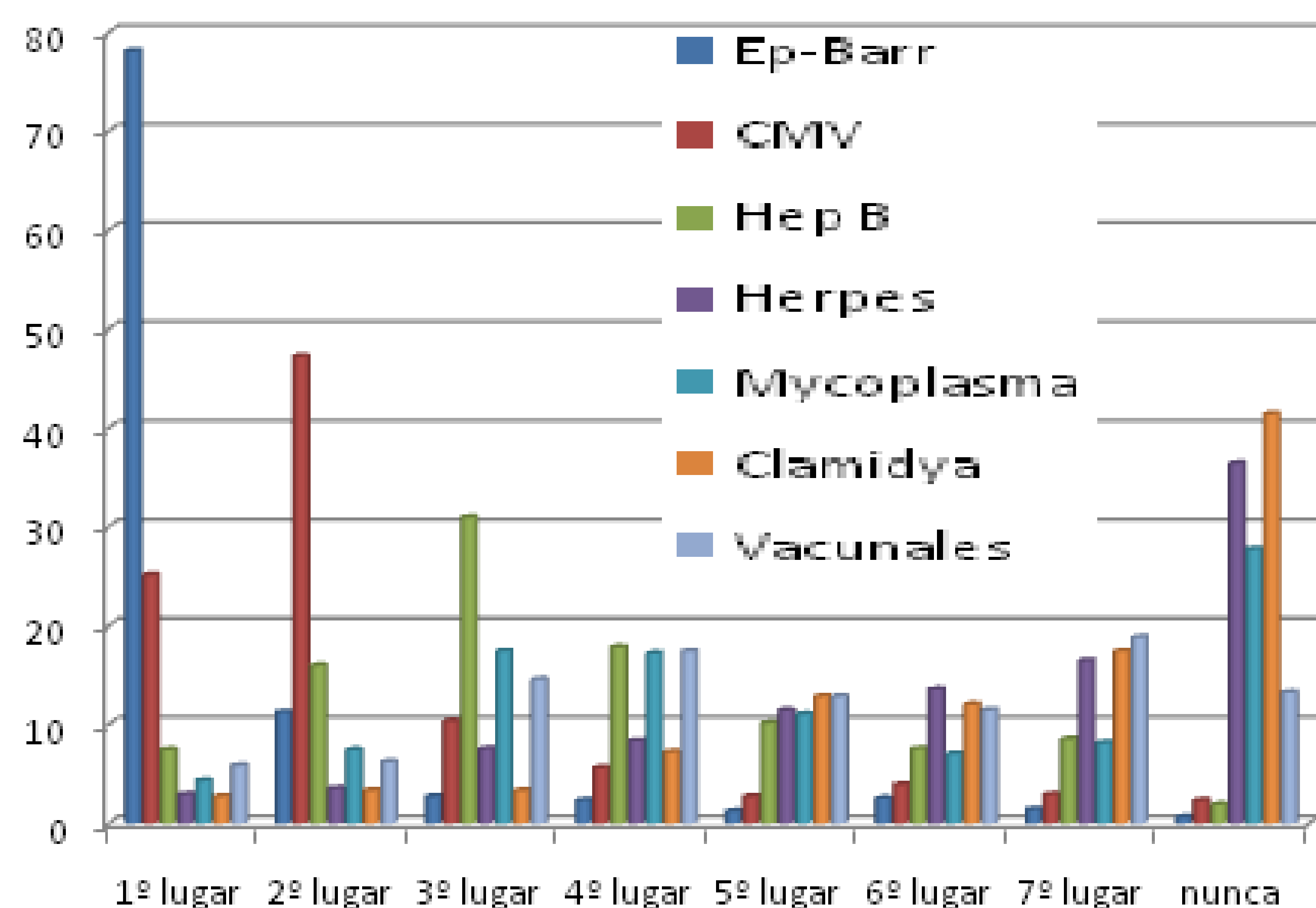


Figura 4: Orden de solicitud de serologías

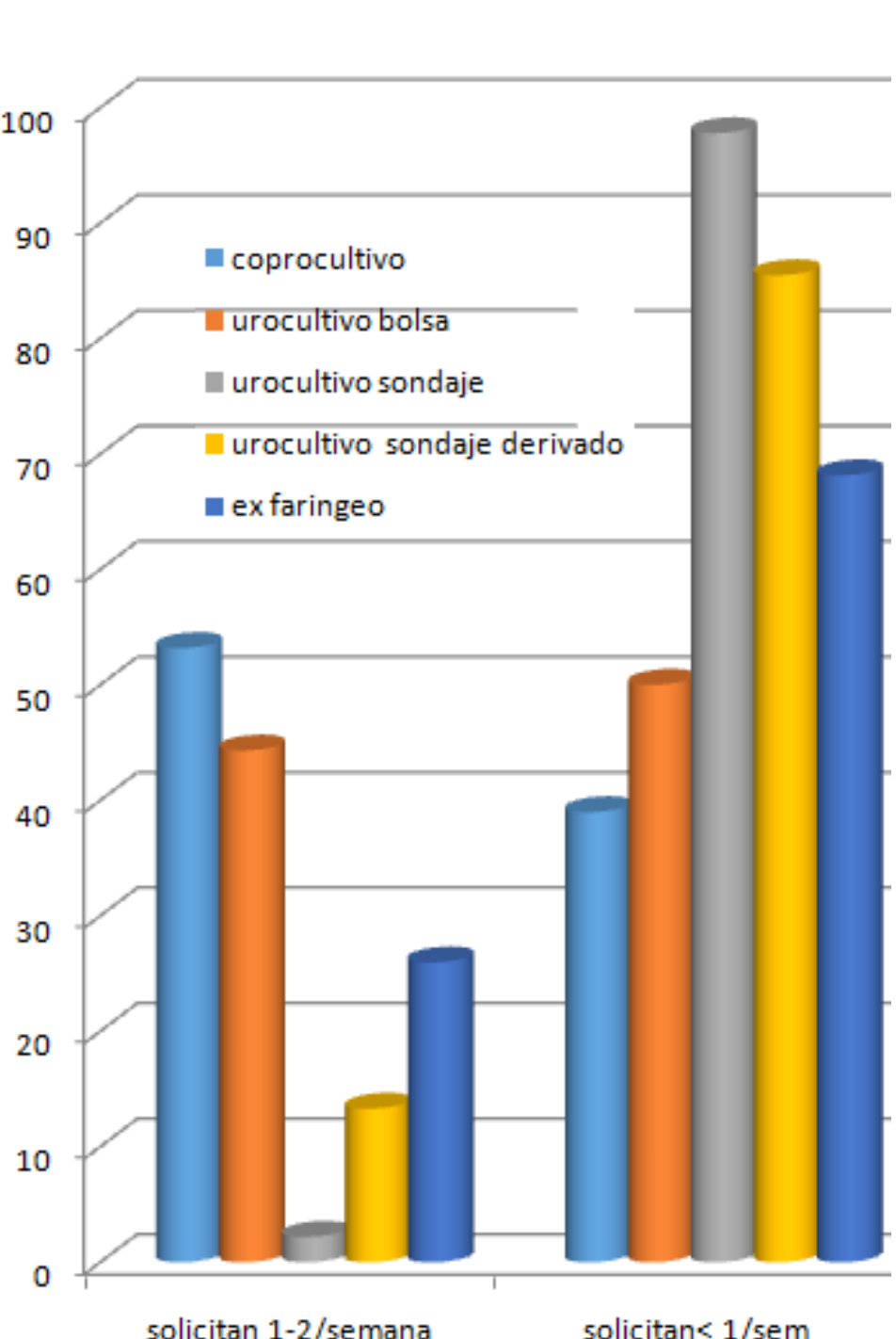


Figura 2: Frecuencia de petición de cultivos bacterianos

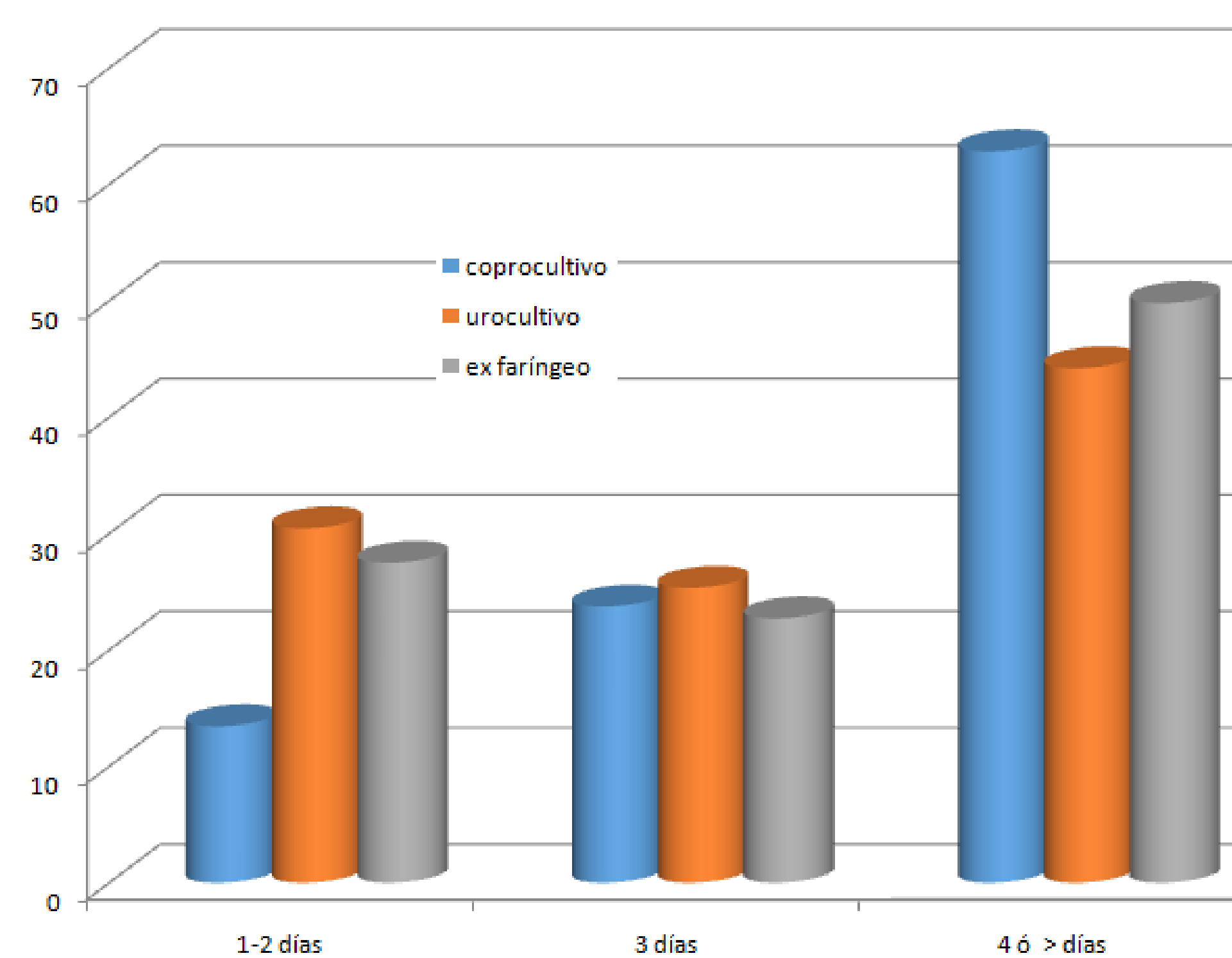


Figura 3: Tardanza en recibir resultados de cultivos bacterianos

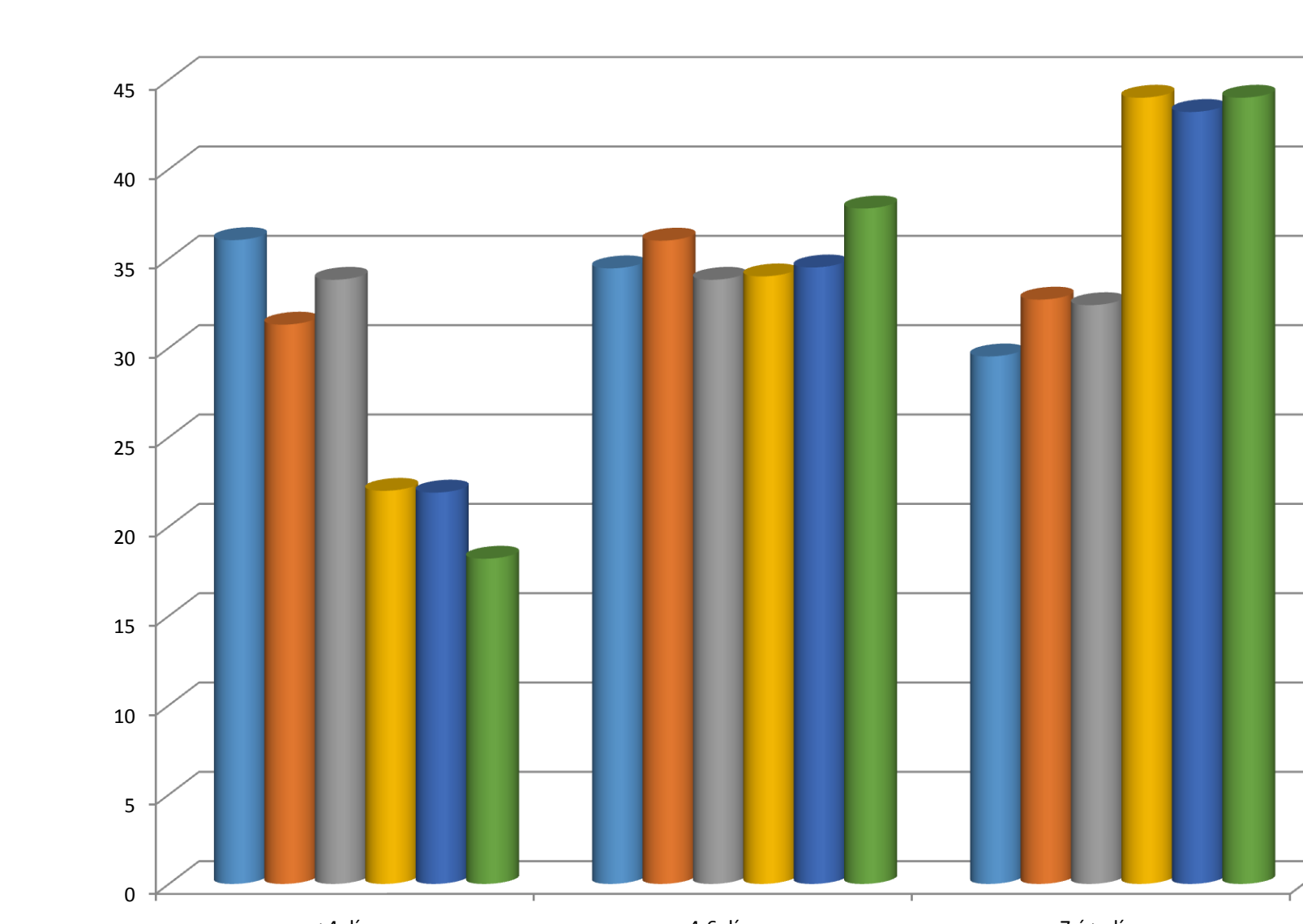


Figura 5: Tardanza en recepción de resultados para cada serología

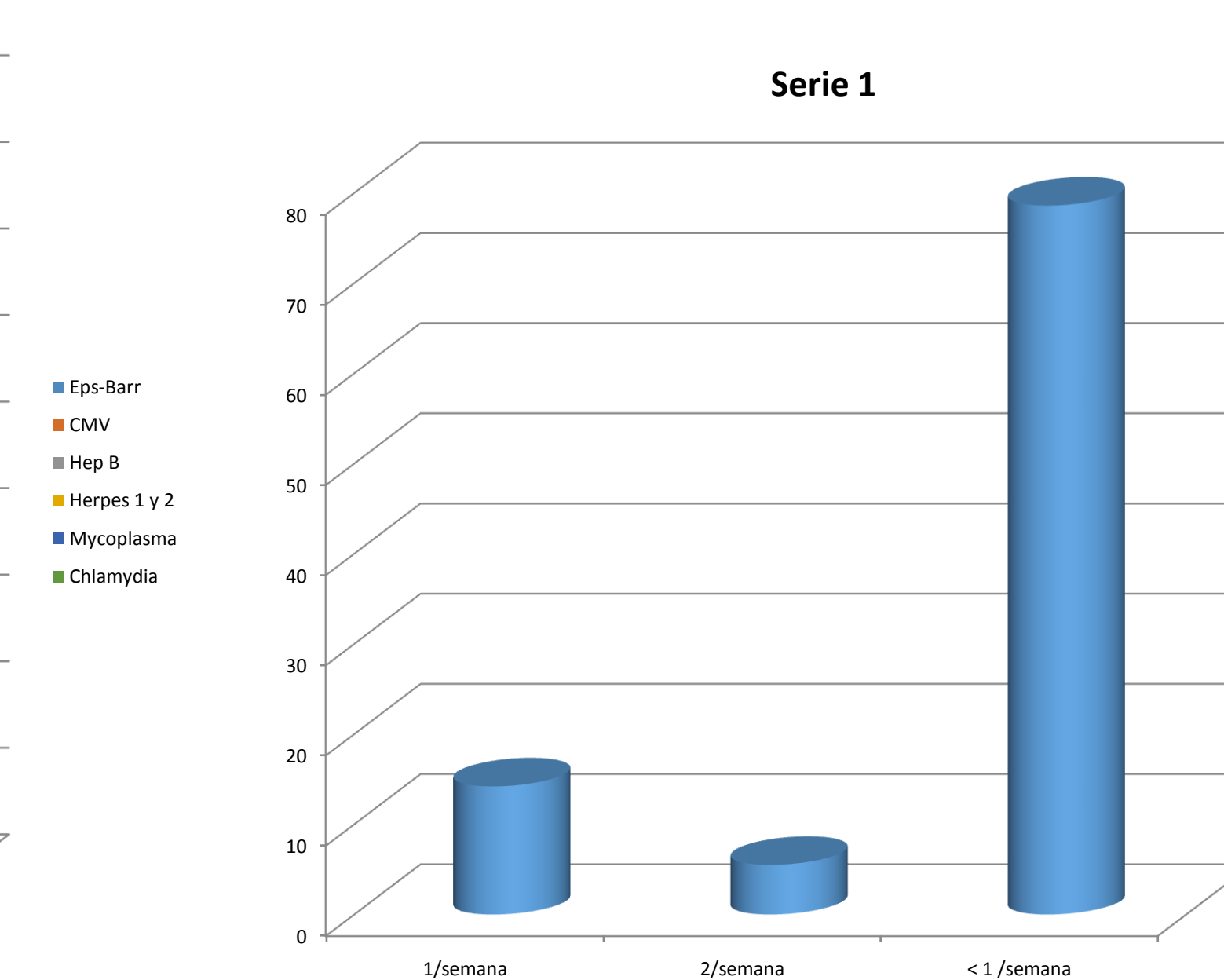


Figura 6: Número de peticiones de serologías

Conclusiones

La accesibilidad a PC desde pediatría de AP presenta importantes limitaciones en cuanto a horario de recogida de muestras y tardanza en recibir sus resultados.

