

Actualització malalties infeccioses vies baixes 2022

Docente: J.Paredes

Barcelona, 31 Marzo 2022

índice

1. Neumonías
2. EPOC. GOLD 22
3. Exacerbaciones de EPOC

Interrupción del tratamiento con β -lactámicos después de 3 días para pacientes con neumonía adquirida en la comunidad en salas de cuidados no críticos (PTC): un ensayo de no inferioridad, doble ciego, aleatorizado, controlado con placebo

Acortar la duración de la terapia con antibióticos para pacientes hospitalizados con neumonía adquirida en la comunidad debería ayudar a reducir el consumo de antibióticos y, por lo tanto, la resistencia bacteriana, los eventos adversos y los costos relacionados.

Objetivo:

Evaluar la necesidad de un curso adicional de 5 días de tratamiento con β -lactámicos entre los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad que estaban estables después de 3 días de tratamiento.

Interrupción del tratamiento con β -lactámicos después de 3 días para pacientes con neumonía adquirida en la comunidad en salas de cuidados no críticos (PTC): un ensayo de no inferioridad, doble ciego, aleatorizado, controlado con placebo

Métodos

Ensayo de no inferioridad, doble ciego, aleatorizado, en 16 centros en Francia.

Los pacientes adultos (≥ 18 años) ingresados en el hospital con neumonía adquirida en la comunidad moderadamente grave (definida como pacientes ingresados en una unidad de cuidados no críticos) y que cumplieron con los criterios de estabilidad clínica después de 3 días de tratamiento con β -lactámicos fueron seleccionados al azar para recibir terapia con β -lactámicos (amoxicilina oral 1 g más clavulánico 125 mg tres veces al día) o placebo durante 5 días adicionales

Interrupción del tratamiento con β -lactámicos después de 3 días para pacientes con neumonía adquirida en la comunidad en salas de cuidados no críticos (PTC): un ensayo de no inferioridad, doble ciego, aleatorizado, controlado con placebo

Resultados:

La interrupción del tratamiento con β -lactámicos después de 3 días no fue inferior a los 8 días de tratamiento. Estos hallazgos podrían permitir una reducción sustancial del consumo de antibióticos.

1. Neumonías. NICE 2019

- ❑ Tendencia a pautas cortas de 5 días
- ❑ Dependiendo severidad, comorbilidades:
 - De primera elección amoxicilina, si alergia a penicilina: doxiciclina, claritromicina y eritromicina (en embarazadas)
 - Terapia dual amoxicilina + macrólidos (claritromicina o eritromicina) cuando sospecha posibilidad de mycoplasma o en casos moderados severos
 - Amoxicilina-clavulánico en mayores de 65 años o con alta comorbilidad
 - Levofloxacino en casos más graves o como segunda elección

1. Neumonías. ATS 2019

- Una revisión que compara el manejo del tratamiento de la NAC 2007 vs 2019, a destacar:
 - Fuerte evidencia a favor terapia dual B lactámicos/macrólidos. En el 2007 tenían el mismo peso la asociación B lactámicos/quinolonas.
 - En neumonías leves, los AB de elección son: amoxicilina, doxiciclina o macrólidos (los macrólidos en caso de que las resistencias locales de estos sean inferiores al 25%).
 - Como segunda elección o en casos graves: levofloxacino, moxifloxacino o gemifloxacino
 - En casos graves o tratamiento empírico de MRSA o *Pseudomonas* realizar cultivo de esputo y hemocultivos, con desescalada en caso resultados negativos
 - No se recomienda uso de corticoides

Pneumònia adquirida a la comunitat

Criteris diagnòstics

El diagnòstic es basa en criteris clínics: dispnea, taquipnea > 30 per minut, taquicàrdia >100 per minut, febre de més de 4 dies i crepitants, **amb criteris radiològics o sense** (infiltrat pulmonar). Es recomana fer radiografia de tòrax, encara que l'infiltrat pot ser tardà.

Tradicionalment, per establir les recomanacions sobre el tractament antibiòtic s'ha tingut en compte si els signes de sospita corresponien a una possible **etiologia pneumocòccica típica** (quadre agut, febre amb calfreds, expectoració purulenta/rovellada, dolor pleurític, consolidació alveolar +/- broncograma), a una possible **etiologia atípica** (quadre subagut sense calfreds, tos seca, cefalea, malestar general, diarrea, vòmits, patró intersticial), o si no hi havia sospita etiològica.

