

Jornada Malalties Infeccioses a l'AP

Malalties infeccioses vies baixes

José Paredes

Metge de Medicina Familiar i Comunitària

EAP Breda-Hostalric

Coordinador del GdT GERMIAP

Barcelona, 4 de novembre de 2025

Indice



1. Bronquitis aguda
2. Pneumonías
3. EPOC
4. Exacerbaciones de EPOC

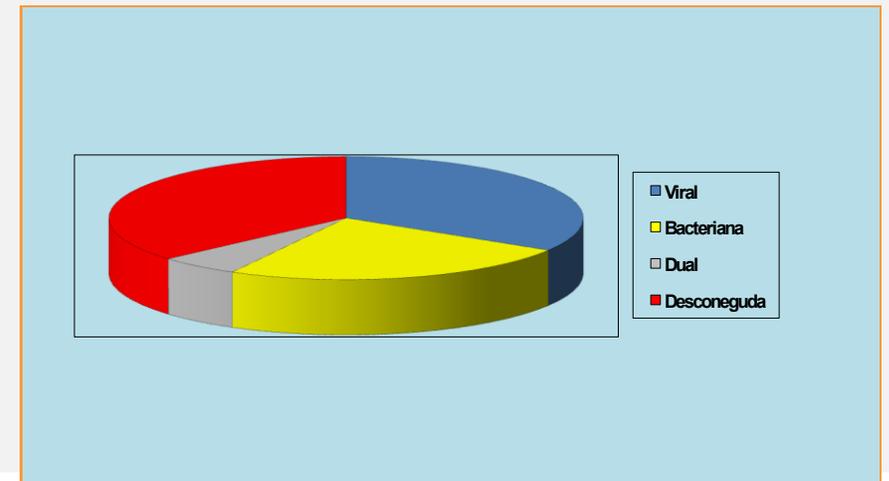
Bronquitis aguda

□ Definición

Proceso inflamatorio que afecta al árbol bronquial, que suele ser benigno y autolimitado con curación y normalización de la función pulmonar excepto en casos de inmunodepresión, cardiopatía, pacientes ancianos y en la limitación crónica al flujo aéreo.

□ Epidemiología

Es más prevalente en los fumadores y en invierno.



Bronquitis aguda



□ Microbiología

- **Viral** en aproximadamente el **95%** de los casos.
- La etiología **bacteriana**, bastante infrecuente, se debe a *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydophila pneumoniae* o *Bordetella pertussis*. En pacientes ancianos con comorbilidad se asocia a *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Moraxella catarrhalis*.

Bronquitis aguda



- **Diagnóstico clínico**
 - Tos seca, que puede hacerse mucopurulenta en 24-48h.
 - Se acompaña de síntomas generales (fiebre, anorexia y artromialgias).
 - El síntoma más persistente en la evolución es la **tos**, puede durar 3-4 semanas

Bronquitis aguda



Tratamiento

- Medidas generales:
 - Hidratación y humidificación ambiental.
- Tratamiento sintomático:
 - Son útiles los analgésicos-antitérmicos para mejorar la fiebre y el malestar general **paracetamol** 1g/8h.
 - Si la tos es intensa se recomienda dar **dextrometorfano** 30 mg/6h salvo contraindicación.

Bronquitis aguda



Tratamiento

- Si existe broncoespasmo podrían ser útiles los broncodilatadores (**salbutamol o ipratropio**).
- En tos moderada pueden utilizarse los antiinflamatorios no esteroideos (**naproxeno e ibuprofeno**), los cuales han demostrado tener cierta actividad para suprimir la tos asociada a la bronquitis aguda.

Bronquitis aguda



Antibióticos

- No se recomienda su utilización como norma general (suele ser un proceso autolimitado).
- La presencia de un esputo purulento **no** es criterio para la utilización de antibióticos al no ser predictor de infección bacteriana.
- Sólo se recomienda su uso ante la sospecha de neumonía (signos de condensación o auscultación asimétrica), en pacientes ancianos, con comorbilidad asociada.
- Se aconseja β -lactámicos: *amoxicilina* 500 mg/8h/7d/vo o *amoxi-clavulánico* (ante la sospecha de *Haemophilus influenzae*)

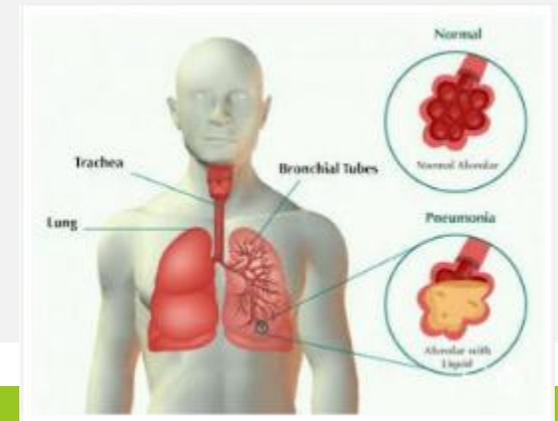
NAC. Neumonía adquirida en la comunidad

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.



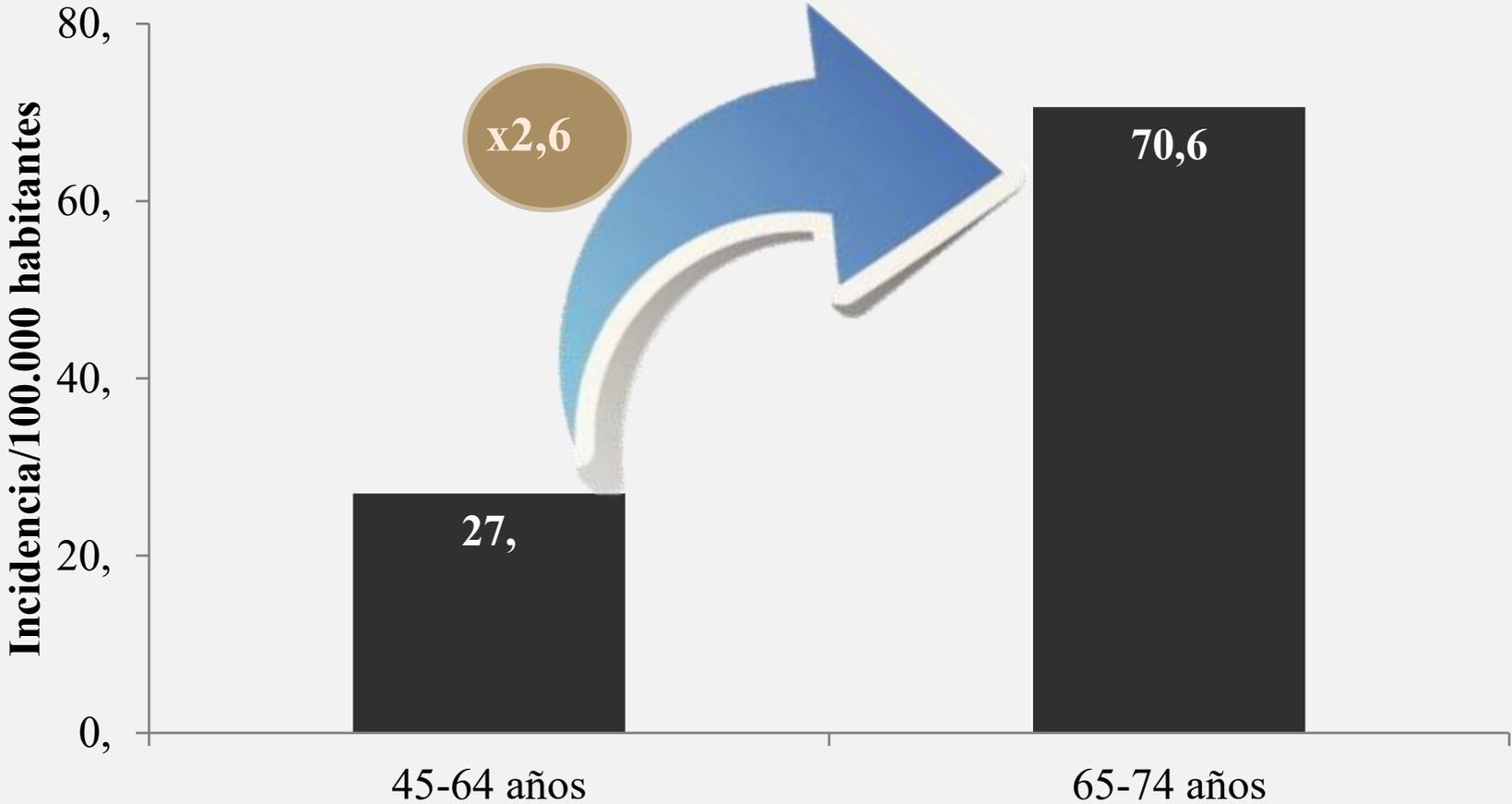
TASAS DE INCIDENCIA DE NAC* HOSPITALIZADA Y AMBULATORIA EN ADULTOS EN ESPAÑA¹⁻²



1. Rivero-Calle I, et al. BCM Infectious diseases (2016) 16;645. DOI 10.1186/s12879-016-1974-

2. Vila-Corcoles A, et al. Respir Med. 2009;103:309-316. doi:10.1016/j.rmed.2008.08.00

NAC: Neumonía adquirida en la comunidad



Neumonía. Patogénesis

Patogénesis de la neumonía

Modelo tradicional

- Inhalación o aspiración de patógenos
- Alveolos son estériles
- Multiplicación incontrolada del patógeno en alveolo
- Respuesta inflamatoria local
 - >manifestaciones locales
- Liberación de citoquinas
 - >manifestaciones sistémicas

Dickson RP. Lancet Respir Med 2014

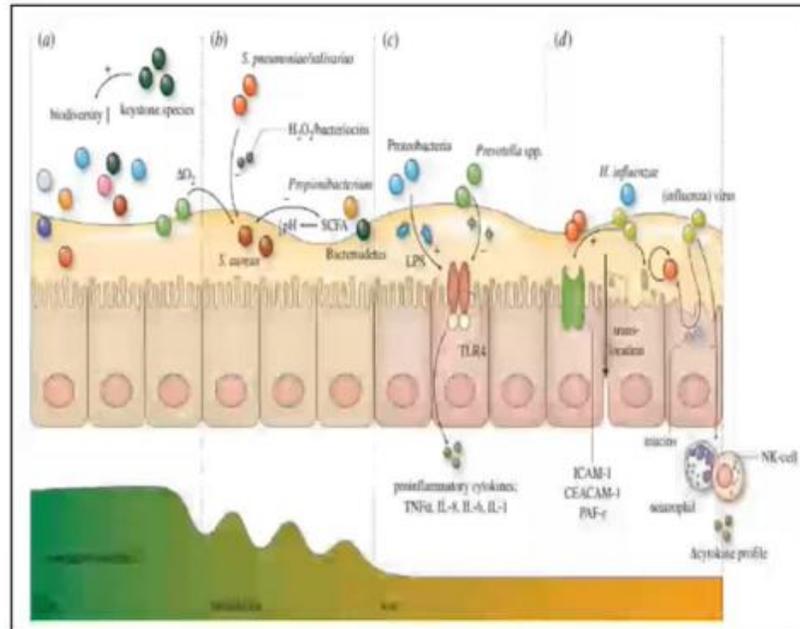
Modelo del microbioma pulmonar

- Inhalación / aspiración
 - nuevos patógenos?
- Microbiota alveolar:
 - *Firmicutes, Bacteroidetes and Proteobacteria* son los filum identificados con mayor frecuencia
- La microbiota alveolar modula respuesta inmune y la multiplicación del patógeno
- La disbiosis predisponer / causa la neumonía
 - ✓ Disbiosis: Alteración de la composición de la microbiota por cambios de las condiciones ecológicas locales (factores del huésped,.....)

