

Patologia infecciosa del tracte respiratori baix en l'adult

Bronquitis aguda

En els pacients prèviament sans, la majoria de les infeccions agudes del tracte respiratori baix són virals, moderades i autolimitades. En aquest sentit, nombrosos estudis han demostrat que el tractament antibiòtic de les infeccions respiratòries baixes no complicades, si n'excloem les pneumònies, no és beneficiós **A**.

Etiologia

Més del 90% dels casos de bronquitis aguda en pacients sense comorbiditat tenen una etiologia majoritàriament vírica.

Diagnòstic i proves complementàries

El diagnòstic de la bronquitis aguda és clínic. La presència d'esput purulent no té cap implicació clinicoterapèutica **B**.

Tractament

- **Consells generals.** Es recomana beure més aigua i deixar de fumar **D**.
- **Tractament simptomàtic.** Si el pacient presenta mal estat general o febre, es recomana tractament amb paracetamol (500 mg a 1.000 mg, cada 4 - 6 h fins a un màxim de 4 g al dia) **D**.
No es recomanen antitussígens ni mucolítics **A**.
- **Tractament específic.** El tractament de la bronquitis aguda és simptomàtic **A**.
No es recomana l'ús d'antibiòtics, excepte en la sospita d'infecció per *Bordetella pertussis* **D**.

Els betaagonistes podrien estar indicats en pacients amb evidència d'obstrucció aèria **A**.

Exacerbació del pacient amb malaltia pulmonar obstructiva crònica

Un 50 - 80% de les aguditzacions són de causa infecciosa (40 - 50% d'origen bacterià, 5 - 10% causades per bacteris atípics i 30% per virus), i un 20 - 50% tenen altres causes (insuficiència cardíaca, tromboembolisme pulmonar i contaminació atmosfèrica).

Diagnòstic. Clínic

Proves complementàries. No s'ha de sol·licitar una radiografia de tòrax de forma rutinària, només si hi ha mala evolució clínica o sospita de pneumònia **D**.

L'espirometria en el curs d'una exacerbació no està indicada **D**. La pulsioximetria és un mètode útil per valorar si el pacient presenta insuficiència respiratòria.

Críteris de derivació a l'hospital **D**

Si bé no hi ha un nombre de paràmetres a partir del qual s'ha de determinar la derivació a l'hospital, la necessitat de decidir-la serà més intensa com més paràmetres hi estiguin presents.

- Dispnea o taquipnea > 30 rpm
- Nivell de consciència alterat
- Hipotensió: pressió arterial sistòlica (PAS) < 90 mmHg; pressió arterial diastòlica (PAD) < 60 mmHg
- Cianosi o saturació d'oxigen < 90%
- Malalties cròniques associades
- Gravetat de la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) [volum expiatori forçat en el primer segon (VEF1) \leq 50%]
- Exacerbacions l'any previ \geq 3

Tractament

Tractament general. Es recomana beure més aigua i deixar de fumar **D**.

Tractament específic.

Fàrmacs	Via d'administració	Dosi
Broncodilatadors:		
• Agonistes beta d'acció curta		
- Salbutamol	Inhalada (ICP)	100 µg - 200 µg/4 h - 6 h
- Terbutalina	Inhalada (ICP)	250 µg - 500 µg/4 h - 6 h
• Anticolinèrgics d'acció curta		
- Bromur d'ipratropi	Inhalada (ICP) (DPS)	40 µg - 80 µg/4 h - 6 h
Glucorticoides sistèmics		
- Prednisona *	Oral	0,5 mg/kg pes/dia x 5 dia - 7 dia
Antibiòtics d'elecció:		
- Amoxicilina + àcid clavulànic	Oral	500-875/125 mg/8h x 5 dia - 10 dia
Al·lèrgic a penicil·lina:		
• Quinolones respiratòries		
- Levofloxacina	Oral	500 mg/24 h 7 dies - 10 dies
- Moxifloxacina	Oral	400 mg/24 h 5 dies - 10 dies

ICP = inhalador de cartutx pressuritzat; DPS = dispositiu de pólvora seca.

