



CAMFiC
societat catalana de medicina
familiar i comunitària



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



CatSalut

Servei Català
de la Salut

Curs d'actualització en
Malalties Infecciosas

Infeccions respiratòries de vies baixes



Docente: José Paredes

Barcelona 26 de Mayo de 2016



Expanded CURB-65: a new score system predicts severity of community-acquired pneumonia with superior efficiency.

Liu JL, et al. Sci Rep. 2016.

- ❑ Objetivo de este estudio fue desarrollar un sencillo y más eficaz score para evaluar la gravedad de la neumonía adquirida en la comunidad. Se incluyeron un total de 1640 pacientes con NAC hospitalizados en un Hospital afiliado a la Universidad de Zhejiang. Se comparó la efectividad de las diferentes puntuaciones de gravedad de la neumonía para predecir la mortalidad, y el rendimiento de la nueva puntuación fue validado en una cohorte externa de 1.164 pacientes con neumonía ingresados en un hospital universitario en Italia.



Expanded CURB-65: a new score system predicts severity of community-acquired pneumonia with superior efficiency.

Liu JL, et al. Sci Rep. 2016.

- El uso de edad ≥ 65 años, **LDH** > 230 U / l, **albúmina** $< 3,5$ g / dl, **recuento de plaquetas** $< 100 \times 10^9$ / L, confusión, urea > 7 mmol / L, la frecuencia respiratoria ≥ 30 / min, hipotensión. Se denominó CURB65 ampliado



Expanded CURB-65: a new score system predicts severity of community-acquired pneumonia with superior efficiency.

Liu JL, et al. Sci Rep. 2016.

- ❑ La predicción de mortalidad a 30 días en la cohorte principal fue de **0,826** (IC del 95%, 0,807-0,844), **0,801** (IC del 95%, 0,781 a 0,820), **0,756**(IC del 95%, 0,735-0,777), **0,793** (IC del 95%, 0,773 hasta 0,813) **y 0,759** (IC del 95%, 0,737-0,779) para el CURB65 ampliado, PSI, CURB-65, la SMART-COP y a-DROP, respectivamente. El CURB-65 ampliado es objetivo, más simple y más preciso para la evaluación de la gravedad de la NAC y la eficiencia predictiva fue mejor que otros sistemas de puntuación.



Risk factors for hospital admission in the 28 days following a community-acquired pneumonia diagnosis in older adults, and their contribution to increasing hospitalisation rates over time: a cohort study.

Millett ER1, De Stavola BL1. BMJ Open. 2015 Dec 1;5(12):e008737.

OBJETIVOS,

Determinar factores asociados con la hospitalización después de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) de los adultos mayores en Inglaterra, y para investigar cómo estos factores han contribuido al aumento de las hospitalizaciones en el tiempo. Estudio de cohortes realizado en AP y Especializada en Inglaterra.

POBLACIÓN:

39.211 individuos fueron investigados, ≥ 65 años de edad y al menos 1 episodio de NAC entre abril de 1998 y marzo de 2011.



Risk factors for hospital admission in the 28 days following a community-acquired pneumonia diagnosis in older adults, and their contribution to increasing hospitalisation rates over time: a cohort study.

Millett ER1, De Stavola BL1. BMJ Open. 2015 Dec 1;5(12):e008737.

Principales medidas de resultado:

Se examinó la asociación entre la hospitalización dentro de los 28 días del diagnóstico de la NAC , comorbilidad, factores de fragilidad, medicamentos y vacunas.. También la tendencia de mortalidad post-NAC y la duración de la hospitalización durante el período de estudio.



Risk factors for hospital admission in the 28 days following a community-acquired pneumonia diagnosis in older adults, and their contribution to increasing hospitalisation rates over time: a cohort study.

Millett ER1, De Stavola BL1. BMJ Open. 2015 Dec 1;5(12):e008737.