<https://www.uptodate.com/contents/overview-of-community-acquired-pneumonia-in-adults>

Neumonia. Patogénesis

Modelo de relación entre el microbioma respiratorio y la patogénesis de las infecciones respiratorias



a) **Biodiversidad > resistencia a la colonización**

b) **Modulación:** Los efectos sinérgicos o antagónicos de las interacciones entre especies modulan la composición microbiana y la biodiversidad, y la resistencia a la colonización

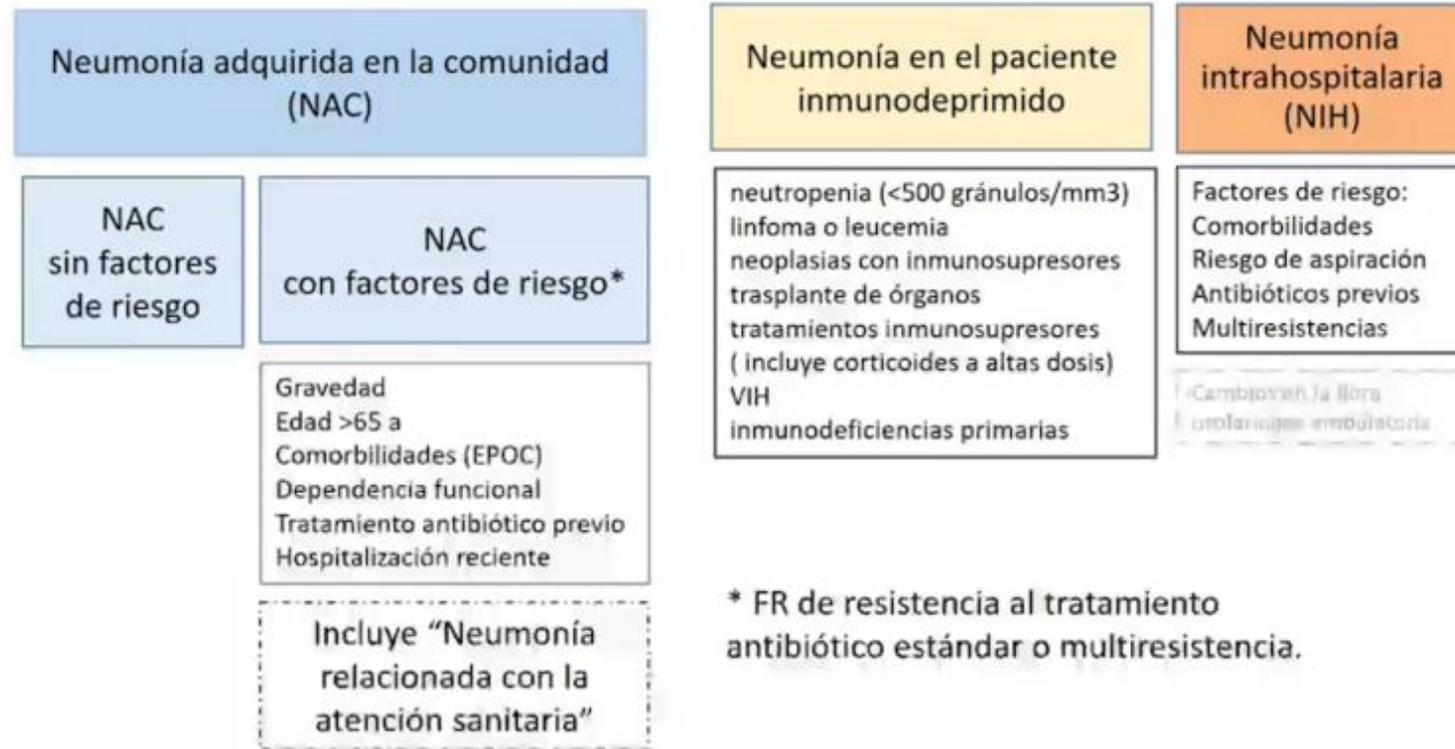
- liberación de subproductos metabólicos que inhiben el crecimiento de bacterias como *S. aureus*;
- productos bactericidas tales como peróxido de hidrógeno o bacteriocinas que excluyen ciertas especies bacterianas

c) **Inflamación de bajo grado:** Microbioma rico en proteobacterias (activación de TLR-4)

d) Infección viral favorece colonización por bacterias patógenas (*H. influenzae*)

de Steenhuijsen Piters WAA. The role of the local microbial ecosystem in respiratory health and disease. *Phil. Trans. R. Soc. B.* 2015.

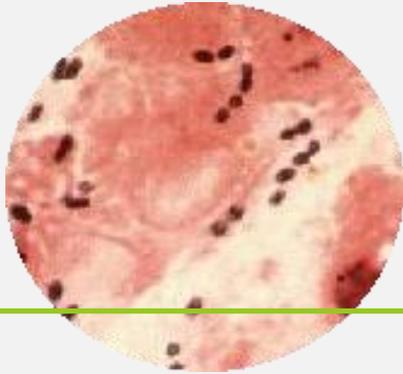
Neumonías. Clasificación



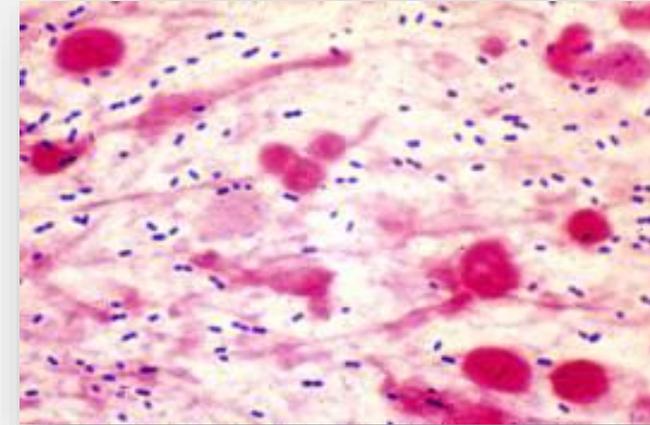
* FR de resistencia al tratamiento antibiótico estándar o multiresistencia.

NAC: Etiologia

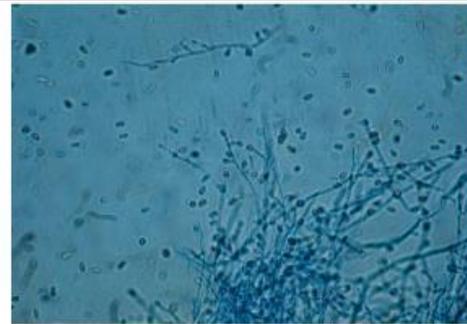
Los protagonistas principales:



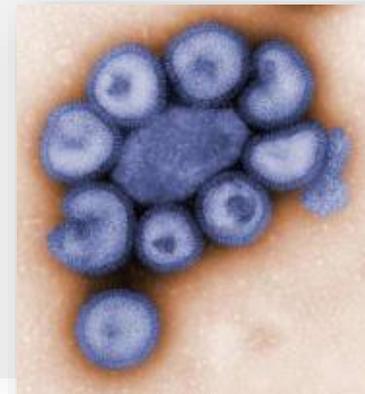
S. pneumoniae



H. Influenzae



M. pneumoniae



Virus



NAC: Etiología

Etiología de la NAC

Se conoce en <50% de los casos

TABLE 4 Etiology of infectious pneumonia in adults 2011–2014: all studies as above, with molecular studies for viruses and "atypical bacteria"^a

Etiologic agent	Musher et al. (15)	Jain et al. (13)	Bonten et al. (76)
Bacteria	28	15	30
Pneumococcus	9	5	16
Haemophilus	6	<1	7
S. aureus	5	2	3
Pseudomonas	3	<1	2
Legionella	1	1	1
Mycoplasma/Chlamydia	–	<3	1
Other bacteria	4	3	3
Mycobacteria	2	1	<1
Nocardia	1	0	0
Fungi (PCP)	3	1	2
Viruses	25	27	3
Rhinovirus	12	9	–
Coronavirus	3	2	–
Human metapneumovirus	2	4	–
Influenza	1	6	3
Parainfluenza	2	3	–
RSV	2	3	–
No cause identified	40 (42%)	62 (52%)	66 (62%)

^aData are presented as percentage of total cases studied; totals exceed 100% because coinfections were frequently identified. PCP, pneumocystis pneumonia; RSV, respiratory syncytial virus; –, not done.

Gadsby N. *The Microbial Etiology of Community-Acquired Pneumonia in Adults*. *CMR* 2022.

