

PERLAS CLÍNICAS PARA LAS PRUEBAS SINDRÓMICAS: CERRAR EL CICLO EN LA ATENCIÓN DE LAS INFECCIONES AGUDAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS ALTAS

<https://www.medscape.org/clinicalupdate/syndromic-testing-spanish>

Capítulo 1

James A. McKinnell, MD: Hola, soy el Dr. James McKinnell. Soy profesor asociado de medicina en la Facultad de Medicina David Geffen de la UCLA y presidente de Expert Stewardship en Newport Beach, California. Bienvenidos a este programa de *Medscape* titulado "Perlas clínicas para las pruebas sindrómicas: Cerrar el ciclo en la atención de las infecciones agudas de las vías respiratorias altas". En el primer capítulo de este programa, voy a ofrecer una visión general de las infecciones de las vías respiratorias altas y de las oportunidades de diagnóstico rápido.

Las infecciones de las vías respiratorias altas son quizás las infecciones más comunes que se observan en el ámbito de la atención primaria. La mayoría de estas infecciones remiten espontáneamente. Se resuelven sin tratamiento en unos días o un par de semanas. La enseñanza clásica sobre las infecciones de las vías respiratorias altas gira realmente en torno al uso óptimo de antibióticos, evitando prescribir antibióticos cuando dichas infecciones se deben a virus. Por desgracia, esto sigue siendo muy frecuente. Hay una prescripción frecuente de azitromicina, de amoxicilina/ácido clavulánico y levofloxacino en gran medida para las infecciones de las vías respiratorias altas. Ahora bien, esto es un problema por un par de razones. Número 1, estamos viendo tasas crecientes de resistencia. Estamos viendo una resistencia importante a la azitromicina en *Streptococcus pneumoniae* (*S. pneumoniae*). Estamos viendo mucha resistencia al levofloxacino en particular, en toda una serie de patógenos diferentes, sobre todo *Escherichia coli* (*E. coli*). El levofloxacino es también probablemente el ejemplo a seguir de los efectos adversos asociados a los antimicrobianos. Es un fármaco difícil de utilizar, sobre todo en los ancianos, y muchos prescriptores recetan antibióticos para las infecciones de las vías respiratorias altas en gran medida porque los pacientes lo piden.

Así que hay un poco de negociación en términos de cómo ajustarse en torno a cuáles son las expectativas de su paciente en cuanto a evitar el uso innecesario de antibióticos. Los patógenos que nos preocupan en las infecciones de las vías respiratorias altas, por el lado de los virus, de nuevo, son los característicos rinovirus y enterovirus, pero el virus respiratorio sincitial ha cobrado especial relevancia en los últimos años. La gripe fue durante años un problema importante, hasta la COVID-19, cuando desapareció efectivamente. Y uno de los patógenos con los que estamos teniendo un gran problema dentro de nuestras propias instalaciones, en nuestra propia comunidad en realidad, es el metapneumovirus humano. En el lado bacteriano, desde luego *S. pneumoniae* es un contribuyente importante, también *Haemophilus influenzae*. Ahora, no estoy revisando estos sólo porque sea infectólogo y me guste hablar de bacterias, pero sí hay que pensar en cuáles son los patógenos con los que estamos tratando con el fin de entender cómo debemos tratar esto adecuadamente.

Ahora, uno de los grandes cambios desde la pandemia es que nuestras enseñanzas tradicionales sobre los virus y cómo los caracterizamos de forma realmente eficaz se han tirado por la ventana. Antes se podía decir: "Oh, bueno, estamos llegando a septiembre, octubre, vamos a empezar a ver este brote de gripe. Podemos predecirlo". Pero creo que en gran parte debido al uso de mascarillas y al hecho de que los niños no estuvieron expuestos a estos virus durante un largo periodo debido al distanciamiento social y al uso de mascarillas, hemos tenido un cambio espectacular en la epidemiología. Y ahora es mucho más difícil decir: "Oh, estamos en temporada de gripe", por ejemplo.