Métodos de recogida y pruebas complementarias de orina utilizados por los pediatras de Atención Primaria

María José Martínez Chamorro¹, Rafael Jiménez Alés², César García Vera³, M^a Rosa Albañil Ballesteros⁴, Yolanda Martín Peinador⁵, Alicia Berghezán Suárez⁶.

¹CS de Polanco, Polanco, Cantabria, ²CS La Roda, La Roda de Andalucía, Sevilla, ³CS José Ramón Muñoz Fernández, Zaragoza, ⁴CS Cuzco, Madrid, ⁵CS Goya, Madrid, ⁶CS Denia II. Denia, Alicante.

Grupo de patología infecciosa de AEPap.



INTRODUCCIÓN

La infección del tracto urinario (ITU) es una de las infecciones bacterianas más frecuentes en la infancia y un reto diagnóstico en niños incontinentes. Es necesario un diagnóstico precoz y preciso de la ITU para evitar un posible daño renal posterior y para realizar un uso adecuado de los antibióticos. Para ello son necesarios una recogida y transporte de las muestras adecuada y un procesamiento y disponibilidad de los resultados precoces.

OBJETIVOS

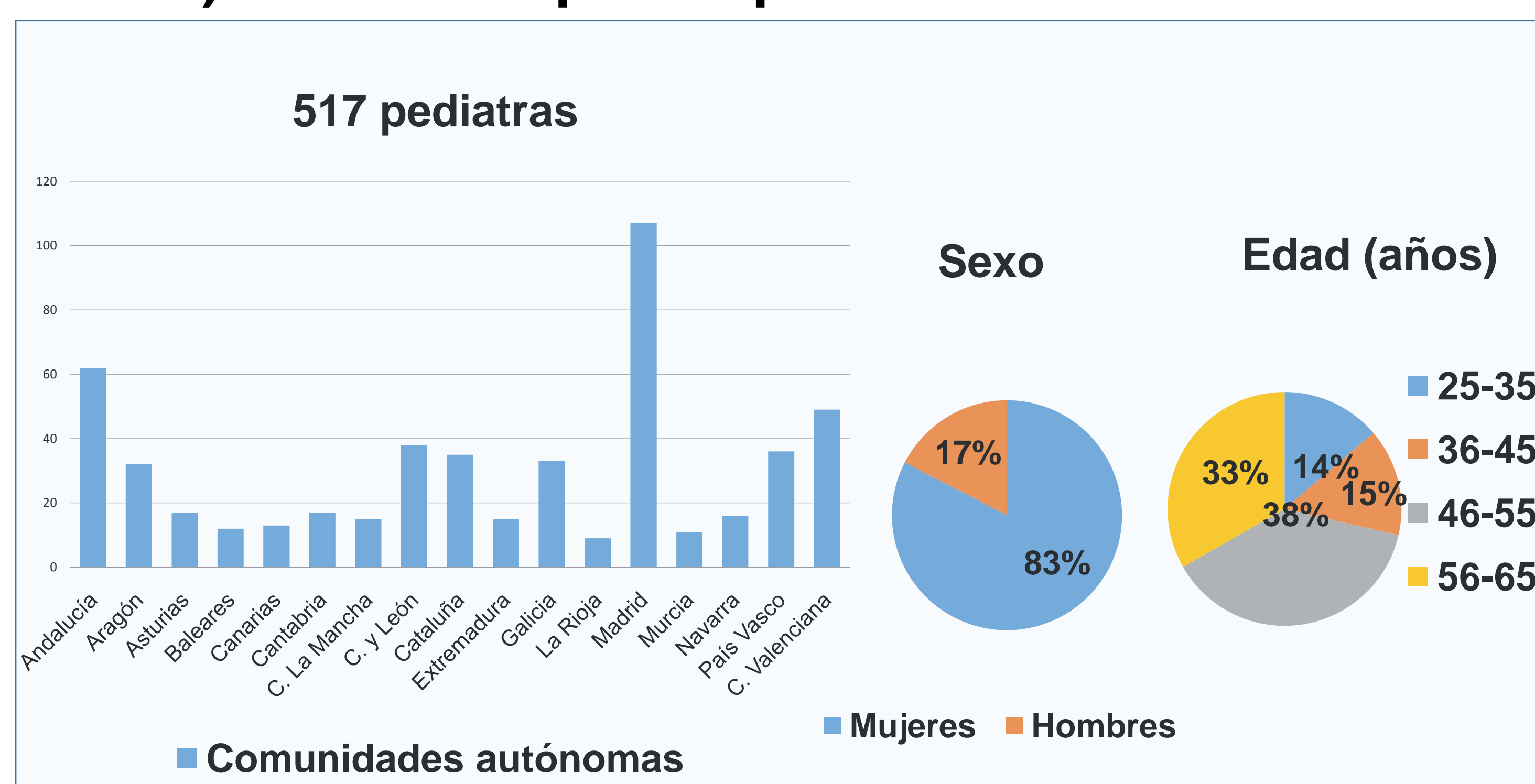
El objetivo del presente estudio es conocer la aproximación diagnóstica de la ITU de los pediatras de atención primaria a través los métodos de recogida de la orina, las pruebas complementarias realizadas y la disponibilidad de los resultados de laboratorio (tira reactiva (TRO), sistemático de orina (SO), sedimento y urocultivo).

