

Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) (novembre-dicembre 2020)

Il CDSR è il database della Cochrane Library che contiene le revisioni sistematiche (RS) originali prodotte dalla Cochrane Collaboration. L'accesso a questa banca dati è a pagamento per il full text, gratuito per gli abstracts (con motore di ricerca). L'elenco completo delle nuove RS e di quelle aggiornate è disponibile su internet. Di seguito è riportato l'elenco delle nuove revisioni di area pediatrica di novembre e dicembre 2020. La selezione è stata realizzata dalla redazione della newsletter pediatrica. Cliccando sul titolo si viene indirizzati all'abstract completo disponibile in MEDLINE, la banca dati governativa americana, o presso la Cochrane Library. Di alcune revisioni vi offriamo la traduzione italiana delle conclusioni degli autori.

Revisioni sistematiche nuove o aggiornate di area pediatrica novembre-dicembre 2020 (Issue 11-12, 2020)

1. Paediatric formulations of artemisinin-based combination therapies for treating uncomplicated malaria in children
2. Individualized versus standard diet fortification for growth and development in preterm infants receiving human milk
3. Magnesium sulphate for treating acute bronchiolitis in children up to two years of age
4. Comparison of different protein concentrations of human milk fortifier for promoting growth and neurological development in preterm infants
5. Non-pharmacological care for opioid withdrawal in newborns
6. Early full enteral feeding for preterm or low birth weight infants
7. Continuous glucose monitoring for the prevention of morbidity and mortality in preterm infants
8. Early treatment versus expectant management of hemodynamically significant patent ductus arteriosus for preterm infants
9. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth
10. Effects of oral vitamin D supplementation on linear growth and other health outcomes among children under five years of age
11. Antenatal interventions for preventing stillbirth, fetal loss and perinatal death: an overview of Cochrane systematic reviews
12. Band ligation versus sclerotherapy for primary prophylaxis of oesophageal variceal bleeding in children with chronic liver disease or portal vein thrombosis
13. Mechanically assisted walking training for walking, participation, and quality of life in children with cerebral palsy
14. Probiotics for treating acute infectious diarrhoea
15. Pit and fissure sealants versus fluoride varnishes for preventing dental decay in the permanent teeth of children and adolescents
16. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents
17. Rufinamide add-on therapy for drug-resistant epilepsy
18. Vitamin D supplementation for term breastfed infants to pre-

vent vitamin D deficiency and improve bone health

19. Respiratory muscle training for cystic fibrosis
20. Pneumococcal conjugate vaccines for preventing acute otitis media in children
21. Fluorescence devices for the detection of dental caries
22. Corrector therapies (with or without potentiators) for people with cystic fibrosis with class II CFTR gene variants (most commonly F508del)
23. Thoracic imaging tests for the diagnosis of COVID-19
24. Measures implemented in the school setting to contain the COVID-19 pandemic: a rapid scoping review
25. Gene therapy for sickle cell disease
26. Routine laboratory testing to determine if a patient has COVID-19
27. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses

Tecniche di imaging del torace per la diagnosi di COVID-19

Islam N. et al.

Thoracic imaging tests for the diagnosis of COVID-19

The Cochrane Library, 2020

Nella presente revisione sono stati inclusi 34 studi: 30 erano studi trasversali con 8.491 partecipanti sospettati di COVID-19, di cui 4.575 (54%) avevano una diagnosi finale di COVID-19; quattro erano studi caso-controllo con 848 casi e controlli in totale, di cui 464 (55%) avevano una diagnosi finale di COVID-19. La TC del torace è stata valutata in 31 studi [8.014 partecipanti, 4.224 (53%) casi], la radiografia del torace in 3 studi [1.243 partecipanti, 784 (63%) casi] e l'ecografia dei polmoni in 1 studio [100 partecipanti, 31 (31%) casi]. Il 26% di tutti gli studi (9/34) era disponibile solo come preprint. Sono stati condotti 19 studi in Asia, 10 in Europa, 4 in Nord America e 1 in Australia. 16 studi includevano solo adulti, 15 studi includevano adulti e bambini e 1 includeva solo bambini. 2 studi non hanno riportato l'età dei partecipanti. 24 studi includevano pazienti ricoverati, 4 studi includevano pazienti ambulatoriali, mentre i restanti 6 studi sono stati condotti in contesti poco chiari. La maggior parte degli studi inclusi presentava un rischio elevato o poco chiaro di bias rispetto alla selezione dei partecipanti, al test di riferimento, allo standard di riferimento e al flusso dei partecipanti. Per la TC del torace in soggetti sospetti di COVID-19 [31 studi, 8014 partecipanti, 4.224 (53%) casi] la sensibilità variava dal 57.4% al 100% e la specificità variava dallo 0% al 96.0%. La sensibilità aggregata della TC del torace nei partecipanti sospetti di COVID-19 era dell'89.9% (IC 95% 85.7, 92.9) e la specificità aggregata era del 61.1% (IC 95% 42.3, 77.1). Le analisi di sensibilità hanno mostrato che quando sono stati esclusi gli studi dalla Cina, i trial di altri paesi hanno dimostrato una specificità più elevata rispetto agli studi inclusi nel complesso. Quando gli studi che non classificavano i test indice come positivi o negativi per COVID-19 sono stati esclusi,

