



Grupo Vías Respiratorias

Uso racional y ampliado de los test de diagnóstico rápido en infecciones respiratorias en Atención Primaria

Carmen Rosa Rodríguez Fernández-Oliva^a, M.^a Ángeles Carrasco Azcona^b,
Cinta Valldeperez Baiges^c, M.^a Inmaculada Correa Ruiz^d, Grupo de Vías Respiratorias AEPap

Publicado en Internet:
25-junio-2025

Cinta Valldeperez:
cvalldeperez@gmail.com

^aNeumopediatra. Hospital Quirónsalud Tenerife. Santa Cruz de Tenerife. España • ^bPediatra. Consultorio de Sevilla la Nueva. Madrid. España • ^cPediatra. ETAP Garraf. Barcelona. España • ^dPediatra. Clínica Universal. La Línea de la Concepción. Cádiz. España.

Resumen

Palabras clave:

- Antibióticos
- Diagnóstico precoz
- Infecciones respiratorias
- Test diagnóstico rápido

Las infecciones respiratorias representan una de las principales causas de consulta médica en Atención Primaria (AP), especialmente en Pediatría, siendo asimismo un motivo frecuente de prescripción antibiótica. Los test de diagnóstico rápido (TDR) facilitan la identificación precoz de patógenos respiratorios comunes, lo que optimiza la toma de decisiones clínicas, permite reducir la necesidad de otras exploraciones complementarias, acorta el tiempo de diagnóstico y mejora la seguridad del paciente, contribuyendo a un uso más prudente y racional de los antibióticos.

Se describen de forma resumida las indicaciones de los TDR más utilizados en AP pediátrica: gripe, virus respiratorio sincitial (VRS), adenovirus, *Bordetella pertussis* y *Mycoplasma pneumoniae*. Se pone de manifiesto la importancia de la prevalencia estacional en la interpretación de resultados. Este documento pretende ser una herramienta útil para la incorporación eficaz de los TDR en la consulta pediátrica de AP, reforzando la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia.

Rational and expanded use of rapid diagnostic tests for respiratory infections in primary care

Abstract

Key words:

- Antibiotics
- Early diagnosis
- Respiratory infections
- Rapid diagnostic test

Respiratory infections are among the leading reasons for primary care (PC) visits, especially in pediatrics, and are also a frequent reason for antibiotic prescribing. Rapid diagnostic tests (RDTs) facilitate the early detection of common pathogens, optimizing clinical decision-making, reducing the need of other diagnostic tests, shortening diagnostic delay and improving patient safety, in addition to contributing to a more prudent and rational use of antimicrobials.

We summarize the indications for the most widely used RDTs in pediatric PC: influenza, respiratory syncytial virus (RSV), adenovirus, *Bordetella pertussis* and *Mycoplasma pneumoniae*. Emphasis is placed on the importance of taking into account seasonal prevalence in the interpretation of results. The aim of this document is to guide the effective integration of RDTs in primary care pediatric practice and to support evidence-based clinical decision-making.

Este texto corresponde a una versión abreviada y autorizada del texto original publicado en septiembre de 2024 en la web del Grupo de Vías Respiratorias (www.respirar.org/index.php/protocolos), donde puede accederse al texto completo y las referencias bibliográficas.

Cómo citar este artículo: Rodríguez Fernández-Oliva CR, Carrasco Azcona MA, Valldeperez Baiges C, Correa Ruiz MI; Grupo de Vías Respiratorias AEPap. Uso racional y ampliado de los test de diagnóstico rápido en infecciones respiratorias en Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2025;27:193-7. <https://doi.org/10.60147/3bbbc60f>

INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias son responsables de un gran número de consultas en Atención Primaria (AP), especialmente en el ámbito pediátrico, y constituyen la principal causa de prescripción de antibióticos^{1,2}. La utilización adecuada de los test de diagnóstico rápido (TDR) permite detectar de forma temprana los agentes etiológicos, diferenciando entre infecciones víricas y bacterianas, ayudando a evitar tratamientos antibióticos innecesarios que contribuyen al desarrollo de resistencias antimicrobianas.

