

Desembre de 2023

Pautes curtes d'antibiòtics en el tractament de les infeccions més comunes a l'atenció primària

Introducció

D'acord amb l'Organització Mundial de la Salut (OMS), la resistència als antibiòtics és un dels desafiaments principals que ha d'afrontar la medicina actual.¹ El consum d'antibiòtics exerceix una pressió selectiva sobre les poblacions bacterianes que augmenta la probabilitat que hi desenvolupin resistències com a mecanisme adaptatiu. Per evitar-ho, és essencial fer servir òptimament els antimicrobians per mitjà de diferents estratègies que garanteixin la disponibilitat d'aquests tractaments en el futur.

Una d'aquestes estratègies consisteix a disminuir la durada dels tractaments antibiòtics. La majoria de les pautes antibiòtiques clàssiques tenen com a mètrica bàsica la setmana; els cicles més habituals són d'una o dues setmanes de tractament. Tot i això, aquestes pautes s'han establert en gran mesura de manera arbitrària i no tenen evidència científica que les avaluï.^{2, 3}

Quan és clínicament segur i està fonamentat per l'evidència científica, acurçar la durada de la teràpia antibiòtica és una estratègia vàlida: no només redueix l'exposició general als antibiòtics i disminueix la pressió de selecció de microorganismes resistents, sinó que també minimitza el risc d'efectes adversos als pacients. Tot i que aquesta evidència científica ja està incorporada en moltes guies clíniques, com la *Guia terapèutica antimicrobiana del Sistema Nacional de Salut*,⁴ aquestes pautes curtes no s'acaben d'incorporar a la pràctica clínica.⁵ A continuació es fa una revisió de l'evidència científica disponible sobre l'ús de pautes curtes en el tractament de les infeccions més habituals a l'atenció primària i es demostra que, en aquest context, moltes vegades «menys és millor».

Infeccions de les vies respiratòries altes

Faringoamigdalitis

Una metaanàlisi que va comparar l'administració d'antibiòtics d'espectre ampli en cicles curts amb l'administració d'antibiòtics d'espectre curt en pautes llargues en el tractament de la faringitis bacteriana va trobar diferències depenent del grup d'antibiòtics.

Desembre de 2023

En el cas de la fenoximetilpenicil·lina (penicil·lina V), les pautes curtes (de 5 dies) van ser menys efectives que les pautes llargues (de 10 dies) tant en la curació clínica com en l'erradicació bacteriològica. Malgrat això, en aquestes mateixes variables es va observar que els macròlids administrats en una pauta de 5 dies van tenir una eficàcia comparable a la fenoximetilpenicil·lina administrada durant 10 dies. És important assenyalar que l'ús de macròlids està reservat exclusivament per a pacients al·lèrgics a la penicil·lina a causa de l'augment de resistències de *Streptococcus pyogenes*.^{3, 6}

Encara no hi ha evidència científica concloent sobre si les pautes curtes redueixen les complicacions no supuratives associades a *Streptococcus pyogenes*, que sembla que estan vinculades a la presència d'aquest microorganisme. No obstant això, sí que hi ha evidència científica que demostra que les pautes curtes de penicil·lina V s'associen a taxes d'erradicació microbiològica més baixes.⁷ Segons l'evidència científica actual, en el tractament de la faringitis es recomana administrar antibiòtics β -lactàmics, com ara penicil·lina V o amoxicil·lina, durant un període de 10 dies, tant a infants com a adults.^{4, 8}

Sinusitis

Una metaanàlisi de dotze assaigs clínics que va comparar l'administració de pautes antibiòtiques de β -lactàmics de 3 a 7 dies i pautes de 6 a 10 dies en adults no va trobar diferències entre les dues estratègies en termes de curacions o recaigudes.⁹

En el tractament empíric de la sinusitis bacteriana aguda en adults es recomana administrar 500-1.000 mg d'amoxicil·lina cada 8 hores durant 5-7 dies. El tractament es pot limitar a 5 dies si l'evolució és favorable.⁴ En pediatria es recomanen cursos lleugerament superiors, de 7-10 dies.⁴