MATERIAL Y MÉTODO

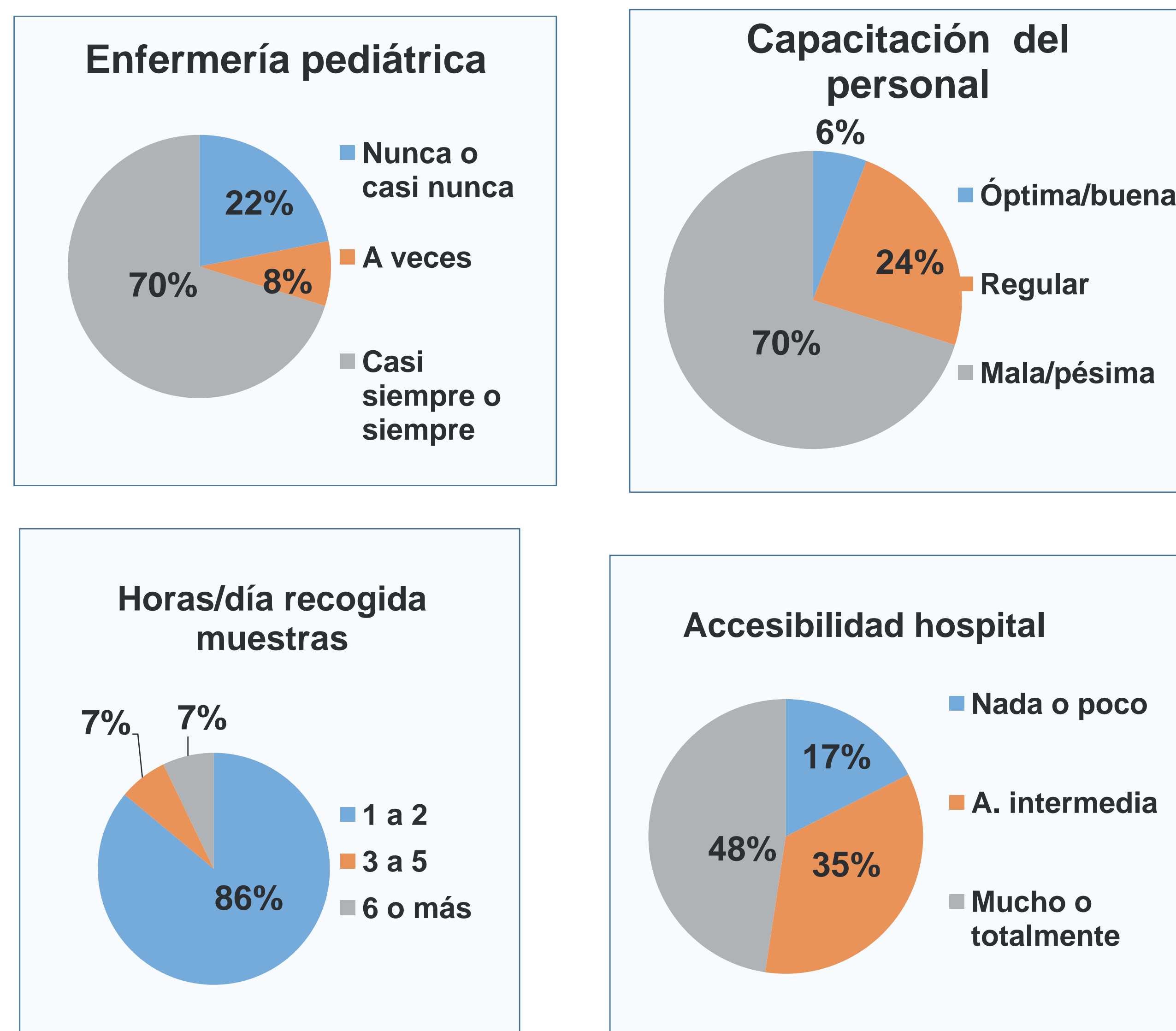
Se realiza un estudio transversal, nacional, mediante encuesta online para pediatras de Atención Primaria contestada entre abril y mayo de 2017.

