

sujetos más jóvenes con enfermedades específicas predominantes, como es en este caso la EPOC.

Agradecimientos

Este estudio ha sido financiado mediante fondos obtenidos de las ayudas SEPAR 456/2017, FIS-ISCIII P118/01317 (FEDER) y la una colaboración no condicionada de la empresa Menarini.

Bibliografía

1. Briongos-Figueroa LS, Cobos Siles M, Gabella Martín M, Abadía Otero J, Martín Escudero JC. La importancia de la dependencia en la valoración global del paciente hospitalizado. Arch Bronconeumol. 2020;56:833–4.
2. Fernández-García S, Represas-Represas C, Ruano-Raviña A, Botana-Rial M, Martínez-Reglero C, Fernández Villar A. Dependence in performing activities as a predictor of mortality following hospitalization for chronic obstructive pulmonary disease exacerbation. Arch Bronconeumol. 2020;56:291–7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2019.10.005>.
3. Briongos-Figueroa LS, Cobos-Siles M, Gabella-Martín M, Abadía-Otero J, Lobo-Valentín R, Aguado-de-la-Fuente A, et al. Evaluation and characterization of multimorbidity profiles, resource consumption and healthcare needs in extremely elderly people. Int J Qual Health Care. 2020;32:266–70. <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzaa022>.
4. Fernández-García S, Represas-Represas C, Ruano-Raviña A, Mouronte-Roibás C, Botana-Rial M, Ramos-Hernández C, et al. Social and clinical predictors of short- and long-term readmission after a severe exacerbation of COPD. PLoS One. 2020;15:e0229257. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0229257>.

5. Díez Manglano J, Bernabeu-Wittel M, Escalera-Zalvide A, Sánchez-Ledesma M, Mora-Rufete A, Nieto-Martín D, et al. Comorbilidad, discapacidad y mortalidad en pacientes pluripatológicos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica [Comorbidity, disability and mortality in patients with multiple conditions and chronic obstructive pulmonary disease]. Rev Clin Esp. 2011;211:504–10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2011.04.006>.

Sara Fernández-García^a, Cristina Represas-Represas^a, Alberto Ruano-Raviña^b y Alberto Fernández Villar^{a,*}

^a Grupo NeumoVigo I+i, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IISGS), Servicio de Neumología, Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España
^b Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela, Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Santiago de Compostela, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alberto.fernandez.villar@sergas.es (A. Fernández Villar).

<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2020.08.006>

0300-2896/ © 2020 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Pautas cortas de antibioterapia en neumonías adquiridas en la comunidad en niños



Short-course Antibiotic Regimens in Community-Acquired Pneumonia in Children

Estimado Director:

Hemos leído con interés el documento de consenso sobre la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en niños, recientemente publicado¹. Agradecemos a los autores el esfuerzo por establecer unas recomendaciones para una enfermedad tan prevalente en la edad pediátrica y que supone un impacto muy importante en la utilización de antibióticos. Sin embargo, en relación con la duración del tratamiento antibiótico, consideramos que, dada la evidencia científica actual, se podría valorar reducir la duración del mismo en las neumonías no complicadas.

El uso de terapias antimicrobianas más cortas, no solo reduce los costes y mejora la adherencia al tratamiento, sino que disminuye el riesgo de adquisición de bacterias con resistencias a antibióticos, un problema preocupante y creciente en la actualidad.

Existen varios estudios en la población adulta que demuestran una efectividad similar entre pautas cortas frente a largas de antibioterapia en la NAC. Por ejemplo, el ensayo clínico de Uranga et al.² objetivó que una pauta de antibiótico basada en la suspensión de este 48 h después de haber logrado la estabilidad clínica, con una duración mínima de 5 días, no fue inferior que una terapia completa de 10 días.

En cuanto a la población pediátrica, existen varios estudios sobre tratamiento de la NAC realizados en pacientes a partir de 6 meses de edad con duraciones cortas de antibioterapia. El estudio de Same et al.³ comparó de manera retrospectiva la tasa de fracaso terapéutico en las NAC no complicadas en pacientes que habían recibido una pauta antibiótica corta de 5 a 7 días (con una mediana de 6 días) frente a una pauta larga de 8 a 14 días, sin objetivarse diferencias en el fracaso del tratamiento a los 30 días del inicio de la terapia.