Otitis mitjana aguda

En el tractament de l'otitis, l'evidència científica indica que la durada adequada del tractament antibiòtic pot variar segons l'edat. En els casos d'infants de menys de dos anys es prefereixen els cicles antibiòtics prolongats (de 10 dies) de β -lactàmics perquè els tractaments curts són menys eficaços, amb una taxa de fracàs del 34 %, en comparació amb el 16 % dels cicles llargs.¹⁰ En els casos d'infants de més de dos anys, quan es justifica l'ús d'antibiòtics es recomana un tractament empíric amb 80-90 mg/kg/dia d'amoxicil·lina, amb un màxim de 3 g/dia durant 5-10 dies dependent de l'evolució del pacient.⁴

Desembre de 2023

En els casos d'adults, es recomana administrar 750-1.000 mg d'amoxicil·lina cada 12 hores durant 5 dies als pacients amb bona evolució. Es pot prolongar a 7 dies en cas necessari.⁴

Infeccions de les vies respiratòries baixes

Pneumònia adquirida a la comunitat (PAC)

En els casos d'adults, hi ha evidència científica que dona suport a la reducció de les pautes antibiòtiques en el tractament de la pneumònia adquirida a la comunitat (PAC) a menys de 7-10 dies, però la durada precisa s'ha de determinar segons l'evolució clínica del pacient.^{5, 11}

Una metaanàlisi de vint-i-un estudis va avaluar l'eficàcia de les pautes antibiòtiques de menys de 6 dies en comparació amb els pacients amb PAC. No es van observar diferències significatives entre les dues estratègies pel que fa a les taxes de curació clínica i a les de recaigudes. A més, es van associar menys efectes adversos i una taxa inferior de mortalitat a l'ús de pautes antibiòtiques de menys de 6 dies.¹²

Les directrius de la Societat Americana de Malalties Infeccioses (IDSA) recomanen un tractament antibiòtic d'almenys 5 dies, a partir del qual la durada s'ha de basar en l'evolució clínica del pacient, considerant factors d'estabilitat clínica com ara la freqüència cardíaca i la freqüència respiratòria, la pressió arterial, la saturació d'oxigen, la febre, la capacitat per alimentar-se i la funció cognitiva basal. En els casos de PAC no greu se suggereix una durada total de 5 dies de tractament antibiòtic per als pacients que assoleixen l'estabilitat clínica en les primeres 48-72 hores.¹¹ Aquesta recomanació coincideix amb la *Guía terapéutica antimicrobiana del Sistema Nacional de Salud*, que proposa un mínim de 5 dies de tractament amb 1 g d'amoxicil·lina cada 8 hores en el cas que no hi hagi sospita de microorganismes atípics o 875/125 mg d'amoxicil·lina/àcid clavulànic cada 8 hores si malaltia crònica o majors de 65 anys. S'ha de mantenir fins a 48-72 hores després que la febre hagi desaparegut.⁴

En els casos pediàtrics, l'evidència científica no és tan robusta com en els d'adults. La guia de la IDSA per a l'abordatge de la PAC en infants de més de tres mesos indica que la durada més estudiada del tractament antibiòtic és de 10 dies amb amoxicil·lina, però destaca que, per a casos lleus tractats de manera ambulatoria, els cursos antibiòtics més curts poden ser igualment efectius, sense especificar-ne la durada precisa.¹³ En els casos d'infants de més de tres mesos amb PAC no greu per microorganismes típics, la *Guía terapéutica antimicrobiana del Sistema Nacional de Salud* recomana administrar 90 mg/kg/dia d'amoxicil·lina en 2 o 3 dosis durant 5-7 dies. La durada es pot estendre fins a 10 dies en els casos més greus.⁴

Desembre de 2023

En els casos de nens de més de tres mesos amb PAC no greu per gèrmens típics, aquesta guia recomana administrar 90 mg/kg/dia d'amoxicil·lina per via oral en 2-3 dosis durant 5-7 dies, que es pot prolongar fins als 10 dies en els casos de PAC més greu.⁴

