

# EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA

Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas  
[www.evidenciasenpediatria.es](http://www.evidenciasenpediatria.es)

## Editorial

### Prescripción diferida en atención primaria pediátrica. Cuando la solución puede estar en la evolución

García Vera C

*Pediatra. CS José Ramón Muñoz Fernández. Zaragoza. España. Representante de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) en los grupos de trabajo del Plan Nacional de Resistencias a Antibióticos (PRAN).*

Correspondencia: César García Vera, [cgarciavera@gmail.com](mailto:cgarciavera@gmail.com)

---

Fecha de recepción: 5 de septiembre de 2022 • Fecha de aceptación: 19 de septiembre de 2022  
Fecha de publicación del artículo: 28 de septiembre de 2022

---

Evid Pediatr. 2022;18:29.

#### CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

García Vera C. Prescripción diferida en atención primaria pediátrica. Cuando la solución puede estar en la evolución. Evid Pediatr. 2021;18:29.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín de novedades en  
<http://www.evidenciasenpediatria.es>

---

Este artículo está disponible en: <http://www.evidenciasenpediatria.es/EnlaceArticulo?ref=2022;18:29>.

©2005-22 • ISSN: 1885-7388

# Prescripción diferida en atención primaria pediátrica. Cuando la solución puede estar en la evolución

García Vera C

*Pediatra. CS José Ramón Muñoz Fernández. Zaragoza. España. Representante de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) en los grupos de trabajo del Plan Nacional de Resistencias a Antibióticos (PRAN).*

Correspondencia: César García Vera, [cgarciavera@gmail.com](mailto:cgarciavera@gmail.com)

Sin duda, uno de los grandes hitos de la medicina tiene lugar con el descubrimiento y el desarrollo de la antibioterapia. Sin embargo, hoy en día no podemos enfocar la planificación de la mayoría de las terapias antimicrobianas sin considerar que se generen las menores resistencias posibles. Es una de las prioridades sanitarias en la Unión Europea, que invitó a los países miembros a que desarrollaran planes nacionales para prevenirlas, evitar su desarrollo y, en la medida de lo posible, revertirlas.

Una mejor selección de los procesos que realmente necesitan tratamiento antimicrobiano y su mayor adecuación se hacen imprescindibles en el desarrollo de los programas de optimización de su uso. En España, el Plan Nacional de Resistencias a Antibióticos (PRAN)<sup>1</sup> incluye el desarrollo de la prescripción antibiótica diferida (PAD) en pediatría, entre las medidas recomendadas (“Disminuir el tratamiento antibiótico de la otitis media aguda considerando la pauta de tratamiento analgésico exclusivo durante 48 horas, en determinados casos, y la prescripción diferida condicionada a la evolución y/o la reevaluación”). Se entiende por PAD aquella que se realiza junto a la recomendación al paciente o a su cuidador de que valore la evolución en los días inmediatos antes de comprarla y administrarla. Solo se ejecutaría si la evolución es insatisfactoria. Su uso se propuso inicialmente a finales de la década de 1980 en adultos en países anglosajones al constatar que contribuía a una disminución del uso de antibióticos, sin merma de las tasas de curación ni aumento de complicaciones, y a un obvio descenso de los efectos secundarios, incluida la generación de resistencias. El primer estudio realizado en España corroboró estos hallazgos<sup>2</sup>.

Su utilidad en niños pasa por una buena selección de los casos a los que se proponga. Muchos episodios de otitis media aguda (OMA) o de rinosinusitis pediátricos cumplirían criterios para ponerla en práctica, así como algún caso de faringoamigdalitis (imposibilidad de realización de prueba rápida diagnóstica). Se trataría de casos cuyo diagnóstico puede ser impreciso y sin soporte de pruebas de imagen o de laboratorio.

