

# Actualització malalties infeccioses vies baixes 2024



**CAMFiC**  
societat catalana de medicina  
familiar i comunitària

**Dr. José Paredes**

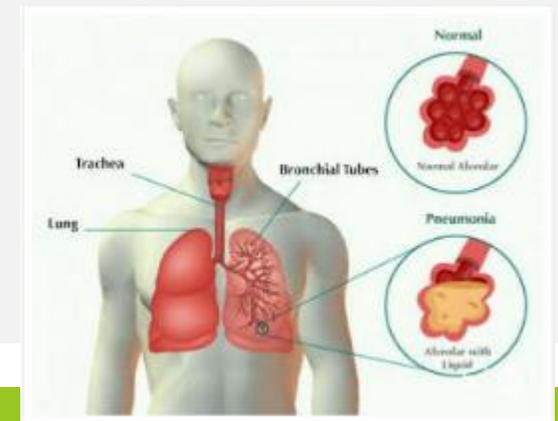
Metge de Família CAP Hostalric

- 1. PNEUMONÍAS NICE 2023**
- 2. EPOC GOLD 24**

# NAC: NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

## Definición:

Inflamación aguda del parénquima pulmonar ocasionada por un agente infeccioso adquirido en el ámbito comunitario (se excluyen los casos en pacientes hospitalizados o ingresados en residencias de cuidados crónicos 14 días antes del inicio de los síntomas) en pacientes inmunocompetentes.

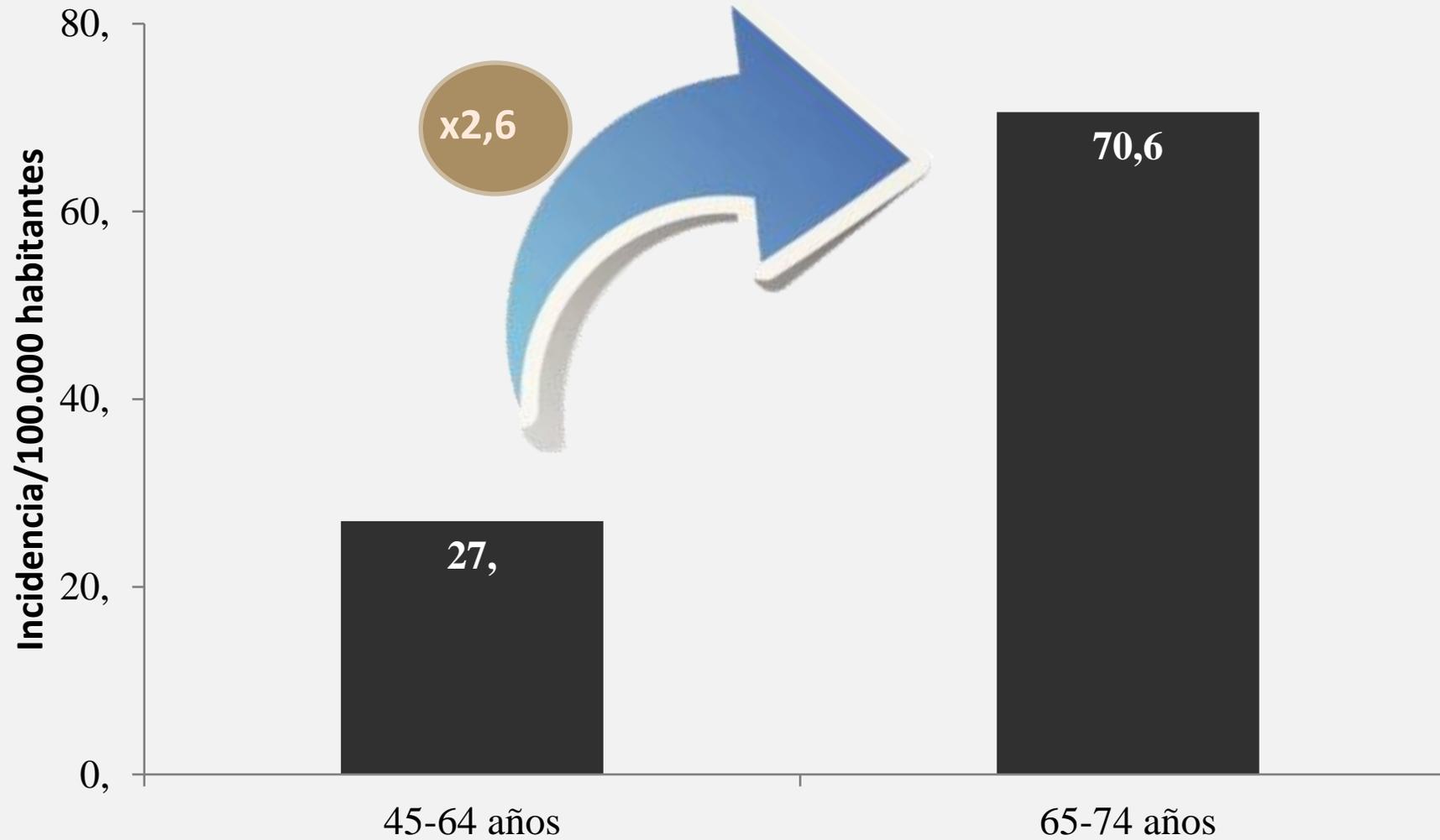


# TASAS DE INCIDENCIA DE NAC\* HOSPITALIZADA Y AMBULATORIA EN ADULTOS EN ESPAÑA1-2



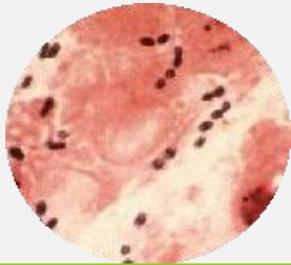
\*Incidencia de NAC (Neumonía Adquirida en la Comunidad) expresada como casos por 100.000 personas/año.