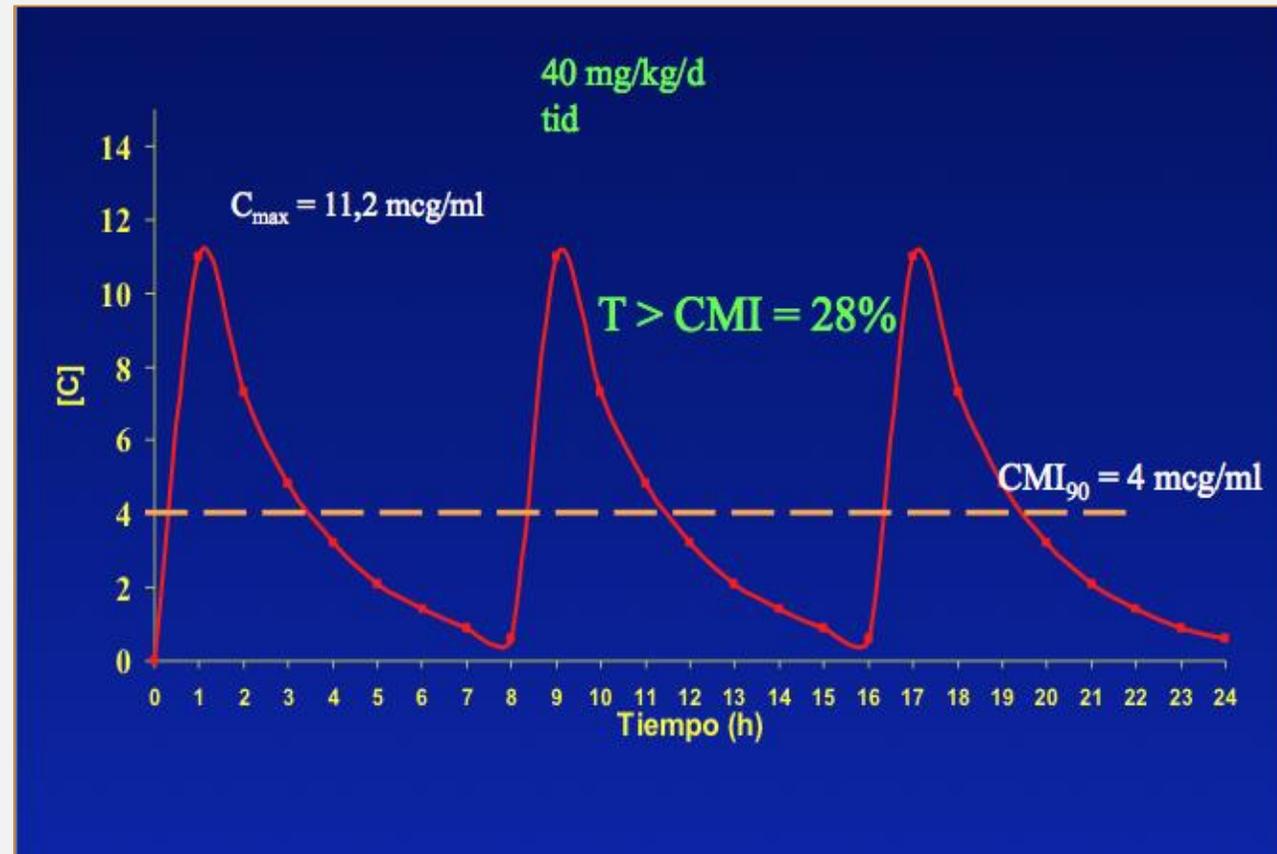
Etiologías más frecuentes

- **S. pneumoniae**: Causa > frecuente (25-40%), cualquier gravedad
- **Hemophilus influenzae, Moraxella cathrralis**: con FR (EPOC)
- **Otras bacterias** (Enterobacterias, *Pseudomonas*, *S. aureus*, *S. pyogenes*) con FR
- **Legionella** (2-9%): especialmente neumonía grave y factores de riesgo: inmunodepresión, alcohol, tabaco comorbilidades, edad o exposición (brote)
- **Mycoplasma pneumoniae**: en jóvenes sanos, poblaciones cerradas
- **Virus** (no SARS-COV-2): Causa frecuente (>30% casos), en épocas frías (brotes). Copatógeno / causa única
- **Anaerobios**: alcoholismo, boca séptica, riesgo aspiración
- **Otros**:
 - *Chlamydophila pneumoniae*: (3% con PCR); asociada a otras causas en 40% casos.
 - *Chlamydia psitacii*; *Coxiella burnetii* (fiebre Q)

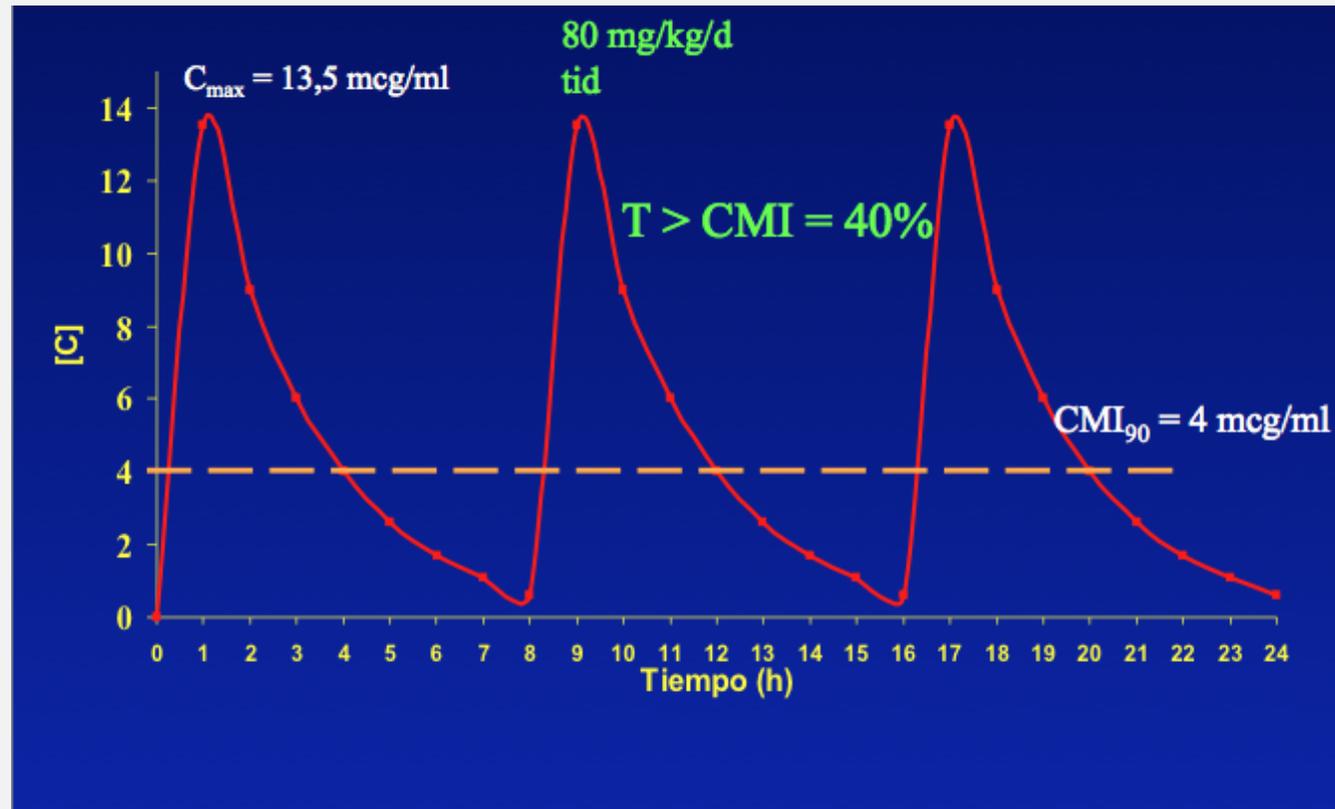
S pneumoniae



S. pneumoniae

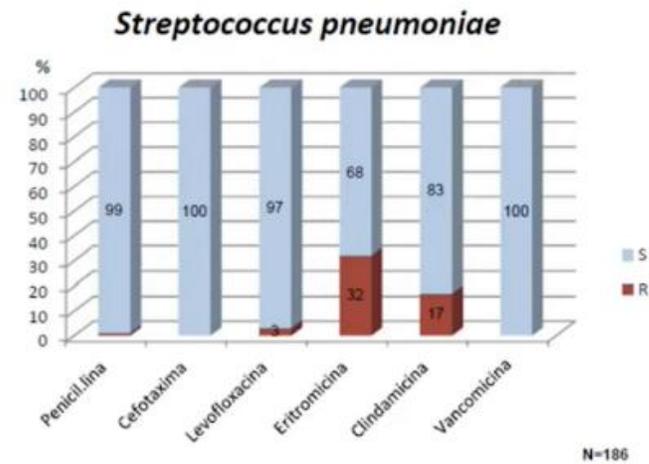


S. pneumoniae



S. pneumoniae

Sensibilidad antibiòtico HGTiP 2021



http://mngt.cpd1.grupics.intranet/arees_assistencial/protocols_procediments_guies/proa.html

Elaborado por Dra. MD Quesada.
S. Microbiología

NAC: Diagnóstico



- Anamnesis
- Exploración física
- Radiografía de tórax
- Otros:
 - Hemograma, bioquímica
 - PCR
 - Procalcitonina
 - Gasometría basal/pulsioximetría
 - Microbiología, antigenuria *pneumococo*, *legionella*..
 - Otros: pro-adrenomedulina, neopterinina, copectina, pro-ANP....

Pruebas microbiológicas disponibles (hospital)

- **Hemocultivos:** positivos en 5-10% casos (pacientes graves, debilitados)
- **Espuito** (buena calidad: Grado 4-5): Sensibilidad <50%, diagnóstico presuntivo, excepto patógenos primarios (*Legionella*, *Nocardia*)
- **Antigenurias:**
 - *S. pneumoniae*: S 70-80% y E >85% (falsos + en niños colonizados y menos en EPOC).
 - *L. pneumophila* sg 1 (90% NAC-LP): S 90%, E 99% (falsos positivos son raros)
- **PCR viral:** SARS-COV-2, gripe y otros
- **Serología:** poco útil de rutina (dx retrospectivo con seroconversión)
- **FBS** con BAL y BAS: en inmunodeprimidos, falta de respuesta

Guías ATS/IDSA para el diagnóstico y tratamiento de la NAC



- 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>

ATS/IDSA para el diagnóstico de la NAC



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.

NAC: Radiografía de tórax



- ❑ Solicitarla siempre ante sospecha de neumonía, RX de control a las 6 semanas solo en caso de enfermedad grave de base, inmunosupresión....
 - Diagnóstica 5 -28% de los adultos sintomáticos
 - Identificar el patógeno (patrones orientativos)
 - Severidad y presencia de complicaciones
 - Establecer situación basal para evaluar respuesta al tratamiento

¿Presenta ≥ 1
de estas características?