Actualment, les guies **no fan la diferenciació entre sospita** de pneumònia pneumocòccica típica i atípica (excepte en pacients que requereixin ingrés hospitalari), assumint la incertesa diagnòstica. En qualsevol cas, només s'arriba a un diagnòstic etiològic en el 20-30 % dels casos i s'estableixen les recomanacions en funció de la **gravetat** del procés i del **perfil** dels pacients.

ics.gencat.cat

 Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

 Institut Català
de la Salut


PADEiCS



Maneig i tractament de la pneumònia comunitària

GRUP DE TREBALL

 **Grup PROA**
PADEiCS Programa d'optimització d'ús dels antibiòtics

Febrer de 2019

 Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

 Institut Català
de la Salut

Escales pronòstiques Atenció hospitalària

Escola Fine Fine MJ. N Engl J Med 1997; 336: 243-250

Factors demogràfics	Punts
Edat en homes	Nre. d'anys
Edat en dones	Nre. d'anys - 10
Viu en una residència	+10
Malaltia de base	
Neoplàsia	+30
Insuficiència hepàtica	+20
Insuficiència cardíaca	+10
Malaltia cerebrovascular	+10
Insuficiència renal	+10
Exploració	Punts
Deteriorament del nivell de consciència	+20
Freqüència respiratòria \geq 30 per minut	+20
Freqüència cardíaca \geq 125 per minut	+10
Tensió arterial sistòlica < 90 mmHg	+20
Temperatura axil·lar < 35 °C o \geq 40 °C	+15
Exploracions complementàries	
pH < 7,35	+30
Nitrogen ureic en sang, <i>blood urea nitrogen</i> (BUN) > 10,7 mmol/l (> 30 mg/dl)	+20
Na per minut < 130 mEq/l	+20
Glucosa > 15,9 mmol/l (250 mg/dl)	+10
Hematòcrit < 30 %	+10
p=O ₂ < 60 mmHg o saturació O ₂ < 90 %	+10
Vessament pleural	+10

Classes de risc Fine	Puntuació	Mort al cap de 30 dies (%)
Classe I	Si < 50 anys i sense neoplàsia ni insuficiència cardíaca, malaltia cerebrovascular, malaltia hepàtica o renal	0,1
Classe II	< 70	0,6
Classe III	71 - 90	0,9 - 2,8
Classe IV	91 - 130	8,2 - 9,3
Classe V	> 130	27,0 - 29,2

- Les classes de I a III tenen un risc de mortalitat baix.
- Les classes II i III podrien ser tractades de manera ambulatoria.
- La classe III requeriria d'un període d'hospitalització en observació.
- Les classes IV i V requeririen ingrés hospitalari.

Aquesta escala estima com una limitació important l'edat: estableix el risc de manera molt precisa en les persones majors de 65 anys, però infravalora la gravetat en dones, subjectes joves i la influència de malalties associades. A més a més, no té en compte les situacions socials i personals dels pacients.

Escales pronòstiques Atenció primària

Escales CURB65 i CRB65 Limne MJ. N Engl J Med 1997; 336: 243-250

CURB65	Punts	
Confusió	1	
Urea > 7 mmol/l (19 mg/dl)	1	
Freqüència respiratòria \geq 30 per minut	1	
Tensió arterial sistòlica < 90 mmHg	1	
Edat > 65 anys	1	
CRB65	Punts	
Confusió	1	
Freqüència respiratòria \geq 30 per minut	1	
Tensió arterial sistòlica < 90 mmHg	1	
Edat > 65 anys	1	
CURB65	Punts	
0	0,7 %	Ambulatori
1	2 %	Ambulatori
2	9 %	Valoració hospitalària
3		
4	> 19 %	Ingrés hospitalari
5		

Proves diagnòstiques recomanades

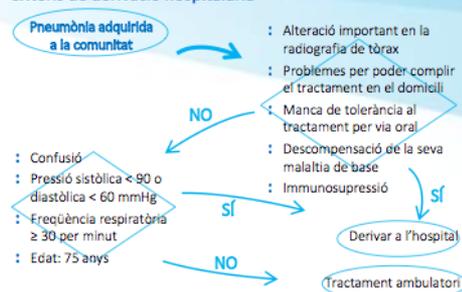
Prova diagnòstica	Atenció primària	CUAP	Hospital
Exploració física: tensió arterial, freqüència cardíaca i respiratòria, temperatura axil·lar	X	X	X
Saturació d'O ₂	X	X	X
Radiografia de tòrax	X	X	X
PCR*	X	X	X
Antigenúria de pneumococ/legionella			X
Hemograma + bioquímica			X
Cultiu d'espuit			X
Hemocultius			X

*Proteïna C reactiva (PCR) capil·lar a l'atenció primària i PCR venosa a l'hospital

Sensibilitat al pneumococ

Les resistències actuals de l'*Streptococcus pneumoniae* a la penicil·lina són molt baixes, amb xifres < 2 %, fet que justifica que sigui l'antibiòtic d'elecció.