RESULTADOS:

14 comorbilidades, 5 factores de fragilidad y 4 medicamentos / vacunas estaban asociados con la hospitalización . Factores tales como la **EPOC, IRC grave y la diabetes** se asociaron con una mayor probabilidad de hospitalización, mientras que los factores tales como la **vacunación contra la Gripe reciente y una receta reciente de antibióticos** disminuyeron las probabilidades de hospitalización. A pesar de ajustar por estos y otros factores, la probabilidad de hospitalización después de NAC aumentó notablemente de 57% (1998 a 2000) a 86% (2009-2010). La duración de la hospitalización y la mortalidad a 28 días disminuyó durante el período de estudio.



Risk factors for hospital admission in the 28 days following a community-acquired pneumonia diagnosis in older adults, and their contribution to increasing hospitalisation rates over time: a cohort study.

Millett ER1, De Stavola BL1. BMJ Open. 2015 Dec 1;5(12):e008737.

CONCLUSIONES:

Los factores de riesgo descritos permiten la identificación de los pacientes con mayor riesgo de hospitalización post-NAC y por lo tanto de una gestión más pro-activa. Nuestros análisis también demuestran que, si bien las comorbilidades y factores de fragilidad contribuyeron a aumentar las hospitalizaciones después de la NAC en los últimos años, la mejora en la tendencia parece ser debida en gran medida por los cambios en la prestación de servicios y el comportamiento del paciente.



Antibiotic Treatment Strategies for Community-Acquired Pneumonia in Adults . Douwe F. Postma, M.D., Cornelis H.

N Engl J Med 2015;372:1312-23.

- La elección del tratamiento antibiótico empírico para los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad NAC que ingresan en los hospitales se complica por la limitada disponibilidad de pruebas. Se compararon tres estrategias de tratamiento empírico: monoterapia con betalactámicos, betalactámico + macrólido o monoterapia fluoroquinolone.
- Un total de 3.325 pacientes fueron elegibles para su inclusión en el estudio, y 2.283 (69%) dio el consentimiento. La edad media de los pacientes fue de 70 años



Antibiotic Treatment Strategies for Community-Acquired

Pneumonia in Adults . Douwe F. Postma, M.D., Cornelis H.

N Engl J Med 2015;372:1312-23.

Table 2. Baseline Characteristics of Patients in the Intention-to-Treat Population.*

Characteristic	Antibiotic Treatment Strategy		
	Beta-Lactam (N = 656)	Beta-Lactam–Macrolide (N = 739)	Fluoroquinolone (N = 888)
Median age (interquartile range) — yr	70 (60–79)	70 (59–80)	71 (59–79)
Male sex — no. (%)	381 (58.1)	431 (58.3)	505 (56.9)
Median duration of symptoms (interquartile range) — days	3 (1–7)	3 (1–7)	3 (1–7)
Received antibiotics before admission — no./total no. (%)	219/637 (34.4)	227/721 (31.5)	303/873 (34.7)
Current smoker — no./total no. (%)	109/627 (17.4)	154/723 (21.3)	196/872 (22.5)
Past smoker — no./total no. (%)	379/627 (60.4)	398/723 (55.0)	490/872 (56.2)
Received influenza vaccination — no./total no. (%)	453/624 (72.6)	466/700 (66.6)	572/847 (67.5)
Received pneumococcal vaccination — no./total no. (%)			
PPSV23	16/594 (2.7)	18/671 (2.7)	13/822 (1.6)
PCV13	19/656 (2.9)	7/739 (0.9)	10/888 (1.1)
Dependency in ADL — no./total no. (%)†	199/637 (31.2)	200/714 (28.0)	257/870 (29.5)
Had one or more hospital stays in the previous year — no./total no. (%)	271/653 (41.5)	298/722 (41.3)	351/881 (39.8)



Antibiotic Treatment Strategies for Community-Acquired Pneumonia in Adults

Douwe F. Postma, M.D., Cornelis H.

N Engl J Med 2015;372:1312-23.