CONSIDERACIONES TÉCNICAS ESENCIALES

En primer lugar, los test deben validarse para determinar su sensibilidad y especificidad, valor predictivo y precisión analítica. En general, se aconseja una sensibilidad y especificidad superiores al 80% y un valor predictivo negativo superior al 90%³.

Para garantizar la efectividad de los TDR es imprescindible una correcta selección del paciente y un adecuado entrenamiento del personal sanitario, tanto en la obtención de la muestra, que debe ser de calidad, como en la interpretación del resultado. En general, se recomienda realizar estas pruebas a partir de las primeras 12 a 48 horas desde el inicio de los síntomas, cuando la carga viral o bacteriana es más elevada y la sensibilidad del test resulta óptima.

El contexto epidemiológico es clave para la interpretación correcta de los resultados de los TDR. La prevalencia de la enfermedad en el momento de la

consulta condiciona los valores predictivos de la prueba. Así, en periodos de alta circulación del microorganismo, un resultado positivo cobra mayor fiabilidad, mientras que en ausencia de circulación comunitaria, un resultado negativo puede ser útil para descartar infección.

PRINCIPALES INDICACIONES CLÍNICAS

En la **Tabla 1** se muestra un resumen de las principales indicaciones del TDR.

Gripe

La población pediátrica es un vector muy importante en la transmisión de la gripe, siendo el periodo de contagiosidad entre 7-10 días. La incidencia de enfermedad bacteriana grave en un niño con gripe documentada es muy baja, por lo que un resultado positivo en un test de gripe permite evitar otras exploraciones complementarias al inicio del cuadro si la clínica y el contexto son compatibles.

El uso del TDR se ha introducido dentro del manejo de la fiebre sin foco (FSF) en lactantes de 2 meses a 2 años⁴. En este caso, un resultado positivo en TDR para gripe dentro de la temporada epidemiológica permite evitar otras exploraciones complementarias, ya que el riesgo de coinfección bacteriana distinta a la infección del tracto urinario (ITU) en un paciente con confirmación microbiológica de gripe y TEP (triángulo de evaluación pediátrica) normal es muy bajo, siempre haciendo las siguientes consideraciones previas: (a) descartar ITU en: todos los <6 meses; niñas de 6-24 meses de edad con FSF y ≥39 °C; niños de 6-12 meses de edad con FSF y ≥39 °C; lactantes con patología renal de base o antecedentes

Tabla 1. Principales indicaciones de test de diagnóstico rápido en infecciones respiratorias en Atención Primaria		
Patógeno	Indicación principal	Momento óptimo
Gripe	Fiebre sin foco, pacientes de riesgo	12-48 h desde síntomas
Virus respiratorio sincitial (VRS)	Bronquiolitis, reentrada a guardería	12-48 h desde síntomas
Adenovirus	Cuadro febril respiratorio o digestivo	12-48 h desde síntomas
<i>Bordetella pertussis</i>	Tos persistente, características clínicas	Hasta 3 semanas tras inicio
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	Neumonía atípica sospechada	Casos seleccionados (Anexo 1)

de ITU previa; (b) comprobar el seguimiento del calendario de vacunación (al menos 2 dosis de vacuna conjugada frente a neumococo y la de *H. influenzae*)⁵.

Virus respiratorio sincitial (VRS)

Es el principal agente causal de bronquiolitis en menores de dos años. Aunque su incidencia en lactantes pequeños ha disminuido radicalmente desde la introducción de la inmunización con anticuerpo monoclonal, sigue siendo una patología prevalente en lactantes y niños pequeños. El diagnóstico etiológico no cambia el manejo habitual de la bronquiolitis, pero puede orientar en las decisiones sobre el seguimiento y la reincorporación escolar^{6,7-9}.

SARS-CoV-2

Su uso actualmente está asociado al estudio de cuadros febriles y síntomas gripales en kits que permiten la determinación de diferentes microorganismos en una misma muestra, permitiendo una mejor orientación clínica de estos cuadros³.

