



**VII**

**Jornadas  
de Actualización  
en Medicina  
de Urgencias  
y Emergencias  
de la semFYC**

**Barcelona**  
26 y 27 de noviembre

#urgencias21



# **TRATAMIENTO CON ANTIBIÓTICOS: PAUTAS CORTAS O LARGAS?**

**Dr. Josep M Cots**  
**Médico de Familia**



# VII

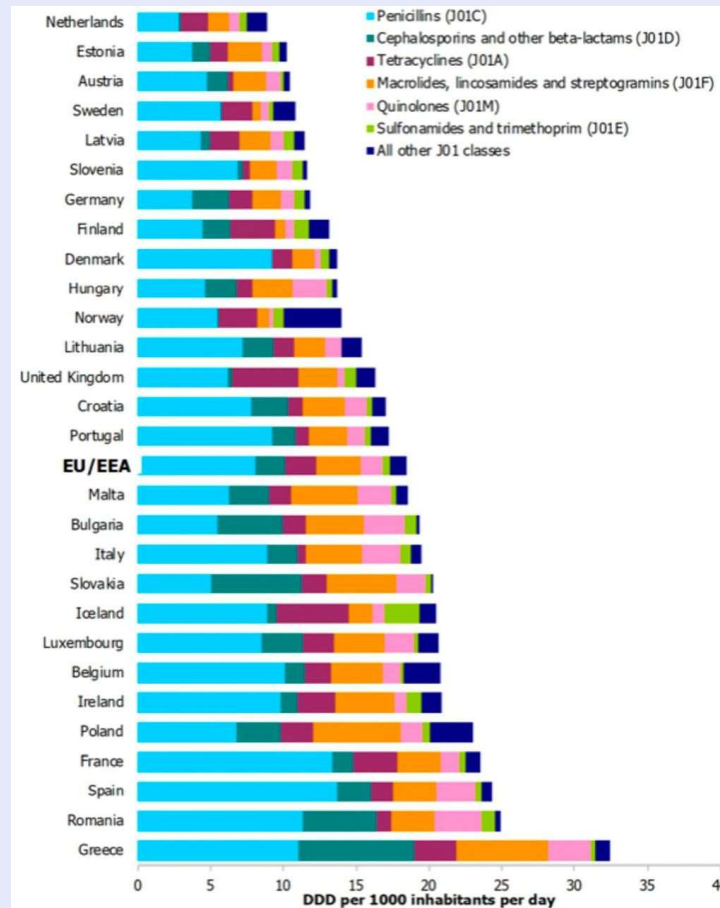
**Jornadas de Actualización en Medicina de Urgencias y Emergencias de la semFYC**

**Barcelona**  
26 y 27 de noviembre

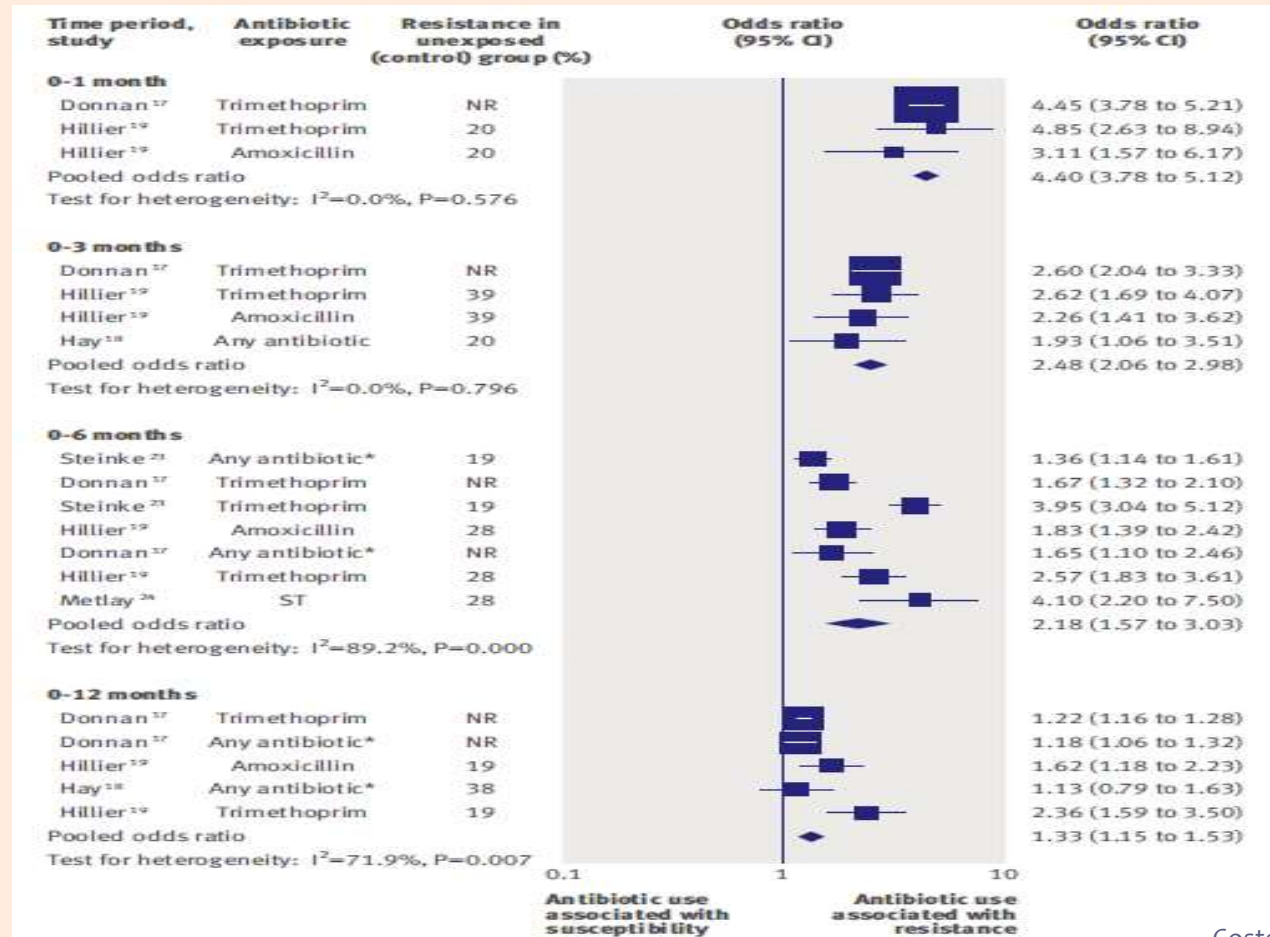
#urgencias21



## Consumption of antibiotics for systemic use (ATC group J01) in EU/EEA countries in 2018 (expressed as DDD per 1000 inhabitants per day)



# Impacto de la prescripción antibiótica en la resistencia antimicrobiana en atención primaria



Costelloe C et al. *BMJ* 2010;**340**:c2096.



