¿Por qué hay que utilizar pautas cortas de antibióticos siempre que sea posible?

J. de la Flor i Brú

Pediatra de AP. CAP El Serral. Sant Vicenç dels Horts. Barcelona.
Institut Català de la Salut. Subdirector ejecutivo de Pediatría Integral

En 2019, la OMS declara el problema de las resistencias a antibióticos como uno de los 10 principales problemas de salud pública a nivel mundial. Se estima que, en 2021, este problema causó 1.200.000 muertes en todo el mundo. La Unión Europea define en 2022 este problema como una de las tres principales amenazas sanitarias. En 2050, las infecciones por bacterias resistentes podrían ser la principal causa de muerte en el mundo, superando el cáncer. Esta situación interpela directamente al pediatra de Atención Primaria (AP), ya que, en este ámbito asistencial, se prescriben la mayor parte de antibióticos.

Los beneficios de las pautas cortas son: la reducción de costes (previa adaptación de formatos), la reducción de efectos adversos y la reducción de resistencias, que tienen relación directa con la exposición, una vez demostrado que la pauta corta no suponga inferioridad en la resolución clínica ni en la tasa de recidivas.

Las pautas antibióticas clásicas en las infecciones comunitarias pediátricas más prevalentes tenían una duración de 10 días (por inadecuada generalización del tratamiento de la faringitis por *Streptococcus pyogenes*). En la actualidad, no hay consenso en definir qué es una pauta corta, que en algunos casos se define como duración igual o inferior a 7 días y, en otros, como duración igual o inferior a 5 días.

En los últimos años, se ha generado suficiente evidencia para concluir que no hay diferencias significativas entre pautas cortas y largas en el tratamiento de otitis media aguda (OMA), sinusitis, neumonía adquirida en la comunidad (NAC) e infección urinaria (ITU), por lo que las recomendaciones actuales son:

- Seguir tratando la faringitis estreptocócica durante 10 días, ya que el factor prevención de fiebre reumática no está suficientemente representado en los estudios comparativos.
- OMA y sinusitis:
  - > 2 años: 5 días.
  - < 2 años: 7 días.
  - En los estudios comparativos, no está bien representada la fracción de OMA supurada (con perforación), por lo que se recomienda seguir tratando estos casos durante 10 días.
- NAC: 5 días (> 6 meses).
- ITU:
  - Cistitis: 5 días.
  - Pielonefritis aguda: 7 días.
  - Chicas mayores de 12 años: fosfomicina 3 g, dosis única.

Bibliografía

- López Martín D, Piñeiro Pérez R, Martínez Campos L, Ares Álvarez J, de la Calle Cabrera T, Jiménez Huerta I, et al; Grupo colaborador del consenso de otitis media aguda y sinusitis en pediatría. Update of the consensus document on the aetiology, diagnosis and treatment of acute otitis media and sinusitis. An Pediatr (Engl Ed). 2023; 98: 362-72. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.anpede.2023.03.006.
- Dawson-Hahn EE, Mickan S, Onakpoya I, Roberts N, Kronman M, Butler CC, et al. Short-course versus long-course oral antibiotic treatment for infections treated in outpatient settings: a review of systematic reviews. Fam Pract. 2017; 34: 511-9. Disponible en: https://doi.org/10.1093/fampra/cmx037.
- Holm AE, Llor C, Bjerrum L, Cordoba G. Short- vs. Long-Course Antibiotic Treatment for Acute Streptococcal Pharyngitis: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Antibiotics (Basel). 2020; 9: 733. Disponible en: https://doi.org/10.3390/antibiotics9110733.
- Piñeiro Pérez R, Cilleruelo Ortega MJ, Ares Álvarez J, Baquero-Artigao F, Silva Rico JC, Velasco Zúñiga R, et al. Recomendaciones sobre el diagnóstico y tratamiento de la infección urinaria. An Pediatr (Barc). 2019; 90: 400.e1-e9. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.02.009.
- Same RG, Amoah J, Hsu AJ, Hersh AL, Sklansky DJ, Cosgrove SE, et al. The Association of Antibiotic Duration with Successful Treatment of Community-Acquired Pneumonia in Children. J Pediatric Infect Dis Soc. 2021; 10: 267-73. Disponible en: https://doi.org/10.1093/jpids/piaa055.