Confusión

Respiratory rate ≥ 30 por minuto

Blood pressure S < 90 o D < 60 mmHg

Edad ≥ 65 años (≥ 75)?

La estimación de la SatO₂ mediante un pulsioxímetro permite completar la valoración de la gravedad del paciente con neumonía de origen en la comunidad.

A la hora de escoger un antibiótico tenemos que tener en cuenta:

- Gravedad o severidad síntomas y signos
- Riesgo de complicaciones, o importante comorbilidad (enfermedad pulmonar grave, inmunosupresión...
- Resistencias locales de AB
- Datos de vigilancia epidemiológica (situación de gripe, *mycoplasma*..)
- Reciente uso de AB
- Presencia previa de colonización con bacterias multiresistentes

NAC: Tratamiento



- Administrar vía oral siempre que sea posible
- Si iniciamos por la gravedad tratamiento intravenoso cambiar a vía oral en 48h si fuese posible
- Iniciar precozmente el AB una vez diagnosticado, a ser posible en las primeras 4h.
- Control del paciente a las 72h y si empeora considerar posibilidad valoración
- Hospitalaria, cambio de AB u otra posible causa no bacteriana

NAC: Tratamiento



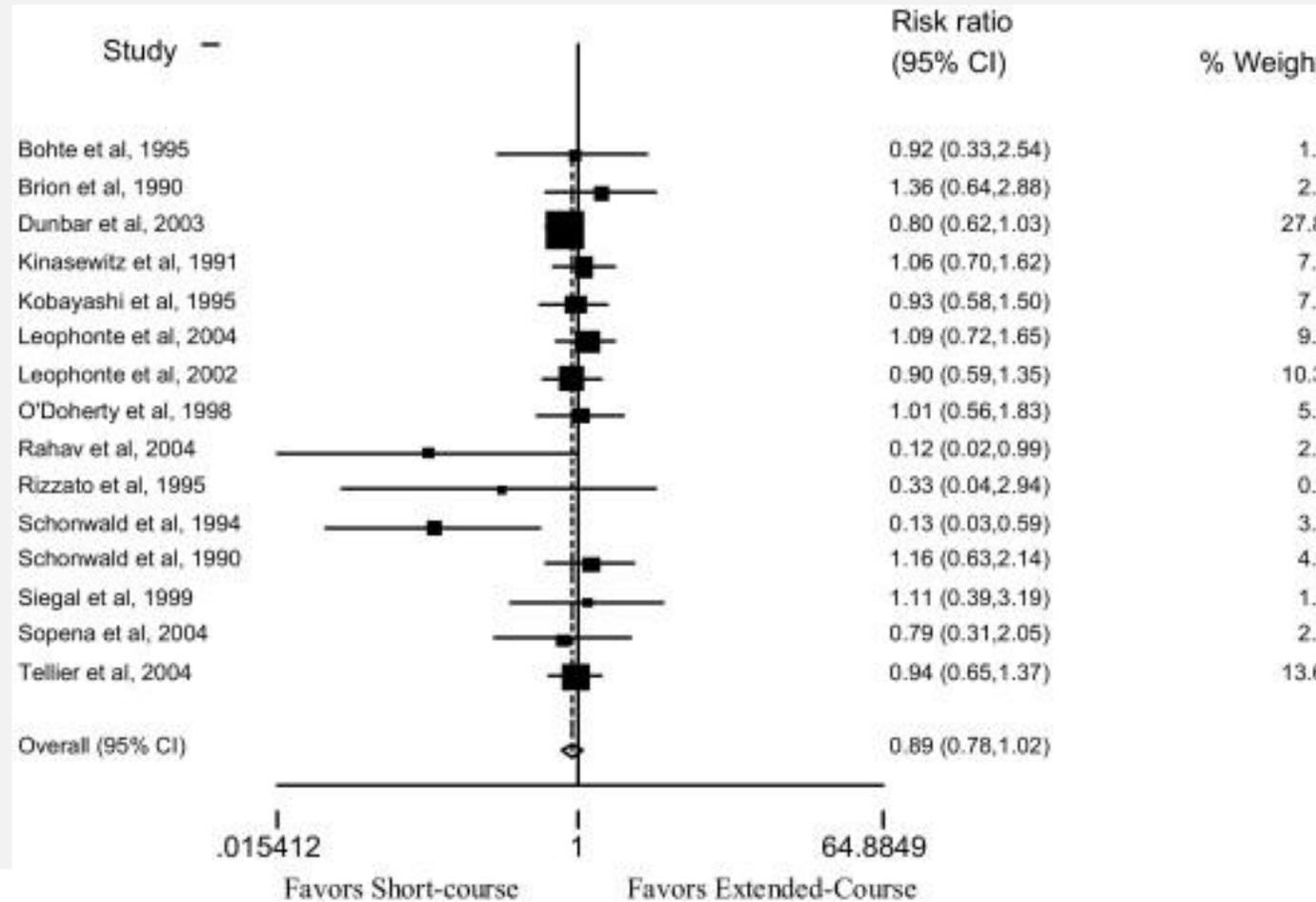
- Explicar los posibles efectos adversos de los AB
- Usar AB de espectro reducido como tratamiento de primera línea en neumonías de baja gravedad
- Si no tolera vía oral, sospechamos bacteria multiresistente, o gravedad como una sepsis derivar para atención especializada
- Ajustar dosis de AB en insuficiencia hepática, insuficiencia renal, embarazada...

NAC: Pautas cortas



- Metaanálisis de ensayos clínicos aleatorios
- Se incluyeron ensayos clínicos en que se comparaban 5 días vs. 10 días
- N: 15 estudios; 2.796 individuos
- Antibióticos comparados: macrólidos, fluorquinolonas, ketólidos, B-lactámicos

NAC: Pautas cortas



NAC: Tratamiento. 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

- 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.

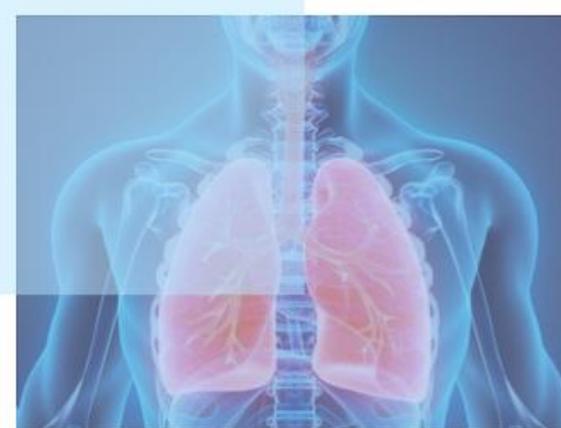
Actualment, les guies no fan la diferenciació entre sospita de pneumònia pneumocòccica típica i atípica (excepte en pacients que requereixin ingrés hospitalari), assumint la incertesa diagnòstica. En qualsevol cas, només s'arriba a un diagnòstic etiològic en el 20-30 % dels casos i s'estableixen les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

Escala 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 al III tenen un risc de mortalitat baix.
- Les classes I i II podrien ser tractades de manera ambulatoria.
- La classe III requeriria d'un període d'hospitalització en observació.
- Les classes IV i V requeririen ingrès 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	Tractament
0	0,7 %	Ambulatori
1	2 %	Ambulatori
2	9 %	Valoració hospitalària
3		
4	> 19 %	Ingrés hospitalari
5		

Proves diagnòstiques recomanades

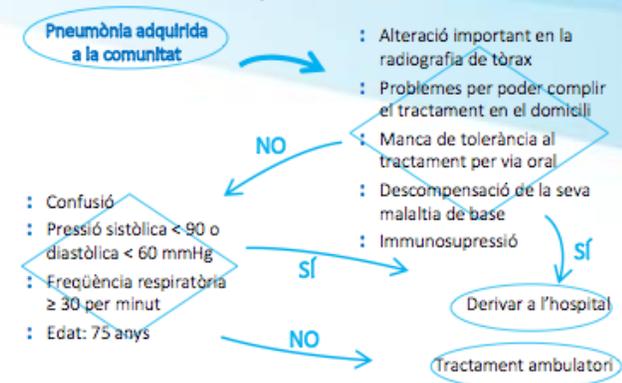
Prova diagnòstica	Atenció primària	CUAP	Hospital
Exploració física: tensió arterial, freqüència cardíaca i respiratòria, temperatura axil·lar	X	X	X
Saturació d'O ₂	X	X	X
Radiografia de tòrax	X	X	X
PCR*	X	X	X
Antigenúria de pneumococ/legionel·la			X
Hemograma + bioquímica			X
Cultiu d'esput			X
Hemocultius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

Criteris 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 institucionalitzat, amb MPOC moderada-greu	- Amoxicil·lina-àcid clavulànic 875/125 mg/8 h, 5 dies	- Levofloxacina 500 mg/24 h, 5 dies
Pneumònia amb ingrès hospitalari	- Ceftriaxona 1 g/24 h IV, 5 dies	- Levofloxacina 500 mg/24 h, 5 dies
Presentació típica		
Pneumònia amb ingrès 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 betalactàmic 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 betalactàmics 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	

- 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)