#urgencias21





#urgencias21



*Family Practice*, 2017, 1–9  
doi:10.1093/fampra/cmz037

OXFORD

Review

## Short-course versus long-course oral antibiotic treatment for infections treated in outpatient settings: a review of systematic reviews

Elizabeth E Dawson-Hahn<sup>a,b,\*</sup>, Sharon Mickan<sup>c,d</sup>, Igho Onakpoya<sup>d</sup>,  
Nia Roberts<sup>e</sup>, Matthew Kronman<sup>a,f</sup>, Chris C Butler<sup>d,g</sup> and  
Matthew J Thompson<sup>h</sup>

Opinion

EDITORIAL

## The New Antibiotic Mantra—“Shorter Is Better”

Brad Spellberg, MD





#urgencias21



# Pautas antibióticas cortas en Infección Urinaria

# Pautas antibióticas cortas en Cistitis simple

The American Journal of Medicine (2005) 118, 1196-1207



ELSEVIER

REVIEW

AIM Theme AJM Theme Issue: Women's Health

## Three-day vs longer duration of antibiotic treatment for cystitis in women: Systematic review and meta-analysis

Eugene A. Katchman, MD,<sup>a</sup> Gai Milo, MD,<sup>a,b</sup> Mical Paul, MD,<sup>a,b</sup>  
Thierry Christiaens, MD, PhD,<sup>c</sup> Anders Baerheim, MD,  
Leonard Leibovici, MD<sup>a,b</sup>



**Cochrane  
Library**

Cochrane Database of Systematic Reviews

**Antibiotic duration for treating uncomplicated, symptomatic lower urinary tract infections in elderly women (Review)**

Lutters M, Vogt-Ferrier NB



#urgencias21



# Pautas antibioticas cortas en Cistitis simple

Eficacia 3 dias versus pautas largas

Grupo antibiótico	Número estudios	Número pacientes	Riesgo relativo (IC 95%)
<b>Fracaso clínico</b>			
- Quinolonas	5	1.299	1,15 (0,82 – 1,60)
- β-lactámicos	5	733	1,30 (0,90 – 1,89)
- Cotrimoxazole	2	428	1,13 (0,63 – 2,03)
<b>Fracaso bacteriológico</b>			
- Quinolonas	6	1.614	1,48 (1,01 – 2,15)
- β-lactámicos	7	798	1,09 (0,75 – 1,58)
- Cotrimoxazole	5	734	1,87 (1,04 – 3,34)

Eficacia a los 15 dias



#urgencias21



## Pautas antibioticas cortas en Cistitis simple

Antibiótico	Pauta corta	Duración
Fosfomicina trometamol 3 g	Sí	Monodosis
Nitrofurantoína 50–100 mg/6 h	No	5 días
Fosfomicina cálcica 500 mg/8 h	No	7 días
Norfloxacino 400 mg/12 h	Sí	3 días
Ciprofloxacino 250 mg/12 h	Sí	3 días
Amoxicilina + ácido clavulánico 500/125 mg/8 horas	Sí	5 días



#urgencias21

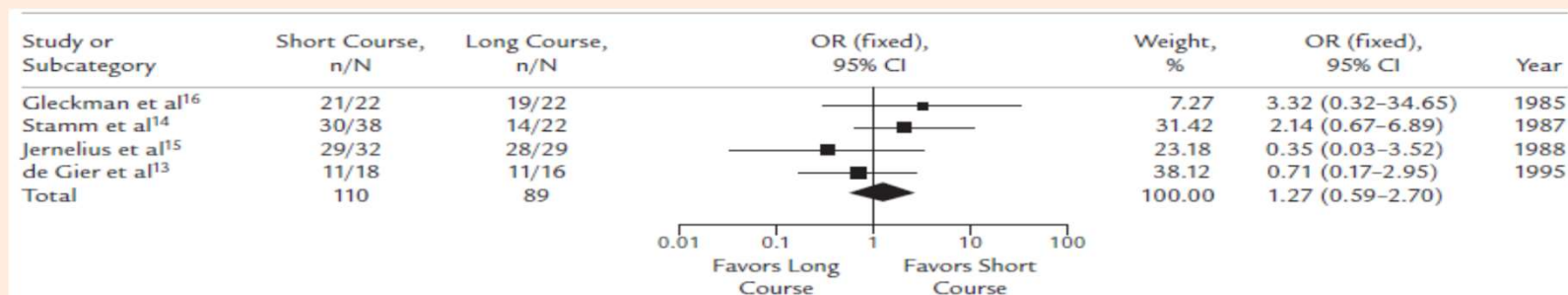
CAMFIC  
Comité Asesor de Familia y Comunitaria

semFYC  
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

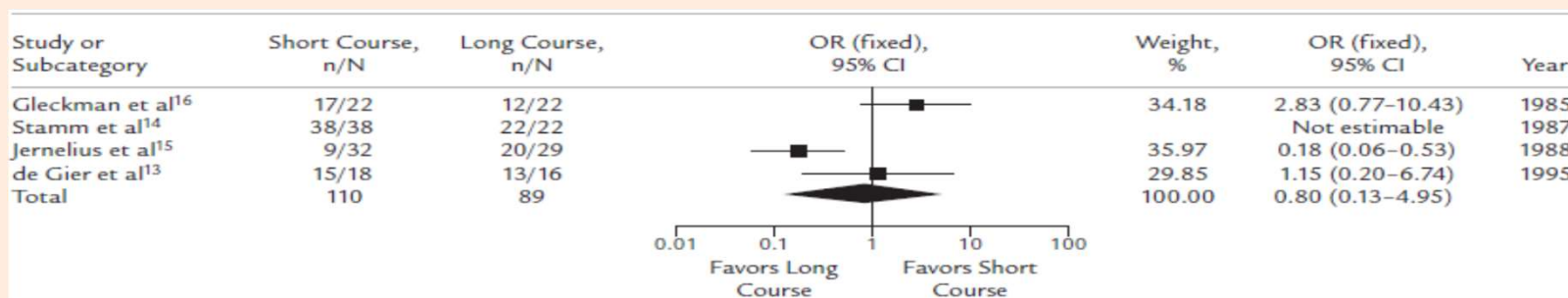


# Pautas antibióticas cortas en la pielonefritis aguda

## Resultado clínico



## Resultado bacteriológico



#urgencias21



## Pautas antibióticas cortas en Pielonefritis Aguda

Antibiótico	Pauta corta	Duración
Cefuroxima	500mg/8-12h	7 días
Ciprofloxacino	750mg/12h	7 días