# NAC: NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

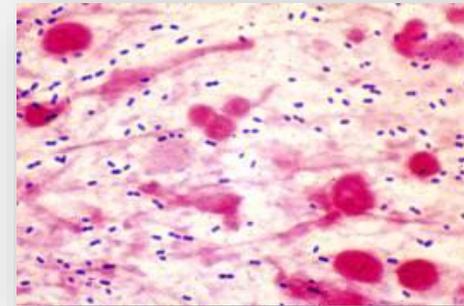


# NAC: ETIOLOGÍA

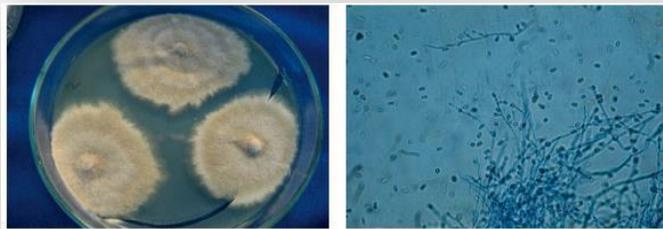
## Los protagonistas principales:



S. pneumoniae



H. Influenzae



M. pneumoniae



Virus



Illustration: Don Smith

# PNEUMONÍAS. NICE 2023 (30 OCT.23)

- Síntomas y signos de IRA valorar a la persona en el contexto salud general
- Si dudas de necesidad de AB y disponemos de PCR
  - $> 100$  dar AB; entre 20-100 considerarlo; no darlo si  $< 20$

- Utilizar el CRB65 para valoración gravedad y derivación o no hospitalaria
- A nivel hospitalario solo en casos de gravedad moderada – alta
  - Cultivos sangre y esputo
  - Antígenos urinarios para neumococo y legionella

No ofrecer corticoides de forma rutinaria

Explicar que en 6 meses la mayoría volverán a la normalidad

## NAC: PREDICTORES HOSPITALIZACIÓN

¿Presenta <sup>3</sup> 2  
de estas características?

Confusión

*Frecuencia respiratoria*<sup>3</sup> 30 por minuto

*Presión arterial* S < 90 o D < 60 mmHg

Edad <sup>3</sup> 65 años ( $\geq 75$ )?

La estimación de la SatO<sub>2</sub> mediante un pulsioxímetro permite completar la valoración de la gravedad del paciente con neumonía de origen en la comunidad.

# 1.PNEUMONÍAS. NICE 2023

- ❑ 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.- No es necesario obtener cultivo de esputo en pacientes manejados ambulatoriamente, ya que no mejora los resultados clínicos de los pacientes, salvo en las siguientes circunstancias:
  - Neumonía grave, especialmente si están intubados.
  - Van a recibir cobertura antibiótica o están siendo tratados de forma empírica frente a SARM o *Pseudomonas*
  - Cultivos previos con aislamiento de SARM o *Pseudomonas*, especialmente con infección respiratoria previa.
  - Antibioterapia intravenosa o ingreso hospitalario (con o sin antibiótico durante la hospitalización) en los últimos 90 días

<https://www.atsjournals.org/doi/full/10.1164/rccm.201908-1581ST>

2.- No recomiendan la extracción de hemocultivos ni en los pacientes dados ambulatorios ni en los ingresados, salvo si concurren las mismas circunstancias previamente descritas para el cultivo de esputo.

3.- No recomiendan la realización de antigenuria para neumococo, salvo para neumonías graves, y de *Legionella*, excepto en el contexto de un brote epidémico o en neumonía grave.

4.- A los pacientes con NAC y durante la epidemia de gripe, recomiendan descartar infecciones por *Influenza* mediante técnicas de diagnóstico rápido, porque recomiendan su tratamiento si da positivo.

5.- Respecto a la utilización de la procalcitonina (PCT) para tomar la decisión de prescribir o no antibiótico, se muestran en contra.

<https://www.atsjournals.org/doi/full/10.1164/rccm.201908-1581ST>

6.- Recomiendan utilizar el Pneumonia Severity Index (PSI) junto con el juicio clínico de forma combinada para tomar la decisión de ingreso o alta del paciente con seguridad.

7.- Tratamiento antibiótico empírico ambulatorio.

- a. Tratamiento ambulatorio para el paciente sin comorbilidad:
  - a. Amoxicilina 1 g cada 8 horas
  - b. Doxicilina
  - c. Macrólido

- <https://www.atsjournals.org/doi/full/10.1164/rccm.201908-1581ST>

6.- Recomiendan utilizar el Pneumonia Severity Index (PSI) junto con el juicio clínico de forma combinada para tomar la decisión de ingreso o alta del paciente con seguridad.