gli studi rimanenti hanno dimostrato una specificità maggiore rispetto agli studi inclusi in toto. Le analisi di sensibilità limitate a studi trasversali o studi in cui sono stati condotti almeno due test di reazione a catena della polimerasi della trascrittasi inversa (RT-PCR) se il primo era negativo, non hanno alterato sostanzialmente le stime di accuratezza. Non abbiamo identificato lo stato di pubblicazione come fonte di eterogeneità. Per la radiografia del torace in sospetti partecipanti a COVID-19 [3 studi, 1.243 partecipanti, 784 (63%) casi] la sensibilità variava dal 56.9% al 89.0% e la specificità dal 11.1% al 88.9%. La sensibilità e la specificità dell'ecografia dei polmoni nei partecipanti sospetti di COVID-19 [1 studio, 100 partecipanti, 31 (31%) casi] erano rispettivamente del 96.8% e del 62.3%. Non è stato possibile eseguire una metanalisi per la radiografia del torace o l'ecografia a causa del numero limitato di studi inclusi.

Conclusioni degli autori

I nostri risultati indicano che la TC del torace è sensibile e moderatamente specifica per la diagnosi di COVID-19 nei pazienti sospetti, il che significa che la TC può avere una capacità limitata nel differenziare l'infezione da SARS-CoV-2 da altre cause di malattie respiratorie. Tuttavia, a causa della scarsa qualità degli studi e dell'eterogeneità degli studi inclusi non possiamo avere molta fiducia in questi risultati. A causa dei dati limitati, le stime di accuratezza della radiografia del torace e dell'ecografia dei polmoni per la diagnosi di casi sospetti di COVID-19 devono essere interpretate attentamente. Futuri studi sull'accuratezza diagnostica dovrebbero predefinire risultati di imaging positivi, includere confronti diretti delle varie modalità di interesse sulla stessa popolazione partecipante e implementare migliori pratiche di reporting. Gli aggiornamenti pianificati di questa revisione mireranno ad aumentare la precisione intorno alle stime di accuratezza per la TC del torace (idealmente con basso rischio di bias), ottenere ulteriori dati per fornire informazioni sull'accuratezza dei raggi X del torace e degli ultrasuoni, e ottenere dati per soddisfare ulteriormente gli obiettivi secondari (ad es. effetti di "soglia", confrontando le stime di accuratezza tra diverse modalità di imaging) al fine di definire l'utilità dell'imaging lungo i diversi percorsi diagnostici.

Misure realizzate in ambito scolastico per contenere la pandemia COVID-19: una revisione rapida

Krishnaratne S. et al.

Measures implemented in the school setting to contain the COVID-19 pandemic: a rapid scoping review

The Cochrane Library, 2020

Sono stati inclusi 42 studi che hanno valutato le misure attuate nell'ambiente scolastico. La maggior parte degli studi utilizzava processi di modellazione matematica (n = 31), mentre 9 studi utilizzavano modelli osservazionali e 2 studi utilizzavano modelli sperimentali o quasi sperimentali. Gli studi sono stati condotti in contesti del mondo reale o utilizzando dati reali focalizzati sulla regione europea dell'OMS (EUR; n = 20), la regione dell'OMS delle Americhe (AMR; n = 13), la regione del Pacifico occidentale (WPR; n = 6) e la regione del Mediterraneo orientale