#urgencias21

CAMFIC  
Colegio de Médicos de Familia y Comunitaria

semFYC  
Sociedad Española de Médicos de Familia y Comunitaria



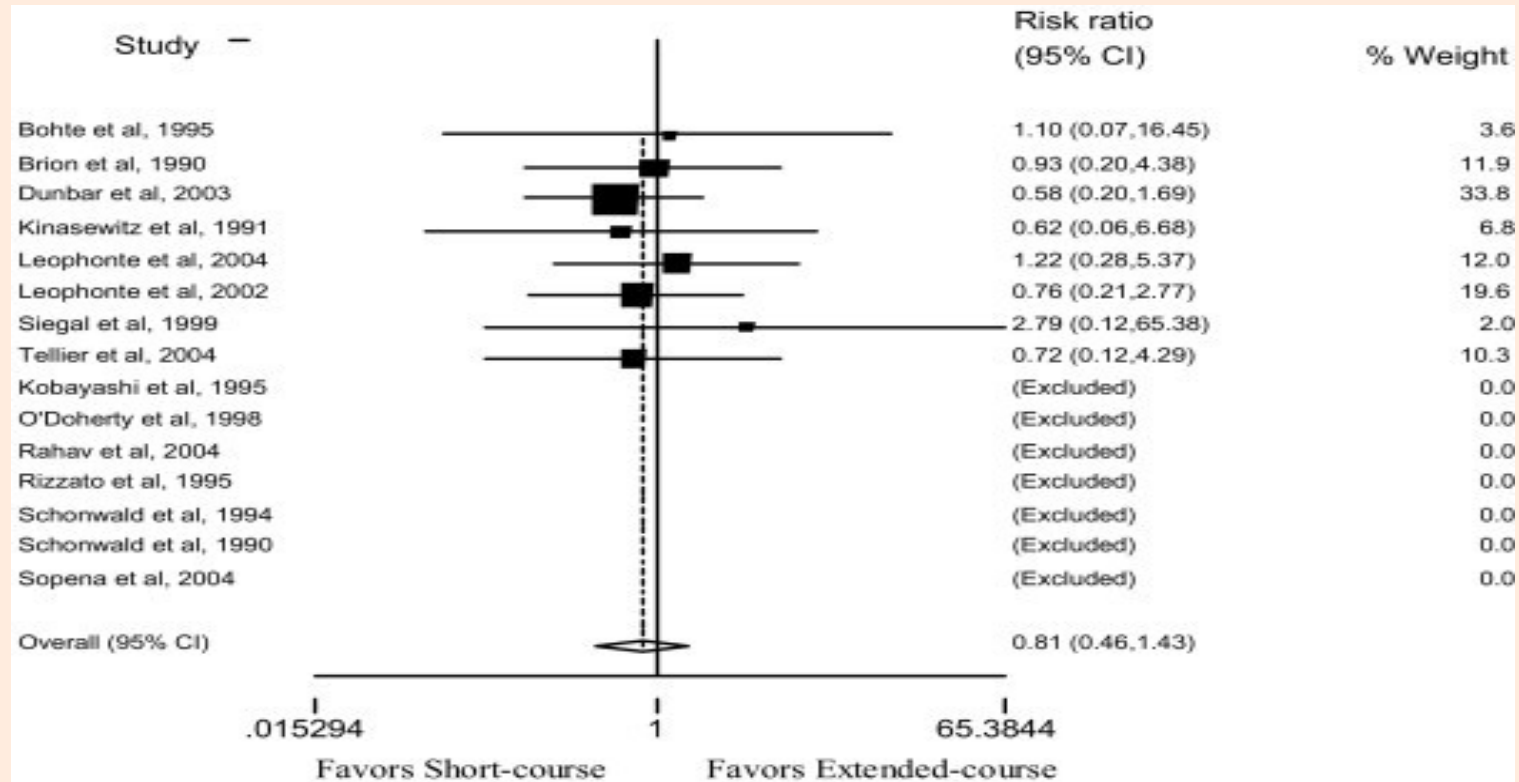
#urgencias21



# Pautas antibióticas cortas en Infección Respiratoria

# Pautas antibióticas cortas en la Neumonía

## Mortalidad



#urgencias21



# Ensayo clínico en NAC

Research

BMJ

## Effectiveness of discontinuing antibiotic treatment after three days versus eight days in mild to moderate-severe community acquired pneumonia: randomised, double blind study

Rachida el Moussaoui, Corianne A J M de Borgie, Peterhans van den Broek, Willem N Hustinx, Paul Bresser, Guido E L van den Berk, Jan-Werner Poley, Bob van den Berg, Frans H Krouwels, Marc J M Bonten, Carla Weenink, Patrick M M Bossuyt, Peter Speelman, Brent C Opmeer, Jan M Prins

- Comparar la efectividad de dos pautas en personas con neumonía no grave ( $PSI < 110$ ) y que habían mejorado previamente con una pauta de amoxicilina durante 3 días
- Ensayo clínico aleatorio, comparado con placebo, doble ciego n: 186 pacientes
- Brazos de tratamiento: Casos: amoxicilina 750 mg/8 horas, 5 días Controles: Amoxicilina 3 días + placebo

El Moussaoui R et al. *BMJ* 2006;**332**:1355–62.



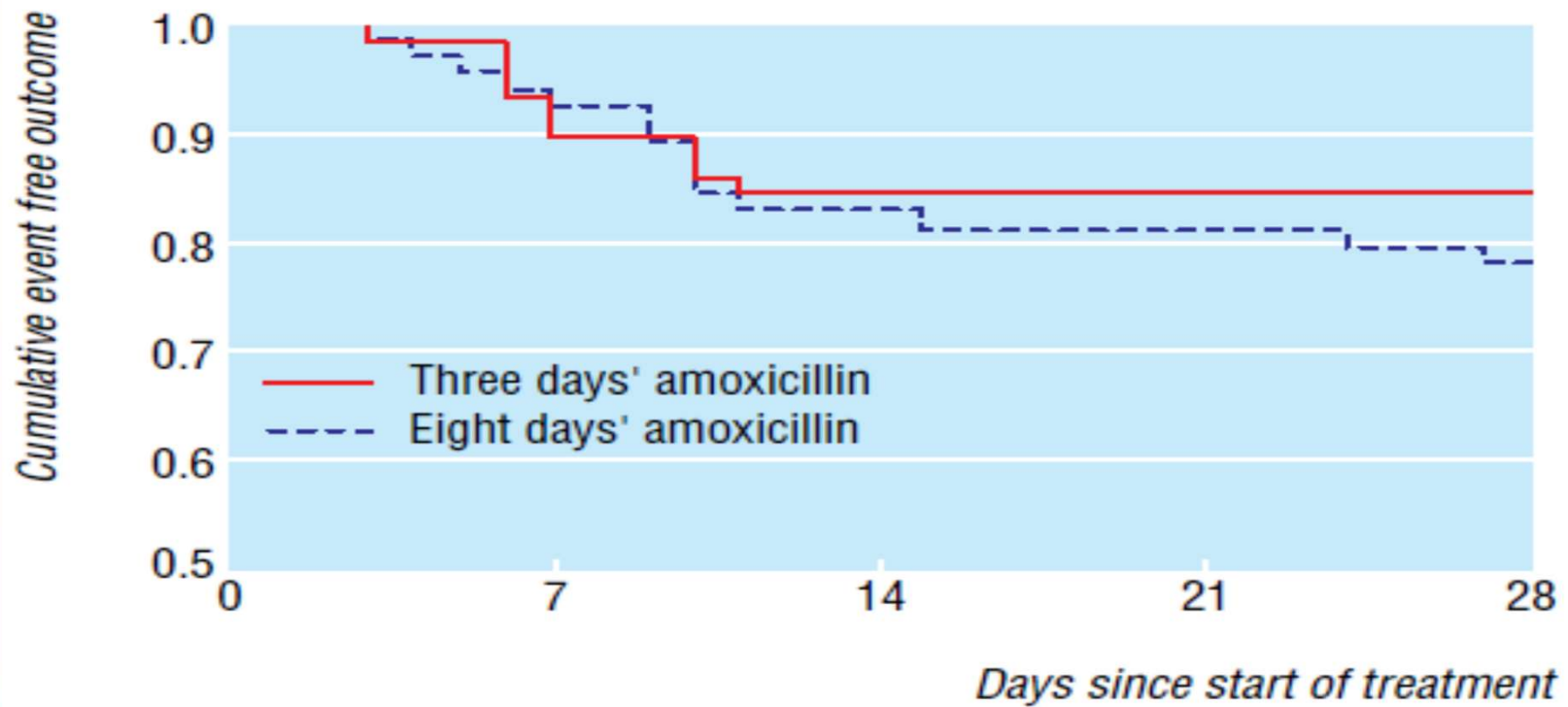
#urgencias21





## Ensayo clinico NAC

Curación 28 días



# Pautas antibióticas cortas en exacerbación EPOC

Chronic obstructive pulmonary disease

## Short-course antibiotic treatment in acute exacerbations of chronic bronchitis and COPD: a meta-analysis of double-blind studies

R El Moussaoui,<sup>1</sup> B M Roede,<sup>1</sup> P Speelman,<sup>1</sup> P Bresser,<sup>2</sup> J M Prins,<sup>1</sup> P M M Bossuyt<sup>3</sup>

- Pacientes  $\geq 18$  anys
- Diagnóstico: clínico exacerbació EPOC leve - moderada
- No antibiòtics en el diagnostic
- Assignació: aleatoria a tractament antibiòtic  $\leq 5$  dies vs.  $> 5$  dies
- Disseny: ensay clínic doble ciego

El Moussaoui R et al. *Thorax* 2008;**63**:415-22.