Had coexisting condition — no. (%)			
Cardiovascular disease	153 (23.3)	154 (20.8)	172 (19.4)
COPD or asthma	260 (39.6)	281 (38.0)	377 (42.5)
Other chronic pulmonary disease	64 (9.8)	97 (13.1)	61 (6.9)
Diabetes mellitus	118 (18.0)	101 (13.7)	161 (18.1)
Cancer‡	106 (16.2)	124 (16.8)	151 (17.0)
HIV/AIDS — no. (%)	3 (0.5)	6 (0.8)	6 (0.7)
Chronic renal failure or nephrotic syndrome	10 (1.5)	14 (1.9)	7 (0.8)
Receiving immunosuppressive therapy — no. (%)	59 (9.0)	57 (7.7)	93 (10.5)
Underwent organ or bone marrow transplantation — no. (%)	19 (2.9)	24 (3.2)	29 (3.3)
PSI score§¶	84.6±29.0	84.8±27.8	85.4±28.5
Median CURB-65 score (interquartile range)§	1 (1–2)	1 (1–2)	1 (1–2)
Had radiologically confirmed CAP — no. (%)	506 (77.1)	566 (76.6)	665 (74.9)
Blood culture obtained — no. (%)	508 (77.4)	559 (75.6)	670 (75.5)
Sputum culture obtained — no. (%)	306 (46.6)	347 (47.0)	390 (43.9)
PUAT performed — no. (%)	504 (76.8)	582 (78.8)	711 (80.1)
LUAT performed — no. (%)	492 (75.0)	574 (77.7)	668 (75.2)



Antibiotic Treatment Strategies for Community-Acquired Pneumonia in Adults . Douwe F. Postma, M.D., Cornelis H.

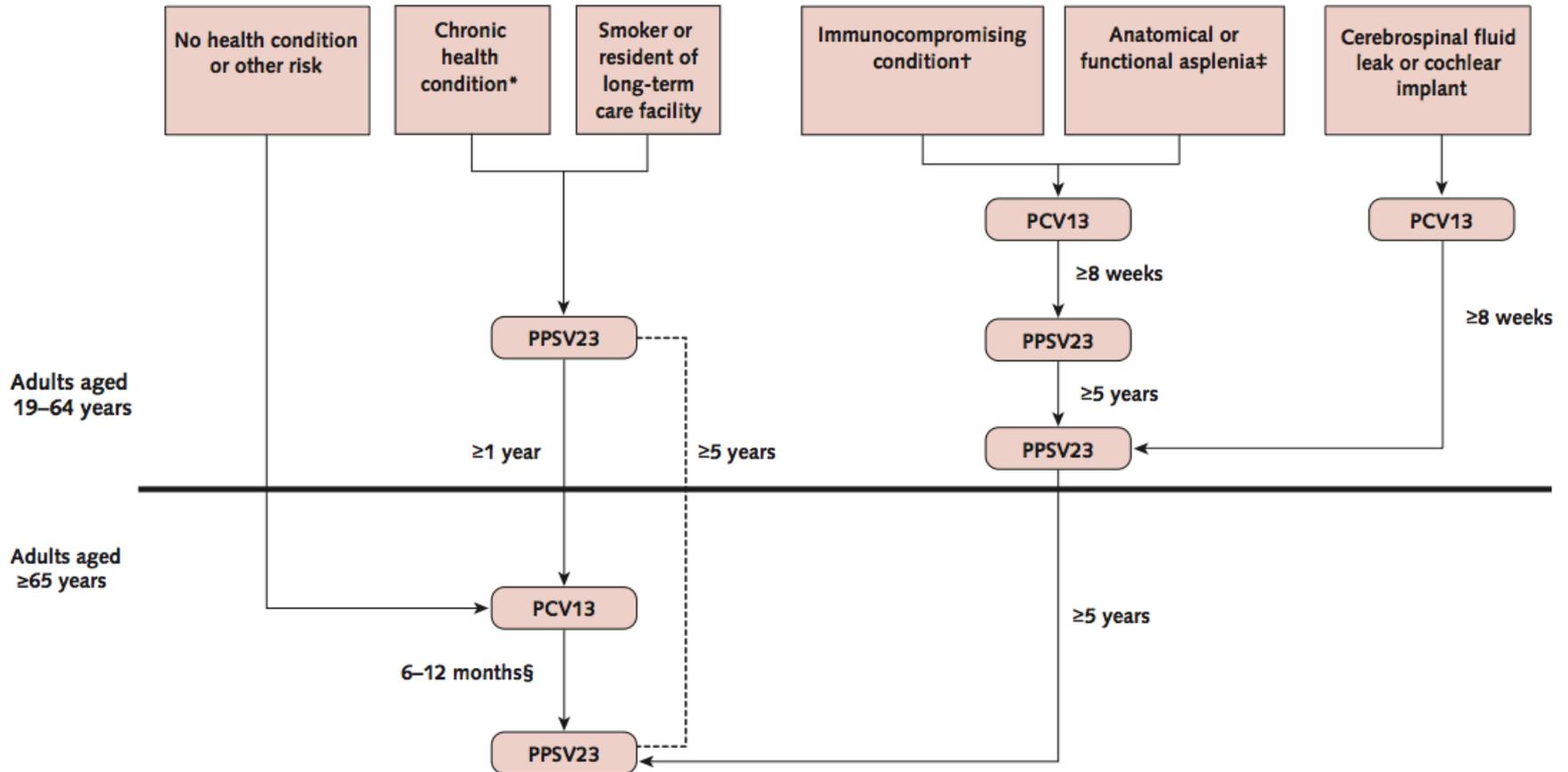
N Engl J Med 2015;372:1312-23.