Así que estos datos los presentan de forma casi asombrosa los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC). Si nos fijamos en las visitas a urgencias por COVID-19, gripe e infección por VSR, estos son datos del *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR); se puede ver que en 2022, la parte media, esencialmente todas estas infecciones respiratorias se debían a COVID-19. Pero en algún punto a finales de 2022, se empieza a ver esta transición en la que de repente la gripe vuelve a entrar con fuerza. Y de nuevo, en gran parte, eso se debe a un cambio en el distanciamiento social y el uso de mascarillas. Y también este aumento a corto plazo de la carga vírica de RSV, que no parece demasiado grande en este gráfico en particular, pero localmente, eso fue un verdadero desafío. Así que se trata de un cambio importante en términos de lo que estamos pensando. Efectivamente, si una persona acudía a urgencias en julio de 2022 quejándose de una infección de las vías respiratorias altas, dolor de garganta, etc., la probabilidad de que fuera COVID-19 era bastante alta.

Ahora, en lo que respecta a junio de 2023, donde realmente no estamos viendo mucho, es difícil separar estas cosas ahora. Así que esa epidemiología ha cambiado de manera bastante significativa. Pero esto realmente, el panorama aquí en realidad giró en 2020. Se vio en abril ese colapso absoluto por esta mezcla muy heterogénea de virus circulando en nuestra población. Y desde 2022 o 2020, supongo que mediados de 2020, la epidemiología aquí es completamente diferente, y estamos viendo muchos virus diferentes y una gran cantidad de rinovirus, y sí que cambia lo que estamos viendo clínicamente en el hospital.

Y, sinceramente, para mí, desde una perspectiva de aprendizaje, es muy agradable empezar a ver patrones de cómo se presenta, por ejemplo, el metapneumovirus humano, o se contrae una infección vírica. Son cosas que antes no podíamos identificar sin el uso de estas plataformas de diagnóstico rápido multiplex. Así que les agradezco mucho su participación en esta actividad. Hay preguntas a continuación, por favor den respuesta a ellas y sírvanse pasar a los otros capítulos de la sección. Muchas gracias por su tiempo.

Capítulo 2

Tina Q. Tan, MD, FAAP, FIDSA, FPIDS: Bueno, hola, soy la Dra. Tina Tan y soy profesora de pediatría en la Facultad de Medicina Feinberg de la Universidad Northwestern y médica pediatra infectóloga en el Ann and Robert H. Lurie Children's Hospital de Chicago. En este capítulo, voy a repasar algunos de los paneles de reacción en cadena de la polimerasa multiplex disponibles para las vías respiratorias altas y analizar cómo puede aplicarse la utilización óptima de pruebas diagnósticas para su uso. Entonces, ¿por qué queremos hacer pruebas para las infecciones respiratorias?

Una de las principales razones por las que este tipo de pruebas puede ser muy importante es que hay una gran superposición de síntomas entre muchos de los virus que circularán al mismo tiempo, sobre todo RSV, virus de la influenza y de COVID-19. Y esto básicamente les muestra los síntomas más comunes que se observan con las infecciones por cada uno de estos virus diferentes. Y lo que notarán es que hay mucha superposición con los síntomas que ocurren con cada uno de estos virus de modo que clínicamente es muy difícil determinar cuál de estos virus es la causa de la infección.

Ahora bien, si nos fijamos en el diagnóstico de laboratorio de las infecciones respiratorias, hay una serie de métodos diferentes que se pueden utilizar. Los métodos tradicionales son el cultivo, ya sea de una bacteria o de un virus; pueden realizarse pruebas de antígenos, como

para la gripe o el SARS-CoV-2; y se puede llevar a cabo la PCR singleplex, en la que también se busca virus de la gripe, el SARS-CoV-2, así como el VRS.

Hay disponibles PCR multiplex limitadas que incluyen pruebas dúplex o triplex de alto rendimiento dirigidas a un campo, a unos pocos patógenos. Y estos patógenos comprenden los de la gripe, el SARS-CoV-2 y el VRS, y hay múltiples fabricantes de estas pruebas. Y luego se pueden hacer pruebas PCR multiplex sindrómicas que abarcan una amplia gama de bacterias y virus patógenos. Y muchos de estos paneles incluyen tanto SARS-CoV-2 como virus de la gripe.