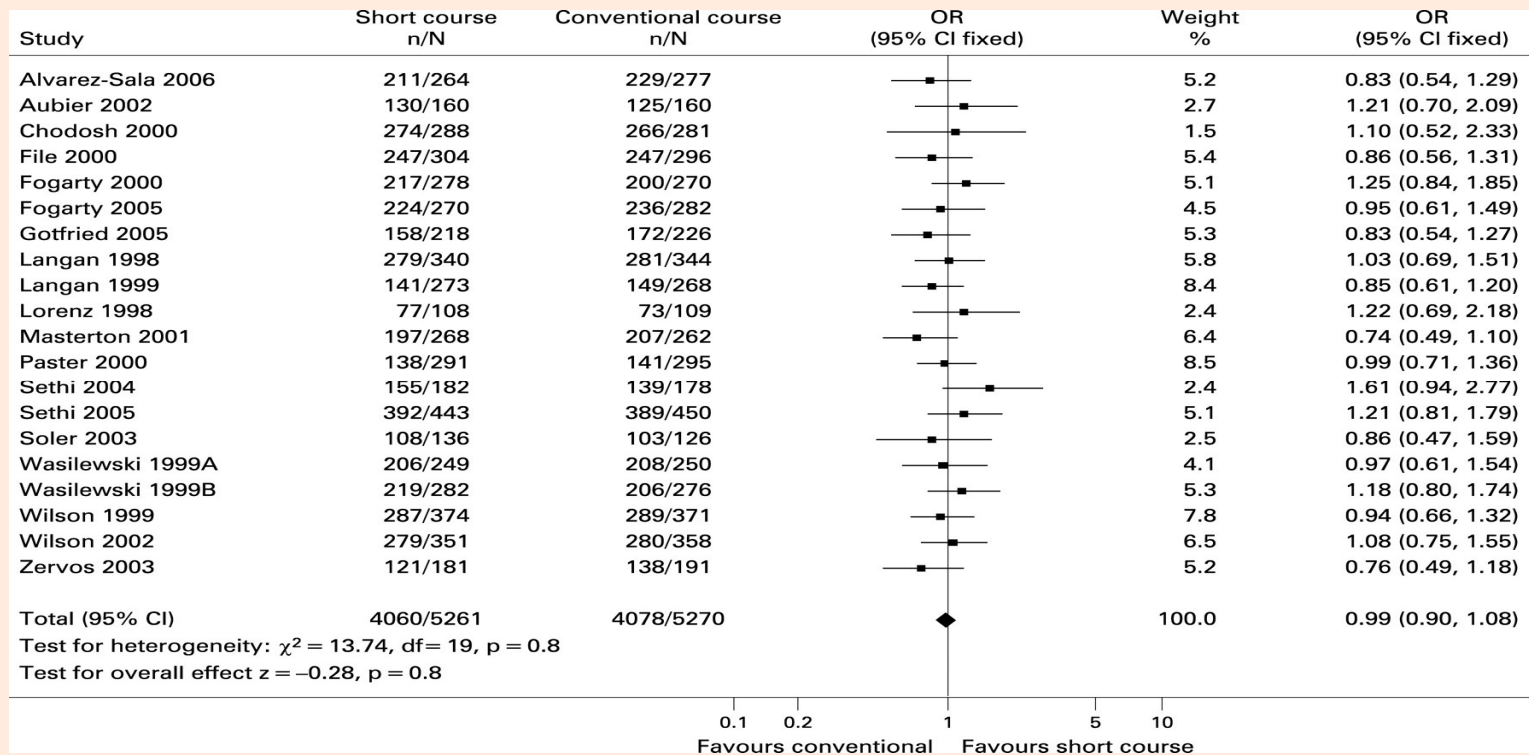
#urgencias21

CAMFIC  
COMITÉ ASesor de Medicina  
FAMILIAR Y COMUNITARIA

semFYC  
Sociedad Española de Medicina  
de Familia y Comunitaria

# Pautas antibióticas cortas en exacerbación EPOC

## Eficacia clínica 25 días



#urgencias21



# Pautas antibióticas cortas en exacerbación EPOC

## Eficacia clínica

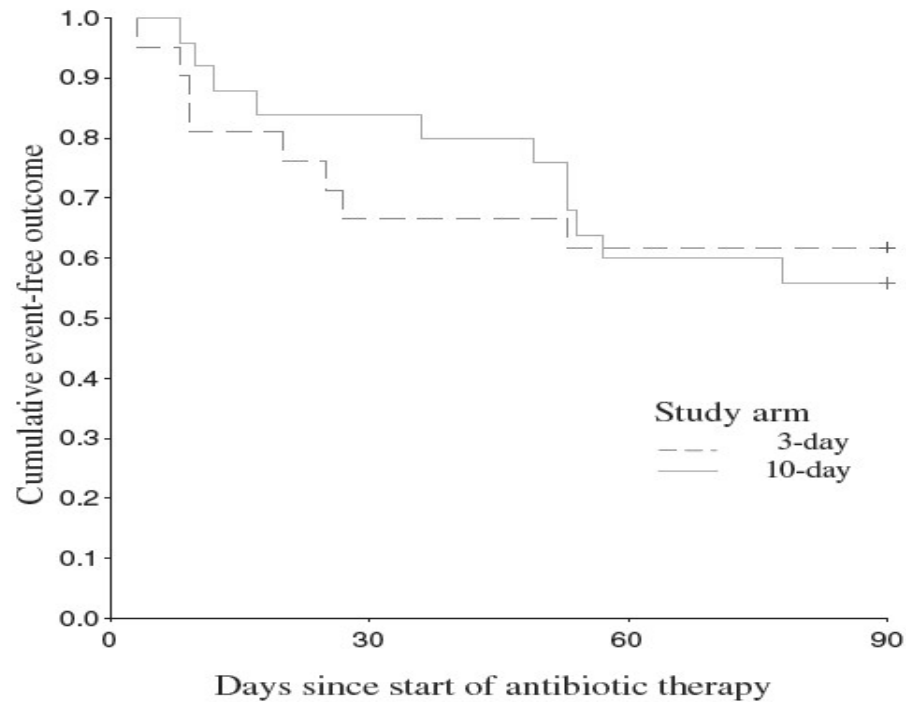
ORIGINAL ARTICLE

10.1111/j.1469-0691.2006.01638.x

### Three vs. 10 days of amoxicillin-clavulanic acid for type 1 acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a randomised, double-blind study

B. M. Roede<sup>1</sup>, P. Bresser<sup>2</sup>, R. El Moussaoui<sup>1</sup>, F. H. Krouwels<sup>3</sup>, B. T. J. van den Berg<sup>4</sup>, P. M. Hooghiemstra<sup>5</sup>, C. A. J. M. de Borgie<sup>6</sup>, P. Speelman<sup>1</sup>, P. M. M. Bossuyt<sup>6</sup> and J. M. Prins<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Internal Medicine, Division of Infectious Diseases, Tropical Medicine and AIDS and Centre of Infection and Immunity Amsterdam, <sup>2</sup>Department of Pulmonology, Academic Medical Center, <sup>3</sup>Department of Pulmonology, Onze Lieve Vrouwe Hospital, <sup>4</sup>Department of Pulmonology, Sint Lucas-Andreas Hospital, <sup>5</sup>Department of Pulmonology, Boven IJ Institute of Clinical Epidemiology and Biostatistics, Academic Medical Centre, <sup>6</sup>Amsterdam, The Netherlands



Roede BM et al. *Clin Microbiol Infect* 2007;**13**:284–90.