* En el tractament curt (< 10 dies), no cal fer pauta decreixent.

Els broncodilatadors han demostrat la seva eficàcia **A**. En el cas de les exacerbacions, cal augmentar la dosi i freqüència **A**. No s'han trobat diferències entre els adrenèrgics b2 i els anticolinèrgics **A**. La via d'administració ha de ser inhalada **A**.

Els glucocorticoides sistèmics redueixen la gravetat i la duració de l'exacerbació en el cas d'exacerbacions moderades-greus.

Ús d'antibiòtics. En l'MPOC lleu (VEF1 basal > 50% del teòric) el tractament antimicrobià no està indicat, excepte si hi ha factors de risc de fracàs terapèutic **B**:

- Augment del nombre de visites mèdiques per símptomes respiratoris (> 3/any)
- Augment del nombre d'aguditzacions prèvies (> 3/any)
- Dispnea basal entre moderada i greu
- VEF1 < 35%
- Ús d'oxigenoteràpia a domicili
- Comorbiditat cardíaca

En l'MPOC moderada (VEF1 entre el 40 i 50%) i en la greu (VEF1 < 40%) s'han d'utilitzar si presenten dos dels criteris clàssics d'Anthonisen **B**:

- Augment de la purulència de l'esput (aquest és el que millor es correlaciona amb la infecció bacteriana)
- Augment de la dispnea
- Augment del volum de l'esput

Pneumònia adquirida a la comunitat

Etiologia

Streptococcus pneumoniae és el germen més freqüent en la pneumònia adquirida a la comunitat (PAC), englobant tots els tipus de pneumònia. *Mycoplasma pneumoniae* és el germen més freqüent aïllat en la PAC a l'atenció primària.

Diagnòstic

Clínic + radiologia de tòrax (posteroanterior i lateral) **C**.

Radiologia de control després de les 6 setmanes en pacients amb clínica persistent, fumadors, persones grans (> 75 anys). En cas de mala resposta al tractament o si hi ha deteriorament important de l'estat general es podria fer abans **C**.

Criteris de derivació a l'hospital

S'ha d'aplicar l'escala d'estratificació de risc CRB65. Si el pacient presenta algun d'aquests paràmetres, s'ha de derivar a l'hospital.