7.- Tratamiento antibiótico empírico ambulatorio.

a. Tratamiento ambulatorio para el paciente sin comorbilidad:

- a. Amoxicilina 1 g cada 8 horas
- b. Doxicilina
- c. Macrólido

Los miembros del grupo priorizaron un total de 6 preguntas clínicas de las comentaré las cuatro más relevantes para nosotros

## **1.- En el paciente hospitalizado, ¿es necesario realizar un estudio etiológico de la NAC incluyendo virus y bacterias atípicas?**

Realizar en casos de NAC hospitalizada, NAC grave y NAC que no responde al tratamiento, preferiblemente antes inicio tratamiento

R. Menéndez et al. / Arch Bronconeumol. 2020;56(S1):1–10

- **2.- En la decisión de ingreso, ¿son útiles las escalas pronósticas clásicas de la NAC o mejoran la predicción las escalas de sepsis?**
  - Escalas pronósticas: PSI y CURB-65, son útiles en la decisión inicial de hospitalización, como apoyo al juicio clínico. La escala q-SOFA (quick-Sequential Organ Failure Assessment) (q-SOFA) puede tener un uso justificado si no hay certeza de diagnóstico de NAC.
  - A nivel ambulatorio aconseja CRB-65
    - R. Menéndez et al. / Arch Bronconeumol. 2020;56(S1):1–10

- **3. En el tratamiento ambulatorio antibiótico, ¿hay que usar una combinación de un betalactámico y un macrólido o es suficiente la monoterapia?**
  - Tratamiento antimicrobiano: combinación de betalactámico + macrólido o quinolona en monoterapia en la pauta de tratamiento empírico ambulatorio. Amoxicilina con ácido clavulánico sería el betalactámico de elección en pacientes con patología respiratoria crónica de base.
  - (si bien esta es la recomendación SEPAR ya desde el 2010, faltan ensayos clínicos aleatorizados, aunque las evidencias y algunos estudios van a favor del escaso papel de los macrólidos en los pacientes menos graves...) – GERMIAP 2023-.
    - R. Menéndez et al. / Arch Bronconeumol. 2020;56(S1):1–10

- **4.- En pacientes hospitalizados con NAC, ¿es seguro reducir el tratamiento a 5 días sin aumentar las complicaciones o las recaídas o el fracaso terapéutico?**
  - Duración del tratamiento antimicrobiano: debe individualizarse y basarse en criterios de estabilidad clínica, con un mínimo de 5 días y pudiendo suspenderse tras 48 horas de ausencia de fiebre y sin más de un signo de inestabilidad clínica. Considerar prolongar el tratamiento antibiótico en casos graves..
    - R. Menéndez et al. / Arch Bronconeumol. 2020;56(S1):1–10

# 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	

- 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)

# LEGIONELLA PNEUMONIA IN HOSPITALIZED ADULTS WITH RESPIRATORY FAILURE: QUINOLONES OR MACROLIDES?

- Eur J Intern Med.2023 Sep 18. Rello, Jordi, Ruiz-Spienlli, Alfonsina et al  
Controvertido si dar quinolonas o macrólidos, se realizo una revisión sistemática,  
Sugiriendo los resultados que macrólidos y quinolonas fueron comparables para la  
Neumonía por Legionella hospitalizada.

Fecha de publicación: 16 de octubre de 2023

22

En un estudio neumonía extra hospitalaria ha demostrado su eficacia con criterios de no inferioridad a moxifloxacino

Limitaciones:

- mayores de 60 años
- CRB65 de 2 o menos
- no comparado con otras fluorquinolonas

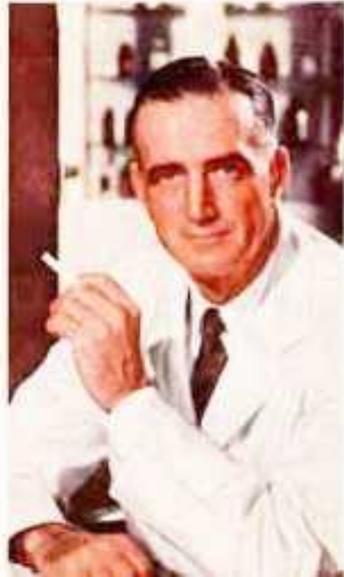
- GUÍA IDSA 2023 SOBRE EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES GRAMNEGATIVAS RESISTENTES A LOS ANTIMICROBIANOS. IDSA 7/6/2023

Las BLEE enzimas que inactivan la mayoría de las penicilinas, cefalosporinas y aztreonam, pero siguen siendo susceptibles a los agentes no B-lactámicos

ciprofloxacino, timetoprim-sulfametoxazol y gentamicina

*“La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una afección pulmonar heterogénea que se caracteriza por síntomas respiratorios crónicos (disnea, tos, producción de esputo, exacerbaciones) debidos a anomalías de las vías respiratorias (bronquitis, bronquiolitis) y/o de los alvéolos (enfisema) que provocan una obstrucción persistente, a menudo progresiva, del flujo de aire.”<sup>1</sup>*

According to repeated nationwide surveys,  
**More Doctors  
Smoke CAMELS**  
than any other  
cigarette!