#urgencias21

CAMFIC  
Comité Asesor de Familia y Comunitaria

semFYC  
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria





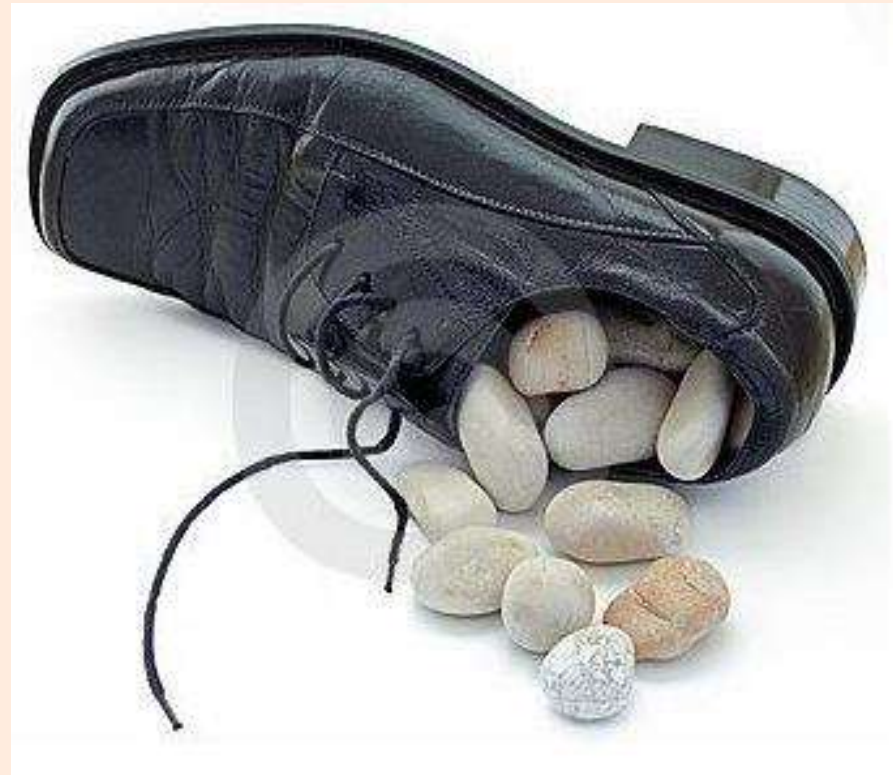
#urgencias21



CAMFIC  
Comité Asesor de Medicina  
Familiar y Comunitaria

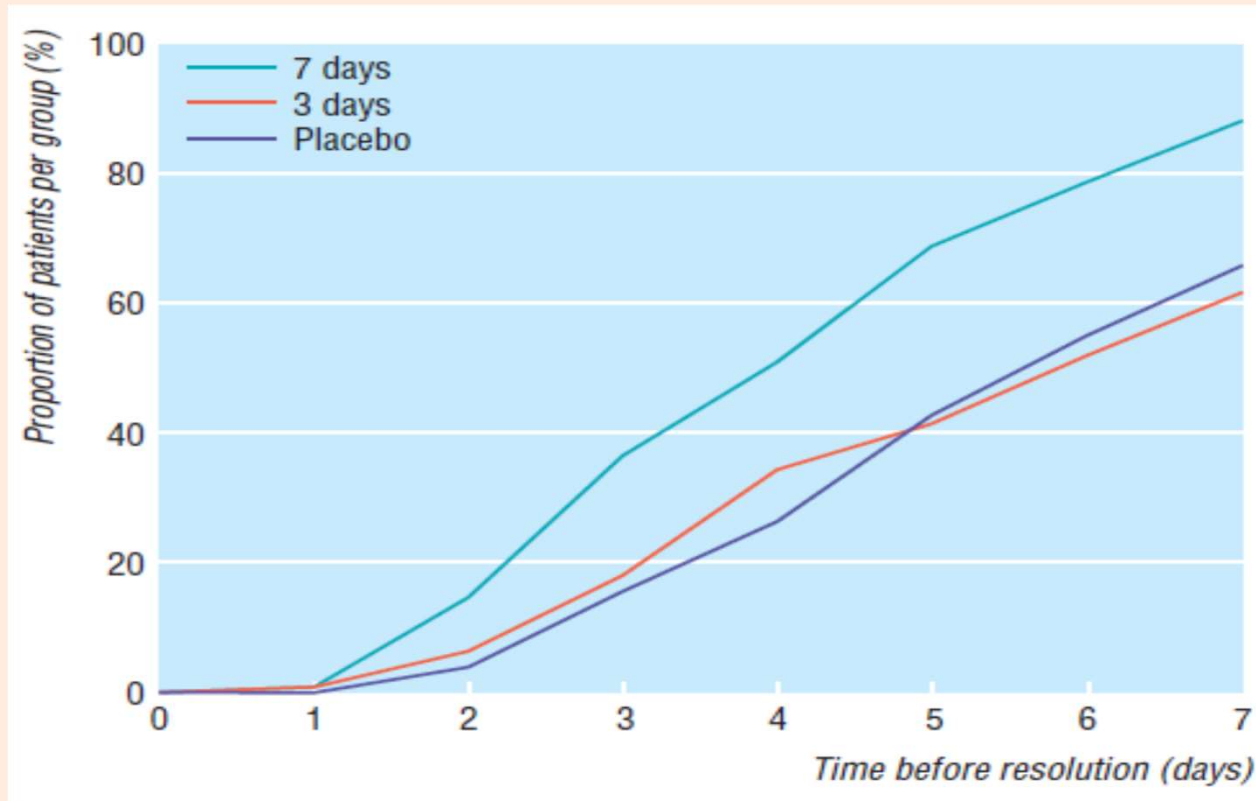


semFYC  
Sociedad Española de Medicina  
de Familia y Comunitaria





# Pautas antibióticas cortas en faringitis estreptocócica????



Zwart S et al. *BMJ* 2003;327:1324.



#urgencias21

CAMFIC  
Comité Asesor de Medicina  
Familiar y Comunitaria

semFYC  
Sociedad Española de Medicina  
de Familia y Comunitaria

## Pautas antibióticas cortas que tenemos que recomendar

Infección	Comparación	n	Evidencia
Rinosinusitis bacteriana aguda <sup>1</sup>	3-7 vs. 6-10 días 5	4.430 (12 estudios)	OR de curación clínica: 0,95 (0,81 – 1,12)
Otitis media aguda <sup>2</sup>	2-7 vs. ≥7 días 5	570 (5 estudios)	OR de fracaso terapéutico de 0,85 (0,60- 1,21)
Neumonía adquirida comunidad <sup>3,4</sup>	3-5 vs. >7 días 5	1540 (8 estudios)	RR de fracaso clínico: 0,96 (0,74 – 1,26)
Exacerbación EPOC <sup>5</sup>	<5 vs. ≥5 días 5	10.698 (21 estudios)	OR de curación clínica : 0,99 (0,90 – 1,08)

<sup>1</sup>Falagas ME et al. *Br J Clin Pharmacol* 2009;**67**:161–71. <sup>2</sup>Kozyrskyj A et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;**9**:CD001095. <sup>3</sup>Li JZ et al. *Am J Med* 2007;**120**:783–90. <sup>4</sup>el Moussaoui R et al. *BMJ* 2006;**332**:1355. <sup>5</sup>El Moussaoui R et al. *Thorax* 2008;**63**:415–22. <sup>6</sup>Kyriakidou KG et al. *Clin Ther* 2008;**30**:1859–68.

# Antibiòtics – Atenci3n Primaria

RESISTENCIAS ???  
On som ?