Exacerbacions de la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC)

En els casos de pacients amb agudització de l'MPOC lleu/moderada (FEV₁ > 50 %) que presentin signes d'infecció bacteriana es recomana iniciar pautes antibiòtiques amb amoxicil·lina / àcid clavulànic durant 5 dies. En els casos de pacients amb MPOC greu (FEV₁ < 50 %) i sense risc d'infecció per *Pseudomonas aeruginosa* es pot considerar la possibilitat d'estendre el tractament antibiòtic a 7 dies.^{4, 14, 15}

Dues metaanàlisis han avaluat l'eficàcia de les pautes curtes en comparació amb les pautes llargues en el tractament de les exacerbacions de l'MPOC. El primer, que va incloure vint-i-un assaigs clínics, va arribar a la conclusió que en l'administració d'antibiòtics no hi ha diferències significatives entre pautes curtes i pautes llargues pel que fa a eficàcia clínica.¹⁶ El segon, que va incloure set assaigs clínics —amb la particularitat de comparar el mateix antibiòtic en la mateixa dosi i la mateixa via d'administració, amb una única diferència quant a la durada de l'administració— també va arribar a la conclusió que les pautes curtes són tan efectives com les pautes llargues, amb l'avantatge addicional de presentar menys efectes adversos.¹⁷

Infeccions del tracte urinari

Cistitis

L'eficàcia de les pautes curtes d'antibiòtics en el tractament de la cistitis ha estat ben establerta; no obstant això, el patró de resistències locals limita l'ús d'algunes de les opcions terapèutiques, com ara l'amoxicil·lina / àcid clavulànic o el cotrimoxazole.¹⁸⁻²⁰

En el tractament de la cistitis no complicada en dones, les opcions són la fosfomicina (3 g en dosi única) i, com alternativa, la nitrofurantoïna (50-100 mg cada 8 h, 5 dies).^{4, 19-21} Tot i que diferents assaigs aleatoritzats d'infeccions del tracte urinari complicades indiquen que la teràpia de durada curta (de 5 a 7 dies) produeix resultats comparables a les pautes més llargues (de 10 a 14 dies), la majoria d'aquests estudis s'enfoquen en dones. Aquest fet fa que encara hi ha poca evidència científica que doni suport a les pautes de tractament més curtes en homes.^{22, 23}






Pielonefritis

S'ha demostrat que el tractament ambulatori de la pielonefritis aguda no complicada amb pautes curtes és equivalent al tractament de durada més llarga pel que fa a èxit clínic i microbiològic. Malgrat això, les pautes curtes s'associen a una taxa més alta de recurrència de la infecció en un període de 4 a 6 setmanes i s'han d'adaptar a les polítiques locals i als patrons de resistència.^{20, 24} En el nostre àmbit, el tractament empíric ambulatori d'elecció és de 400 mg de cefixima cada 24 hores durant 7 dies.^{4, 19}