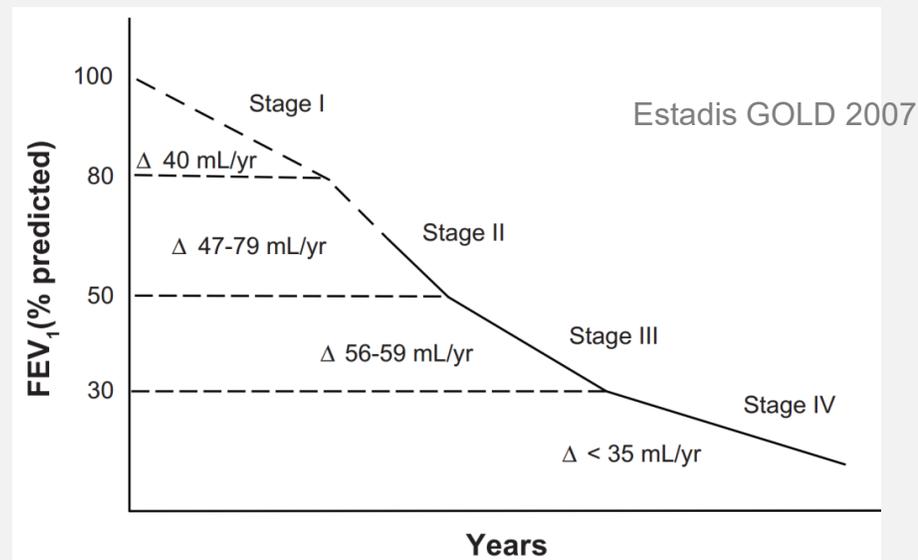
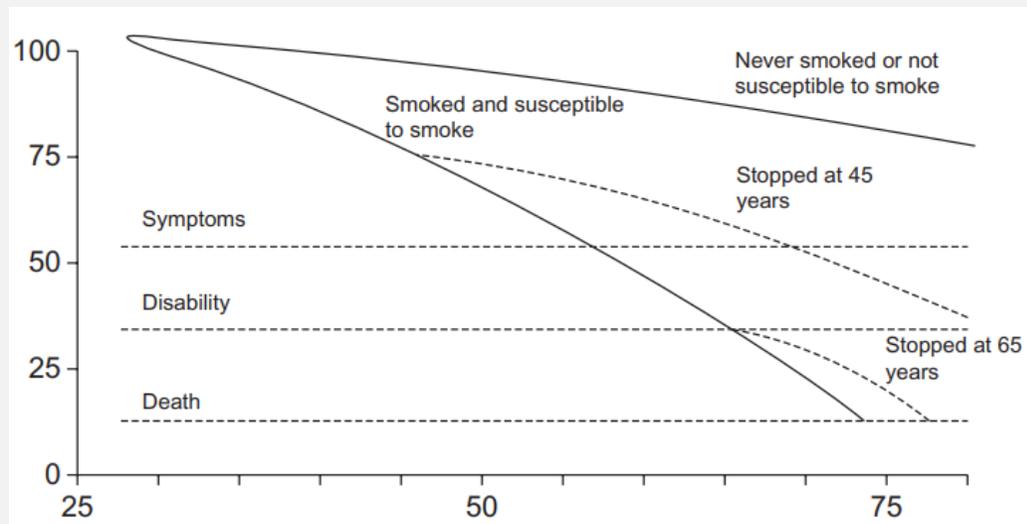
41%

de los pacientes EPOC siguen fumando

INDEX EPOC 25

- Definición
- Diagnóstico
- Clasificación
- Control y seguimiento
- Tratamiento
- Exacerbaciones
- Novedades

La taxa de deteriorament de la funció pulmonar no és constant llarg del temps

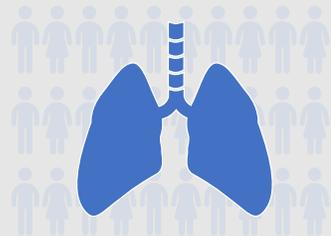


- ❑ Deixar de fumar atès que frena de manera molt important la caiguda del FEV1 ha demostrat ser la forma més eficaç de modificar de manera substancial l'evolució clínica de la malaltia i precoçment.
- ❑ Afegir tractament amb BD si el pacient presenta clínica que valorarem amb l'escala de la dispnea i el qüestionari CAT

- *“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.”¹*

Datos de la EPOC a nivel mundial¹

~384 millones de personas tienen EPOC en todo el mundo²



1 de cada 5 pacientes muere en el plazo de **1 año** desde su primera exacerbación grave^{4*}

La **EPOC** es la **tercera causa principal de muerte** a nivel mundial¹



Se estima que **más de la mitad** de los pacientes con EPOC puede **no estar diagnosticado**³



~3 millones de personas **mueren** de EPOC cada año, lo que representa **el 6 % de todas las muertes a nivel mundial**²

Diagnostic. Sospita Clínica



La sospita d'MPOC s'ha d'establir en persones majors de 35 anys amb exposició a factors de risc, principalment al tabac, i que presentin símptomes respiratoris:

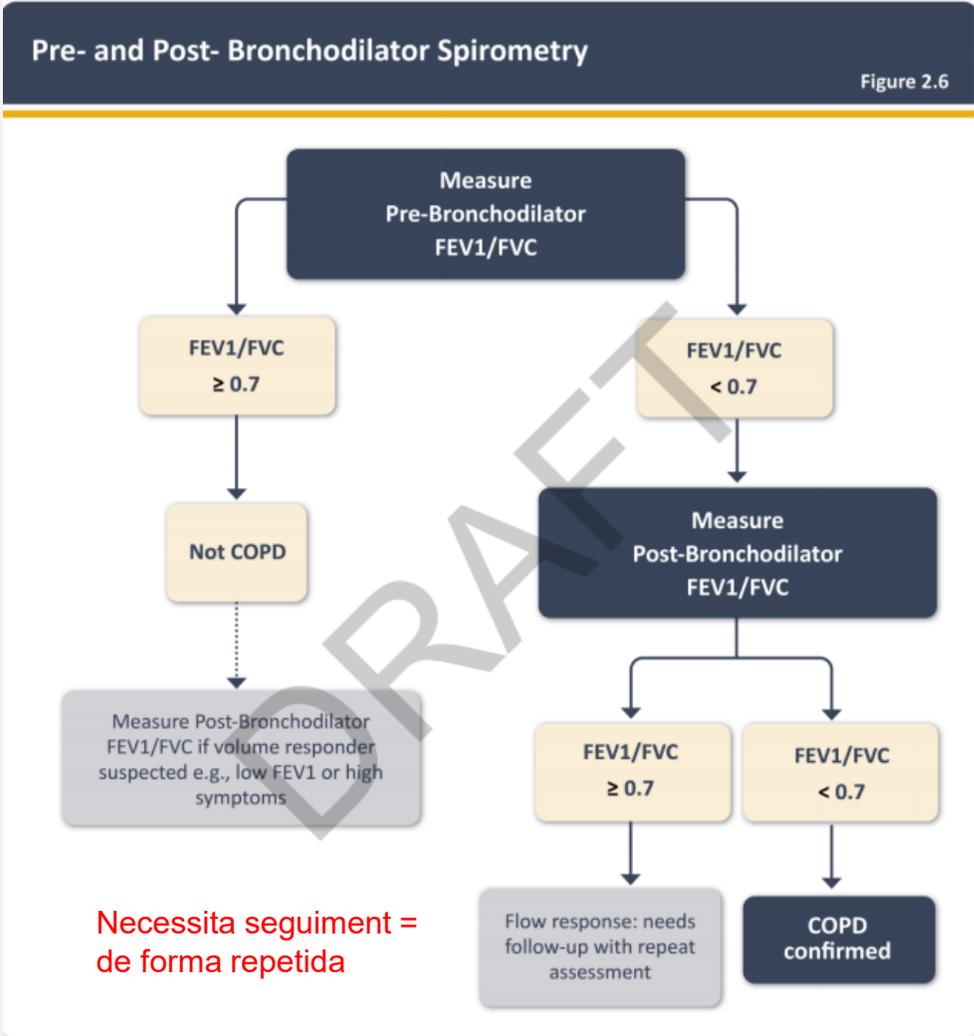
- Edat > 35 anys
- Historia de tabaquisme 10 o més paquets/any
- Exposició a factors de risc: Tabaquisme, factors ambientals o factors de l'hoste
- Dispnea
- Tos crònica, amb o sense expectoració

Es pot iniciar tractament simptomàtic tot esperant confirmar diagnòstic

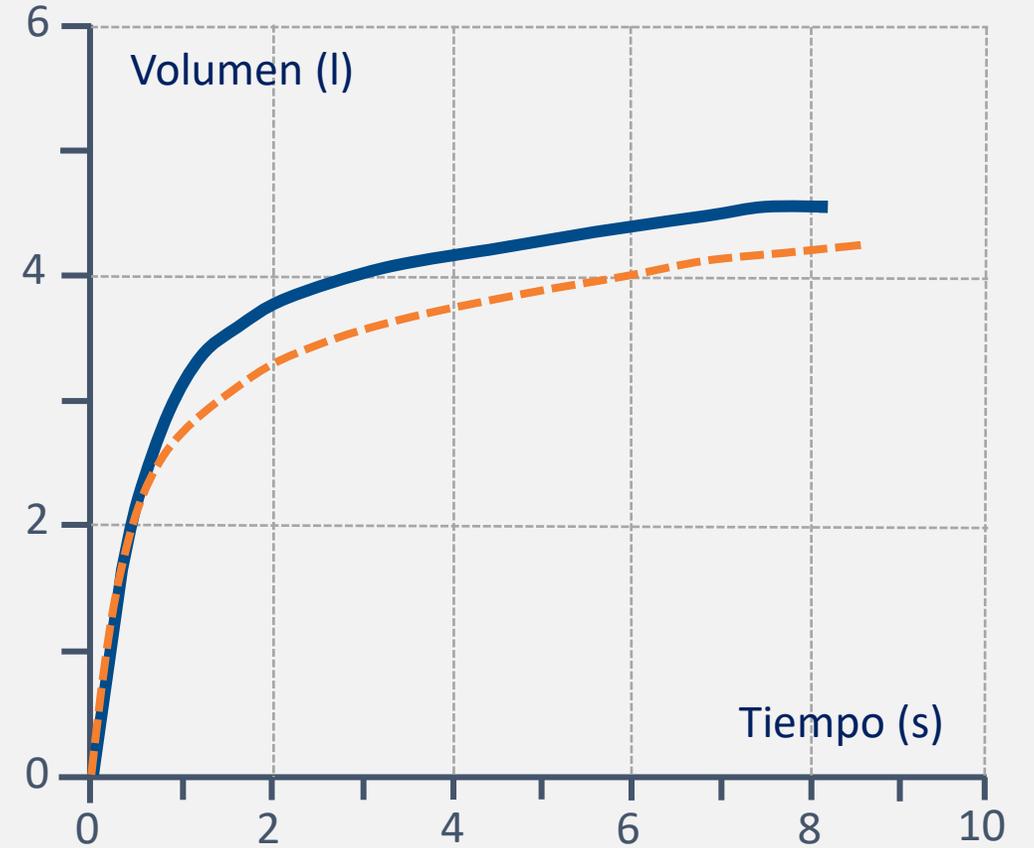
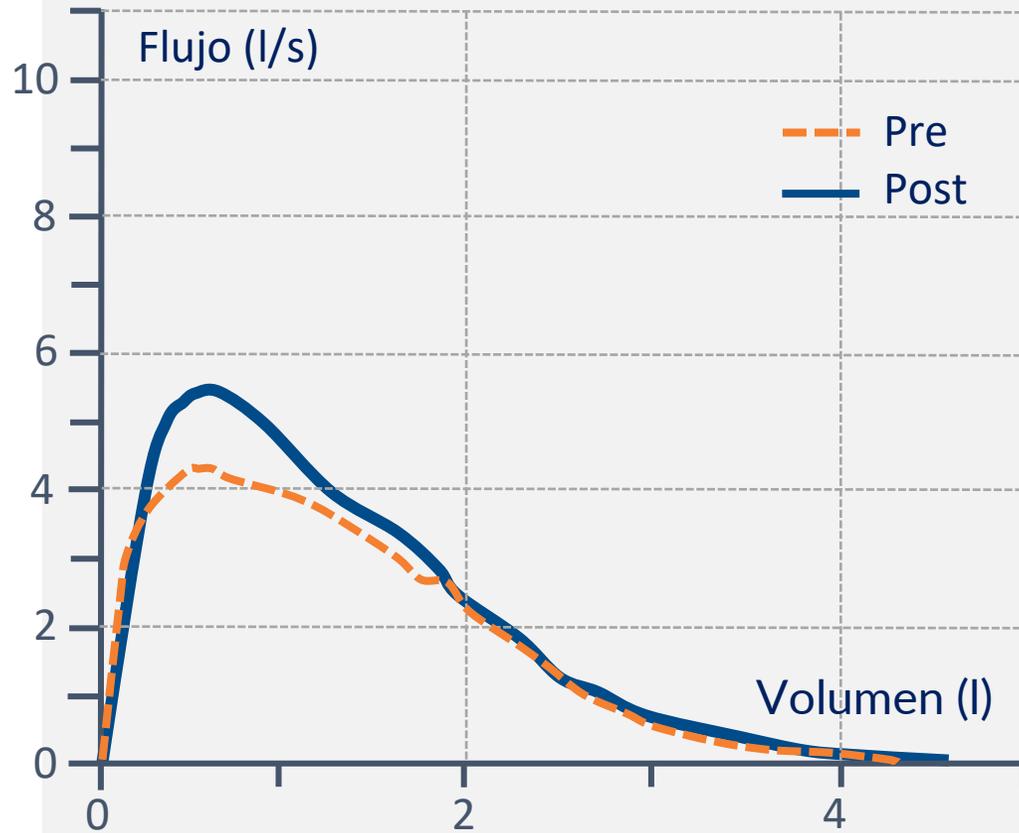
ESPIROMETRIA