#urgencias21

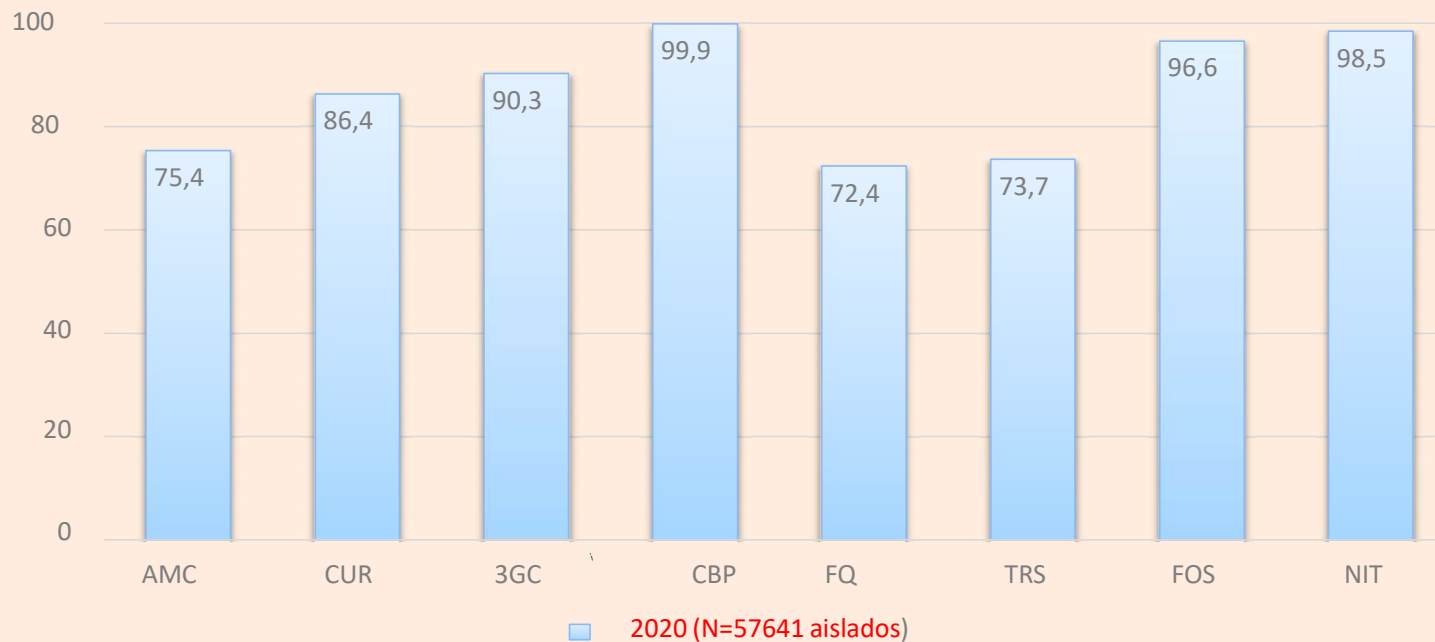


# Resistencia antibiòtica adults

## *Infecció urinària comunitària*

### *Escherichia Coli*

% Sensibilitat



AMC: amoxicil·lina-àc. clavulànic; CUR: cefuroxima; 3GC: cefalosporines de tercera generació; CBP: carbapenèmics; FQ: fluoroquinolones; TRS: cotrimoxazole; FOS: fosfomicina; NIT: nitrofurantonia BLEE: beta-lactamasa d'espectre estès



#urgencias21

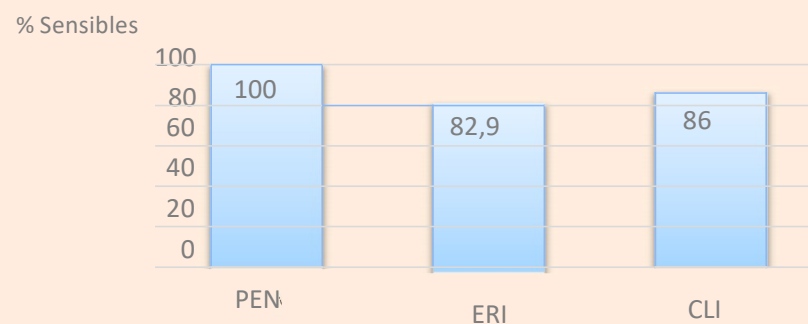
CAMFIC  
COMITAT CATALÀ DE MEDICINA  
DE FAMILIA I COMUNITÀRIA

semFYC  
Sociedad Española de Medicina  
de Familia y Comunitaria

# Resistencia antibiòtica adults

## *Infecció respiratòria*

*Streptococcus pyogenes*



2020 (N=254 aïllats)

PEN: penicil·lina; ERI: eritromicina; LEV: levofloxacina; CLI: clindamicina; AMP: ampil·lina; AMC: amoxicil·lina-àc.clavulànic; FQ: fluoroquinolones

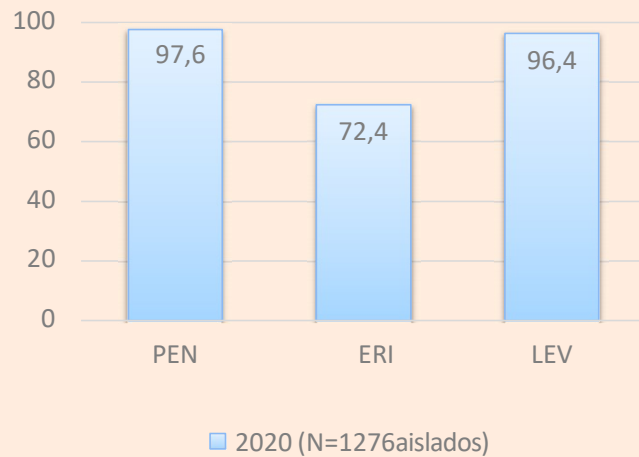




# Resistencia antibiótica adultos

## *Infección respiratoria*

% Sensibles



*S. pneumoniae*

PEN: penicil-lina; ERI: eritromicina; LEV: levofloxacina; CLI: clindamicina; AMP: ampicil-lina; AMC: amoxicil-lina-àc.clavulànic; FQ: fluoroquinolones



#urgencias21

CAMFIC  
COMITAT CATALÀ DE MEDICINA  
DE FAMILIA I COMUNITÀRIA

semFYC  
Sociedad Española de Medicina  
de Familia y Comunitaria

# Conclusiones

- Sobrediagnóstico de infecciones bacterianas**
- Sobret ratamiento con antibióticos**
- Utilizar pautas cortas en infección comunitaria**



#urgencias21

CAMFIC  
COMITÉ ASesor de Medicina  
Familiar y Comunitaria

semFYC  
Sociedad Española de Medicina  
de Familia y Comunitaria



#urgencias21



Jose M Cots  
[jcy23465@comb.cat](mailto:jcy23465@comb.cat)



#urgencias21



**CAMFIC**  
COMITÉ CÁMARA DE MÉDICOS  
FAMILIA Y COMUNITARIA



**semFYC**  
Sociedad Española de Medicina  
de Familia y Comunitaria





#urgencias21



CAMFIC  
Colegio Andalés de Medicina  
de Familia y Comunitaria



semFYC  
Sociedad Española de Medicina  
de Familia y Comunitaria





## Pautes antibiòtiques curtes a la pielonefritis aguda

Autor, any	Població estudiada	Regim curt	Regim llarg	n
Gleckman R, 1985 <sup>1</sup>	Adultes	Gentamicina o tobramicina ev. 1,5–1,75 mg/kg/8 h/2-3 d, seguit de cotrimoxazole 7-8 d	Gentamicina o tobramicina ev. 1,5–1,75 mg/kg/8 hores/2-3 d seguit de cotrimoxazole 18-19 d	22 vs. 22
Stamm WE, 1987 <sup>2</sup>	Dones entre 21 i 42 anys	Ampicil·lina oral 500 mg/6 h o cotrimoxazole 160-180 mg/12 h, 2 setm.	Ampicil·lina oral 500 mg/6 h o cotrimoxazole 160-180 mg/12 h, 6 setm.	38 vs. 22
de Gier R, 1995 <sup>3</sup>	Pacients >17 anys	Fleroxacina ev 400 mg/dia/3 d, seguit de fleroxacina oral 4 d	Fleroxacina ev. 400 mg/d/3 d, seguit de fleroxacina oral 11 d	26 vs. 28
Jernelius H, 1998 <sup>4</sup>	Pacients >15 anys	Pivampicil·lina oral 0,5 g + Pivmecil·linam 0,40 g/8 h, 7 d	Pivampicil·lina oral 0,5 g + pivmecil·linam 0,40 g/8 h, 7 d., seguit de pivampicil·lina 0,25 g + pivmecil·linam 0,20 g, 14 d.	32 vs. 29

<sup>1</sup>Gleckman R et al. *J Urol* 1985;**133**:176–8. <sup>2</sup>Stamm WE et al. *Ann Intern Med* 1987;**106**:341–5. <sup>3</sup>de Gier R et al. *Int J Antimicrob Agents* 1995;**6**:27–30. <sup>4</sup>Jernelius H et al. *Acta Med Scand* 1988;**223**:469–77.