Adenovirus

Las infecciones por adenovirus se pueden producir durante todo el año y suelen dar tanto síntomas respiratorios como digestivos. La prueba rápida mediante inmunofluorescencia ofrece alta sensibilidad y especificidad.

Bordetella pertussis

El test molecular rápido permite un diagnóstico precoz en casos de sospecha de tosferina con una alta sensibilidad (97%) y especificidad (98,1%). Facilita el inicio del tratamiento y la instauración de medidas de control de brote¹⁰.

Mycoplasma pneumoniae

Existen técnicas de detección rápida de *Mycoplasma pneumoniae*, pero su uso en AP no está establecido actualmente¹¹. Se recomienda su uso en pacientes de alto riesgo, cuando la sospecha clínica

sea muy alta (probabilidad pretest elevada) y el resultado pueda modificar el manejo del paciente.

Proteína C reactiva (PCR) en sangre capilar

La determinación de PCR en la consulta de AP puede resultar de gran utilidad para una valoración más precisa del síndrome febril sin foco, en el grupo etario de 3 a 36 meses por su riesgo de bacteriemia oculta, así como en la valoración de los procesos infecciosos de vías respiratorias^{4,6}. La técnica consiste en la determinación rápida de la PCR en sangre capilar. Se establecen los siguientes puntos de corte para relacionar la PCR con la probable etiología infecciosa del proceso: (a) <30 mg/L: infección probablemente viral; (b) 30-70 mg/L: infección de etiología dudosa; y >70 mg/L: infección probablemente bacteriana.

LIMITACIONES Y PRECAUCIONES EN LA INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Es esencial interpretar los resultados de los TDR dentro del marco clínico adecuado. Los falsos positivos y negativos siguen siendo una posibilidad, especialmente si se emplean fuera de las indicaciones establecidas, si no se considera la prevalencia local de la enfermedad y si la toma de la muestra no es apropiada. Por tanto, estos test deben ser considerados como una herramienta complementaria a la anamnesis y la exploración física, nunca como un sustituto de la valoración clínica global.

CONCLUSIONES

Los test de diagnóstico rápido representan una herramienta valiosa en la práctica clínica diaria de AP. Su uso racional, basado en la evidencia y dentro de un enfoque integral de la asistencia sanitaria, permite mejorar la calidad asistencial, optimizar los recursos disponibles y contribuir de manera significativa al control de la resistencia antimicrobiana. Su adecuada implementación también refuerza la educación sanitaria y la confianza de las familias en las decisiones clínicas adoptadas.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES

Todos los autores han contribuido de forma equivalente en la elaboración del manuscrito publicado.

ABREVIATURAS

AP: Atención Primaria • **FSF:** fiebre sin foco • **ITU:** infección del tracto urinario • **TDR:** test de diagnóstico rápido • **TEP:** triángulo de evaluación pediátrica • **VRS:** virus respiratorio sincitial.

Anexo 1. Manejo de sospecha *Mycoplasma pneumoniae*

	Hallazgo más habitual	Aumentan probabilidad de MP (pero no confirman)	Disminuyen probabilidad de MP (pero no excluyen)
Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre • Tos seca persistente • Astenia • Disnea • Cefalea • Odinofagia 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad >5 años • Ambiente epidémico familiar positivo • Manifestaciones extrapulmonares (especialmente cutáneas y gastrointestinales) • Dolor torácico • Crepitantes • Duración >6 días • Ausencia de respuesta a tratamiento con betalactámicos* 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad <5 años • Sibilancias • Rinorrea
Radiología** (radiografía/ecografía)	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidaciones (59%) • Infiltrado unilobar (32%) • Infiltrados multilobares unilaterales (11%) • Infiltrados multilobares bilaterales (12%) • Derrame pleural (26%) 	• No hay hallazgos patognomónicos en la radiología que permitan distinguir la etiología de la neumonía	
Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma: elevación leve de leucocitos y neutrófilos. • Reactantes de fase aguda: elevación moderada de PCR (20-80 mg/L) y PCT 	<ul style="list-style-type: none"> • Elevación no marcada de leucocitos, neutrófilos, PCR y PCT • Datos de hemólisis, generalmente, leve 	

MP: *Mycoplasma pneumoniae*; **PCR:** proteína C reactiva; **PCT:** procalcitonina.