RESULTADOS

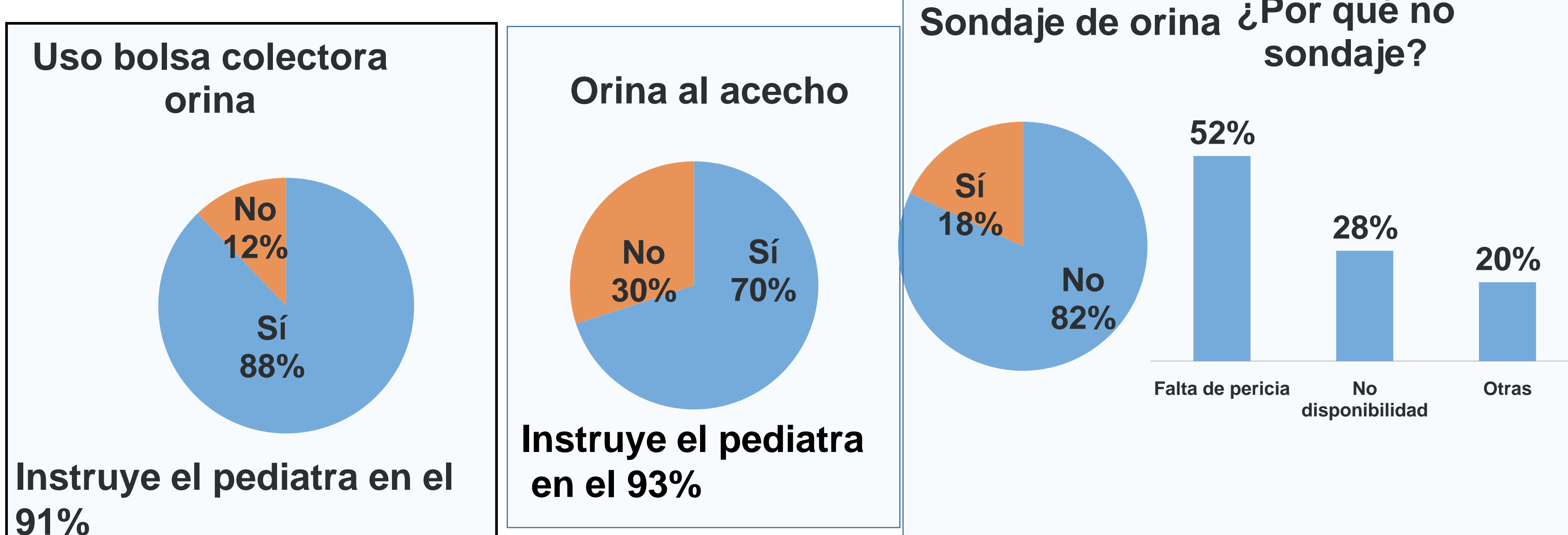
a) Pediatras que responden la encuesta



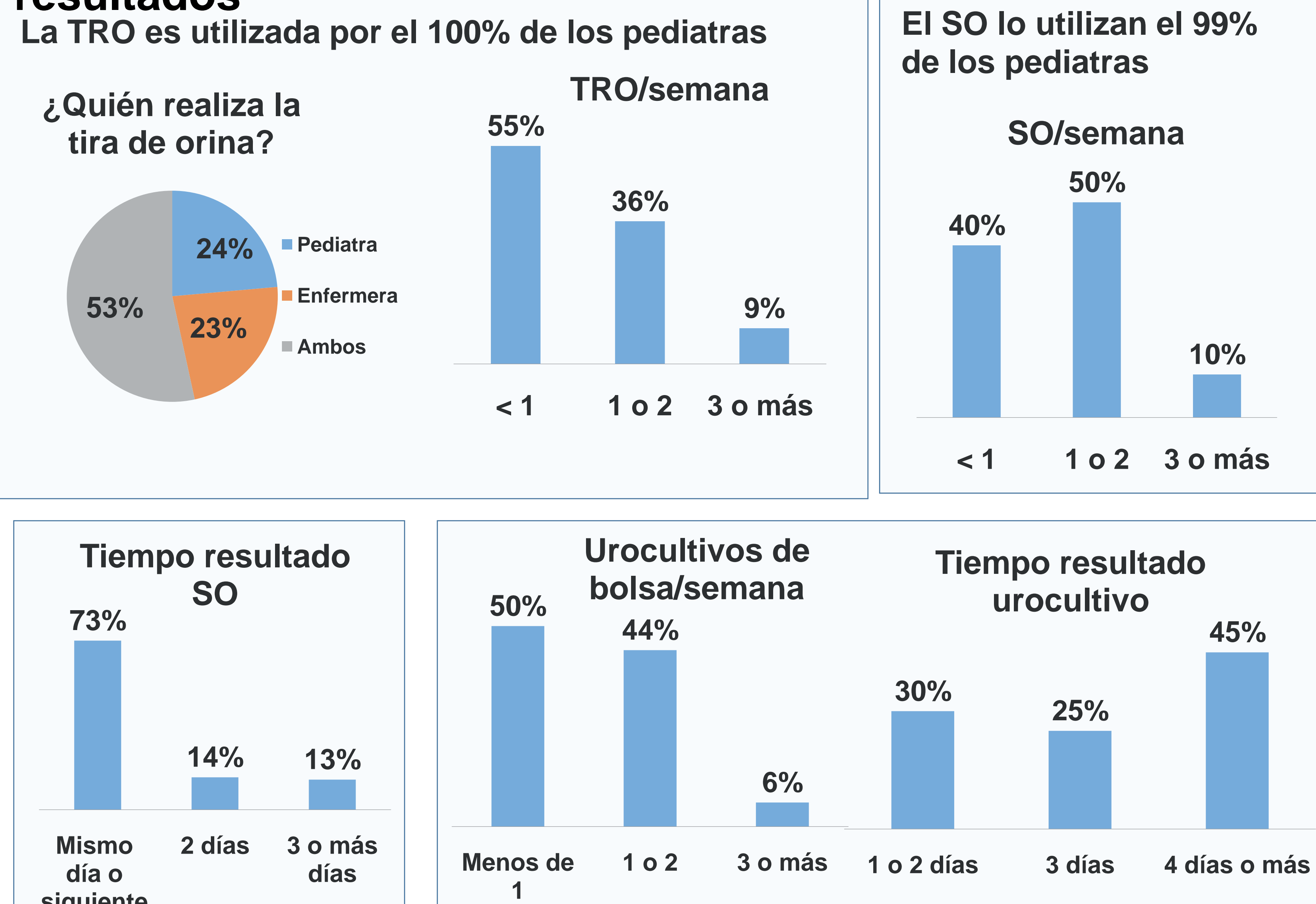
b) Datos de recogida de muestras



c) Métodos de recogida de orina



d) Pruebas complementarias realizadas y demora de resultados



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Las PC de orina son ampliamente utilizadas por los pediatras de AP ya que son imprescindibles para el diagnóstico de ITU. Los pediatras se implican muy activamente tanto en las instrucciones de recogida de orina como en la realización de la TRO. Casi las tres cuartas partes dispone de enfermería pediátrica aunque el mismo porcentaje considera que la capacitación del personal que recoge las muestra es baja. Es aceptable el tiempo de resultado del SO pero es preciso mejorar el del urocultivo para casi la mitad de los pediatras, que tardan en recibirlo 4 o más días.

Utilización De Pruebas Complementarias De Tuberculosis Y Tosferina En Atención Primaria Pediátrica

M^a Eulalia Muñoz Hiraldo¹, Rafael Jiménez Alés², M^a Rosa Albañil Ballesteros³, César García Vera⁴, M^a José Martínez Chamorro⁵, Josefa Ares Álvarez⁶.

¹CS Dr Castroviejo Madrid, ²CS La Roda Sevilla, ³CS Cuzco Madrid, ⁴CS J. Ramón Muñoz Fernández Zaragoza, ⁵CS de Polanco Cantabria, ⁶CS Bueu Pontevedra.



INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

En **pediatría de atención primaria (AP)**, la mayoría de procesos se resuelven sin apoyo de pruebas. La tuberculosis (TBC) y la Tosferina constituyen problemas de **salud pública**. El Mantoux es la prueba de elección en cribado y estudio de contactos de la TBC. La Tosferina presenta un aumento de incidencia global con brotes cada 3-4 años.

Conocer el acceso a las **pruebas complementarias diagnósticas de TBC y Tosferina** y a sus resultados que tienen los pediatras de AP en el sector público español.