## Pautes antibiòtiques curtes a la pneumònia (només n>100)

Autor, any	Pauta	n	Edat	Antibiòtics	RR millora clínica
Schonwald S, 1990 <sup>1</sup>	5 vs. 10	101	-	Azitro vs. Eritromicina	1,16 (0,63 – 2,14)
Kinasewitz G, 1991 <sup>2</sup>	5 vs. 10	119	42 a.	Azitro vs. Cefaclor	1,06 (0,70- 1,62)
Schonwald S, 1994 <sup>3</sup>	3 vs. 10	150	49 a.	Azitro vs. Roxitromicina	0,13 (0,03 – 0,59)
Kobayashi H, 1995 <sup>4</sup>	3 vs. 14	163	-	Azitro vs. Claritromicina	0,93 (0,58 -1,50)
O'Doherty B, 1998 <sup>5</sup>	3 vs. 10	203	51 a.	Azitro vs. Claritromicina	1,01 (0,56 – 1,83)
Leophonte P, 2002 <sup>6</sup>	5 vs. 10	244	64 a.	Ceftriaxona	0,90 (0,59 – 1,35)
Dunbar LM, 2003 <sup>7</sup>	5 vs. 10	528	54 a.	Levofloxacina	0,80 (0,62 – 1,03)
Leophonte P, 2004 <sup>8</sup>	7 vs. 10	320	54 a.	Gemiflo. vs. Amox/clav.	1,09 (0,72 – 1,65)
Rahav G, 2004 <sup>9</sup>	3 vs. 10	108	50 a.	Azitromicina vs. Múltiples	0,12 (0,02 – 0,99)
Tellier G, 2004 <sup>10</sup>	5 vs. 10	559	42 a.	Azitro vs. Claritromicina	0,94 (0,65 – 1,37)
<b>TOTAL</b>		<b>2.796</b>	<b>40-64</b>		<b>0,89 (0,46 – 1,43)</b>

<sup>1</sup>Schonwald S et al. *J Antimicrob Chemother* 1990;**25**(Suppl A):123–6. <sup>2</sup>Kinasewitz G et al. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1991;**10**:872–7.  
<sup>3</sup>Schonwald S et al. *Scand J Infect Dis* 1994;**26**:706–10. <sup>4</sup>Kobayashi H et al. *Jpn J Chemother* 1995;**43**:757–74.. <sup>5</sup>O'Doherty B et al. *J Clin Microbiol Infect Dis* 1998;**17**:822–33.. <sup>6</sup>Leophonte P et al. *Med Mal Infect* 2002;**32**:369–81. <sup>7</sup>Dunbar LM et al. *Clin Infect Dis* 2003;**37**:752–60. <sup>8</sup>Leophonte P et al. *Respir Med* 2004;**98**:708–20. <sup>9</sup>Rahav G et al. *Int J Antimicrob Agents* 2004;**24**:181–4. <sup>10</sup>Tellier G et al. *J Antimicrob Chemother* 2004;**54**:515–23.



#urgencias21



## Pautes antibiòtiques curtes a la sinusitis aguda

BJCP British Journal of Clinical Pharmacology

DOI:10.1111/j.1365-2125.2008.03306.x

### Effectiveness and safety of short vs. long duration of antibiotic therapy for acute bacterial sinusitis: a meta-analysis of randomized trials

Matthew E. Falagas,<sup>1,2,3</sup> Drosos E. Karageorgopoulos,<sup>1</sup> Alexandros P. Grammatikos<sup>4</sup> & Dimitrios K. Matthaïou<sup>1</sup>

#### Correspondence

Professor Matthew E. Falagas, MD, MSc, DSc, Alfa Institute of Biomedical Sciences (AIBS), 9 Neapoleos Street, 151 23, Marousi, Greece.  
Tel: + 30 69 4611 0000  
Fax: + 30 21 0683 9605  
E-mail: m.falagas@aibs.gr

#### Keywords

amoxicillin-clavulanate, azithromycin, cefixime, cefuroxime, faropenem, trimethoprim/sulfamethoxazole

#### Received

19 March 2008

#### Accepted

2 September 2008

#### Published Early View

19 December 2008

Els resultats d'aquesta meta-anàlisi indiquen clarament que una pauta curta és tan efectiva com una pauta llarga en casos de rinosinusitis aguda de suposada causa bacteriana.

## Pautes antibiòtiques curtes a la sinusitis aguda

### Pautes de 5 vs. 10 dies

Autor, any	Població vàlida per a l'anàlisi	Antibiòtic	Èxit pauta curta vs. llarga
Gehanno P, 2000 <sup>1</sup>	417 pacients ≥18 anys	Amox/à.clavulànic 500-125 mg/8 h	78,5% vs. 84,4%
Dubreuil C, 2001 <sup>2</sup>	401 pacients ≥18 anys	Cefuroxima axetil 250 mg/12 h	88,8% vs. 88,2%
Gehanno P, 2002 <sup>3</sup>	486 pacients ≥18 anys	Cefpodoxima 200 mg/12 h	95,4% vs. 91,2%
Roos K, 2002 <sup>4</sup>	335 pacients de 18 a 65 anys	Telitromicina 800 mg/d	91,1% vs. 91,0%
Sher LD, 2002 <sup>5</sup>	290 pacients ≥18 anys	Gatifloxacina 400 mg/d	74,4% vs. 79,5%
Luterman M, 2003 <sup>6</sup>	498 pacients ≥18 anys	Telitromicina 800 mg/d	75,3% vs. 72,9%
Gehanno P, 2004 <sup>7</sup>	1018 pacients de 18 a 70 anys	Cefotiam axetil 200 mg/12 h	88,7% vs. 88,6%

<sup>1</sup>Gehanno P et al. *Scand J Infect Dis* 2000;**32**:679–84. <sup>2</sup>Dubreuil C et al. *Med Mal Infect* 2001;**31**:61–9. <sup>3</sup>Gehanno P et al. *Med Mal Infect* 2002;**32**:662–77. <sup>4</sup>Roos K et al. *Chemotherapy* 2002;**48**:100–8. <sup>5</sup>Sher LD et al. *Clin Ther* 2002;**24**:269–81. <sup>6</sup>Luterman M et al. *Ear Nose Throat J* 2003;**82**:576–86. <sup>7</sup>Gehanno P et al. *Med Mal Infect* 2004;**34**:455–9.

## Pautes antibiòtiques curtes a la sinusitis aguda

### Altres pautes

Autor, any	Pauta	Població vàlida per a l'anàlisi	Antibiòtic	Èxit pauta curta vs. llarga
Ferguson BJ, 2002 <sup>1</sup>	5 vs. 7 dies	421 pacients ≥18 anys	Gemifloxacina 320 mg/d	87,3% vs. 86,9%
Upchurch J, 2006 <sup>2</sup>	7 vs. 10 dies	575 pacients ≥18 anys	Faroperem 300 mg/12 h	80,3% vs. 81,8%
Henry DC, 2003 <sup>3</sup>	3 vs. 6 dies	613 pacients ≥18 anys	Azitromicina 500 mg/d	71,7% vs. 73,4%
Pessey JJ, 1996 <sup>4</sup>	4 vs. 10 dies	165 pacients ≥18 anys	Cefixima 200 mg/12 h	87,5% vs. 90,6%
Williams JW, 1995 <sup>5</sup>	3 vs. 10 dies	80 pacients ≥18 anys	Cotrimoxazole 160-800 mg/12 h	76,9% vs. 75,7%

<sup>1</sup>Ferguson BJ et al. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;**127**:1–6. <sup>2</sup>Upchurch J et al. *Otolaryngol Haed Neck Sur* 2006;**135**:511–7. <sup>3</sup>Henry DC et al. *Antimicrob Agents Chemother* 2003;**47**:2770–4. <sup>4</sup>Pessey JJ et al. *Med Mal Infect* 1996;**26**:839–45. <sup>5</sup>Williams JW et al. *JAMA* 1995;**24**:1015–21.