Y luego esto básicamente les muestra los paneles sindrómicos de vías respiratorias altas disponibles en el comercio. Y pueden ver que con todos estos paneles se realizan pruebas para diversas bacterias y una serie de virus diferentes que causan infecciones de las vías respiratorias altas. Observarán que 1 o 2 de estos paneles realmente sólo realizan pruebas para un par de las bacterias patógenas, pero todos realizan pruebas para varios de los virus patógenos.

Y esto les muestra básicamente la razón por la que es importante en la atención al paciente hospitalizado aplicar este tipo de paneles respiratorios. En la atención al paciente, estos paneles pueden identificar un patógeno específico que causa la enfermedad. Y si estos patógenos son tratables, se puede iniciar un tratamiento eficaz. Y también es posible evitar el uso innecesario de antibióticos una vez que se tiene una prueba confirmatoria que muestra lo que tiene el paciente. Desde el punto de vista del control de infecciones, este tipo de pruebas pueden orientar el aislamiento del paciente y el uso de equipos de protección individual (EPI), así como las políticas de aislamiento en cuarentena y la reanudación del trabajo. Y luego, desde el punto de vista de la salud pública, este tipo de pruebas permiten hacer un seguimiento de la epidemiología de los patógenos y de los brotes, así como orientar la preparación y la respuesta a los brotes de diferentes enfermedades respiratorias.

Así que cuando pensamos en las pruebas diagnósticas, sabemos que el uso óptimo de los estudios diagnósticos se refiere al uso de la prueba adecuada para el paciente adecuado en el momento adecuado para influir en la atención al paciente. Pero la cuestión es que las pruebas no sirven de nada si el médico no entiende los resultados o no actúa en consecuencia. Y los estudios han demostrado que el uso indiscriminado de paneles respiratorios multiplex no mejora la atención al paciente y que estos paneles multiplex se utilizan mejor en la presentación inicial de un paciente, en pacientes con enfermedad grave y en aquellos

inmunodeprimidos. Así que quiero agradecerle su participación en esta actividad y, a continuación, sírvanse responder a las preguntas que siguen y completar la evaluación.

Capítulo 3

Tina Q. Tan, MD, FAAP, FIDSA, FPIDS: Hola, soy la Dra. Tina Tan, y soy profesora de pediatría en la Facultad de Medicina Feinberg de la Universidad Northwestern y médica adjunta de enfermedades infecciosas pediátricas en el Hospital Infantil Ann y Robert H. Lurie de Chicago.

En este capítulo, voy a describir cómo han evolucionado las pruebas de diagnóstico rápido para las infecciones de las vías respiratorias altas desde la pandemia de COVID-19 y examinar algunos datos científico-estadísticos del mundo real para las pruebas multiplex en diferentes situaciones clínicas. Así pues, esto se refiere básicamente a la evolución de los fundamentos de las pruebas para las infecciones respiratorias, y sabemos que con los anticuerpos monoclonales y los antivirales que hay ahora disponibles, un modelo de prueba para tratar es relevante para el SARS-CoV-2, los virus de la gripe y el VRS. Y a medida que se desarrollan nuevas herramientas y protocolos de prevención de infecciones, las pruebas adquieren importancia para las decisiones de atención clínica.

Así que este es un estudio que fue un metanálisis de 25 ensayos diferentes sobre paneles respiratorios multiplex que se realizaron en adultos y niños. Y en estos ensayos, se plantearon tres preguntas diferentes. Una era el impacto en el uso de antibióticos, y en 9 de los 25 estudios se abordó esta cuestión. Y de esos 9 estudios, 7 mostraron una reducción en el tratamiento con antibióticos, y revelaron que los paneles respiratorios multiplex eran más eficaces si tenían un tiempo de respuesta breve, si era baja la probabilidad de neumonía bacteriana en el paciente, y si estaba instaurado un programa de utilización óptima de antibióticos que estuviera en marcha.