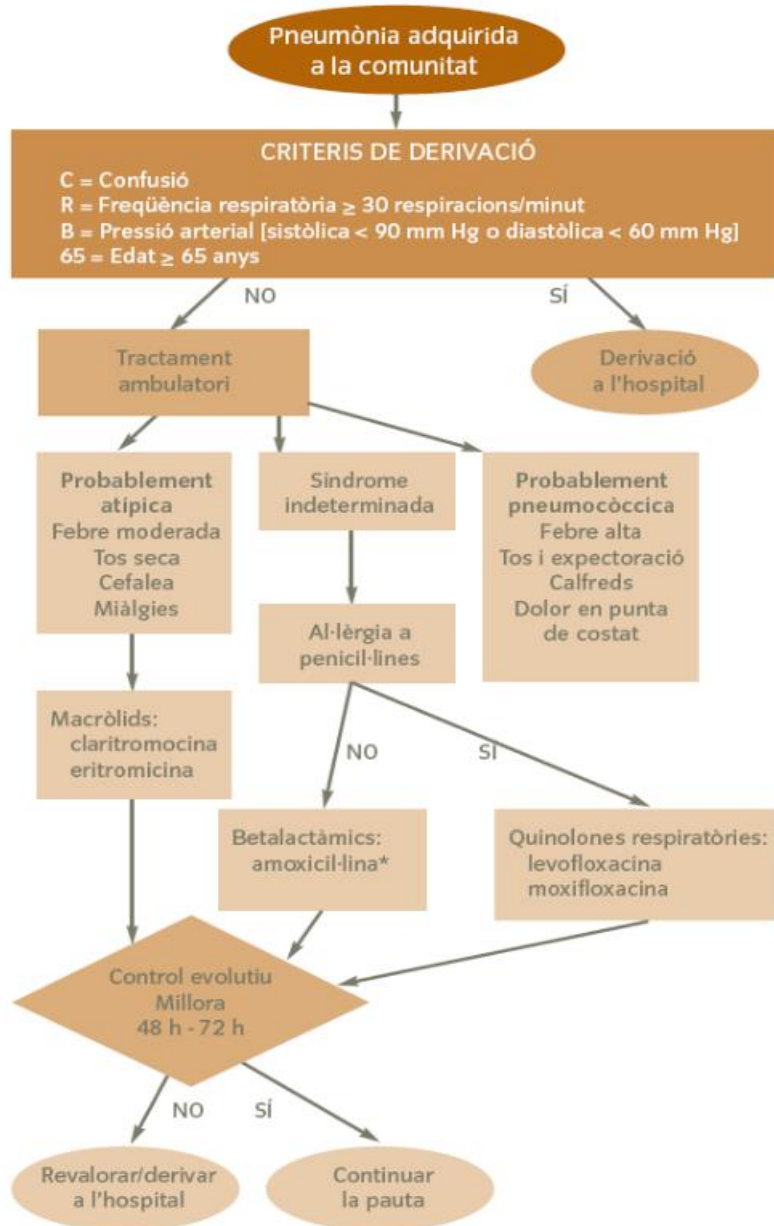
C = confusió

R = freqüència respiratòria \geq 30 respiracions/minut

B = pressió arterial sistòlica < 90 mmHg o diastòlica < 60 mmHG

65 = edat \geq 65 anys

Algoritme de derivació i tractament



* Estaria indicada amoxicil·lina + àcid clavulànic: Pneumònia en pacient gran institucionalitzat o comorbiditat: malaltia cardiovascular, diabetis *mellitus* (DM), hepatopatia, insuficiència renal, MPOC, alcoholisme.

Dosis d'antibiòtics

Amoxicil·lina	1 g/8 h/10 dies
Amoxicil·lina+àcid clavulànic	875 mg/125 mg/8 h/ 10 dies
Claritromicina	500 mg/12 h/14 dies
Eritromicina	500 mg/6 h/14 dies
Levofloxacina	500 mg/24 h/10 dies

Vacunes

Vacuna de la grip

Es recomana anualment, a tota la població més gran de 60 anys i a població de qualsevol edat, amb **B**:

- Malaltia respiratòria crònica, incloent-hi asma.
- Insuficiència cardíaca crònica
- Malaltia renal crònica
- Immunosupressió secundària a malaltia o a tractament
- Diabetis *mellitus*
- Pacients institucionalitzats
- Treballadors sanitaris o socials que puguin estar en contacte directe regular amb pacients de risc o clients

La vacuna de la grip està contraindicada en els pacients amb hipersensibilitat a la clara d'ou **D**.

Vacuna de la pneumònia pneumocòccica

Els estudis no han demostrat que sigui efectiva per disminuir la incidència de pneumònia.

Recomanacions **D**

- Persones més grans de 60 anys, especialment les persones ingressades en institucions.
- Persones immunodeprimides: amb asplènia, infecció per VIH, limfomes, mieloma múltiple, anèmia de cèl·lules falciformes, malaltia de Hodgkin, trasplantaments.
- Pacients amb malalties cròniques: amb insuficiència cardíaca, pneumopaties cròniques, cirrosi hepàtica, DM, insuficiència renal, alcoholisme, fístules del líquid cefalorraquidi.

Revacunació

- Quan han transcorregut més de 5 anys de la vacuna en aquells pacients amb risc alt de malaltia pneumocòccica.
- Les persones més grans de 65 anys rebran una segona dosi si la primera va ser administrada abans dels 65 anys i ja han passat més de 5 anys.