dell'OMS (EMR; n = 1). Uno studio ha condotto una valutazione globale e uno non ha riportato dati da, o applicabili a, un paese specifico. Dagli studi inclusi sono emerse tre ampie categorie di intervento: misure organizzative per ridurre la trasmissione di SARS-CoV-2 (n = 36), misure strutturali/ambientali per ridurre la trasmissione di SARS-CoV-2 (n = 11) e misure di sorveglianza e risposta per rilevare le infezioni da SARS-CoV-2 (n = 19). La maggior parte degli studi ha valutato i risultati relativi alla trasmissione di SARS-CoV-2 (n = 29), mentre altri hanno valutato l'utilizzo dell'assistenza sanitaria (n = 8), altri risultati sulla salute (n = 3) e risultati sociali, economici ed ecologici (n = 5). Gli studi hanno valutato sia le conseguenze dannose che quelle benefiche in tutte le categorie di risultati.

Conclusioni degli autori

Sono state identificate prove eterogenee e complesse delle misure attuate nell'ambiente scolastico. Questa revisione è un primo passo importante nella comprensione delle prove disponibili e indirizzerà lo sviluppo di revisioni rapide su questo argomento. Sebbene questa revisione non si prefigga di rispondere alla domanda su quali misure scolastiche siano efficaci nel ridurre la trasmissione all'interno e all'esterno dell'ambiente scolastico, fornisce una panoramica sistematica del corpo della letteratura per quanto riguarda tipi di studio, popolazioni, interventi, contesti e risultati. In una fase successiva sarà programmata l'esecuzione di una sintesi completa delle prove sulla base dei risultati più informativi, utile per i responsabili delle decisioni, sia che si tratti dell'intero corpo delle prove o di un sottoinsieme specifico. Indipendentemente dalla domanda specifica, ci saranno alcune questioni e sfide che accompagneranno la sintesi di questo gruppo di prove che dovranno essere considerate in futuro. Questi problemi sono legati sia al volume di prove esistenti sia alla natura dinamica della pandemia SARS-CoV-2. Al fine di fornire una panoramica delle prove in questa fase, abbiamo mappato ogni studio rispetto a una serie di interventi. Per alcune categorie di interventi, ad es. misure per rendere i contatti più sicuri, potrebbero essere stati implementati più interventi specifici: politiche sulle mascherine, politiche sull'igiene delle mani, ecc. Sebbene non le abbiamo separate completamente per gli specifici interventi e per le componenti individuali in questi casi, lo faremo in occasione della prossima revisione. Per quanto riguarda la base di prove identificate, la maggior parte degli studi sono studi di modellazione matematica e la misura in cui questi possono approssimare o definire il mondo reale è molto variabile. Molti degli studi di modellazione inclusi, ad esempio, hanno valutato un'ipotetica riduzione dei contatti per imitare un intervento implementato in un ambiente scolastico; tuttavia, la questione di come una tale riduzione dei contatti possa essere realizzata nella vita reale rimane irrisolta. Inoltre, la qualità degli studi di modellazione inclusi varia notevolmente. Come determinare quali tipi di studi di modellazione sono più informativi, nonché come valutarli, riassumerli e sintetizzarli in modo significativo richiederà un'attenta considerazione. Anche l'inclusione e la sintesi di studi osservazionali, sebbene molto più vicini al "mondo reale" nella progettazione e nella condotta, sono soggetti a sfide. Tali studi sono spesso di natura descrittiva; sebbene questi possano essere informativi nel descrivere la situazione mentre si sviluppa, potrebbero non consentire di trarre conclusioni sull'efficacia di una particolare misura. Gli studi sperimentali e quasi speri-

mentali rappresentano un'opzione forte per valutare l'efficacia di tali misure a livello di popolazione, tuttavia, data la difficoltà di progettare e condurre tali studi durante una pandemia in corso, solo pochi sono stati condotti fino ad oggi. Per quanto riguarda le lacune individuate, sarebbe opportuno ampliare il numero e le tipologie di database ricercati. La sorprendente mancanza di prove da aree geografiche specifiche indica chiaramente la presenza di database con diversi ambiti geografici [ad es. letteratura biomedica cinese (CBM), letteratura latinoamericana e caraibica (LILACS)]. Per quanto riguarda il numero limitato di risultati sociali, educativi, economici ed ecologici che abbiamo riscontrato, sarebbe utile aggiungere database specifici per argomento (ad esempio EconLit, Scopus o PsycINFO). Considerando la percentuale relativamente alta di studi individuati attraverso lo snowballing, si raccomanda inoltre vivamente di condurre ricerche approfondite nella letteratura supplementare o grigia. Inoltre, poiché le domande rilevanti per i responsabili delle decisioni cambiano, la ricerca condotta probabilmente cambierà per riflettere questa esigenza mutevole nel tempo. Prendendo come esempio gli studi sperimentali e quasi sperimentali: mentre solo pochi sono attualmente disponibili, poiché più scuole mirano ad aprire in sicurezza e rimanere aperte, è probabile che saranno disponibili più studi di questo tipo. Ciò evidenzia l'importanza di sintesi rapide delle prove che possono fornire risposte in un lasso di tempo compresso, ma anche rimanere aggiornate, sia attraverso frequenti aggiornamenti sia attraverso la conduzione di una sintesi di prove viventi.