Si analizaban la cuestión de la repercusión en el uso de antivirales, en 11 de los 25 estudios se abordaba esta cuestión, y todos los estudios mostraban una mejora en el uso de antivirales. Y luego, cuando plantearon la pregunta sobre el efecto en las medidas de control de infecciones, había otros 11 de los 25 estudios que incluían esta cuestión. Y todos los estudios mostraron un uso más preciso de las medidas de control al detectar patógenos no identificados o suspendiendo el aislamiento de aquellos individuos de los que se podría haber pensado que tenían un patógeno cuando fueron ingresados, pero luego el panel mostró básicamente que no

lo tenían. Estos paneles respiratorios multiplex fueron útiles para el cribado de pacientes inmunodeprimidos, sobre todo los que eran asintomáticos, porque en estas situaciones, estos pacientes inmunodeprimidos pueden excretar virus durante un lapso de tiempo muy largo, sin síntomas.

Este fue otro estudio en el que se analizó el impacto de las pruebas de diagnóstico rápido en pacientes pediátricos hospitalizados con enfermedades respiratorias. Y lo que se puede ver aquí, es que con el uso de antibióticos empíricos, el uso de antivirales, el tiempo de respuesta, las radiografías de tórax dentro de las 48 horas del ingreso y la mediana de la duración de la estancia, al analizar los dos paneles diferentes básicamente, encontraron que los paneles sí diferían. Y esencialmente, con estas pruebas, de nuevo, hay que valorar bien en qué pacientes habrá más repercusión en lo que respecta al tratamiento, cuando se utiliza una de estas pruebas rápidas en un paciente hospitalizado.

Y este fue un estudio retrospectivo de pruebas multiplex amplias para identificar el SARS-CoV-2 y otros virus respiratorios. Y lo singular de este estudio es el número de muestras de secreciones respiratorias que se analizaron. En este estudio se analizaron casi 300.000 muestras respiratorias de pacientes sintomáticos. Y se analizaron más de 52.000 de las muestras mediante pruebas de panel multiplex para 18 patógenos respiratorios, incluido el SARS-CoV-2, y este virus sólo se identificó en el 2,2% de todas las muestras. Y esta amplia prueba identificó patógenos adicionales en sólo el 3,4% de los especímenes positivos para el SARS-CoV-2, y menos del 0,01% de los especímenes dieron positivo tanto para el SARS-CoV-2 como para cualquiera de los otros 4 coronavirus endémicos.

Así que la conclusión de este estudio es que aplicar paneles respiratorios multiplex amplios reflexivos en todos los pacientes requería muchos recursos y era una medida rígida durante una demanda sin precedentes de pruebas respiratorias. Y que una transición de las pruebas multiplex amplias hacia algoritmos de diagnóstico más simplificados que utilicen pruebas más limitadas para los patógenos respiratorios de importancia para la salud pública podría reducir simultáneamente la carga global de los laboratorios clínicos, al tiempo que se da prioridad a las pruebas de patógenos de importancia para la salud pública. Y muchas veces en estos brotes, conocemos los patógenos de importancia más comunes que están circulando. Así que, en muchos casos, no se necesitan estas amplias pruebas multiplex para determinar qué puede tener el paciente. Y esto es muy importante con las continuas tensiones sobre los recursos de pruebas que se exacerban durante cualquier tipo de epidemia por virus respiratorios.

Los estudios han demostrado que el uso adecuado de paneles respiratorios multiplex en el entorno de atención al paciente sí tiene un impacto positivo en la reducción del uso de antibióticos, la mejora del uso de agentes antivirales, la mejora de la precisión de las medidas de control de infecciones y puede ayudar en las respuestas de salud pública durante las epidemias. Y también se ha demostrado que el uso de paneles respiratorios multiplex en el punto asistencial ayuda a optimizar las decisiones de tratamiento de los pacientes.