**VICEROYS  
FILTER  
the Smoke!**

As your Dentist,  
I would recommend  
**VICEROYS**

**Be Happy-GO LUCKY!**

In a cigarette, taste  
makes the difference -  
the better!

Buy the  
Lucky carton-  
today!

It's worth for a Lucky Strike the best  
of all types of truly the finest in a great  
cigarette - Lucky Strike! Be There -  
Go Lucky!

Special features are made to give  
you a more enjoyable cigarette  
experience, ensuring your enjoyment  
by the availability that offer the  
best of cigarette prices. Lucky Strike is  
the trademark of all the greatest  
taste!

There is a lot to be said for "The  
Research Laboratory of The American  
Tobacco Company" and the reason for  
being independent laboratory and  
advice.

**The American Tobacco Company**  
A BUREAU OF B&W TOBACCO CO.

**20,679<sup>\*\*\*</sup> Physicians  
say "LUCKIES are  
less irritating"**

**"It's toasted"**  
Your Throat Protection  
against irritation against cough

**LUCKY STRIKE  
CIGARETTES**

\*\*\* The figures quoted have been checked and verified as by LYBRAND, KING, BATES, AND MONTGOMERY, T. Administration and Authors.

**"Give your throat a vacation...  
Smoke a  
FRESH  
cigarette"**

**CAMELS**  
NEED... AN EXTRA... AFTER-TASTE

If the cigarette you have been smoking stops or hampers your throat, switch to Camels and see the difference. It's the papers that help to relieve by an efficient filtering method that makes you cough. It's the moisture but made of finest, dried-out tobacco that "soaks" and soothes your throat. There is no paper that in Camels that is soaked over by a special non-toasting process. There are no sticky, crumbly, gummy substances like the Turkish and old Oriental tobaccos which Camels are blended with to give you better, throat-soothing conditions. Thanks to the Bluebird Park. The smooth, powerful, crisp, non-plastic ordinary Camels, but not the

great Camels which cost much more at such a price to all the natural taste and freshness, even it is right that you would never make Camels cheap, but thought another name for this.

Camels are not to be used as a throat-soothing remedy because they are not like that.

Give your throat a vacation, switch to Camels for just one day. They have their own taste. There is nothing as subtle and soothing, throat-soothing as the Bluebird Park Camels. They are the only cigarettes that are made in the U.S.A. and are the only ones that are made in the U.S.A. and are the only ones that are made in the U.S.A.

Each time the delicious, moist, throat-soothing Camels are smoked, the Bluebird Park is a guarantee against throat irritation, dryness and hoarseness, even in the case of cigarette smokers who breathe that delicious, fresh Camels and keep their throats soft and moist.

# • EPOC. GOLD 2024

## ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) SEGÚN GOLD 2024. MANEJO BÁSICO

Adaptado Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (GOLD 2024). Disponible en <https://goldcopd.org/2024-gold-report/>

### DEFINICIÓN

La EPOC es una afección pulmonar heterogénea que se caracteriza por síntomas respiratorios crónicos (Disnea, tos, producción de esputo y exacerbaciones) debidos a anomalías de las vías respiratorias (Bronquitis, bronquiolitis) y/o de los alveolos (Enfisema) que provocan una obstrucción persistente, a menudo progresiva, del flujo de aire.

**DIAGNÓSTICO** Considerar EPOC y hacer espirometría en todo paciente mayor de 40 años que presente los siguientes síntomas y factores de riesgo:

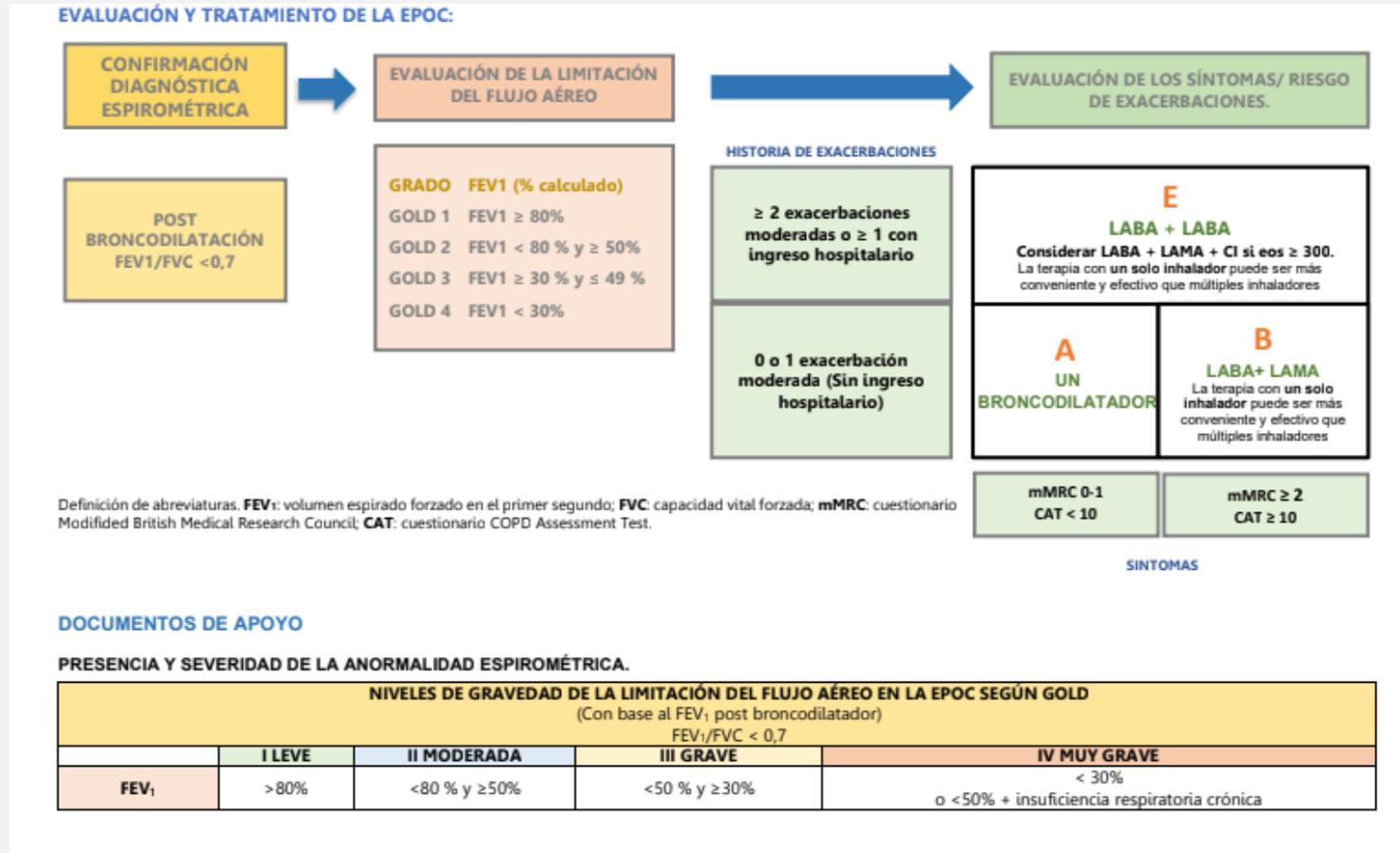
SÍNTOMAS	FACTORES DE RIESGO		ESPIROMETRÍA
<b>Indicadores clínicos que hacen sospechar el diagnóstico de EPOC:</b> <b>Disnea</b> (Progresiva, persistente, empeora con el ejercicio) <b>Sibilancias recurrentes</b> <b>Tos crónica</b> (Puede ser intermitente y no productiva) <b>Expectoración.</b> Debido a alteraciones de la vía aérea (Bronquitis, bronquiolitis) y/o alveolares (enfisema) que causa persistente, y frecuentemente progresiva, obstrucción aérea. <b>Historia de factores de riesgo</b> (Tabaco, humo, contaminación ambiental y factores de paciente)	<b>EPOC determinada genéticamente</b>	Déficit de $\alpha$ -1 antitripsina Otras variantes genéticas con pequeños efectos actuando en combinación	<b>FEV1/FVC &lt; 70%</b> postbroncodilatación
	<b>EPOC debido a desarrollo anormal del pulmón</b>	Eventos en la fase inicial de la vida, incluyendo nacimiento prematuro y bajo peso, entre otros	
	<b>EPOC por causas medioambientales</b> <i>EPOC por causa del tabaco</i>	Exposición al humo del tabaco, incluyendo en embarazo o vía pasiva Uso de vaporizadores o e-cigarros Cannabis	
	<i>EPOC por exposición a biomasa o polución</i>	Exposición a polución en casa, polución del ambiente, humo de incendio, riesgos profesionales	
	<b>EPOC debido a infecciones</b>	Infecciones de la infancia, tuberculosis, VIH	
	<b>EPOC y ASMA</b>	Asma particularmente en la infancia	
	<b>EPOC por causas desconocidas</b>		

### MANEJO DE LA EPOC



<sup>1</sup> The Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD (updated 2024), the Pocket Guide (updated 2024) and the complete list of references examined by the Committee is available on the GOLD website: [www.goldcopd.org](http://www.goldcopd.org).

# • EPOC. GOLD 2024



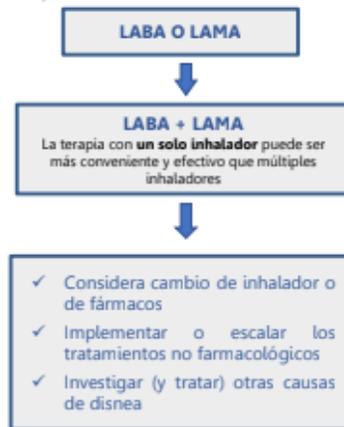
# • EPOC. GOLD 2024

## SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL TRATAMIENTO DE LA EPOC ESTABLE

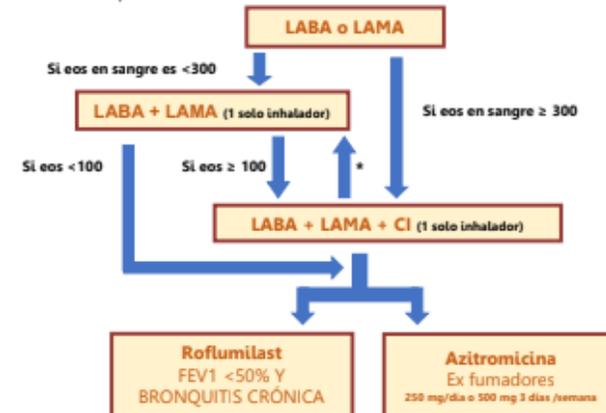
### 1.- SI RESPONDE AL TRATAMIENTO INICIAL ES ADECUADO, MANTENERLO