Críters de derivació hospitalària



Tractament empíric

Pacient amb pneumònia	Tractament d'elecció	Tractament en pacients al·lèrgics a la penicil·lina
Pneumònia en pacient jove sense comorbiditat	- Amoxicil·lina 1 g/8 h, 5 dies	- Levofloxacina 500 mg/24 h, 5 dies
Pneumònia en: Pacient gran > 75 anys	- Amoxicil·lina-àcid clavulànic 875/125 mg/8 h, 5 dies	- Levofloxacina 500 mg/24 h, 5 dies
Pacient institucionalitzat, amb MPOC moderada-greu	- Ceftriaxona 1 g/24 h IV, 5 dies	- Levofloxacina 500 mg/24 h, 5 dies
Pneumònia amb ingrés hospitalari	- Ceftriaxona 1 g/24 h IV, 7 dies	- Levofloxacina 500 mg/24 h, 7 dies
Presentació típica	- Ceftriaxona 1 g/24 h IV, 7 dies	- Levofloxacina 500 mg/24 h, 7 dies
Pneumònia amb ingrés hospitalari	- Ceftriaxona 1 g/24 h IV, 7 dies	- Levofloxacina 500 mg/24 h, 7 dies
Presentació atípica o dubtosa	- + Azitromicina 500 mg/24 h, 5 dies	
	- Ceftriaxona 1 g/24 h IV, 7 dies	
	- + Levofloxacina 500 mg/24 h, 7 dies	
Pneumònia aspirativa	- Amoxicil·lina-àcid clavulànic 2 g/8 h IV, 7-10 dies	- Clindamicina 600 mg/8 h IV, 7-10 dies

- S'ha de fer un control clínic al cap de 48-72 hores d'haver iniciat el tractament antibiòtic, per detectar un possible fracàs terapèutic.
- S'ha d'optimitzar el tractament antibiòtic i la via d'administració, al més aviat possible.
- En els pacients amb pneumònia d'adquisició a la comunitat sense criteri d'ingrés hospitalari el tractament recomanat d'inici és un beta-lactàmic en monoteràpia per criteris de seguretat i menor impacte ecològic, atès que aquest tractament s'ha mostrat tan eficaç com les fluoroquinolones o la combinació de beta-lactàmics amb un macròlid. El fet d'iniciar el tractament de forma precoç comporta menor mortalitat.
- Els macròlids i les quinolones es poden administrar per via oral quan la situació clínica ho permet.

Tratamiento antibiótico NAC en Atención Primaria

Características	Tratamiento de elección	Tratamiento alternativo
<65 años Sin comorbilidades	Amoxicilina 1g/8h, 5-7 días	Levofloxacino 500mg/24h 5-7 días o Moxifloxacino 400mg/24h, 5-7 días
>65 años Pacientes institucionalizados o con comorbilidades crónicas	Amoxicilina/Clavulánico 875/125mg/8h, 5-7 días	Levofloxacino 500mg/24h 5-7 días o Moxifloxacino 400mg/24h, 5-7 días
Sospecha gérmenes atípicos	Azitromicina 500mg/24h, 3 días o Claritromicina 500mg/12h, 5-7 días	
Sospecha <i>Pseudomona</i> o Bronquiectasias	Ciprofloxacino 500-750mg/12h 10-14 días o Levofloxacino 500mg/(12-24h), 10-14 días	
<ul style="list-style-type: none"> • Debemos reevaluar al paciente siempre a las 48-72h. En caso de fracaso, intolerancia o alergia, dar el tratamiento alternativo • En casos de NAC leve, podría ser aceptable pauta de 5 días de tratamiento pudiéndose alarga si el paciente no mejora tras 3 días de tratamiento • En NAC moderada-grave (generalmente candidatos de derivación hospitalaria), se recomienda dar quinolonas o terapia antibiótico dual (betalactámico + macrólido) 		

2.EPOC. GOLD 22

EPOC (1)

Pre-EPOC: síntomas respiratorios sin anomalías estructurales o funcionales ni limitación del flujo y que puedan desarrollar EPOC

Temprano: presencia de mecanismos biológicos causantes de EPOC en pacientes sin manifestaciones clínicas,.

En jóvenes: EPOC en pacientes entre 20-50 años

2.EPOC. GOLD 22

EPOC (2) ***DLCO***

Pedir la difusión de monóxido de carbono(Dlco) en pacientes con síntomas de disnea desproporcionada a la espirometría (un estudio de 360 demostró que EPOC leve seguidos durante 9 años, aquellos que presentaban Dlco < 40% tenían más riesgo de mortalidad, lo cual le da valor pronóstico.