- ❑ Pacientes con sospecha clínica de NAC admitidos en el hospital, **el tratamiento empírico con betalactámicos no fue inferior a las estrategias con una combinación de betalactámico + macrólido o monoterapia fluoroquinolona con respecto a la mortalidad a los 90 días.** (Financiado por la Organización Holandesa para la Investigación en Salud y el Desarrollo;.



Recommended pneumococcal vaccine schedule and intervals, by age, health condition, and other risks.

Annals of Internal Medicine 6 October 2015 . American College of Physicians





Lung cancer in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Development and validation of the COPD Lung Cancer Screening Score.

Am J Respir Crit Care Med 2015;191:285-91

Los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) tienen un alto riesgo de cáncer de pulmón (CP) y representan un objetivo potencial para mejorar el rendimiento diagnóstico de los programas de cribado.

OBJETIVOS:

Desarrollar una puntuación predictiva de riesgo de CP en los pacientes con EPOC.

MÉTODOS:

El Pamplona Internacional para detección temprana del cáncer de pulmón (P-IELCAP) y el pulmón Pittsburgh Estudio de Detección fueron analizados (Pluss) en la base de datos. Sólo se incluyeron los pacientes EPOC con espirometría. Por regresión logística determinamos qué factores se asociaron independientemente con CP en Pluss y desarrollaron una puntuación de cribado de la EPOC LC (EPOC-LUCSS) para ser validado en P-IELCAP.



Lung cancer in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Development and validation of the COPD Lung Cancer Screening Score.

Am J Respir Crit Care Med 2015;191:285-91

Mediciones y resultados principales:

Por análisis de regresión, la **edad mayor de 60 años, IMC < 25 kg / m (2), la historia paquetes-año superior a 60, y la presencia de enfisema** se asociaron de forma independiente con el diagnóstico de CP y se integran en la EPOC-LUCSS, que va desde 0 a 10 puntos. Se propusieron dos categorías de riesgo de EPOC-LUCSS: bajo riesgo (puntuación 0-6) y alto riesgo (puntuaciones 7-10). En comparación con los pacientes de bajo riesgo, en ambas cohortes riesgo de CP aumentó 3,5 veces en la categoría de alto riesgo.



Lung cancer in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Development and validation of the COPD Lung Cancer Screening Score.

Am J Respir Crit Care Med 2015;191:285-91

TABLA 1. Escala de predicción de cáncer de pulmón en pacientes con EPOC (COPD-LUCSS)

Variable	Puntuación
Índice de masa corporal < 25 kg/m ²	1
Paquetes-año > 60	2
Edad > 60 años	3
Presencia de enfisema en el TBDR	4
Total	10

COPD-LUCSS: *score* de cribado de cáncer de pulmón en EPOC; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; TBDR: tomografía computarizada de baja dosis de radiación.