Ofrece dos ventajas claras condicionadas a la fiabilidad de los pacientes (tutores) a los que se transmite la responsabilidad de la decisión. La primera es que tanto el facultativo como el paciente tienen la seguridad de que se cubre mejor la eventualidad de que empeore. La segunda, muy importante en

atención primaria, la intervención educativa que exige para que el paciente o sus cuidadores aprendan a experimentar la posible resolución espontánea de su proceso (hasta en el 80% de OMA) y la utilidad real de los antimicrobianos.

Los escasos estudios pediátricos sobre la práctica de la PAD en infecciones respiratorias de vías altas parecen dar solidez a la propuesta de su amplia utilización, principalmente en OMA y rinosinusitis. El estudio observacional, que es valorado críticamente en este número<sup>3</sup>, muestra que en pocos casos de OMA pediátrica (16,8% sobre 1390 episodios, frente al 67,6% de casos de prescripción inmediata) se ofreció PAD, y que en estos casos se llegó a dispensar finalmente en un 54,3%. Un ensayo multicéntrico en población pediátrica en nuestro país, que no solo contempla OMA (también rinosinusitis, faringitis y bronquitis/bronquiolitis), entre los años 2012 a 2016, mostró que la PDA en esos procesos no presenta diferencias frente a la inmediata o a la no prescripción en cuanto a duración o gravedad de los síntomas, ni aparición de complicaciones<sup>4</sup>. En este estudio, la PAD se concretó finalmente en la utilización del antibiótico en el 25,3% de casos, dato similar (29,9%) al de una revisión Cochrane sobre su utilidad en infecciones respiratorias<sup>5</sup>. Además, en el estudio español, la satisfacción de los padres/cuidadores con todo el proceso fue muy o extremadamente alta en el 95,7% de casos de PAD frente al 91,2% de prescripción inmediata.

Parece, dada la elevada resolución espontánea en OMA, que un alto porcentaje de casos podrían resolverse utilizando la PAD en lugar de la inmediata, sin mayor duración de síntomas y a igualdad de complicaciones. Esta debe estar siempre condicionada a la fiabilidad de los cuidadores, explicar la posible evolución (incluso información escrita) y los supuestos en que sería recomendable iniciar terapia antibiótica asociando la prescripción, contribuiría a su uso juicioso. Y, por tanto, a prevenir y revertir la aparición de resistencia a antimicrobianos.

Los profesionales de AP deberíamos conocer que con la “horizontalización” del conocimiento, que han supuesto las nuevas tecnologías, no debemos situarnos en ningún púlpito dictando lo que nuestros pacientes tienen que hacer. Debemos asesorar con objeto de educar a la población en su mejor salud. El empoderamiento a los padres de nuestros pacientes para su mejor cuidado es también un efecto positivo de la PDA.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Plan Nacional de Resistencia a Antibióticos (PRAN). 2017 [en línea] [consultado el 01/08/2022]. Disponible en: [www.resistenciaantibioticos.es/es/system/files/content\\_images/objetivos\\_de\\_mejora\\_prioritarios\\_ap\\_pediatria.pdf](http://www.resistenciaantibioticos.es/es/system/files/content_images/objetivos_de_mejora_prioritarios_ap_pediatria.pdf)
2. Llor C, Hernández Anadón S, Calviño Domínguez O, Moragas Moreno A. Prescripción diferida de antibióticos en España. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:76.
3. García Ventura M, García Vera C, Ruiz-Canela Cáceres J. Abordaje terapéutico de la otitis media aguda en atención primaria de un área urbana. Evaluación de la prescripción diferida de antibióticos. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2021;23: S1695-4033(21)00013-8.
4. Mas-Dalmau G, Villanueva López C, Gorrotxategi Gorrotxategi P, Argüelles Prendes E, Espinazo Ramos O, Valls Duran T, et al. DAP PEDIATRICS GROUP. Delayed Antibiotic Prescription for Children With Respiratory Infections: A Randomized Trial. *Pediatrics*. 2021;147:e20201323.
5. Spurling GKP, Del Mar CB, Dooley I, Clark J, Askew DA. Delayed antibiotic prescriptions for respiratory infections. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Sep 7;9:CD004417.