



Mayo 2026

Grupo de Trabajo de Infecciones Respiratorias

Revisora

Teresa de Jesús Reinoso Lozano

Referencia del artículo

Diego Vall P, Hernández Bou S, Ríos Barnes M, Velasco Arnaiz E, Pereira Martínez L, Luaces Cubells C, Trenchs Sainz de la Maza V. Short-course vs long-course antibiotic treatment for paediatric patients with uncomplicated community-acquired pneumonia. *Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed)*. 2026 Apr;44(4):503141. doi: 10.1016/j.eimce.2026.503141. Epub 2026 Mar 26. PMID: 41896103.

Pregunta y tipo de estudio

Tras la implementación de los nuevos protocolos de duración corta (5 días) de la antibioterapia empírica ambulatoria de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC), ¿se ha detectado una mayor tasa de fracaso terapéutico en su tratamiento?

Estudio quasi-experimental unicéntrico de cohortes históricas realizado en el Hospital San Juan de Dios, Barcelona.

Resumen

Pacientes y métodos:

Población:

- Niños de 6 meses a 18 años atendidos en urgencias pediátricas y con diagnóstico clínico-radiológico de NAC no complicada (NAC-NC) tratada ambulatoriamente con amoxicilina 80-90 mg/kg/día/8 horas. El grupo 1 (pre-intervención) fueron pacientes atendidos entre enero-junio 2022, en los que se aplicó el protocolo de pauta larga (7-10 días) y el grupo 2 (post-intervención) fueron pacientes atendidos entre enero-junio 2024, en los que se aplicó la pauta corta (5 días).
- Se excluyeron pacientes que tuvieran comorbilidad significativa o diagnósticos concomitantes que pudieran alterar la evolución; antibioterapia iniciada previa a la consulta a urgencias, pobre adherencia al tratamiento y necesidad de ingreso o cambio de tratamiento antes de completar la pauta de amoxicilina.

Métodos:

- Se realizó una intervención formativa del grupo PROA en distintas fases, para garantizar la formación completa y continuada del personal clínico. Se consiguió una adherencia al protocolo de pauta corta del 61%.
- Se realizó registro de las historias clínicas electrónicas de los pacientes seleccionados.
- La neumonía se definió como la presencia de fiebre + tos/distrés respiratorio + confirmación radiológica (ecografía pulmonar o radiología que a las 24-72 horas era revisada por radiólogo, sin interferencia en la pauta de antibioterapia), y la neumonía no complicada como la ausencia de derrame pleural, neumonía necrosante, absceso pulmonar y/o fístula broncopulmonar.
- El fracaso terapéutico se definió como uno o más de los siguientes durante los 30 días siguientes a finalizar el tratamiento: cambio de antibioterapia, ingreso hospitalario o recaída.

Resultados:

- De los 607 pacientes diagnosticados de NAC-NC, 116 no cumplían criterios de inclusión, por lo que la muestra final fue de 491 casos: 194 para el grupo 1 y 297 para el grupo 2.
- En las variables clínico demográficas, el grupo 1 presentó mayor proporción de pacientes menores de 60 meses, y el grupo 2, una mayor confirmación por radiólogo del diagnóstico de NAC.
- 83/491 (16.9%) pacientes reconsultaron por fiebre o síntomas respiratorios, siendo las reconsultas más frecuentes en el grupo 1 (22.2% vs 13.5%, $p = 0.012$).
- El fracaso terapéutico se identificó en 17/83 de estos pacientes (20.5%), sin diferencias significativas entre grupos (2.1% grupo 1 vs 4.4% grupo 2, $p = 0.171$), siendo la recaída el motivo más frecuente de fracaso en ambos grupos (4/4, 100% en grupo 1 y 8/13, 61.5% en grupo 2). No hubo ingresos en ninguno de los dos grupos.
- Se realizó un subanálisis en 286 pacientes menores de 60 meses, sin objetivarse diferencias en el fracaso terapéutico entre los grupos (2.6% grupo 1 vs 4.6% grupo 2, $p = 0.275$).
- Se realizó un subanálisis en 199 pacientes con confirmación por radiólogo del diagnóstico de neumonía, sin encontrar tampoco diferencias en el fracaso terapéutico entre los grupos (3.8% grupo 1 vs 2.5% grupo 2; $p = 0.683$).

Comentario del revisor: qué aporta e implicaciones clínicas y de investigación

Este estudio aporta datos de práctica clínica real sobre la implementación de pautas cortas de amoxicilina (5 días) en el tratamiento ambulatorio de la neumonía adquirida en la comunidad no complicada (NAC-NC) en pediatría. Sus resultados son coherentes con los publicados previamente en ensayos clínicos como SCOUT-CAP, SAFER o CAP-IT, que apoyan la no inferioridad de pautas más cortas frente a los tratamientos tradicionales de 7-10 días en determinados escenarios clínicos seleccionados.