Implicazioni per la ricerca e la pratica

C'è un urgente bisogno di ricerca empirica per valutare l'efficacia delle misure per ridurre i contatti e per rendere i contatti più sicuri all'interno dell'ambiente scolastico. Sebbene gli studi di modellizzazione forniscano informazioni sul potenziale effetto della riduzione dei contatti, non forniscono prove nel mondo reale su come questo possa essere ottenuto e sulle molteplici conseguenze per la salute e per la società. Abbiamo accennato al contesto e all'implementazione come fattori influenti. Riteniamo, tuttavia, che la valutazione sistematica di questi studi potrebbe portare a intuizioni significative che dovrebbero essere prese in considerazione dai responsabili delle decisioni. Ci sono anche sfide legate alla conduzione di ricerche di alta qualità durante una pandemia. La pandemia è di natura dinamica con significative variazioni temporali e geografiche, con la situazione tra e all'interno dei paesi, ma anche all'interno di diverse regioni, città e potenzialmente anche quartieri, che cambia rapidamente e in modo imprevedibile. Le circostanze specifiche in cui viene condotta la ricerca, ad esempio gli attuali livelli di trasmissione e co-interventi attivi, sono fondamentali per determinare quali misure funzionano. Questa natura dinamica implica anche che le attuali questioni di rilevanza per i decisori potrebbero cambiare nei prossimi mesi. Il modo in cui le vaccinazioni influenzano le misure più appropriate nelle scuole, ad esempio, non è attualmente in discussione; tuttavia, non appena i vaccini saranno disponibili, questo diventerà probabilmente una questione di importanza critica. Ciò evidenzia l'importanza del coinvolgimento regolare delle parti interessate nella definizione di questioni rilevanti per la ricerca, sia a livello primario che secondario.

Interventi fisici per interrompere o ridurre la diffusione di virus respiratori

Jefferson T. et al.

Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses

The Cochrane Library, 2020

Valutare l'efficacia degli interventi fisici per interrompere o ridurre la diffusione di virus respiratori acuti. Questo è un aggiornamento di una revisione Cochrane pubblicata nel 2007, 2009, 2010 e 2011. Le prove riassunte in questa revisione non includono i risultati degli studi dell'attuale pandemia COVID-19.

Maschere medico/chirurgiche rispetto a nessuna maschera

Sono stati inclusi 9 studi (di cui 9 erano cluster-RCT) che confrontavano maschere medico/chirurgiche vs nessuna protezione respiratoria per prevenire la diffusione di malattie respiratorie virali (2 studi con operatori sanitari e 7 nella comunità). Esistono prove di scarsa certezza da 9 studi (3507 partecipanti) che indossare una maschera può fare poca o nessuna differenza sull'esito della malattia simil-influenzale (ILI) rispetto al non indossare una maschera (RR 0.99, IC 95% 0.82, 1.18). Vi è una moderata evidenza di certezza che indossare una maschera probabilmente fa poca o nessuna differenza sull'esito influenza confermata in laboratorio rispetto al non indossare una maschera (RR 0.91, IC 95% 0.66, 1.26; 6 trial; 3005 partecipanti). I danni sono stati misurati raramente e riportati in modo insufficiente. 2 studi durante il COVID-19 prevedono di reclutare un totale di 72.000 persone (Annals of Internal Medicine, 18 novembre 2020) e uno valuta maschere di stoffa (n=66.000).