Diagnostico de EPOC

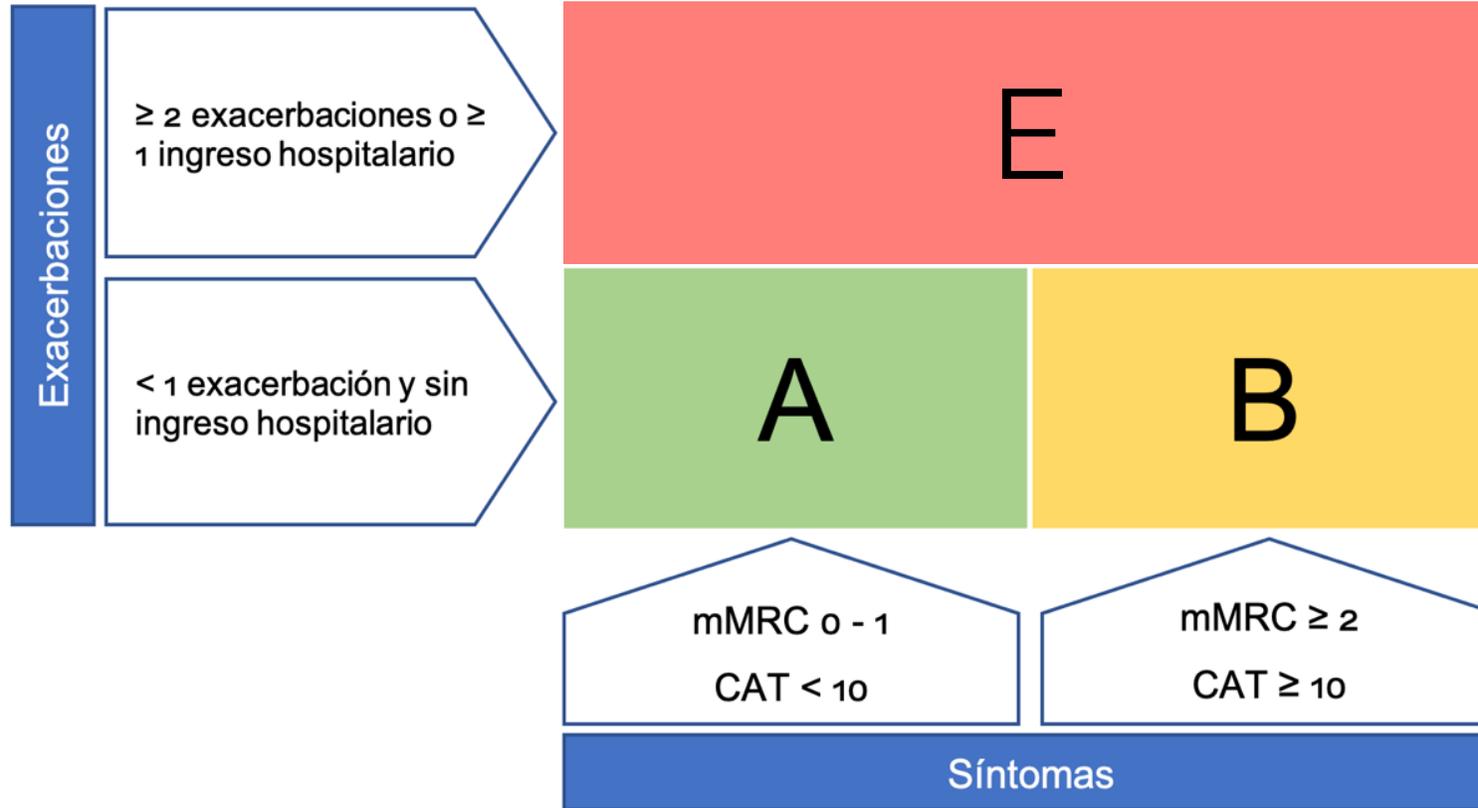
GOLD.2025



Espirometría: confirma el diagnóstico de EPOC



	Basal	% Pred.	[Mín.	Pred.	Máx.]	Post.	% Pred.	Cambio	Unidad
FEV ₁	2,63	61	1,92	4,33	5,65	2,73	63	+4	l
FVC	4,24	83	3,62	5,26	6,90	4,58	87	+8	l
FEV ₁ /FVC	68,1	-	-	-	-	68,8	-	+1	%



Control y seguimiento

a) CUESTIONARIO mMRC ^{1,2} (Modified British Medical Research Council)

VALORACIÓN DE LOS SINTOMAS	
ESCALA DE DISNEA MODIFICADA DEL MRC (mMRC), British Medical Research Council >2 Disnea significativa	
0	Ausencia de disnea excepto al realizar ejercicio intenso
1	Disnea al andar deprisa o al subir una cuesta poco pronunciada
2	Incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria, o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso
3	Tener que parar a descansar al andar unos 100m o a los pocos minutos de andar en llano
4	La disnea impide al paciente salir de casa o aparece con actividades como vestirse o desvestirse.

b) COPD Assessment Test (CAT) ^{1,2}

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA CAT (COPD ASSESSMENT TEST, Test de evaluación de la EPOC) SUMA DE PUNTUACIONES (0-40)		
< 10: Impacto bajo de la EPOC (La mayoría de días son buenos; la enfermedad impide al paciente hacer una o dos cosas que quería; tos de varios días a la semana)		
≥ 10: Impacto medio a alto de la EPOC		
Nunca toso	0 1 2 3 4 5	Siempre estoy tosiendo
No tengo flema (mucosidad) en el pecho	0 1 2 3 4 5	Tengo el pecho completamente lleno de flema (mucosidad)
No siento ninguna opresión en el pecho	0 1 2 3 4 5	Siento mucha opresión en el pecho
Cuando subo una pendiente o un tramo de escalera, no me falta el aire	0 1 2 3 4 5	Cuando subo una pendiente o un tramo de escalera, me falta mucho el aire
No me siento limitado para realizar actividades domésticas	0 1 2 3 4 5	Me siento muy limitado para realizar actividades domésticas
Me siento seguro al salir de casa a pesar de la afección pulmonar que padezco	0 1 2 3 4 5	No me siento nada seguro al salir de casa debido a la afección pulmonar que padezco
Duermo sin problemas	0 1 2 3 4 5	Tengo problemas para dormir debido a la afección pulmonar que padezco
Tengo mucha energía	0 1 2 3 4 5	No tengo ninguna energía
TOTAL:		

c) Recuento de Eosinófilos en Sangre (RES)

Existen pruebas de que el recuento de eosinófilos en sangre es mayor en el paciente con EPOC.

Pueden ayudar a estimar la probabilidad de una respuesta preventiva beneficiosa con la implantación de corticoides inhalados al tratamiento broncodilatador estándar, y por lo tanto se puede utilizar como biomarcador junto con la evaluación a la hora de tomar decisiones con respecto al uso de estos (ICS)

Se observa un mayor descenso del FEV1 en pacientes con EPOC leve a moderado con mayores recuentos de eosinófilos en sangre en la población en la que el uso de corticoides inhalados era bajo, lo que pone de relieve la posible utilidad de los recuentos de eosinófilos en sangre como biomarcador pronóstico del descenso de la función pulmonar cuando no están condicionados por el uso de corticoides inhalados,