Defining the Asthma-COPD Overlap Syndrome in a COPD Cohort. Chest. 2016 Jan;149(1):45-52

Cosio BG, soriano JB, Lopez Campos JL, Soler Cataluña JJ.

Síndrome de superposición de asma o EPOC (ACOS) ha sido descrito recientemente por las normas internacionales. Se recomienda un enfoque gradual al diagnóstico utilizando las características usuales de ambas enfermedades, aunque su aplicación clínica es difícil.

MÉTODOS:

Para identificar a los pacientes con ACOS, una cohorte de pacientes bien caracterizados con EPOC y se analizó hasta 1 año de seguimiento. Se evaluó la presencia de características específicas asociadas con el asma en esta cohorte EPOC, divididos en criterios mayores (prueba broncodilatadora > 400 ml y el 15% y el historial médico del asma) y los criterios de menor importancia (eosinófilos en sangre > 5%, IgE > 100 UI / ml, o dos pruebas separadas broncodilatadores > 200 mL y 12%). Definimos ACOS por la presencia de un criterio mayor o dos criterios menores. Las características basales, el estado de salud (COPD Assessment Test [CAT]), índice de masa corporal, obstrucción del flujo aéreo, la disnea y la capacidad de ejercicio (BODE) índice, tasa de exacerbaciones y la mortalidad de hasta 1 año de seguimiento se compararon entre los pacientes con y sin criterios para ACOS.



Defining the Asthma-COPD Overlap Syndrome in a COPD Cohort.

Chest. 2016 Jan;149(1):45-52

Cosio BG, soriano JB, Lopez Campos JL, Soler Cataluña JJ.

RESULTADOS:

De 831 pacientes con EPOC incluidos, 125 (15%) cumplieron con los criterios de ACOS, y el 98,4% de ellos mantuvieron estos criterios después de 1 año. Los pacientes con ACOS fueron predominantemente hombres (81,6%), con síntomas leves a moderados de la enfermedad (67%), que fueron tratados con corticosteroides inhalados (63,2%). No hubo diferencias significativas en las características basales, y sólo la supervivencia fue peor en los pacientes con EPOC no ACOS tras 1 año de seguimiento ($p < 0,05$).



Defining the Asthma-COPD Overlap Syndrome in a COPD Cohort.

Chest. 2016 Jan;149(1):45-52

Cosio BG, soriano JB, Lopez Campos JL, Soler Cataluña JJ.

CONCLUSIONES:

Los criterios propuestos ACOS están presentes en el 15% de una cohorte de pacientes con EPOC y estos pacientes tienen un mejor pronóstico a 1 año de los pacientes clínicamente similares con EPOC sin ningún criterio ACOS.

Neumonía adquirida en la comunidad

Situación clínica	Elección	Alternativo
Neumonía típica	Amoxicilina 1g/8h/5-7d ¹	Levofloxacino 500mg/24h/5-7d Moxifloxacino 400mg/24h/5-7d Telitromicina 800mg/24h/5-7d
Neumonía atípica	Eritromicina 500mg/6h/5-7d Claritromicina 500mg/12h/5-7d Azitromicina 500mg/24h/3-5d	Levofloxacino 500mg/24h/5-7d Moxifloxacino 400mg/24h/5-7d ³ Doxicilina ⁴ 100mg/12h/5-7d
Neumonía indeterminada	Amoxicilina 1g/8h/5-7d ^{1,2}	Levofloxacino 500mg/24h/5-7d Moxifloxacino 400mg/24h/5-7d ³

¹ En pacientes >65 años, institucionalizados en residencias, o bien, pacientes con EPOC, debe utilizarse dosis altas de la asociación de amoxicilina y clavulánico.