Desembre de 2023

Recomanació de tractament antibiòtic empíric

				
Faringitis	Adults	Amb sospita d'infecció per EBHGA	Penicil·lina V 500 mg cada 12 hores	10 dies
	Pediatría	Infecció per EBHGA en pacients amb immunodepressió, antecedents de febre reumàtica o amigdalitis en context de brot	Si < 27 kg: penicil·lina V 250 mg cada 12 hores Si > 27 kg: penicil·lina V 500 mg cada 12 hores	10 dies
Sinusitis aguda	Adults	Símptomes intensos de més de 7-14 dies	Amoxicil·lina 500 mg cada 8 hores	5-7 dies ^a
		Sense millora després de 48-72 hores d'amoxicil·lina o comorbiditats	Amox/clav 875-1.000 mg / 125 mg cada 12 hores	7 dies
	Pediatría	Símptomes intensos de més de 7-14 dies	Amoxicil·lina 80-90 mg/kg/dia, 2-3 preses (màx. 3 g/dia)	7-10 dies ^b
		Sense millora després de 48-72 hores d'amoxicil·lina o criteris de gravetat	Amox/clav 80-90/10 mg/kg/dia, 2-3 preses (màx. 3 g/dia)	7-10 dies ^b
Otitis mitjana	Pediatría	Nens < 6 mesos	Amox/clav 80-90/10 mg/kg/dia, 2-3 preses (màx. 3 g/dia)	10 dies
		6 mesos - 2 anys sense signes de gravetat ni otorrea	Amoxicil·lina 80-90 mg/kg/dia, 2-3 preses (màx. 3 g/dia)	10 dies
		Infants > 2 anys amb símptomes greus: otàlgia moderada/greu, febre > 39 °C	Amoxicil·lina 80-90 mg/kg/dia, 2-3 preses (màx. 3 g/dia)	5-10 dies ^a
PAC	Adults	< 65 anys sense malaltia crònica	Amoxicil·lina 1 g cada 8 hores	5 dies ^c
		> 65 anys o amb malaltia crònica	Amoxicil·lina/clavulànic 875/125 mg cada 8 hores	
		Sospita de gèrmens atípics	Azitromicina 500 mg cada 24 hores	3 dies
	Pediatría	> 3 mesos amb PAC lleu/moderada	Amoxicil·lina 80-90 mg/kg/dia, 2-3 preses (màx. 4 g/dia)	5-7 dies



Desembre de 2023

				
Exacerbació de la MPOC		Lleu/moderada (FEV > 50 %)	Amoxicil·lina/clavulànic 875/125 mg cada 8 hores	5 dies
		Greu (FEV < 50 %) i sense risc d'infecció per <i>P. aeruginosa</i>	Amoxicil·lina/clavulànic 875/125 mg cada 8 hores	7 dies
Cistitis	Dones	Cistitis aguda simple o amb menys de tres reinfeccions l'any	Fosfomicina-trometamol 3 g	DU
	Homes	Infecció del tracte urinari complicada en homes	Cefixima 400 mg cada 24 hores	7-14 dies
Pielonefritis	Adults	Pielonefritis aguda no complicada lleu/moderada sense criteris d'ingrés	Cefixima 400 mg cada 24 hores ^d	7 dies

EBHGA: estreptococ betahemolític grup A (*S. pyogenes*). Amox/clav: amoxicil·lina / àcid clavulànic. PAC: pneumònia adquirida a la comunitat. DU: dosi única.

^a 5 dies si l'evolució és favorable.

^b 7-10 dies o 7-10 dies després que els símptomes hagin desaparegut.

^c La durada del tractament dependrà de l'evolució de la pneumònia, però cal mantenir-la fins a 48-72 hores després que la febre hagi desaparegut i no menys de 5 dies.

^d En el nostre medi, les quinolones no són d'elecció a causa d'una taxa de resistències superior al 10%. Només s'han d'utilitzar si es disposa d'un antibiograma.