Quiero agradecerle mucho su participación en esta actividad y, a continuación, sírvanse contestar las preguntas que siguen y completar la evaluación.

Capítulo 4

Gonzalo Bearman, MD, MPH, FACP, FSHEA, FIDSA: Hola, soy el Dr. Gonzalo Bearman. Soy el profesor de medicina Richard P. Wenzel y el presidente de la División de Enfermedades Infecciosas de la Universidad de la Commonwealth de Virginia. En este capítulo, voy a hablar sobre algunos de los aspectos prácticos de la aplicación de pruebas de diagnóstico rápido, o RDT, para las infecciones de las vías respiratorias altas y resumir algunos conceptos clave en la optimización del uso de pruebas diagnósticas. Empecemos por ver el panorama general. ¿Quiénes son los principales interesados en la optimización del uso de pruebas diagnósticas? Comencemos por la microbiología. Esto incluye al equipo encargado de la optimización del uso de antimicrobianos, al propio laboratorio de microbiología, a los especialistas en enfermedades infecciosas y, por supuesto, a los especialistas en prevención de infecciones. A continuación, viene la administración del hospital. Y los actores clave aquí son la dirección de la institución, la tecnología de la información y los registros electrónicos, concretamente la historia clínica electrónica. Por supuesto, los costos son importantes en el proceso de toma de decisiones para instituir pruebas de diagnóstico rápido.

Y, por último, pero no por ello menos importante, están los profesionales clínicos que son los usuarios finales, entre los que se incluyen clínicos de los servicios de urgencias (SU), cirujanos, médicos y, por supuesto, enfermeras. A continuación, veamos el proceso de diagnóstico. Esta figura de la diapositiva procede de una guía práctica publicada este año en SHEA, que es Society for Healthcare Epidemiology America, y el proceso de diagnóstico es el siguiente: tenemos al profesional clínico, que en la práctica evalúa al paciente. El paciente entra en escena con una enfermedad similar a la gripe, de nuevo evaluado por el clínico que luego ordena una prueba por lo general a través de un registro médico electrónico. A continuación, la muestra es recogida por el proveedor de primera línea o por un asistente o un miembro del equipo, y esa muestra se envía al laboratorio apropiado donde se procesa la prueba y se lleva

a cabo; lo que nos preocupa especialmente es el TAT, o tiempo de respuesta, de lo que hablaremos en breve. Por último, pero no menos importante, la prueba se notifica normalmente a través de un registro médico electrónico, y esto es revisado e interpretado por el clínico de primera línea para el diagnóstico, el tratamiento y la atención posterior.

El documento de postura de la SHEA también destaca diversos conceptos clave en la utilización óptima de las pruebas diagnósticas que es importante conocer. Estas estrategias pueden ayudar a agilizar el proceso de diagnóstico y pueden promover el uso óptimo de antimicrobianos y evitar el uso innecesario de pruebas de diagnóstico rápido en situaciones clínicas en las que no están indicadas o es poco probable que sean útiles. Así que repasemos algunas de estas estrategias y conceptos que se utilizan en la utilización óptima de pruebas diagnósticas. Pero lo primero son los recordatorios y los comentarios, normalmente a través de la historia clínica electrónica u otros avisos relacionados. Se trata de intervenciones conductuales que guían la toma de decisiones de forma predecible. Lo siguiente es el encuadre. Es una intervención para guiar la toma de decisiones de forma positiva o negativa, de nuevo típicamente mediante un comentario o una ventana emergente en la historia clínica electrónica. También existe algo conocido como alertas de mejores prácticas, que son recordatorios a los médicos de primera línea para que soliciten un conjunto de pruebas como las más indicadas o para que no soliciten una prueba que probablemente no esté indicada para esa situación, normalmente, de nuevo, a través de la historia clínica electrónica. Esta eliminación o inclusión consiste en retirar de la historia clínica electrónica pruebas cuyo uso rutinario tiene escasa utilidad o incluir una prueba en un conjunto de órdenes para que se utilice de forma más positiva o resulte beneficiosa.