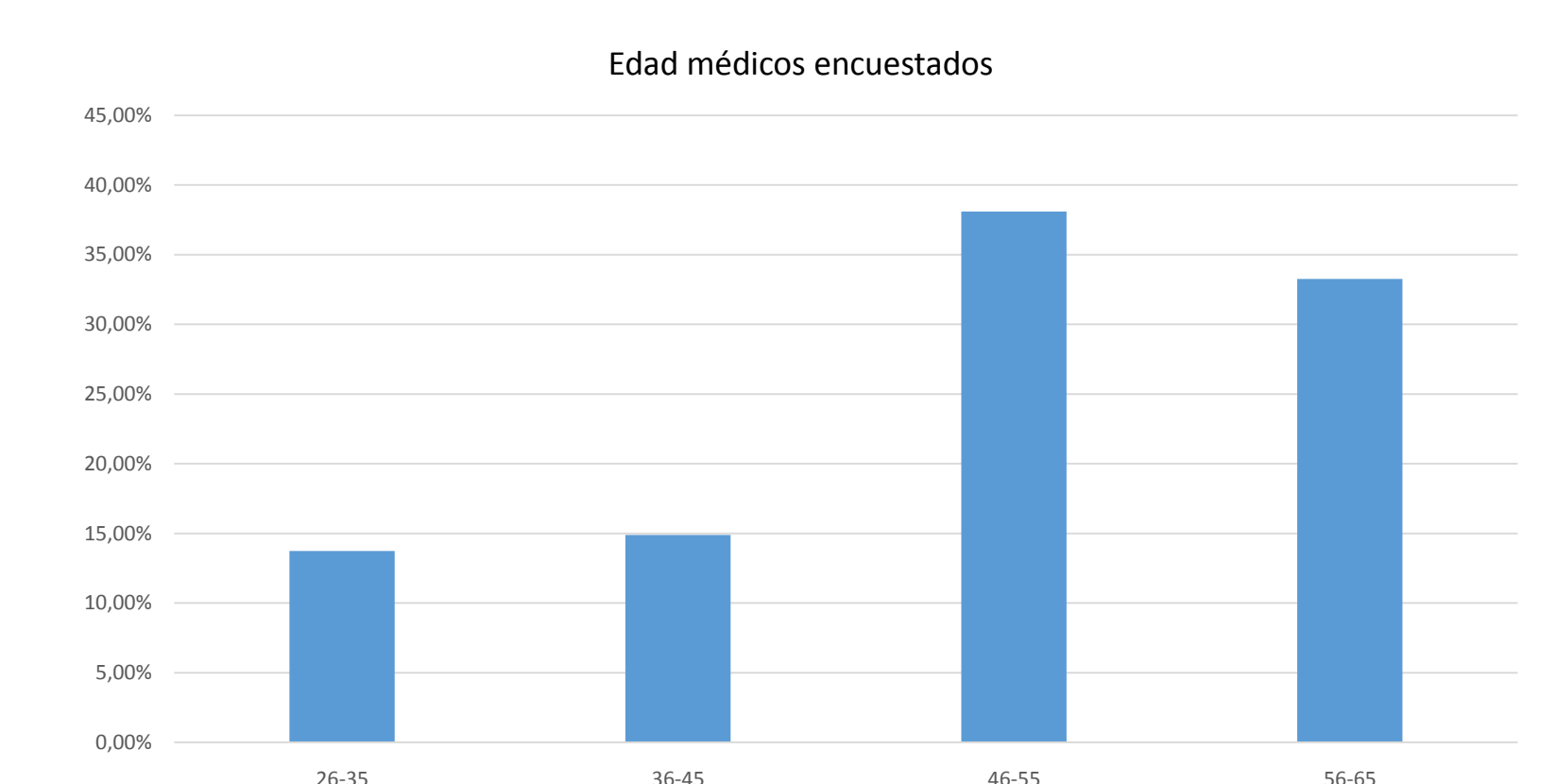
MÉTODOS

- Estudio observacional
- Transversal y descriptivo
- De ámbito nacional

Encuesta **on-line** distribuida a los **pediatras de AP** del sector público a través de una sociedad científica y de una lista de correo, entre **abril y mayo de 2017**.

RESULTADOS

- Respondieron **517** facultativos de las consultas de pediatría de AP (12,5% de los socios de AEPap y **8% del total** de plazas del sector público).
- El 82,6% son mujeres y el 71,4% tienen entre 45-65 años.
- El 79,8% trabaja en poblaciones de ≥ 10000 habitantes.
- El 58,6% atiende cupos entre 1000-1500 pacientes.
- Trabajan en turno de mañana el 59,1 y turno mixto el 33,8%.
- Un 70% cuenta con enfermería pediátrica siempre/casi siempre y un 20% nunca.
- Un 57% dispone de un hospital bastante o totalmente accesible.



TUBERCULOSIS

TOSFERINA

El 92,7% solicita < 1 Mantoux y < 1 PCR de Tosferina / semana

- El **90%** de los encuestados **usan Mantoux**. El único motivo de no usarlo es la no disponibilidad.
- Al 49% de los pediatras el desabastecimiento del Mantoux afectó al número de peticiones.

- El **53%** de los encuestados utiliza algún **método diagnóstico de Tosferina**.
- El 77,5% de los que no lo usan se debe a la no disponibilidad. Gran variabilidad entre CCAA (fig. 3).
- El 62% ha de derivar al paciente para la toma de la muestra.
- El grupo etario de 45-65 años utiliza estas PC con mayor frecuencia que el grupo de menor edad (55% vs 48%).
- La técnica disponible más referida es la **PCR**: 87% (fig 4).
- Sólo el 2% dispone el resultado en el día y el 23% en 1-2 días (fig. 5).