2.- SI NO: *Revisar la adherencia, la técnica de inhalación y del posible efecto de las comorbilidades. Considerar el rasgo predominante a tratar (Disnea o Exacerbaciones). Utilice el protocolo de exacerbación si exacerbaciones y disnea deben de ser tratadas. Coloque al paciente según corresponde en relación al tratamiento actual y siga las indicaciones.*

→ Si predomina la **DISNEA**:



→ Si predominan las **EXACERBACIONES**:



(\*) Considerar desescalar los corticoides inhalados si neumonía u otros efectos secundarios. En el caso de eos > 300 desescalar es más probable ser asociado con el desarrollo de exacerbaciones.

- CLAVES. GOLD 2024

- PRISm (relación conservada, pero espirometría alterada) se asocian a mayor riesgo CV y de desarrollar EPOC
- La hiperinsuflación que aparece al final espiración es clínicamente relevante y contribuye a la disnea y mala tolerancia al ejercicio
- Espirometría prebroncodilatadora , si no presenta obstrucción no necesario realizar prueba broncodilatadora
- Recomendación de realizar TC baja radiación anual para diagnóstico precoz cancer pulmón, sujetos entre 50-80 años, con historia de tabaquismo > 20 paquetes-año.

<sup>1</sup> The Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD (updated 2024), the Pocket Guide (updated 2024) and the complete list of references examined by the Committee is available on the GOLD website: [www.goldcopd.org](http://www.goldcopd.org).

- CLAVES. GOLD 2024

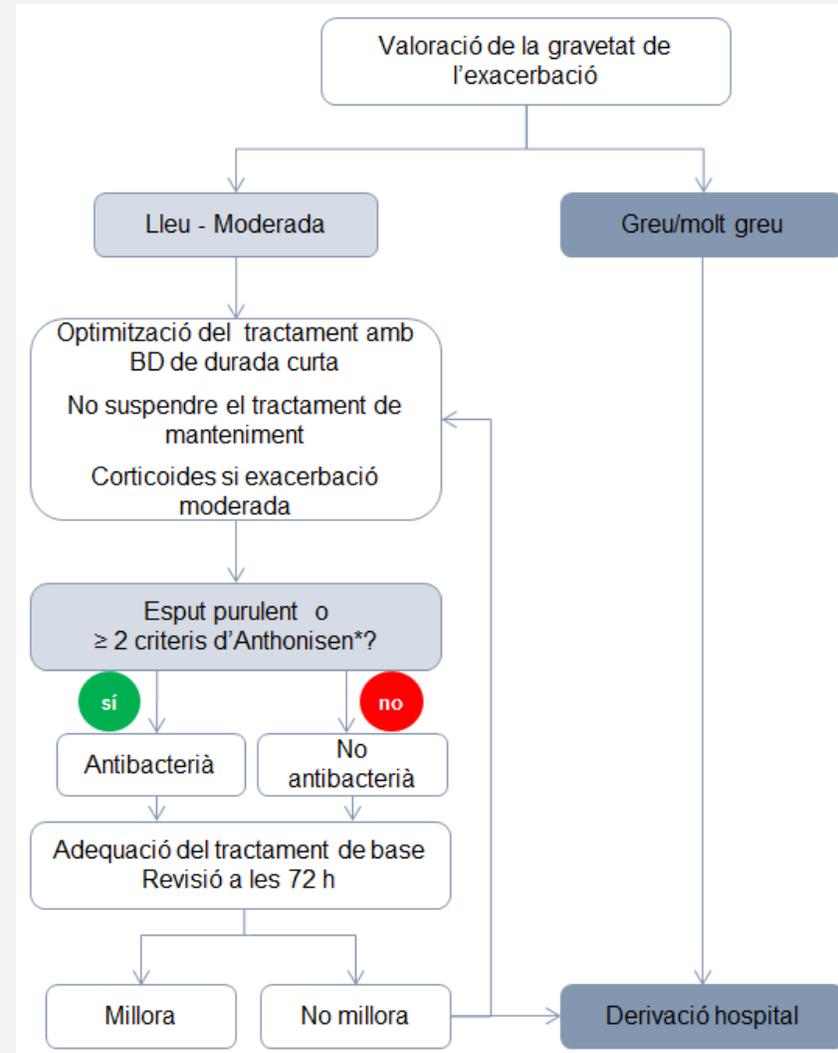
- Se actualiza vacunación: Influenza; antineumococica VC20; VRS; Tosferina y anti-COVID-19
- La importancia de la eosinofilia >300 en exacerbaciones
- Se amplía la farmacoterapia para dejar de fumar

<sup>1</sup> The Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD (updated 2024), the Pocket Guide (updated 2024) and the complete list of references examined by the Committee is available on the GOLD website: [www.goldcopd.org](http://www.goldcopd.org).