Lo siguiente son las paradas. El ejemplo característico es no permitir pruebas como la PCR para *Clostridium [Clostridioides difficile]* en pacientes que toman laxantes. Estas paradas pueden ser suaves o duras. Están las pruebas reflejas, que creo que muchos médicos conocen, pero la microbiología refleja que sigue a los resultados de un análisis de orina preespecificado. En resumen, se trata de una prueba que se realiza sólo después de que se cumplan unos criterios especificados de antemano. Hay supresión de resultados, en la que se reporta sólo alguna o ninguna de la información de los resultados disponible. El ejemplo típico será la notificación en cascada de la susceptibilidad antimicrobiana de los resultados de los cultivos microbiológicos. Por último, está la supervisión del cumplimiento de las mejores prácticas, y los ejemplos incluyen la supervisión de las tasas de utilización y los indicadores de calidad, como las tasas de contaminación de los hemocultivos. Esta es sólo una lista de

algunas de las estrategias y conceptos potenciales. Para una revisión más exhaustiva o un resumen, les remito a este artículo en concreto de Fabre et al publicado en *Infection Control and Healthcare Epidemiology* en 2023. En estos documentos de revisión se analizó la rentabilidad de las pruebas de diagnóstico rápido para las infecciones de las vías respiratorias altas en diferentes entornos clínicos basándose en estudios observacionales y ensayos controlados aleatorizados. ¿Qué se encontró? Los estudios observacionales de pacientes con enfermedades similares a la gripe indican que estas pruebas de amplificación de ácidos nucleicos, tanto con paneles limitados como con grandes paneles multiplex, suponen un ahorro de costos en determinados entornos cuando el tiempo de respuesta es inferior a 1,5 horas.

Ese tiempo de respuesta es muy importante para el impacto. Los ámbitos seleccionados aquí son el servicio de urgencias, el ambulatorio y el hospitalario. Con ello, lo que se observó son descensos generales en la duración de la estancia; la duración; la utilización de antibióticos; los estudios de imagen, como menos radiografías de tórax; y la utilización del laboratorio. Es importante tener en cuenta las advertencias, entre las que se incluyen que los ensayos de control aleatorizados son menos concluyentes. Hay evidencia más débil para los entornos pediátricos y de hospitalización, y se necesitan más estudios para replicar realmente estos hallazgos. Pero por ahora, lo que mejor se entiende es que las pruebas de diagnóstico rápido de enfermedades similares a la gripe tienen el mayor impacto en los servicios de urgencias y en los entornos ambulatorios. Entonces, ¿cuál es el objetivo general del uso de las pruebas de diagnóstico rápido para las infecciones víricas de las vías respiratorias altas? Bueno, el objetivo es emplear un enfoque satisfactorio y suficiente, o del mundo real, para minimizar la incertidumbre diagnóstica y maximizar la atención y el tratamiento adecuados.

Hay que emplear el principio de utilización óptima de las pruebas diagnósticas, que realmente significa priorizar la prueba adecuada para el paciente adecuado a fin de impulsar la acción o la toma de decisiones correctas. El enfoque se centra realmente en un planteamiento algorítmico, que incluye a un paciente con un cuadro clínico de enfermedad similar a la gripe. Esto suele ocurrir en el servicio de urgencias o en un entorno de atención ambulatoria. Utilizar una prueba de diagnóstico rápido con un tiempo de respuesta rápido de 1,5 horas tiene vital importancia para obtener el máximo beneficio clínico y, por supuesto, informar al médico de primera línea para guiar el tratamiento y la prevención de infecciones, como las precauciones de aislamiento. Muchas gracias por su participación en esta actividad. A continuación, sírvanse responder a las preguntas que siguen y completar el curso y la evaluación.

Capítulo 5

James A. McKinnell, MD: Hola, soy el Dr. James McKinnell. Soy profesor asociado de medicina en la Facultad de Medicina David Geffen de la UCLA y presidente de Expert Stewardship en Newport Beach, California. En este capítulo, voy a abordar algunos casos de infecciones de las vías respiratorias altas para ver cuál es la mejor forma en que nosotros, como clínicos, podemos utilizar las pruebas de diagnóstico rápido en diferentes entornos clínicos. En concreto, voy a tratar de ver si podemos desentrañar dónde son más relevantes estas pruebas.