Respiratori N95 / P2 rispetto alle maschere medico-chirurgiche

Abbiamo raccolto le prove che confrontano la maschere N95 o P2 con le maschere medico-chirurgiche (4 in ambienti sanitari e 1 in un ambiente domestico). Esiste incertezza sugli effetti delle maschere N95 / P2 rispetto alle maschere medico-chirurgiche su esiti di malattia respiratoria (RR 0.70, IC 95% 0.45, 1.10; evidenza di certezza molto bassa; 3 studi; 7.779 partecipanti) e ILI (RR 0.82, IC 95% 0.66, 1.03; evidenza a bassa certezza; 5 studi; 8407 partecipanti). L'evidenza è limitata dall'imprecisione e dall'eterogeneità di questi risultati soggettivi. L'uso di una mascherina N95 / P2 rispetto a una maschera medico-chirurgica probabilmente fa poca o nessuna differenza per l'outcome infezione influenzale confermata in laboratorio (RR 1.10, IC 95% 0.90, 1.34; evidenza di certezza moderata; 5 prove; 8407 partecipanti). Limitare il raggruppamento agli operatori sanitari non ha influito sui risultati complessivi. Danni sono stati misurati e riportati in modo insufficiente, ma in diversi studi è stato menzionato il disagio nell'indossare maschere medico-chirurgiche o maschere N95 / P2. Uno studio in corso che recluta 576 persone confronta le maschere N95 / P2 con maschere medico-chirurgiche per gli operatori sanitari durante COVID-19.

Igiene delle mani vs controllo

I criteri di selezione includevano scuole, asili nido, case e uffici. In un confronto tra interventi di igiene delle mani con controllo (nessun intervento), c'è stata una riduzione relativa del 16%

nel numero di persone con infezioni respiratorie acute (ARI) nel gruppo igiene delle mani (RR 0.84, IC 95% da 0.82 a 0.86; 7 studi; 44.129 partecipanti; evidenza di moderata certezza), suggerendo un probabile beneficio. Quando si considerano gli esiti più rigorosamente definiti dell'ILI e dell'influenza confermata in laboratorio, le stime dell'effetto per ILI (RR 0.98, IC 95% 0.85, 1.13; 10 studi; 32.641 partecipanti; scarsa certezza di evidenza) e influenza confermata in laboratorio (RR 0.91, IC 95% 0.63, 1.30; 8 studi; 8.332 partecipanti; bassa certezza di evidenza) suggeriscono che l'intervento ha fatto poca o nessuna differenza. Abbiamo riunito tutti i 16 studi (61.372 partecipanti) per l'esito composito di ARI o ILI o influenza, con ogni studio che contribuisce solo una volta. I dati raccolti hanno mostrato che l'igiene delle mani può offrire un beneficio con una riduzione relativa dell'11% delle malattie respiratorie (RR 0.89, IC 95% 0.84, 0.95; evidenza di bassa certezza), ma con elevata eterogeneità. Pochi studi hanno misurato e segnalato danni. Sono in corso due studi sugli interventi di lavaggio delle mani in 395 bambini al di fuori di COVID-19. Abbiamo identificato 1 RCT sulla quarantena / distanza fisica. Ai dipendenti dell'azienda in Giappone è stato chiesto di rimanere a casa se i membri della famiglia presentavano sintomi di ILI. Nel complesso, un minor numero di persone nel gruppo di intervento ha contratto l'influenza rispetto ai lavoratori del gruppo di controllo (2.75% contro 3.18%; RR 0.80, IC 95% 0.66, 0.97). Tuttavia, coloro che sono rimasti a casa con i loro familiari infetti avevano 2.17 volte più probabilità di essere infettati. Non abbiamo trovato RCT su protezioni per gli occhi, camici e guanti o screening nell'ingresso in strutture.

Conclusioni degli autori

L'alto rischio di bias negli studi, la variazione nella misurazione dei risultati e la conformità relativamente bassa con gli interventi durante gli studi impediscono di trarre conclusioni definitive e generalizzare i risultati all'attuale pandemia COVID-19. C'è incertezza sugli effetti delle maschere facciali. La certezza basso-moderata dell'evidenza significa che la nostra fiducia nella stima dell'effetto è limitata e che il vero effetto può essere diverso dalla stima osservata. I risultati aggregati di studi randomizzati non hanno mostrato una chiara riduzione dell'infezione virale respiratoria con l'uso di maschere medico/chirurgiche durante l'influenza stagionale. Non c'erano chiare differenze tra l'uso di maschere medico/chirurgiche rispetto alle maschere N95 o P2 negli operatori sanitari quando utilizzati nelle cure di routine per ridurre l'infezione virale respiratoria. È probabile che l'igiene delle mani riduca modestamente il carico di malattie respiratorie. I danni associati agli interventi fisici sono stati scarsamente studiati. Sono necessari RCT ampi e ben progettati che affrontino l'efficacia di molti di questi interventi in più contesti e popolazioni, specialmente in quelli più a rischio di ARI.