- EXACERBACIONES. DEFINICIÓN

- Aumento de los síntomas habituales, acompañados a menudo por esputo purulento y/o fiebre, que provoca una alteración clínica y funcional y obliga a modificar el tratamiento.
- Signos y síntomas de sospecha
  - Aumento de la tos
  - Cambios en el esputo
  - Fiebre o malestar general y aumento de la disnea
  - Necesidad de mas medicación

- EXACERBACIÓ



Criteris d'Anthonisen:

- presència d'esput purulent, increment de la dispnea i del volum de l'esput.

✓ Només es recomana emprar un antibacterià per al tractament de les exacerbacions amb sospita d'infecció, definida com la presència d'esput purulent o d'increment de la dispnea i del volum de l'esput.

Gravetat de l'exacerbació	Etiologia microbiològica més freqüent	Antibacterià*	
		D'elecció	Alternativa
Lleu	Virus respiratoris (influença, parainfluença, rinovirus, adenovirus)	No requereix tractament antibacterià	-
	<i>Haemophilus influenzae</i> <i>Streptococcus pneumoniae</i>	<b>Amoxicil·lina/àcid clavulànic via oral</b> <b>875/125 mg/8 h x7 d</b>	Cefuroxima axetil via oral 500 mg/12 h x7-10 d
<b>Moderada-greu</b> <b>sense risc d'infecció per <i>Pseudomonas aeruginosa</i></b>	Els anteriors, més: <i>Moraxella catarrhalis</i> <i>Escherichia coli</i> <i>Klebsiella pneumoniae</i>		Levofloxacina via oral 500 mg/24 h x5-7 dies
<b>Moderada-greu</b> <b>amb risc d'infecció per <i>P. aeruginosa</i>, definit com:</b>	Els anteriors, més: <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Levofloxacina via oral 500 mg/24 h x7 d	Antibacterià per via parenteral amb activitat antipseudomònica
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 cicles de tractament antibacterià durant l'últim any, o</li> <li>• FEV<sub>1</sub> &lt; 50%, o</li> <li>• presència de bronquièctasis significatives<sup>†</sup>, o</li> <li>• aïllament previ del bacteri en l'esput</li> </ul>		Si infecció confirmada per <i>P. aeruginosa</i> : Ciprofloxacina <sup>‡</sup> via oral 750 mg/12 h x14 d	

<sup>†</sup>El tractament antibacterià s'ha d'allargar a 14 dies en cas de bronquièctasis documentades.

<sup>‡</sup>Ciprofloxacina no presenta activitat davant de *S. pneumoniae*.

- EPOC. TABAQUISMO

- La cessació tabàquica és **l'única intervenció eficaç** per retardar l'evolució progressiva de l'MPOC. El tractament es basa en la combinació de teràpia cognitivo-conductual i tractament farmacològic.
- Es recomana promoure la cessació tabàquica en **tots els fumadors** mitjançant el **consell sanitari** breu.
- El tractament farmacològic del tabaquisme incrementa les taxes d'abstinència. Es disposa de la teràpia substitutiva amb **nicotina (TSN), el bupropió y citisina**.

## Treatment With Ensifentrine, a Dual PDE3 and PDE4 Inhibitor, Significantly Reduced Exacerbation Rate and Risk in Subjects With COPD: Sub-group Results From the Phase 3 Trial, Enhance-2

A. Anzueto <sup>2</sup>, T. Rheault <sup>3</sup>, T. Bengtsson <sup>1</sup>, K. Rickard <sup>3</sup>,

**American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 2023;207:A4998**

[https://doi.org/10.1164/ajrccm-conference.2023.207.1\\_MeetingAbstracts.A4998](https://doi.org/10.1164/ajrccm-conference.2023.207.1_MeetingAbstracts.A4998)

El tratamiento con ensifentrina durante 24 semanas dio como resultado una reducción significativa de las tasas de exacerbaciones, así como un retraso en el tiempo hasta la primera exacerbación en general y en múltiples subgrupos. La reducción de las exacerbaciones se asoció con una reducción numérica de los biomarcadores inflamatorios circulantes.

- DUPILOMAB. ENSAYO CLÍNICO EN F 3

TARRYTOWN, Nueva York - Regeneron Pharmaceuticals, Inc. (NASDAQ: REGN) y Sanofi anunciaron que la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) ha concedido la Revisión Prioritaria para la Solicitud de Licencia Biológica Suplementaria (sBLA) para Dupixent® (dupilumab) como tratamiento complementario para ciertos adultos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) no controlada. La decisión de la FDA se espera para el 27 de junio de 2024.

Esta revisión se produce tras los resultados positivos de dos ensayos de fase 3, BOREAS y NOTUS, que demostraron que Dupixent reducía significativamente las exacerbaciones moderadas o graves de la EPOC en un 30% y un 34% respectivamente, en comparación con un placebo. Ambos ensayos también demostraron mejoras rápidas y sostenidas de la función pulmonar a lo largo de 52 semanas con Dupixent frente a placebo. El perfil de seguridad de Dupixent en estos ensayos fue coherente con su perfil de seguridad conocido en otras indicaciones aprobadas.