Guía GOLD 2025. Seguimiento

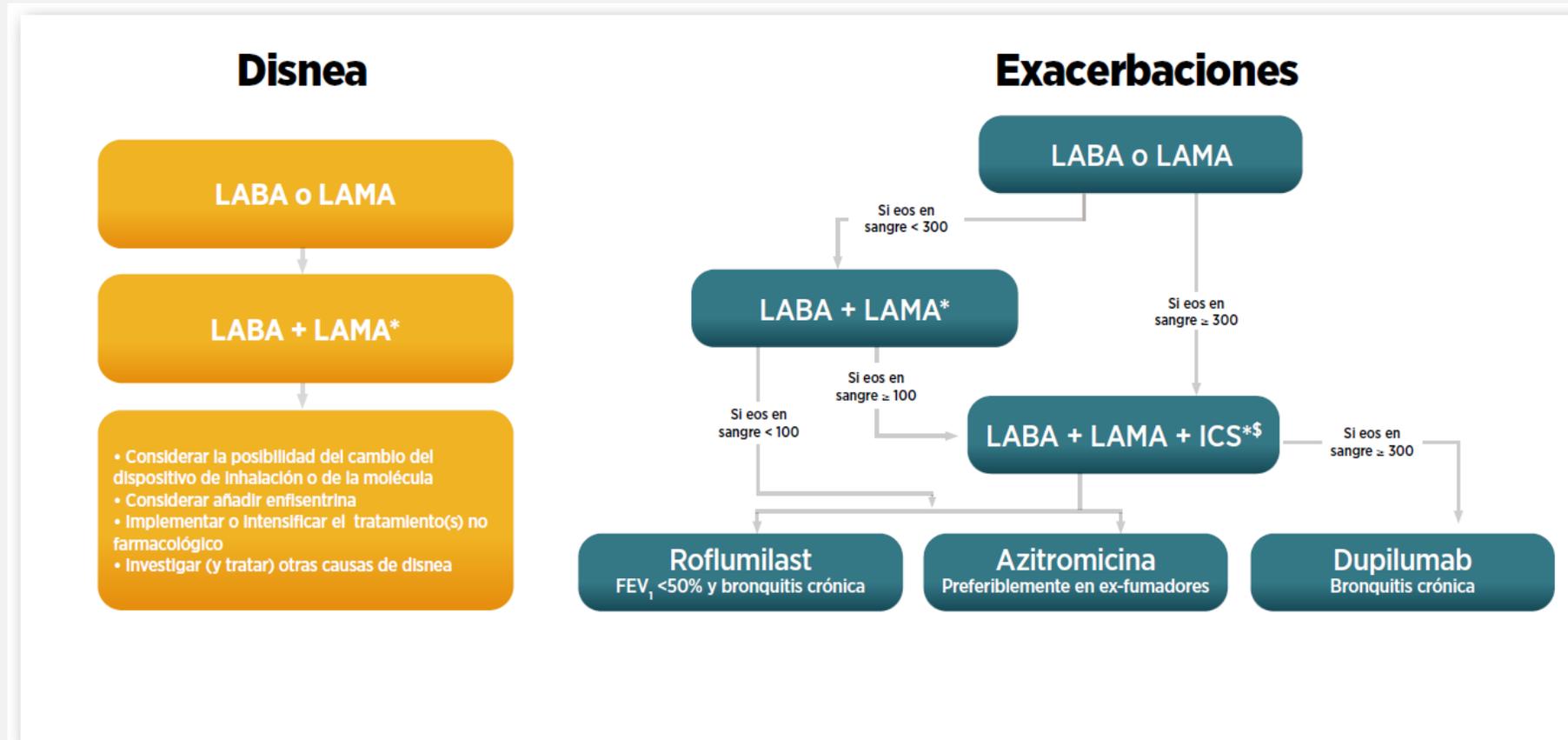


Figura de Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of COPD 2025.¹

*

Tractament no Farmacològic



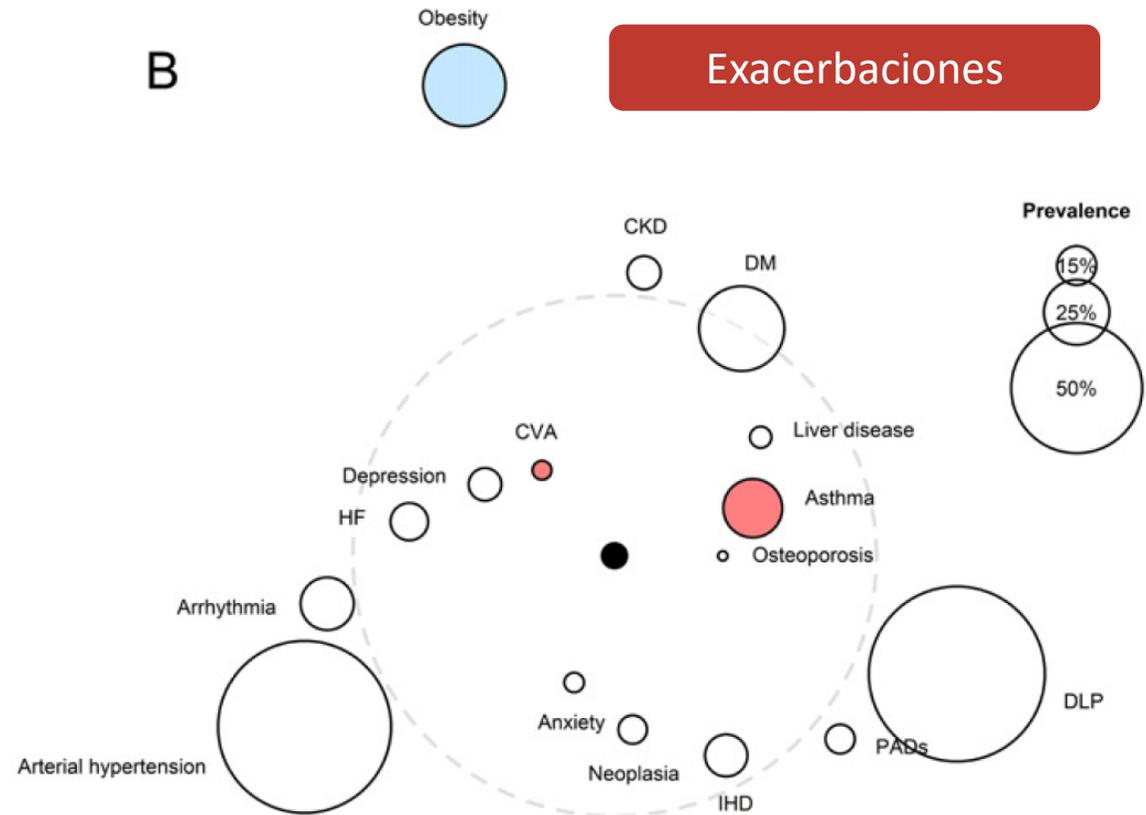
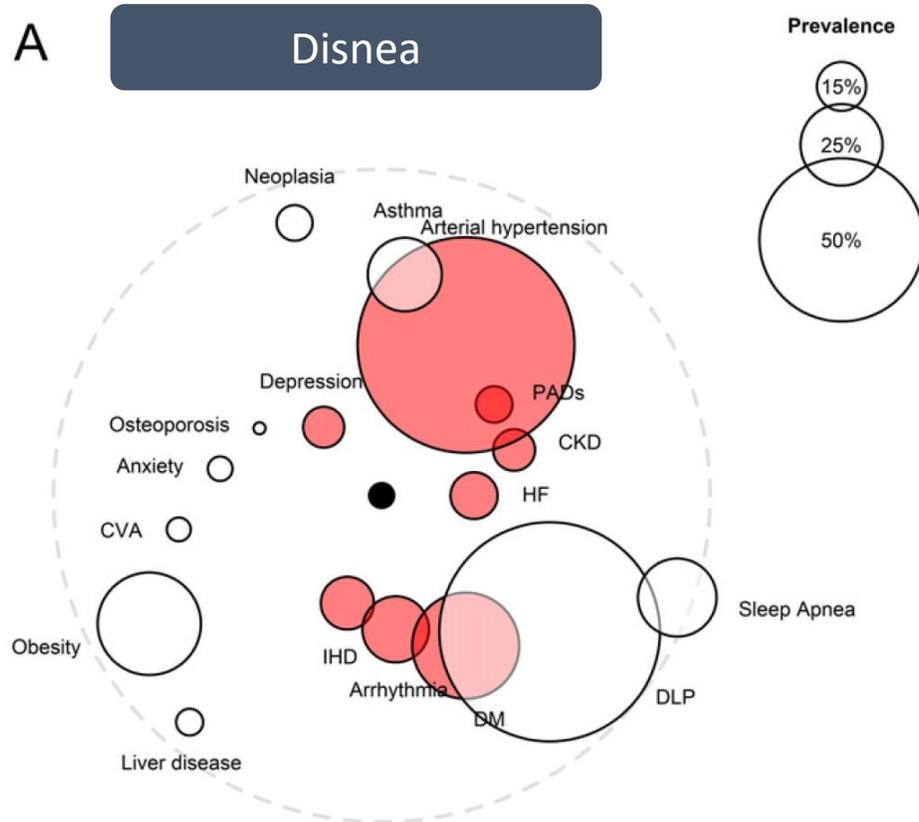
- Cessació tabàquica
- Vacunació recomanada a la MPOC estable
 - Vacuna d'influència segons campanya.
 - Vacuna davant de SARS-CoV-2 majors de 60 anys i/o cardiopatia o malaltia pulmonar crònica (Ev.A)
 - Vacuna antineumocòcica (a MPOC es recomana preferiblement la conjugada de 20 serotips –PCV20–).
 - Vacuna de tos ferina, tètanus i diftèria en no vacunats a l'adolescència.
 - Vacuna de l'herpes zòster en pacients de més de 50 anys.
- Nutrició
- Activitat física
- Rehabilitació pulmonar
- Oxigenoteràpia contínua domiciliària

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

EPOC: comorbilidades

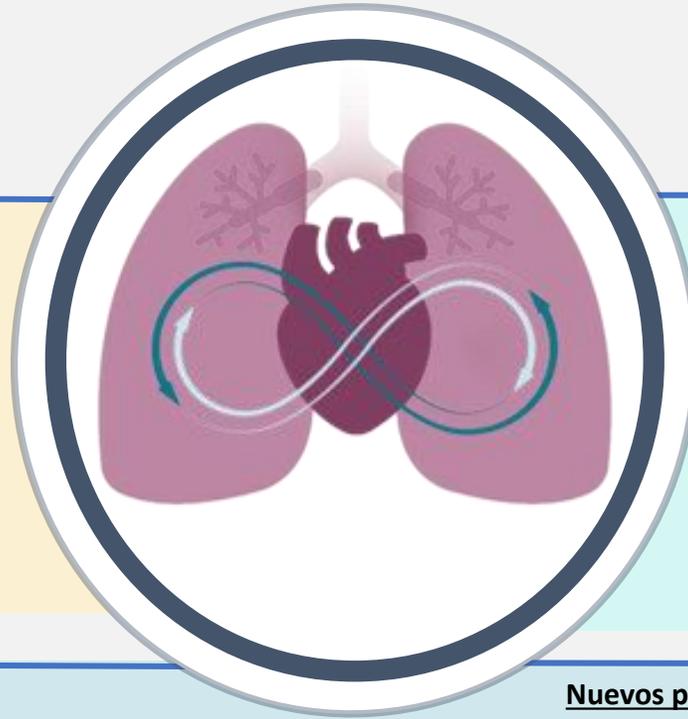


- ❖ Influyen en el pronóstico.
- ❖ Son muy prevalentes en AP.
- ❖ Se asocian con ↑ de disnea y exacerbaciones.
- ❖ ↑ riesgo de mortalidad en la EPOC.