#urgencias





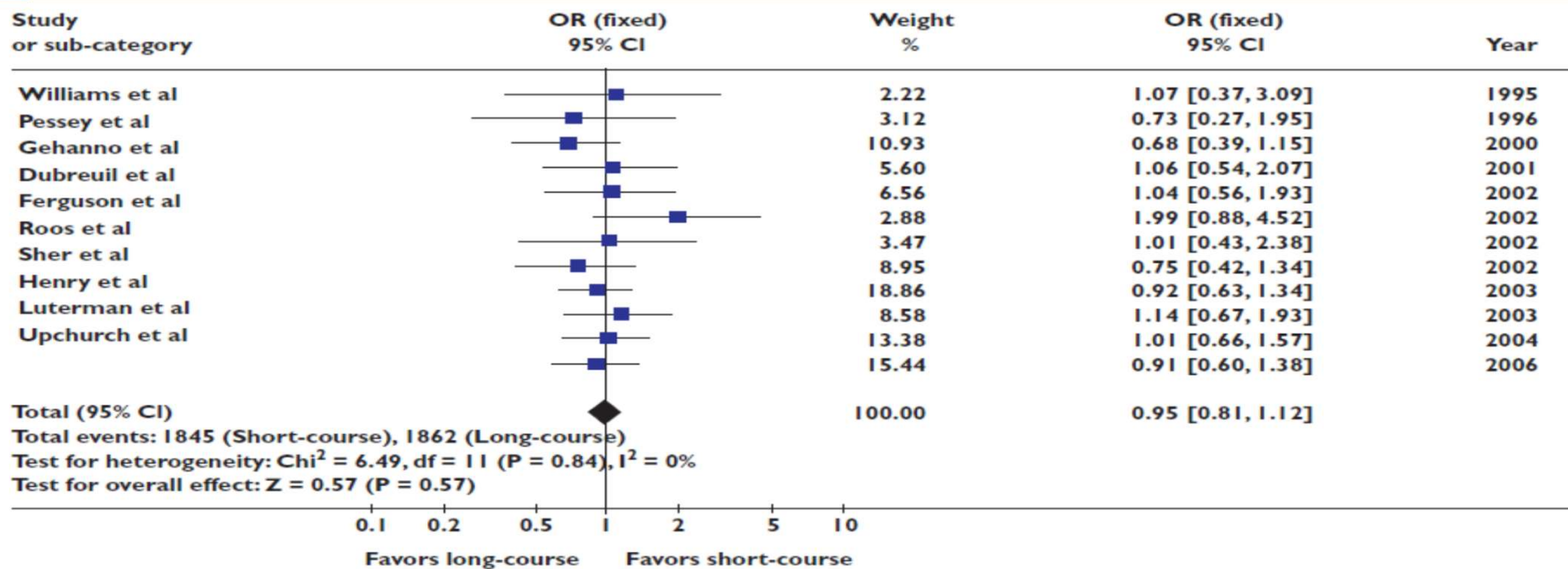


#urgencias



## Pautes antibiòtiques curtes a la sinusitis aguda

### Meta-anàlisi d'èxit clínic comparant pautes curtes i llargues del mateix antibiòtic



## Pautes antibiòtiques curtes a l'otitis mitjana aguda



Cochrane Database of Systematic Reviews

### Short-course antibiotics for acute otitis media (Review)

Kozyrskyj AL, Klassen TP, Moffatt M, Harvey K

#urgencias21



Resultat principal	Definició de pauta llarga	Nombre d'estudis	Nombre d'infants	RR pauta curta vs. llarga
Fracàs terapèutic en menors de 2 anys	≥ 48 hores de la pauta curta	5	570	1,09 (0,76 – 1,57)
Fracàs terapèutic en mes grans de 2 anys	≥ 48 hores de la pauta curta	6	1.064	0,85 (0,60 – 1,21)

## Pautes antibiòtiques curtes en les infeccions del tracte respiratori que cal recomanar

Patologia infecciosa	Tractament d'elecció*	Tractament en al·lèrgics als $\beta$ -lactàmics*
Bronquitis aguda i EA-MPOC sense purulència	Simptomàtic	Simptomàtic
EA-MPOC amb augment de esput purulent	Amoxicil·lina i àcid clavulànic 500-875/125 mg/8 h/5 d	Levofloxacina 500 mg/d/5 d
EA-MPOC amb risc d'infecció per <i>Pseudomonas</i>	Ciprofloxacina 750 mg/12 h/10 d, o levofloxacina 500 mg/12 h/10 d	El mateix
Pneumònia en adults	Amoxicil·lina 1 g/8 h/5 d.	Levofloxacina 500 mg/d/5 d
Pneumònia en $\geq 65$ anys i institucionalitzats	Amoxicil·lina i àcid clavulànic 875/125 mg/8 h/5 d	Levofloxacina 500 mg/d/5 d
Rinosinusitis bacteriana aguda	Amoxicil·lina 500 mg/8 h/5 d	Levofloxacina 500 mg/d/5 d

EA-MPOC: Exacerbació aguda de la malaltia pulmonar obstructiva crònica

\*Si la situació clínica del pacient no millora en els primers 3 dies, cal ampliar la durada del tractament o re-avaluar el pacient

#urgenc

CAMF  
Comitè Català de  
Família i Comunitat

semF  
Sociedad Española de  
de Familia y Com

# Pautas antibiòticas cortas en faringitis estreptocòccica????

## Pautas de 5 vs. 10 dies

Autor, any	Població vàlida per a l'anàlisi	Resultats (durada curta vs. llarga)
Hansen JG, 1983 <sup>1</sup>	102 pacients (infants i adults)	El tractament va ser efectiu en un 75% i un 82% (NS) Més recurrències clíniques en pauta curta
Gerber MA, 1987 <sup>2</sup>	172 pacients (73 vs. 99) de 3 a 25 anys	Fracassos simptomàtics observats en un 11% i un 5% (NS) Recurrències en 18 i un 6% en el seguiment (4-5 o 14-21 dies després d'acabar l'antibiòtic; $p < 0,05$ )
Stromberg A, 1988 <sup>3</sup>	137 pacients (67 vs. 70) $\geq 7$ anys	Símptomes presents en 17,9% vs. 5,7% una setmana després d'acabar el tractament antibiòtic ( $p < 0,05$ ) Recurrències presents en 55% vs. 24% als 2 mesos ( $p < 0,001$ )

<sup>1</sup>Hansen JG et al. *Practitioner* 1983;227:937-48. <sup>2</sup>Gerber MA et al. *Am J Dis Child* 1987;141:224-7. <sup>3</sup>Stromberg A et al. *Scand J Infect Dis* 1988;20:37-46.

#urgencias21



semFYC  
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

## Pautes antibiòtiques curtes a la faringitis estreptocòccica

### Altres pautes

Autor, any	Població vàlida per a l'anàlisi	Resultats (durada curta vs. llarga)
<b>Pautes de 7 vs. 10 dies</b>		
Schwartz RH, 1981 <sup>1</sup>	191 pacients (96 vs. 95) d'1 a 18 anys	Recurrències en un 23% i 12% (p<0,05) Fracassos bacteriològics: 31% i 18% (p<0,05)
<b>Pautes de 3 vs. 7 dies</b>		
Zwart S, 2000 <sup>2</sup>	384 pacients (194 vs. 190) de 15 a 60 anys	Els símptomes es resolgueren 1,9 dies abans amb la pauta de 7 dies (p<0,001). Eradicació microbiològica: 41% i 72% (p<0,05)
Zwart S, 2003 <sup>3</sup>	100 pacients (54 vs. 46) de 5 a 15 anys	Durada de mal de gola similar (4,6 vs. 3,8 dies) Eradicació microbiològica: 35% i 68% (p<0,01)

<sup>1</sup>Schwartz RH et al. *JAMA* 1981;246:1790-5. <sup>2</sup>Zwart S et al. *BMJ* 2000;320:150-4. <sup>3</sup>Zwart S et al. *BMJ* 2003;327:1324.