- De forma general es recomana iniciar el tractament amb un **BD en monoteràpia**.
- Els **BD d'acció llarga es prefereixen** per sobre dels BD d'acció curta com a **tractament de manteniment**, excepte en pacients no exacerbadors amb símptomes ocasionals i afectació funcional lleu-moderada, en qui es poden emprar qualsevol dels dos.
- Els **BD d'acció curta a demanda**, afegits al tractament de manteniment, es recomanen per a l'alleujament puntual dels símptomes en els pacients amb MPOC de qualsevol gravetat.

- La monoteràpia amb antagonistes muscarínics d'acció llarga (**LAMA**) és d'elecció davant de la monoteràpia amb agonistes beta-2-adrenèrgics d'acció llarga (**LABA**) en pacients exacerbadors.
- La combinació d'un LAMA i un LABA és d'elecció davant de la combinació d'un LABA i un CI.
- Es recomana afegir un CI a la doble broncodilatació en pacients exacerbadors en qui persisteixin les exacerbacions.
- La retirada dels CI es pot valorar en pacients estables que no hagin presentat cap exacerbació almenys durant els dos últims anys. Es recomana suspendre el tractament de forma gradual i amb un seguiment estret clínic i funcional.

# EPOC. EVITAR?

- En pacients sense confirmació diagnòstica de la malaltia per espirometria, s'ha d'evitar el tractament a llarg termini amb medicaments per a l'MPOC.
- No està indicat el tractament amb més de tres principis actius inhalats en pauta fixa ni amb principis actius duplicats.
- No s'ha d'emprar la monoteràpia amb CI.
- En pacients amb fenotip mixt (ACO), no es recomana la monoteràpia amb un BD d'acció llarga sense CI.

# EPOC. EVITAR?

- No s'han d'administrar corticoides sistèmics a llarg termini.
- No està indicat el tractament antibacterià de les exacerbacions que no presentin esput purulent o increment de la dispnea i del volum de l'esput.
- S'ha d'evitar l'ús de benzodiacepines per al tractament de la dispnea refractària.

REPRESENTACION	APELLIDO1	APELLIDO2	NOMBRE	MAIL 1	MAIL 2
16)Subgrup Hepatitis	BOADA	VALMASEDA	ALBERT	aboadav.bcn.ics@gencat.	aboadav.bcn.ics@gencat.cat
16)Subgrup infeccions urinàries	LOPEZ	PLANA	ANA	amlopez.bcn.ics@gencat.	analopez1@ono.com
25)Integrant	SANCHEZ	CALLEJAS	ANDREA VIVIANA	avsanchez.bcn.ics@gencat.	asanchezc@gmail.com
16)Subgrup infeccions urinàries	CANO	ROMERA	ANGEL	acano.bcn.ics@gencat.cat	27778acr@comb.cat
16)Subgrup Tuberculosi	FERRER	TRAID	ANNA	amferrer.cc.ics@gencat.c	31681aft@comb.cat
25)Integrant	MAS	CASALS	ARIADNA	amasc.mn.ics@gencat.cat	
16)Subgrup Respiratòries	LLOR	VILÀ	CARLES	cllor.bcn.ics@gencat.cat	
16)Subgrup Tuberculosi	ROS	BERTOMEU	CARMEN	cros@xarxatecla.cat	mamenros@yahoo.es
16)Subgrup infeccions urinàries	JARCA	CIUCOS	CARMEN IOANA	carmenyoana@gmail.com	
16)Subgrup Respiratòries	MINONG		GILBERT SERGIO	GMINONG@AMBITCP.CATSALUT.NET	
25)Integrant	BOTANES	IGLESIAS	JENIFER	jenifer.botanes@gmail.co	jbotanes@ambitcp.catsalut.net
1)Coordinador/a	PAREDES	SAURA	JOSE	j.paredes.saura@gmail.co	jose.paredes@ias.scs.es
16)Subgrup Respiratòries	COTS	YAGO	JOSEP M.	jcy23465@comb.cat	
16)Subgrup Tuberculosi	CLOTET	ROMERO	LAURA	clotet.laura@gmail.com	clotetsexologia@gmail.com
16)Subgrup ITS	PÉREZ	HERRERA	M. DEL MAR	marperez@yahoo.es	mperezh.cp.ics@gencat.cat
16)Subgrup Respiratòries	RODRIGUEZ	ALVAREZ	M. DEL MAR	agostinho70@gmail.com	
25)Integrant	MORATÓ	AGUSTÍ	M. LUISA	7946mlma@comb.cat	mlma@camfic.org
16)Subgrup infeccions urinàries	BARCELO	COLOMER	MARIA ESTRELLA	ebarcelo.bcn.ics@gencat.	ebarcelo@telefonica.net
16)Subgrup ITS	DE LA POZA	ABAD	MARIAM	mariamdelapoza@gmail.com	
16)Subgrup ITS	BESA	CASTELLÀ	MARTA	martabesa@yahoo.es	
16)Subgrup ITS	ALBERNY	IGLESIAS	MIREIA	mireia.alberny@gencat.cat	
16)Subgrup ITS	MIOTA	HERNÁNDEZ	NATALIA	nmiota@clinic.cat	natt_mh@hotmail.com
16)Subgrup ITS	PAREDES	GARCIA	SANDRA	sandra.paredes91@gmail.com	
16)Subgrup infeccions urinàries	FORERO	CHAVES	VENUS CATHERINE	itus.forero@gmail.com	