Y empezaré con un primer caso, que es un varón de 16 años sin antecedentes personales patológicos de importancia que acude a un centro de urgencias. Es un ávido nadador. Fue visto por su pediatra hace 12 días por congestión nasal. Refirió una mejoría inicial después de utilizar un spray salino intranasal, una tienda de vapor y un "descongestivo". No recuerda el exacto. Sólo sabe que es lo que le dijeron que tomara.

Ayer, el paciente notó que el dolor se localizaba en el seno frontal derecho. También notó una secreción nasal más espesa. No tenía fiebre, no presentaba ningún cambio en el aspecto de la cara o del ojo, y desde luego ningún cambio en la visión. En la exploración física, es un varón en buena forma física, sin malestar agudo, y en la exploración de cabeza, oídos, nariz, garganta (HENT), se observa hipersensibilidad a la percusión sobre el seno frontal derecho, por lo demás normal.

Esencialmente, el resto de su examen es completamente normal. Así que su clínica tiene ahora acceso tanto a un panel limitado —RSV, COVID-19, gripe— como a un nuevo panel sindrómico amplio que tiene una extensa lista de virus y bacterias. Sus opciones son, número 1, utilizar el panel limitado. Número 2, usar un panel sindrómico, el amplio, o 3, dar tratamiento empírico y "ver cómo le va".

Ahora, la respuesta aquí es que, dado el cuadro clínico y los antecedentes de este paciente, se debe decidir tratar a este paciente empíricamente con antibióticos para la sinusitis bacteriana aguda. El caso está conduciendo a esa infección viral inicial complicada por una sobreinfección bacteriana. Así que se debería darle antibióticos empíricos. Y esencialmente es poco probable que una prueba de diagnóstico rápido limitada o amplia vaya a añadir mucha información clínica útil a este caso.

Y este es mi tipo de tapón, que todavía tenemos que tener un enfoque clínico. Las pruebas de diagnóstico rápido no sustituyen al buen juicio clínico y no siempre son necesarias. Este es el

concepto de la utilización óptima de pruebas diagnósticas, y este es un ejemplo de cómo una prueba de diagnóstico rápido, dependiendo de cuáles sean los resultados, podría llevar por el camino equivocado. Definitivamente, este adolescente debería recibir antibióticos y ser objeto de una observación relativamente estrecha para asegurarnos de que mejora.

El caso 2 es una mujer de 68 años con antecedentes de obesidad. Ella refiere asma que nunca ha sido tratada y nunca ha sido evaluada. También informa de una hospitalización de 6 días por "neumonía bacteriana" en 2018, y su queja principal es: "Me ha vuelto la neumonía". De nuevo, me doy cuenta de que esta historia es algo más, yo diría, del mundo real de lo que podrían estar acostumbrados, pero esto es lo que vemos en el espectro clínico. Refiere fiebre, malestar y tos no productiva de 3 días de evolución. Hace dos días, tuvo una diarrea que se resolvió espontáneamente, y no tiene disnea.

Los signos vitales aquí, su temperatura es de 37,6 [grados Celsius], la frecuencia cardiaca es de 92, la frecuencia respiratoria es de 18, la presión arterial es de 128 sobre 72 mm Hg, y su saturación es del 99%. En la exploración física, se trata de una mujer obesa sin malestar agudo. Está un poco incómoda. El examen de HENT es notable por la congestión conjuntival, pero la faringe está despejada al igual que sus pulmones. La paciente tiene, como se ha señalado, un poco de taquicardia.

Así que se encuentra en un centro de atención urgente sin acceso a pruebas rápidas. ¿Le recordaría usted que probablemente tiene un síndrome viral y que no necesita tratamiento? ¿Le proporcionaría un tratamiento broncodilatador nebulizado? ¿O le daría instrucciones sobre cuándo buscar atención médica? O, por último, ¿alguna combinación de las tres opciones anteriores?