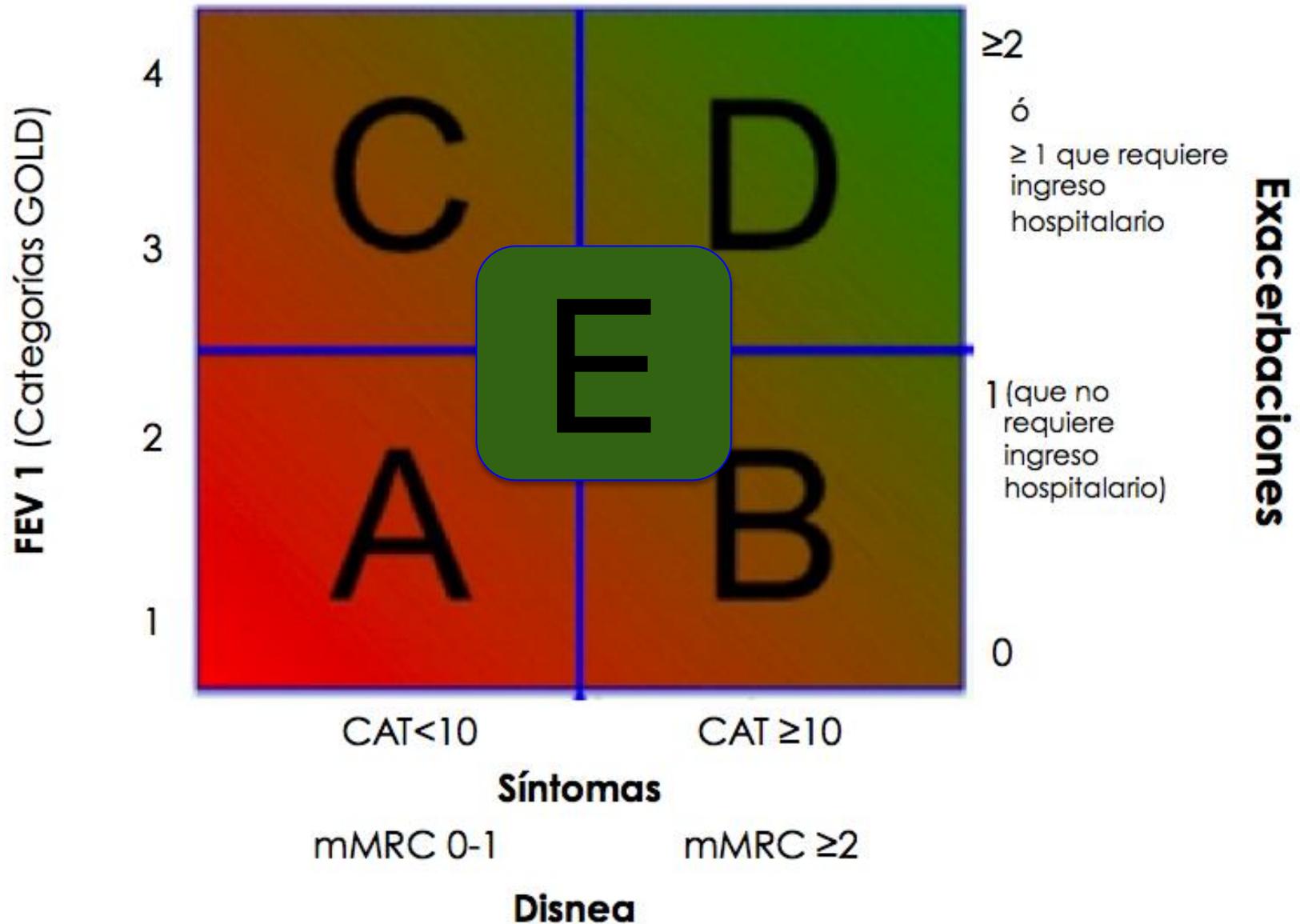
Es fundamental en estos casos cubrir *S. pneumoniae* y efectuar un seguimiento estricto del paciente, citándolo necesariamente al cabo de 48-72h.

³ La utilización de fluorquinolonas en esta situación debe ser juiciosa.

En I.Renal grave (500 amoxicilina; 125 levofloxacino (primera dosis 500) y 250 claritromicina

GOLD 2014

Evaluación según síntomas: disnea, clasificación espirométrica y riesgo de exacerbaciones





¡Gracias!



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



CatSalut

Servei Català
de la Salut