Desembre de 2023

Referències bibliogràfiques

1. World Health Assembly. Antimicrobial resistance: draft global action plan on antimicrobial resistance: report by the Secretariat. World Health Organization. Ginebra (Suïssa); 2015. iris.who.int/handle/10665/252848 [consulta 13/12/2023].
2. Spellberg B. The New Antibiotic Mantra—"Shorter Is Better". JAMA Intern Med. 2016 Sep;176(9):1254–5. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27455385 [consulta 13/12/2023].
3. Lee RA, Stripling JT, Spellberg B, Centor RM. Short-course antibiotics for common infections: what do we know and where do we go from here? Clin Microbiol Infect. 2023 Feb;29(2):150–9. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36075498 [consulta 13/12/2023].
4. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Guía terapéutica antimicrobiana del Sistema Nacional de Salud [en línia]. www.resistenciaantibioticos.es/es/guia-terapeutica-antimicrobiana-del-sns-salud-humana [consulta 13/12/2023].
5. Lee RA, Centor RM, Humphrey LL, Jokela JA, Andrews R, Qaseem A, et al. Appropriate Use of Short-Course Antibiotics in Common Infections: Best Practice Advice From the American College of Physicians. 2021 Abr;174(6):822–7. www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/M20-7355 [consulta 13/12/2023].
6. Holm AE, Llor C, Bjerrum L, Cordoba G. Short-vs. Long-Course Antibiotic Treatment for Acute Streptococcal Pharyngitis: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Antibiotics (Basel). 2020 Nov;9(11):733. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7692631 [consulta 13/12/2023].
7. Falagas ME, Vouloumanou EK, Matthaiou DK, Kapaskelis AM, Karageorgopoulos DE. Effectiveness and safety of short-course vs long-course antibiotic therapy for group a beta hemolytic streptococcal tonsillopharyngitis: a meta-analysis of randomized trials. Mayo Clin Proc. 2008 Ag;83(8):880–9. www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0025619611607647.pdf [consulta 13/12/2023].
8. Sur DKC, Plesa ML. Antibiotic Use in Acute Upper Respiratory Tract Infections. Am Fam Physician. 2022 Dec;106(6):628–36. www.aafp.org/pubs/afp/issues/2022/1200/antibiotics-upper-respiratory-tract-infections.html [consulta 13/12/2023].
9. Falagas ME, Karageorgopoulos DE, Grammatikos AP, Matthaiou DK. Effectiveness and safety of short vs. long duration of antibiotic therapy for acute bacterial sinusitis: a meta-analysis of randomized trials. Br J Clin Pharmacol. 2009 Feb;67(2):161–71. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2670373/ [consulta 13/12/2023].



Desembre de 2023

10. Hoberman A, Paradise JL, Rockette HE, Kearney DH, Bhatnagar S, Shope TR, et al. Shortened Antimicrobial Treatment for Acute Otitis Media in Young Children. *N Engl J Med.* 2016 Dec;375(25):2446–56. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28002709 [consulta 13/12/2023].
11. Metlay JP, Waterer GW, Long AC, Anzueto A, Brozek J, Crothers K, et al. Diagnosis and treatment of adults with community-acquired pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med.* 2019 Oct 1;200(7):E45–67. www.idsociety.org/practice-guideline/community-acquired-pneumonia-cap-in-adults [consulta 13/12/2023].
12. Tansarli GS, Mylonakis E. Systematic Review and Meta-analysis of the Efficacy of Short-Course Antibiotic Treatments for Community-Acquired Pneumonia in Adults. *Antimicrob Agents Chemother.* 2018 Sep;62(9):e00635-18. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29987137 [consulta 13/12/2023].
13. Bradley JS, Byington CL, Shah SS, Alverson B, Carter ER, Harrison C, et al. The Management of Community-Acquired Pneumonia in Infants and Children Older Than 3 Months of Age: Clinical Practice Guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2011 Oct;53(7):e25. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7107838/ [consulta 13/12/2023].
14. Chiappini E, Principi N, Mansi N, Serra A, De Masi S, Camaioni A, et al. Management of acute pharyngitis in children: summary of the Italian National Institute of Health Guidelines. *Clin Ther.* 2012 Jun;34(6):1442-58.e2. www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0149291812003177.pdf [consulta 13/12/2023].
15. Grup Programa d'Optimització de l'Ús d'Antibiòtics de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears (PROA-CAIB). Protocol de tractament de la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC). Palma: Servei de Salut de Illes Balears; 2023. docusalut.com/bitstream/handle/20.500.13003/18586/DOCUSALUT_PROA_CAIB_MPOC_CAT.pdf [consulta 13/12/2023].
16. Moussaoui R El, Roede BM, Speelman P, Bresser P, Prins JM, Bossuyt PMM, et al. Short-course antibiotic treatment in acute exacerbations of chronic bronchitis and COPD: a meta-analysis of double-blind studies. *Thorax.* 2008;63(5):415–22. thorax.bmj.com/content/63/5/415.long [consulta 13/12/2023].
17. Falagas ME, Avgeri SG, Matthaïou DK, Dimopoulos G, Siempos II. Short- versus long-duration antimicrobial treatment for exacerbations of chronic bronchitis: a meta-analysis. *J. Antimicrob. Chemother.* 2008 Sep;62(3):442–50. academic.oup.com/jac/article/62/3/442/731589 [consulta 13/12/2023].