Si viera a esta paciente en un entorno habitual, le diría: "Lucy, parece que tiene una infección de las vías respiratorias altas. Es probable que se trate de un virus. Sé que quiere antibióticos y que cree que su neumonía ha vuelto, pero siendo realistas, creemos que se trata sólo de un virus y que los antibióticos no le van a ayudar." Es una de las conversaciones más difíciles que se tendrá con los pacientes, y una que los médicos tienen que afrontar a regañadientes.

Pero voy a describir el caso de nuevo, así que el mismo caso, pero ahora la clínica tiene acceso a un panel sindrómico limitado y a uno amplio con una extensa lista de virus y bacterias, y la prueba de diagnóstico rápido es positiva para COVID-19.

Ahora, el caso que les presenté, infecciones leves de las vías respiratorias altas, diarrea de remisión espontánea, eso es completamente congruente con COVID-19 leve temprana. Al

profundizar en ello, la paciente refiere que nunca ha tenido COVID-19, y nunca ha sido vacunada contra COVID-19. Como resultado directo de su prueba de diagnóstico rápido, le receta un medicamento antiviral para tratar la COVID-19.

Este es un ejemplo de cómo estas pruebas de diagnóstico rápido están cambiando la forma en que tenemos que aplicar nuestro juicio clínico. ¿Cómo lo enfocamos? En este caso, la prueba de diagnóstico rápido nos dio un diagnóstico definitivo. Nos orientó para utilizar un medicamento antiviral. Evidentemente, no tuvimos que administrar antibióticos. Evitó algunos estudios adicionales. Pero desde mi punto de vista como clínico, ser capaz de hacer este diagnóstico de COVID-19 en una serie de circunstancias diferentes, no importa mucho si se está en una farmacia, o en un centro de urgencias o en una clínica. Esta capacidad de diagnóstico rápido es fundamental.

En particular en esta mujer obesa de 68 años, el tratamiento precoz adecuado de la COVID-19, sobre todo teniendo en cuenta que no está vacunada, reduce su riesgo de hospitalización y muerte. Este es un resultado diferente para esta mujer. La paciente ciertamente podría evolucionar a un caso más complicado de COVID-19, pero si se detecta a tiempo y se trata, se puede evitar todo eso. Así que este es el mejor ejemplo que se me ocurre del uso real de estas pruebas de diagnóstico rápido para cambiar cómo se va a tratar a alguien, cambiar completamente la dirección de un caso porque se tiene un diagnóstico definitivo.

Gracias de nuevo por su participación en esta actividad. Hay algunas preguntas a continuación. Sírvanse contestarlas y muchas gracias por completar la evaluación. Que tengan un buen día.

Esta transcripción no ha sido corregida.

Descargo de responsabilidad

Este documento sólo tiene fines educativos. No se concederán créditos de Educación Médica Continuada (CME) por la lectura del contenido de este documento. Para participar en esta actividad, visite www.medscape.org/viewarticle/994790

Si tiene preguntas sobre el contenido de esta actividad, póngase en contacto con el proveedor de esta actividad educativa en CME@medscape.net.

Para obtener asistencia técnica, póngase en contacto con CME@medscape.net

La actividad educativa aquí presentada puede incluir escenarios basados en casos simulados. Los pacientes representados en estos escenarios son ficticios y no se pretende ni debe inferirse ninguna asociación con ningún paciente real.

El material aquí presentado no refleja necesariamente las opiniones de Medscape, LLC, ni de las empresas que apoyan la programación educativa en medscape.org. Estos materiales pueden hablar de productos terapéuticos que no han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU. y de usos no autorizados de productos aprobados. Debe consultarse a un profesional asistencial cualificado antes de utilizar cualquier producto terapéutico del que se hable. Los lectores deben verificar toda la información y los datos antes de tratar a los pacientes o emplear cualquier medicamento descrito en esta actividad educativa.

Medscape Education © 2023 Medscape, LLC