2.EPOC. GOLD 22

EPOC (3)

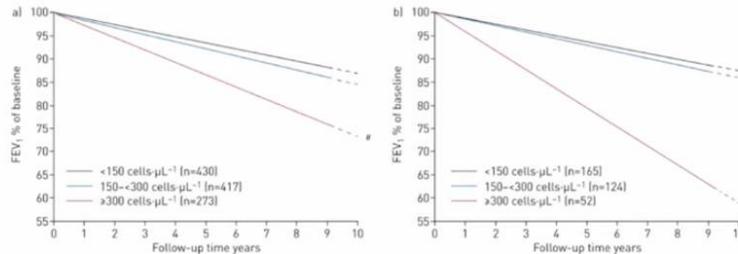
Mantener tratamiento estable parece ser frena la caída del FEV1 en 5 ml año (estudio randomizado 33.051 pacientes)

EPOC (4) *Eosinofilia*

Recuentos de eosinófilos altos en EPOC leve -moderado tenían una declinación del FEV1 algo más rápido.

High eosinophil counts predict decline in FEV₁: results from the CanCOLD study

Wan C. Tan¹, Jean Bourbeau², Gilbert Nadeau³, Wendy Wang¹, Neil Barnes⁴, Sarah H. Landis⁵, Miranda Kirby^{1,4}, James C. Hogg¹ and Don D. Sin¹, on behalf of the CanCOLD Collaborative Research Group⁷



2.EPOC. GOLD 22

EPOC (5) *Rehabilitación, tele-rehabilitación*

El inicio temprano RH pulmonar antes de 4 s tras salir del Hospital ha mostrado disminuir mortalidad



EPOC (6) *Càncer de pulmón*

Screening con TC baja dosis anual de cáncer de pulmón en EPOC tabáquica y alta comorbilidad

Uso de corticoides ni beneficia ni perjudica en cuanto a riesgo de cáncer de pulmón

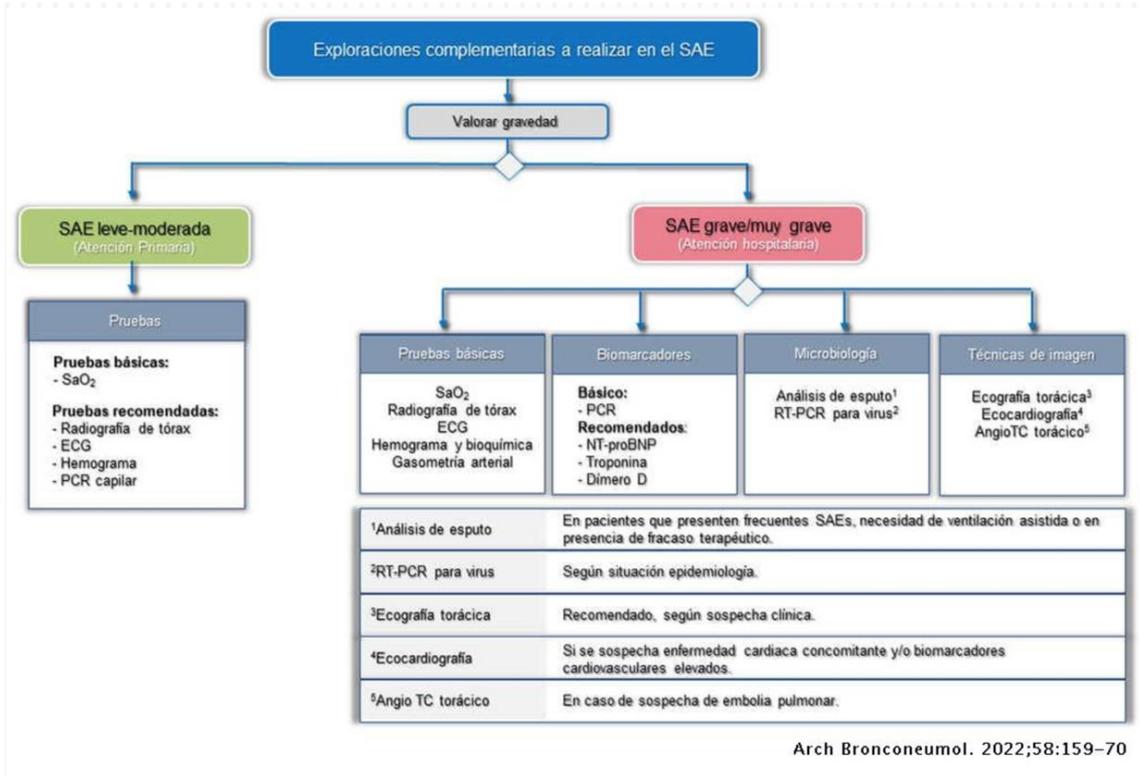


2.EPOC. GOLD 22

EPOC (7) **COVID**

Pacientes EPOC más riesgo de hospitalización y de desarrollar enfermedad severa y muerte por lo que deberían recibir vacunación COVID-19.

3. Agudizaciones EPOC



Moltes gràcies