En esta línea, el ensayo clínico de Greenberg et al.⁴, realizado en pacientes con NAC de probable etiología bacteriana con edades

comprendidas entre los 6 meses y los 5 años de edad, demostró la no inferioridad de una pauta de 5 días de amoxicilina oral frente a una pauta de 10 días en relación a la tasa de fracaso del tratamiento a los 30 días. Sin embargo, una pauta de 3 días de antibioterapia sí incrementó el riesgo de fracaso del tratamiento.

Recientemente ha finalizado el reclutamiento de pacientes por parte del ensayo clínico SCOUT-CAP (ClinicalTrials.gov: NCT02891915)⁵ sobre pautas cortas de antibioterapia en la NAC en niños. Se trata de un ensayo clínico multicéntrico, aleatorizado, de fase IV realizado en EE. UU. que ha incluido pacientes de 6 a 71 meses de edad, con el objetivo de comparar la eficacia de una pauta de 5 días con beta-lactámicos frente a 10 días, y que seguro ayudará a determinar la mejor duración de la antibioterapia en estos pacientes.

Esta creciente evidencia científica ha condicionado que las últimas actualizaciones de diferentes guías de práctica clínica, tanto de adultos como de niños, sugieran pautas de antibioterapia con una duración inferior a 7 días para el tratamiento de la NAC. Entre ellas, destaca la guía británica NICE⁶, que recomienda una pauta de 5 días con amoxicilina, tanto en adultos como en la población pediátrica. Por todo ello, pensamos que podría ser más adecuado a la evidencia la recomendación de pautas de tratamiento inferiores a 7 días en las NAC no complicadas.

Financiación

Este artículo ha sido parcialmente financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER), a través del Contrato Río Hortega de DAA (CM18/00100).

Bibliografía

1. Andrés-Martín A, Escribano Montaner A, Figuerola Mulet J, García García ML, Muruae JK, Moreno-Pérez D, et al. Documento de consenso sobre la neumonía adquirida en la comunidad en los niños. SENP-SEPAR-SEIP. Arch Bronconeumol. 2020;56:725–41.

- Uranga A, España PP, Bilbao A, Quintana JM, Arriaga I, Intxausti M, et al. Duration of Antibiotic Treatment in Community-Acquired Pneumonia. *JAMA Intern Med.* 2016;176:1257–65.
- 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.* 2020:piaa055.
- Greenberg D, Givon-Lavi N, Sadaka Y, Ben-Shimol S, Bar-Ziv J, Dagan R. Short-course: Antibiotic Treatment for Community-acquired Alveolar Pneumonia in Ambulatory Children. A Double-blind, Randomized Placebo-controlled Trial. *Pediatr Infect Dis J.* 2014;33:136–42.
- ClinicalTrials.gov. National Library of Medicine (US). Trial to Evaluate Beta-Lactam Antimicrobial Therapy of Community Acquired Pneumonia in Children [consultado 7 Jul 2020] Disponible en: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02891915>; 2019.
- National Institute for Health and Care Excellence. Public Health England. Pneumonia (community-acquired): antimicrobial prescribing. NICE guideline [NG138] [consultado 7 Jul 2020] Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng138/resources/pneumonia-communityacquired-antimicrobial-prescribing-pdf-66141726069445>; 2019.

Lucía Sanjuán-Benita^a, Jesús Saavedra-Lozano^{a,b,c}
y David Aguilera-Alonso^{a,b,*}

^a Sección de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Pediatría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^b Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM), Madrid, España

^c Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: david.aguilera@salud.madrid.org
(D. Aguilera-Alonso).

<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2020.08.017>

0300-2896/ © 2020 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Respuesta a «Pautas cortas de antibioterapia en neumonías adquiridas en la comunidad en niños»



Reply to “Short-term antibiotic regimens in community-acquired pneumonia in children”

Agradecemos a los autores sus interesantes comentarios¹ al Documento de consenso sobre el manejo de la neumonía adquirida en la comunidad en niños². Nuestro consenso va en la misma línea de apoyar tratamientos de corta duración, tal y como queda reflejado en el tiempo allí propuesto, menor de 7 días.