*Este indicador debe interpretarse con cautela, ya que también podría estar indicando una neumonía de origen viral. Puede emplearse en casos de duda entre neumonía bacteriana típica o atípica.

**Los hallazgos radiológicos pueden superponerse unos a otros.

Fuente: Posicionamiento de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica sobre el diagnóstico y tratamiento de la infección por *Mycoplasma pneumoniae*.

BIBLIOGRAFÍA

1. Documento de posicionamiento de los Grupos de trabajo de tecnologías diagnósticas en AP (TECDIAP), vacunas (VACAP) y profesional (PROAP) de la SEPEAP [en línea] [consultado el 05/06/2025]. 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/>
2. Soldevila Langa L, Valerio Sallent L, Roure Díez S. Rendimiento de los test de diagnóstico rápido en patología infecciosa en atención primaria (pediatría y adultos). FMC Atención Primaria. 2023;30(7):345-50. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2023.02.008>
3. García Vera C. Test de diagnóstico rápido. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización en Pediatría 2023. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2023. p. 61-71 [en línea] [consultado el 05/06/2025]. Disponible en www.aepap.org/sites/default/files/pag_61_71_test_diagnostico_rapido.pdf
4. Mintegi Raso S, Gómez Cortés B, Velasco Zúñiga R. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en urgencias de pediatría. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP) 4.ª edición, 2024 [en línea] [consultado el 05/06/2025]. Disponible en https://seup.org/wp-content/uploads/2024/04/11_Lactante_febril_4ed.pdf
5. Fernández-Cuesta Valcarce MA, Morillo Gutiérrez B. Infecciones en Pediatría. Fiebre sin foco en el menor de 3 años (v.2. 02/2025). En: Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [consultado el 05/06/2025]. Disponible en www.guia-abe.es/temas-clinicos-fiebre-sin-foco-en-el-menor-de-3-anos
6. Eficacia, seguridad y efectividad de la determinación de la proteína C reactiva a la cabecera del paciente para las infecciones agudas del tracto respiratorio en atención primaria. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Ministerio de Sanidad. 2021 [en línea] [consultado el 05/06/2025]. Disponible en <https://redets.sanidad.gob.es/productos/buscarProductos.do?metodo=detalle&id=998>
7. Duelo Marcos M, García Merino A, Mora Gandarillas I, Carrasco Azcona A. Bronquiolitis Aguda. Protocolos del GVR (publicación P-GVR-4) [en línea] [consultado el 05/06/2025]. Disponible en www.respirar.org/index.php/grupo-vias-respiratorias/protocolos
8. De la Flor i Brú J, Marès Bermúdez J, Grupo TECDIAP. Decálogo para la utilización del diagnóstico etiológico de bronquiolitis en atención primaria. Pediatr Integral. 2022;XXVI(5):319-20.
9. Echávarri Olavarría F, Molina Amores C. VRS. Pruebas para la detección rápida (7/2022). En: Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [consultado el 05/06/2025]. Disponible en <https://guia-abe.es/anexos-vrs-pruebas-para-la-deteccion-rapida>
10. De la Flor i Brú J, Marès Bermúdez J. Test de diagnóstico microbiológico rápido en la consulta de Pediatría de Atención Primaria. Pediatr Integral 2018;XXII(5):246.e1-246.e9.
11. Goycochea-Valdivia W, Ares Alvarez J, Conejo Fernández AJ, Jiménez Jiménez AB, Maté Cano I, Reinoso Lozano TJ, et al. Posicionamiento de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica sobre el Diagnóstico y Tratamiento de la Infección por Mycoplasma pneumoniae. Abril 2024. En: SEIP [en línea] [consultado el 05/06/2025]. Disponible en www.seipweb.es/wp-content/uploads/2024/04/PosicionamientoMycoplasma_S.pdf