Desembre de 2023

18. Hanretty AM, Gallagher JC. Shortened Courses of Antibiotics for Bacterial Infections: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Pharmacotherapy*. 2018 Jun;38(6):674–87. accpjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/phar.2118 [consulta 13/12/2023].
19. Grup Programa d'Optimització de l'Ús d'Antibiòtics de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears (PROA-CAIB). Protocol de tractament de les infeccions del tracte urinari. Palma: Servei de Salut de les Illes Balears; 2023. [docusalut.com/bitstream/handle/20.500.13003/19063/Protocol tractament infeccions tracte urinari_CAT.pdf](https://docusalut.com/bitstream/handle/20.500.13003/19063/Protocol%20tractament%20infeccions%20tracte%20urinari_CAT.pdf) [consulta 13/12/2023].
20. Bonkat G, Bartoletti R, Bruyère F, Cai T, Geerlings SE, Köves B, et al. EAU Guidelines on Urological Infections. Arnhem (Països Baixos): European Association of Urology; 2023. d56bochluxqnz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Urological-infections-2023.pdf [consulta 13/12/2023].
21. Gupta K, Hooton TM, Naber KG, Wullt B, Colgan R, Miller LG, et al. International clinical practice guidelines for the treatment of acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women: A 2010 update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases. *Clin Infect Dis*. 2011 Mar;52(5):e103-20. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21292654 [consulta 13/12/2023].
22. Gupta K. Acute simple cystitis in adult and adolescent males [en línia, consultat el 14/06/2023]. UpToDate. www.uptodate.com/contents/acute-simple-cystitis-in-adult-males#H463320305 [consulta 13/12/2023].
23. Lee RA, Stripling JT, Spellberg B, Centor RM. Short-course antibiotics for common infections: what do we know and where do we go from here? *Clin Microbiol Infect*. 2023 Feb;29(2):150-159.
24. Berti F, Attardo TM, Piras S, Tesei L, Tirota D, Toani M, et al. Short versus long course antibiotic therapy for acute pyelonephritis in adults: A systematic review and meta-analysis. *Italian J Med*, 2018.12(1):39-50. www.italjmed.org/index.php/ijm/article/view/itjm.2018.840/1079 [consulta 13/12/2023].



Desembre de 2023

Elaboració

García Álvarez, Ángel. Farmacèutic del Servei de Farmàcia dels Serveis Corporatius.
Servei de Salut de les Illes Balears

Revisió i aprovació

Grup PROA-CAIB :

- Bas Vilda, Albert. Coordinador de PROA a l'Hospital Mateu Orfila (Maó). Servei de Salut de les Illes Balears
- Becerril Moreno, Fernando. Coordinador de PROA a l'Hospital Can Misses (Eivissa). Servei de Salut de les Illes Balears
- Izko Gartzia, Nora. Coordinadora de PROA a l'Hospital Universitari Son Llàtzer (Palma). Servei de Salut de les Illes Balears
- Jaume Gaya, Maria. Coordinadora de PROA a l'Hospital Comarcal d'Inca. Servei de Salut de les Illes Balears
- Martín Pena, María Luisa. Coordinadora de PROA a l'Hospital Universitari Son Espases (Palma). Servei de Salut de les Illes Balears
- Raviolo, Aldo Andrés. Coordinador de PROA a la Direcció d'Atenció Primària de l'Àrea de Salut de Menorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- Riera Pérez, Elena. Coordinadora de PROA a l'Hospital de Manacor. Servei de Salut de les Illes Balears
- Rojo Molinero, Estrella. Coordinadora autonòmica de PROA. Servei de Salut de les Illes Balears
- Soler Mieras, Aina. Coordinadora de PROA a la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- Torres García, Rafael. Coordinador de PROA a la Direcció d'Atenció Primària de l'Àrea de Salut d'Eivissa i Formentera. Servei de Salut de les Illes Balears