Entre los aspectos de interés, destacan que el trabajo se desarrolla fuera del contexto altamente controlado del ensayo clínico, y que incluye un rango etario más amplio (6 meses – 18 años) que la mayoría de ensayos, lo que refleja mejor la práctica clínica habitual. Además, el estudio muestra el

impacto de una intervención PROA estructurada sobre la prescripción antibiótica, aspecto especialmente relevante en el contexto actual de optimización del uso de antimicrobianos.

Sin embargo, el estudio presenta limitaciones metodológicas importantes que obligan a interpretar sus conclusiones con cautela. En primer lugar, se trata de un estudio retrospectivo, unicéntrico y con controles históricos, comparando dos temporadas epidemiológicas potencialmente diferentes. Concretamente, el periodo postintervención coincidió con el aumento de circulación de *Mycoplasma pneumoniae* en España durante 2024, circunstancia que podría haber modificado tanto la epidemiología como la respuesta clínica de los pacientes incluidos.

Además, no se realizó un estudio etiológico microbiológico sistemático. Este aspecto es especialmente relevante en el caso de las neumonías pediátricas, ya que una proporción significativa de los cuadros, sobre todo, en menores de 5 años, tienen un origen viral. De hecho, el grupo tratado con pauta larga incluía una proporción significativamente mayor de menores de 60 meses, lo que probablemente implica una mayor carga de infecciones virales en dicho grupo. Este sesgo podría implicar que se hubieran tratado con antibiótico procesos potencialmente autolimitados, haciendo más difícil extraer conclusiones sólidas sobre la verdadera eficacia de las pautas cortas en neumonías bacterianas auténticas. De hecho, tras la confirmación por radiólogo del diagnóstico de neumonía, la tendencia de fracaso terapéutico parecía invertirse (3.8% vs 2.5%)

Este sería uno de los principales riesgos de extrapolar estos resultados, junto con los de otros estudios similares: asumir que la duración corta del tratamiento antibiótico es aplicable en cualquier neumonía pediátrica. Aunque probablemente esto sea cierto en cuadros leves, o indiferente en el caso de los cuadros de etiología viral, se mantiene la incertidumbre sobre si estas pautas son efectivas en las neumonías causadas verdaderamente por bacterias más virulentas, particularmente, determinados serotipos de neumococo.

Otro aspecto metodológico relevante es la ausencia de una justificación formal del tamaño muestral y del margen de no inferioridad asumido. Aunque la tasa de fracaso terapéutico observada fue baja y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos (2.1% vs 4.4%), la tendencia numérica hacia un mayor fracaso en el grupo de pauta corta merece atención, ya que es difícil valorar la robustez de esta ausencia de significación sin conocer la potencia estadística prevista ni el tamaño muestral calculado inicialmente. Por otra parte, no está definido el margen de no inferioridad aceptable: ensayos como SAFER proponían márgenes de no inferioridad cercanos al 7.5%, probablemente aceptables en escenarios donde los eventos adversos son leves y existe fácil acceso sanitario para reevaluación, aunque sigue siendo debatible si dichos márgenes son clínicamente demasiado amplios.

También llama la atención el hecho de que, a pesar de una intervención PROA aparentemente bien estructurada, la adherencia a la pauta corta fuera únicamente del 61%. El estudio no analiza las razones por las que cerca del 40% de los pacientes del periodo postintervención no recibieron la pauta corta. Esto podría introducir un sesgo de selección relevante, especialmente si los clínicos reservaron pautas largas para pacientes percibidos como más graves o con peor evolución esperada.

El trabajo refleja además las dificultades diagnósticas habituales en la NAC-NC pediátrica. Aproximadamente el 30% de las radiografías inicialmente interpretadas como neumonía no fueron confirmadas posteriormente por radiología, reforzando la importante variabilidad diagnóstica ya descrita en la literatura. Este hallazgo vuelve a poner de manifiesto la complejidad de estudiar la

duración óptima del tratamiento antibiótico cuando el propio diagnóstico de neumonía bacteriana presenta limitaciones significativas.

Por tanto, aunque este estudio contribuye a consolidar la tendencia actual hacia tratamiento antibióticos más cortos y aporta información útil sobre implementación en la práctica clínica real, sus resultados deben interpretarse con prudencia y no sustituyen la necesidad de estudios multicéntricos, prospectivos y con mejor caracterización etiológica. Probablemente el principal valor del trabajo reside, precisamente, en mostrar la dificultad de trasladar a la práctica clínica cotidiana los resultados de los ensayos clínicos.

Finalmente, este artículo abre varias preguntas de interés para futuras líneas de investigación: ¿serían los resultados equivalentes en cohortes con confirmación microbiológica bacteriana? ¿Cambiarían las conclusiones en estudios multicéntricos con temporadas epidemiológicamente comparables? ¿Qué características clínicas llevaron a mantener pautas largas pese a la implementación del protocolo de pauta corta? ¿Cuál es el margen de no inferioridad clínicamente aceptable en infecciones potencialmente bacterianas en pediatría? Estas cuestiones siguen siendo clave antes de generalizar de forma amplia estrategias de pauta corta en la NAC pediátrica.