Figueira Gonçalves JM, García Bello MÁ, Martín Martínez MD, Pérez Méndez LI, García-Talavera I, García Hernández S, Díaz Pérez D, Bethencourt Martín N. The COPD Comorbidity in the Light of the Degree of Dyspnea and Risk of Exacerbation. COPD. 2019 Feb;16(1):104-107. doi: 10.1080/15412555.2019.1592144. Epub 2019 Apr 29. Erratum in: COPD. 2019 Aug;16(3-4):310. PMID: 31032664.

Sleep Apnea

Los MACE asociados a la EPOC



La EPOC se trata frecuentemente como una enfermedad única sin evaluar el riesgo cardiopulmonar¹

Tras 1 exacerbación → **10x riesgo de evento CV grave**
o muerte por todas las causas entre 1 y 7 días después y permanece aumentado durante un año²

En 2024, la **EPOC** se identifica como un **factor de riesgo independiente de ECV en QR4³**

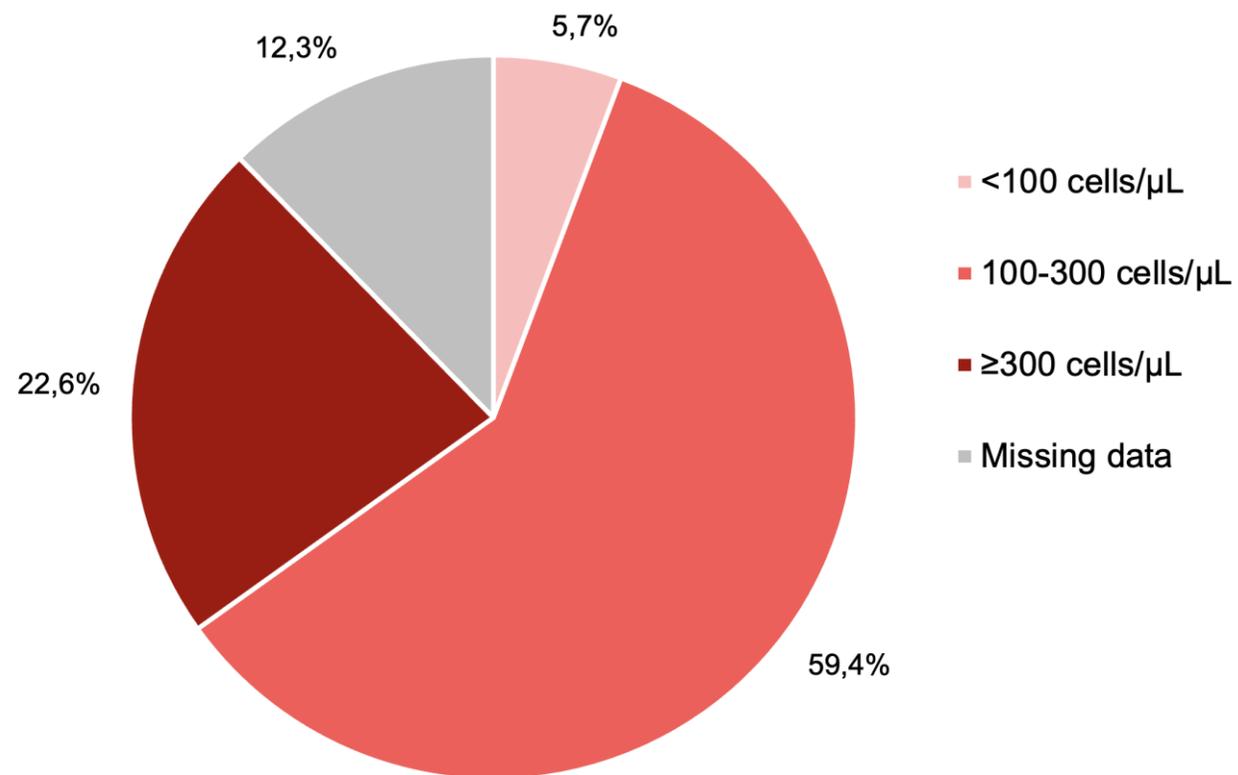


Nuevos predictores candidatos para evaluación en QR4:

- EPOC
- Asma
- Hipertiroidismo
- Hipotiroidismo
- Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos
- Hipertensión benigna intracraneal
- VIH/SIDA

Extended Data Table 2 | Existing predictors in QRISK3 and candidate predictors considered for inclusion in QR43 (siguiente diapositiva)

1. Hurst JR, et al. MACE in COPD: addressing cardiopulmonary risk. Lancet Respir Med 2024;12:345–348; 2. Michael Pollack et al. Association between severe cardiovascular events and time following exacerbations of COPD: meta-analyses of EXACOS-CV observational studies from 8 countries. P.159. Poster presented at the American Thoracic Society International Conference, San Diego, CA, USA, May 17-22, 2024; 3. Hippisley-Cox J, et al. Development and validation of a new algorithm for improved cardiovascular risk prediction. Nat Med 2024;doi: 10.1038/s41591-024-02905-y. Apr 18 [Epub ahead of print]



❖ El **82 %** de los pacientes EPOC tiene niveles de **eosinófilos ≥ 100 cél/μL**.

❖ **Indicación de CI:**

- Eosinófilos ≥ 300 cél/μL.
- Eosinófilos ≥ 100 cél/μL + ≥ 1 exacerbación moderada.

Tratamiento exacerbación

✓ 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>	Amoxicil·lina/àcid clavulànic via oral 875/125 mg/8 h x 5d	Cefuroxima axetil via oral 500 mg/12 h x7-10 d
Moderada-greu sense risc d'infecció per <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	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
Moderada-greu amb risc d'infecció per <i>P. aeruginosa</i>, definit com:	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"> • 4 cicles de tractament antibacterià durant l'últim any, o • FEV₁ < 50%, o • presència de bronquièctasis significatives[†], o • aïllament previ del bacteri en l'esput 		Si infecció confirmada per <i>P. aeruginosa</i> : Ciprofloxacina [‡] via oral 750 mg/12 h x14 d	

[†]El tractament antibacterià s'ha d'allargar a 14 dies en cas de bronquièctasis documentades.

[‡]Ciprofloxacina no presenta activitat davant de *S. pneumoniae*.

Evidencia que respalda la reducción de la mortalidad con terapia farmacológica y no farmacológica en pacientes con EPOC

Terapia	ECA*	Efecto del tratamiento sobre la mortalidad	Características del paciente
Terapia farmacológica			
LABA+LAMA+ICS ¹ *	Si	Comparativa sobre reducción del riesgo relativo de triple terapia versus doble BDAL IMPACT HR 0,72 (IC 95%: 0,53; 0,99) ^{1a} ETHOS HR 0,51 (IC 95%: 0,33; 0,80) ^{1b}	Personas sintomáticas con antecedentes de exacerbaciones frecuentes y/o graves
Terapia no farmacológica			
Dejar de fumar (Sm) ²	Si	HR para el grupo de cuidado habitual comparado con el grupo con intervención (dejar de fumar) HR 1,18 (95% IC: 1,02-1,37)	Asintomático o ligeramente sintomático
Rehabilitación pulmonar (RP) ^{3a}	Si	Ensayos antiguos ^{3a} : RR 0,28 (IC 95% 0,10-0,84) Ensayos nuevos ^{3b} : RR 0,68 (IC 95% 0,28- 1,67)	Hospitalizados por exacerbaciones de EPOC (durante o ≤ 4 semanas post d/c)
Terapia de oxígeno a largo plazo ⁴	Si	NOTT, ≥ 19 horas de oxígeno continuo vs ≤ 13 horas: reducción 50% ^{4a} MRC, ≥ 15 horas vs. sin oxígeno: reducción 50% ^{4b}	PaO ₂ ≤ 55 o < 60 mmHg con cor pulmonale o policitemia secundaria
Ventilación mecánica con presión positiva no invasiva ⁵	Si	12% en VPPNI (alto nivel IPAP) y 33% en control (HR 0,24; 95% CI 0,11; 0,49)	EPOC estable con hipercapnia marcada
Cirugía de reducción de volumen pulmonar ⁶	Si	0,07 muertes/personas-año (LVRS) vs. 0,15 muertes/personas-año (UC) RR por fallecimiento 0,47 (p>0,005)	Enfisema del lóbulo superior y baja capacidad de ejercicio

*ECA con análisis preespecificado del resultado de mortalidad (resultado primario o secundario). #Resultados inconcluyentes posiblemente debido a diferencias en la rehabilitación pulmonar en un amplio rango de participantes y configuraciones

Novetats GOLD 2025. Nous tractame



□ Esifentrina

- Inhibidor de la fosfodiesterasa amb efectes B_d i antiinflamatoris que ha demostrat millors funció pulmonar, símptomes, qualitat de vida i freqüència d'exacerbacions. S'administra cad 12h (actualment només d'ús als EUA)

□ Dupilumab

- Anticòs monoclonal en tractament de manteniment MPOC no controlada amb nivells alts d'eosinòfils i perfil bronquitis crònica (ha demostrat reduir un 30% les exacerbacions). Inyectable cada 2 setmanes.
- Aprovat per l'EMA juliol.24.

Benralizumab

The Lancet. Vol.13, Número 1. p59-68, Enero 2025

- Se trata de un AC monoclonal para el manejo de las exacerbaciones eosinofílicas asma y EPOC
- Ensayo aleatorizado, multicentrico, doble ciego, doble simulación .
- Conclusión:
 - *Mejores resultados que corticoides solos en el manejo de las exacerbaciones*

Novetats GOLD 2025. Disbiosi



- ❑ Estudis genètics han estat utilitzats per descriure el microbioma pulmonar. Ens mostren que el tracte respiratori inferior no és estèril i que permanentment conté una diversa gamma de bacteris
- ❑ La disbiosi es refereix a l'alteració del microbioma i ha estat observat en fumadors i en pacients mpoc, produint una alteració al microbioma, afectant la immunitat de les mucoses i que relaciona amb infeccions víriques, ús d'antibiòtics, corticoides inhalats, que sembla que influeixen en la progressió de la malaltia.