Fig 1: Lectura de Mantoux por tipo de profesional

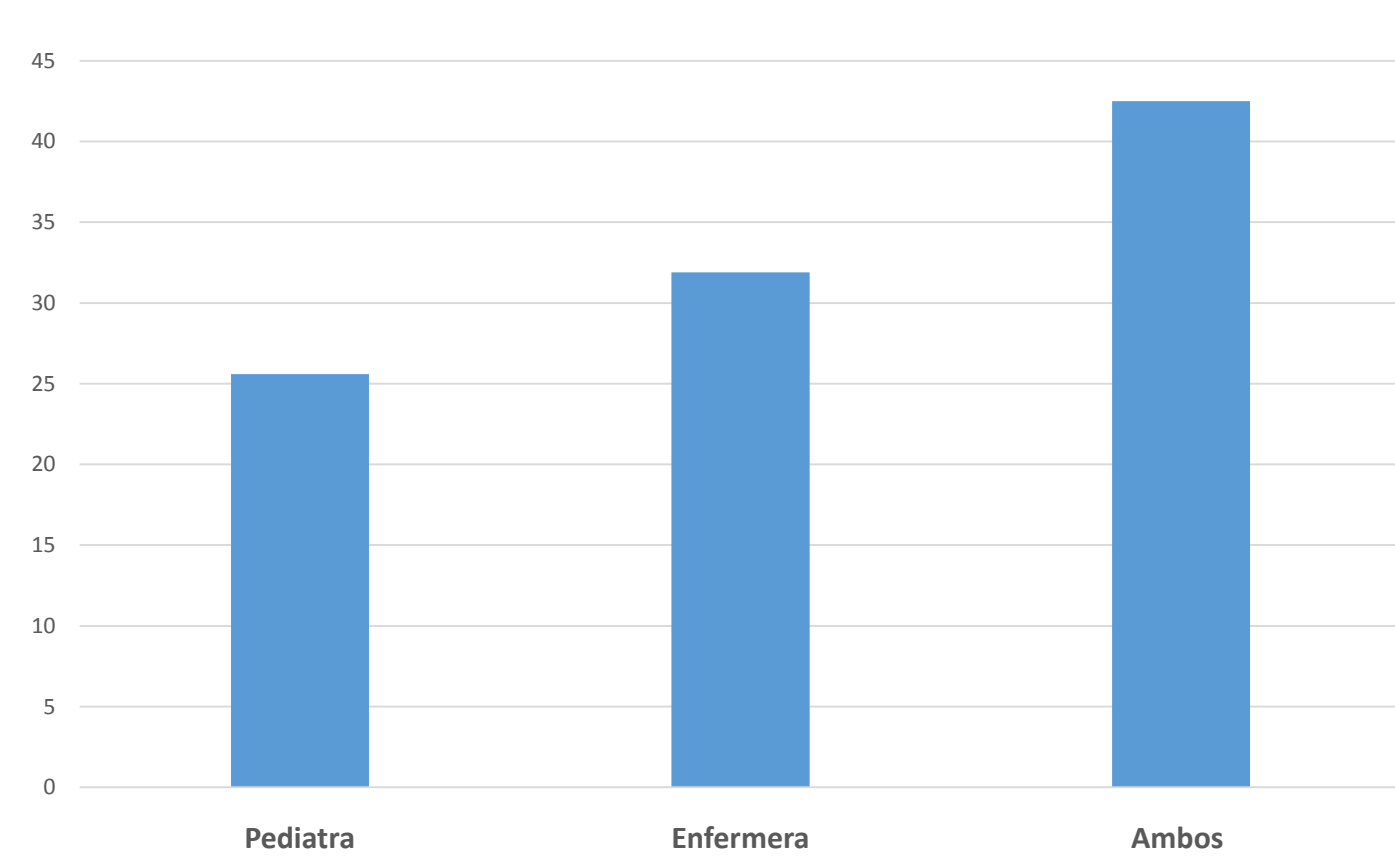


Figura 2: Lectura del Mantoux según franja de edad médico

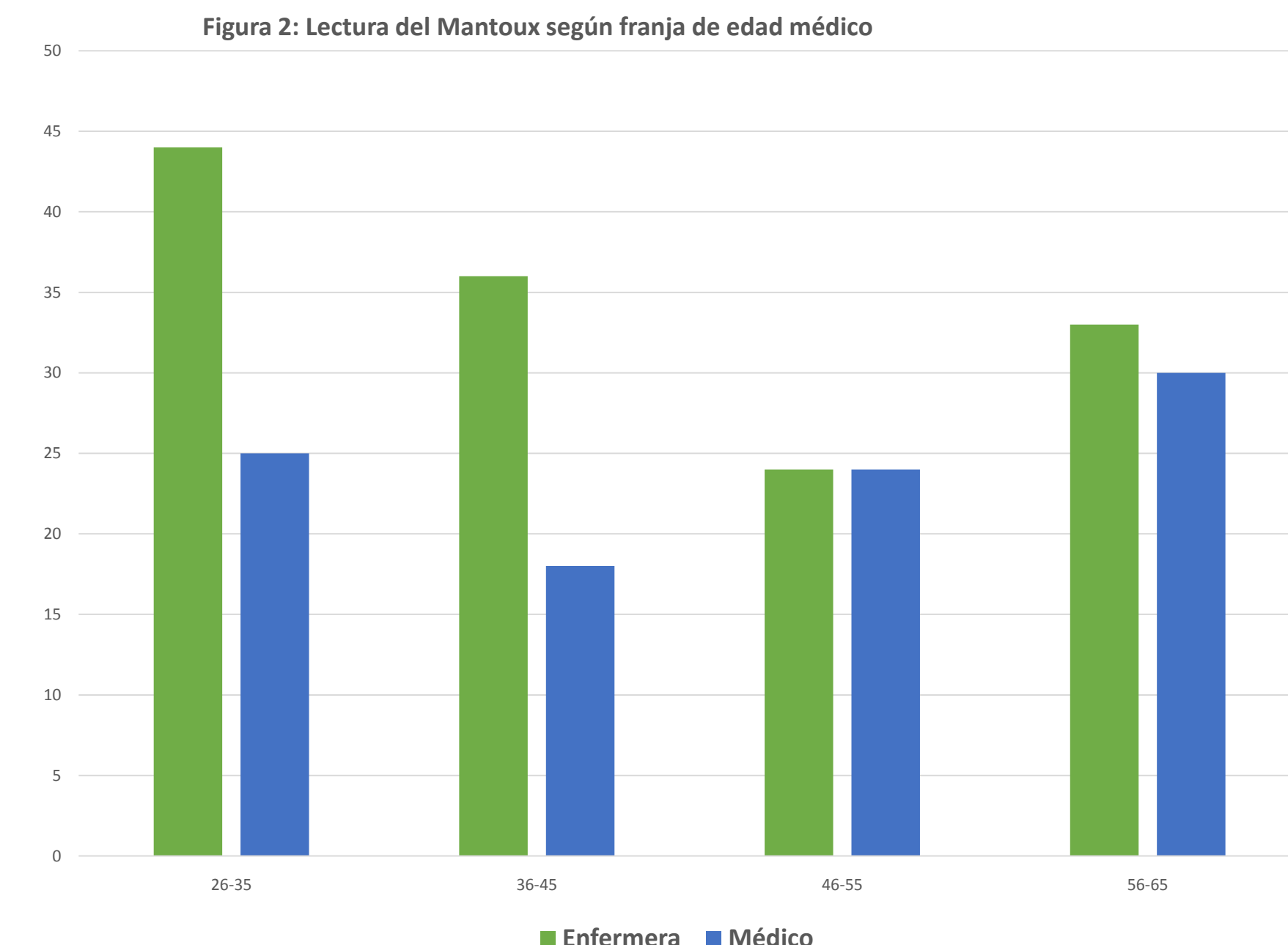


Fig 4: Técnicas disponibles diagnóstico Tosferina

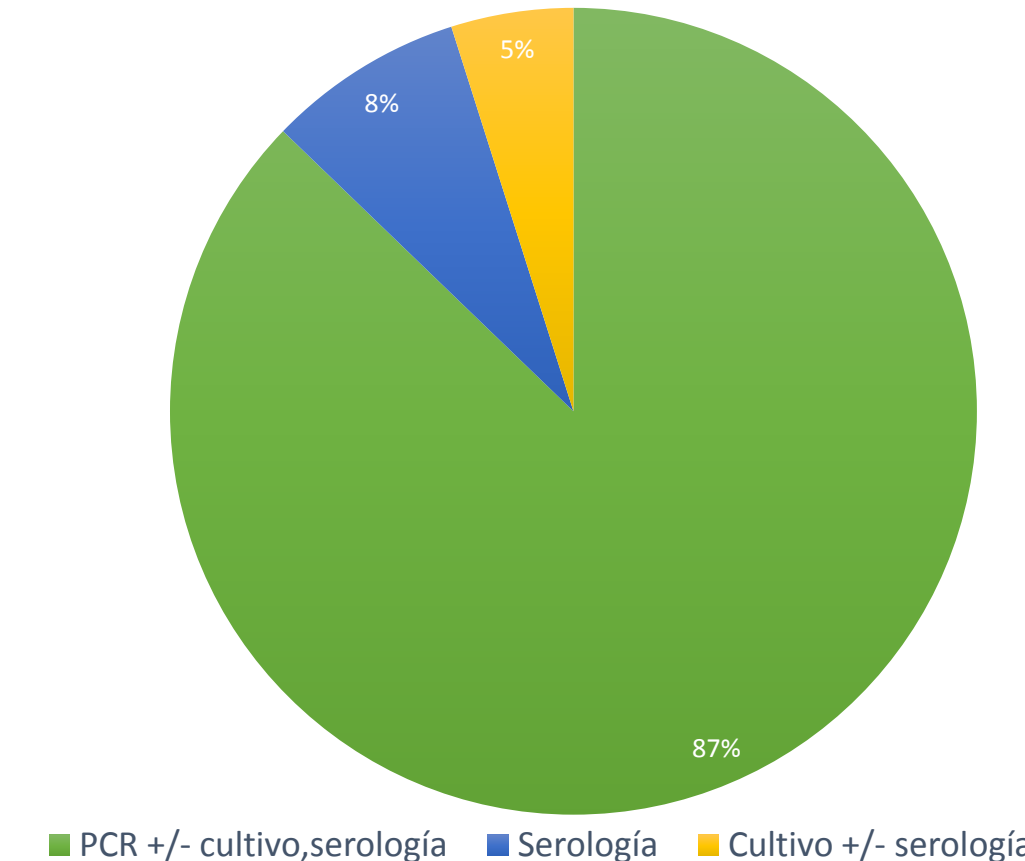


Figura 3: Uso prueba diagnóstica Tosferina por CCAA

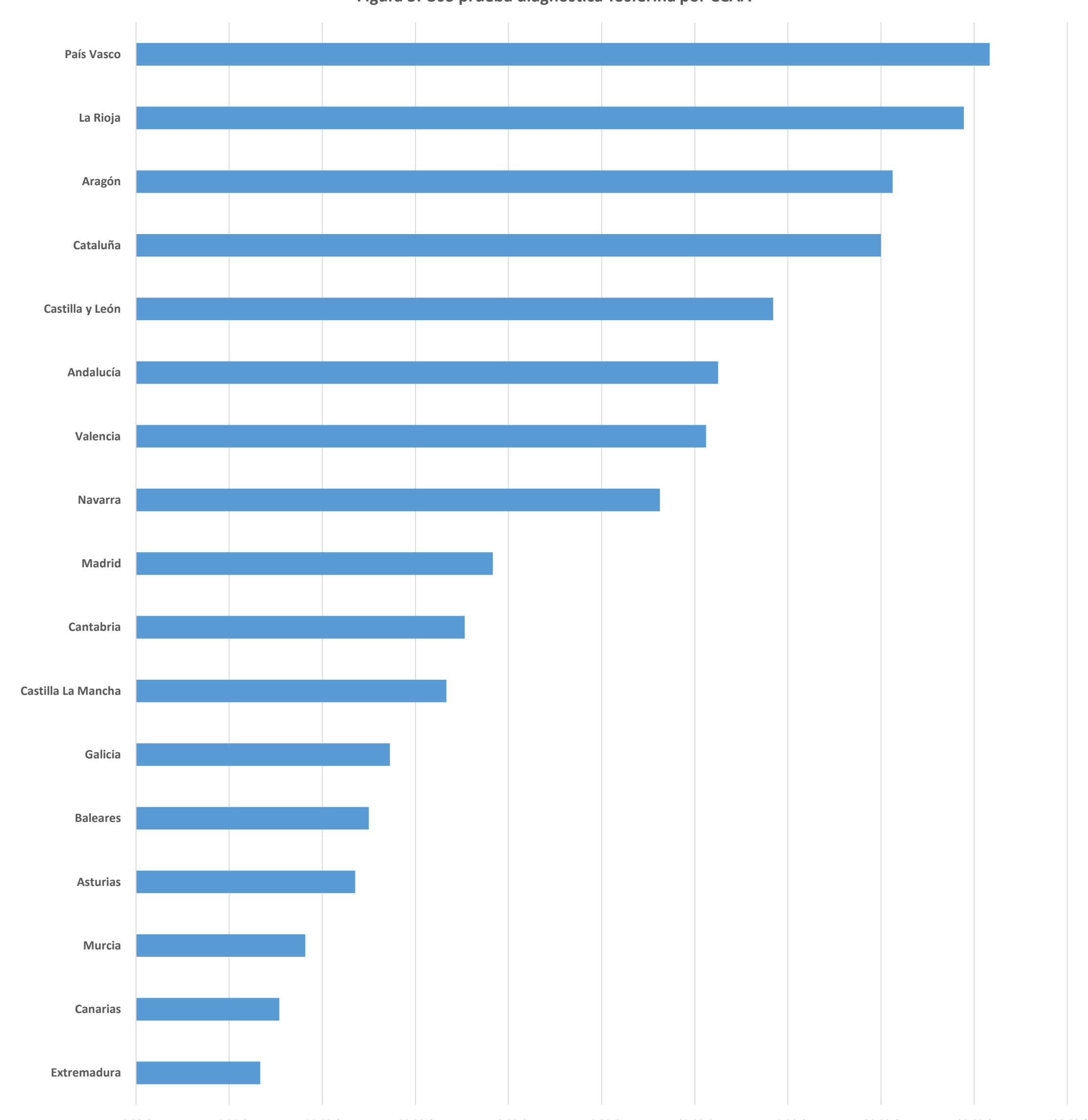
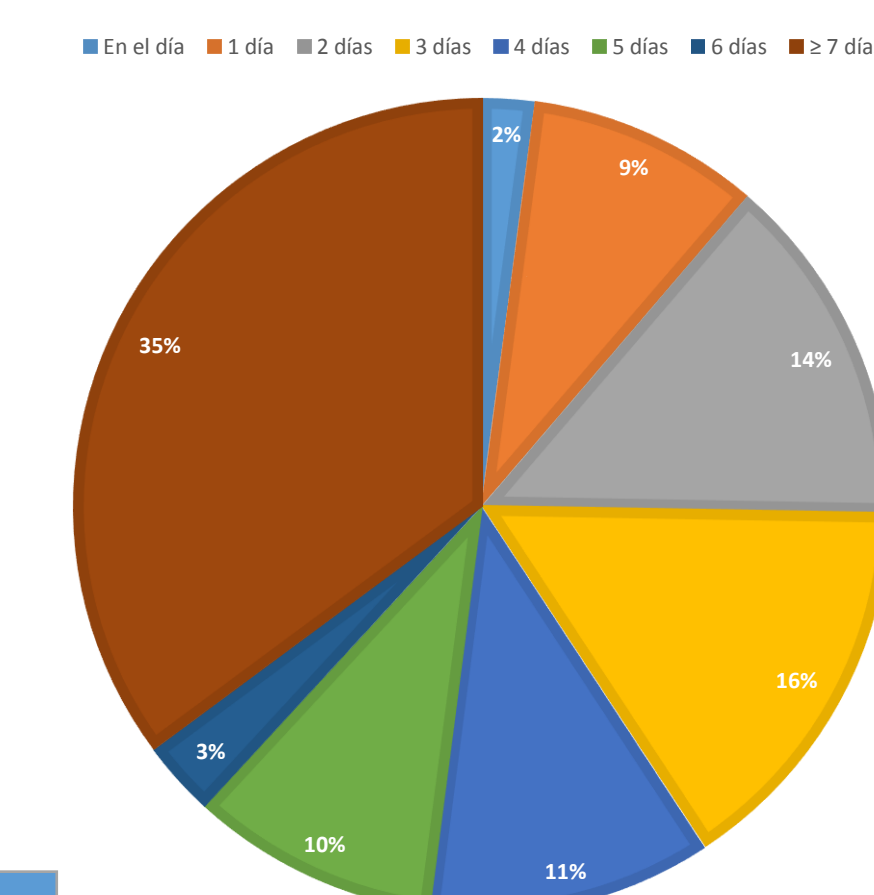


FIGURA 5: TIEMPO RESULTADOS TOSFERINA



CONCLUSIONES

- El desabastecimiento del Mantoux afectó al número de peticiones a casi la mitad de los pediatras.
- El 53% de los pediatras solicita alguna PC de Tosferina, con enorme variabilidad en su disponibilidad entre CCAA.
- La **dificultad en el acceso y resultados a pruebas complementarias desde AP impide el diagnóstico de enfermedades infecciosas**, el inicio de un tratamiento precoz y el control de brotes. Este hecho es relevante en enfermedades como la TBC y la Tosferina.