El artículo de Same et al.³, que fue publicado el 11 de julio de este año, 4 meses después de la aceptación del Documento de consenso por esta revista², por lo que no pudo ser tenido en cuenta en él, no contradice nuestra recomendación. De los resultados de este estudio, para nada se deduce que el tratamiento deba ser de 5 días o menos, sino de 5–7 días (con una media de 6 días).

El estudio de Greenberg et al.⁴ solo recoge la no inferioridad –en cuanto a fracaso del tratamiento a los 30 días–, de la amoxicilina, en pauta de 5 días *versus* a una pauta de 10 días (que no es el tiempo recomendado por nuestro consenso pediátrico).

No obstante, este es un tema controvertido en niños, ya que como la propia guía NICE reconoce⁵: «En niños y jóvenes no se identificaron evidencias con los criterios específicos de esta revisión, por lo que el comité acordó por consenso que el tratamiento con antibióticos debe suspenderse después de 5 días a menos que la persona no esté clínicamente estable según el juicio clínico». Es decir, el nivel de evidencia para avalar sin reservas un tratamiento de 5 días de forma genérica en niños con NAC es escaso y se basa en la opinión de expertos. Por ello, en la edad pediátrica, para casos no complicados de neumonía comunitaria, nos parece más prudente recomendar tratamientos cortos, con una duración máxima de 7 días, sin limitarla expresa y tajantemente a 5 días, al no existir suficiente evidencia científica en el momento actual. Consideramos por tanto, que proponer «una duración máxima de 7 días» es lo más razonable y ajustado al conocimiento científico actual.

Bibliografía

- Sanjuán-Benita L, Saavedra-Lozano J, Aguilera-Alonso D. Pautas cortas de antibioterapia en neumonías adquiridas en la comunidad en niños. *Arch Bronconeumol.* 2020;56:835–6.
- Andrés-Martín A, Escribano Montaner A, Figuerola Mulet J, García García ML, Korta Murua J, Moreno-Perez D, et al. Documento de consenso sobre la neumonía adquirida en la comunidad en los niños. SENP-SEPAR-SEIP. *Arch Bronconeumol.* 2020;56:725–41.

- 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. *JPIDS.* 2020:1–7. <http://dx.doi.org/10.1093/jpids/piaa055>. XX(XX):.

- Greenberg D, Givon-Lavi N, Sadaka Y, Ben-Shimol S, Bar-Ziv J, Dagan R. Short-course antibiotic treatment for community-acquired alveolar pneumonia in ambulatory children. A double-blind, randomized placebo-controlled trial. *Pediatr Infect Dis J.* 2014;33:136–42.

- Pneumonia (community-acquired): antimicrobial prescribing. NICE guideline. [NG138]. Fecha de publicación: 16 septiembre 2019 [consulta: 12 Jul 2020]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng138/resources/pneumoniacommunityacquired-antimicrobial-prescribing-pdf-66141726069445>.

Anselmo Andrés-Martín^{a,*}, Amparo Escribano-Montaner^b,
Joan Figuerola-Mulet^c, María Luz García-García^d,
Javier Korta-Murúa^e, David Moreno-Pérez^f,
Carlos Rodrigo-Gonzalo de Liria^g y Antonio Moreno-Galdó^h

^a Sección de Neumología Pediátrica, Hospital Universitario Virgen Macarena, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

^b Unidad de Neumología Pediátrica, Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Universitario, Universidad de Valencia, Valencia, España

^c Sección de Neumología y Alergia Pediátrica, Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España

^d Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid, Universidad Alfonso X El Sabio, Villanueva de la Cañada, Madrid, España

^e Sección de Neumología Pediátrica, Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Donostia, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), San Sebastián, España

^f Infectología e Inmunodeficiencias, UGC de Pediatría, Hospital Materno-Infantil, Hospital Regional Universitario de Málaga, Grupo de Investigación IBIMA, Universidad de Málaga, España

^g Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona, España

^h Sección de Neumología y Alergia Pediátrica, Servicio de Pediatría, Hospital Vall d'Hebron, Universitat Autònoma de Barcelona, España, CIBER de enfermedades raras, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: anselmo.andres@gmail.com, aandres@us.es
(A. Andrés-Martín).

<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2020.09.011>

0300-2896/ © 2020 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.