I probiotici per il trattamento della diarrea acuta infettiva

Collinson S. et al.

Probiotics for treating acute infectious diarrhoea
The Cochrane Library, 2020

Sono stati inclusi 82 studi con un totale di 12.127 partecipanti. Questi studi hanno incluso 11.526 bambini (età <18 anni) e 412 adulti (3 studi hanno reclutato 189 adulti e bambini ma non hanno specificato i numeri in ciascuna fascia di età). Non sono stati inclusi studi randomizzati in cluster. Gli studi variavano nelle definizioni usate per "diarrea acuta" e "fine della malattia diarroica" e nei probiotici testati. Un totale di 53 studi sono stati condotti in paesi in cui la mortalità infantile e degli adulti era bassa o molto bassa e 26 in cui la mortalità infantile o degli adulti era alta. Il rischio di bias era alto o dubbio in molti studi e c'era una marcata eterogeneità statistica quando i risultati per gli esiti primari sono stati raggruppati nella meta-analisi. La dimensione dell'effetto era simile nell'analisi di sensibilità e persisteva una marcata eterogeneità. Il bias di pubblicazione è stato dimostrato dai grafici a imbuto per i risultati principali. Nella nostra analisi principale degli esiti primari negli studi a basso rischio per tutti gli indicatori di bias non è stata rilevata alcuna differenza tra i gruppi di intervento con probiotici e di controllo per il rischio di diarrea di durata ≥ 48 ore (RR 1.00, IC 95% 0.91, 1.09; 2 studi, 1.770 partecipanti; evidenza di certezza moderata), o per la durata della diarrea [differenza media (MD) 8.64 ore più breve, IC 95% -29.4 ore, 12.1 ore; 6 studi, 3.058 partecipanti; evidenza di certezza molto bassa]. La dimensione dell'effetto era simile e una marcata eterogeneità persisteva nelle analisi di sottogruppi prespecificati degli esiti primari tra tutti gli studi. Queste includevano analisi limitate ai probiotici *Lactobacillus rhamnosus* GG e *Saccharomyces boulardii*. In 6 prove di *Lactobacillus reuteri* (433 partecipanti) c'era coerenza tra i risultati ($I^2 = 0\%$), ma il rischio di bias era presente in tutti gli studi inclusi. L'eterogeneità inoltre non è stata spiegata dalla tipologia dei partecipanti (età, stato nutrizionale/socioeconomico, regione del mondo in cui sono stati condotti gli studi), da diarrea nei bambini causata dal rotavirus, da esposizione agli antibiotici e dai pochi studi sui bambini che sono stati trattati anche con zinco. Inoltre, non c'erano chiare differenze nella dimensione dell'effetto per gli esiti primari nelle analisi post hoc in base al decennio di pubblicazione degli studi e in caso di registrazione o meno dei trial. Per altri esiti, la durata dell'ospedalizzazione negli studi ospedalieri in media era più breve nei gruppi trattati con probiotici rispetto ai gruppi di controllo, ma era presente una marcata eterogeneità tra gli studi ($I^2 = 96\%$; MD -18.03 ore, IC 95% -27.28, -8.78; 24 studi, 4.056 partecipanti). Non sono state rilevate differenze tra i gruppi trattati con probiotici e gruppi di controllo nel numero di persone con diarrea di durata ≥ 14 giorni (RR 0.49, IC 95% 0.16, 1.53; 9 studi, 2.928 partecipanti) o a rischio di ospedalizzazione negli studi di comunità (RR 1.26, IC 95% 0.84, 1.89; 6 studi, 2.283 partecipanti). Nessun evento avverso grave è stato attribuito ai probiotici.

Conclusioni degli autori

I probiotici probabilmente fanno poca o nessuna differenza nelle persone che hanno una diarrea che dura più di 48 ore, e non siamo sicuri se i probiotici riducano la durata della diarrea. Questa analisi si basa su ampi studi con basso rischio di bias.