

Evidencia orientada al paciente: Eficacia del tratamiento antibiótico en la bronquitis aguda

Efficacy of antibiotic treatment in acute bronchitis

Mercedes Volpi*

Resumen

Partiendo de una viñeta clínica la autora plantea el siguiente interrogante: ¿En pacientes mayores de 65 años con diagnóstico probable de bronquitis aguda, el uso de antibióticos produce mejora en algún parámetro clínico?

Luego de realizar una búsqueda bibliográfica se resume la evidencia publicada en una reciente revisión sistemática, la cual concluye que si bien existen beneficios estadísticamente significativos en algunos resultados de interés, estos no parecen tener impacto clínico teniendo en cuenta la naturaleza habitualmente autolimitada y benigna de esta enfermedad y la posibilidad de efectos colaterales relacionados con el tratamiento. Es importante destacar su embargo que la evidencia resultó limitada para abordar cabalmente a la población anciana afectada por este problema.

Abstract

Moved by a clinical vignette, the author propose the following question: In patients over 65 with probable diagnosis of acute bronchitis, does the use of antibiotics produce improvement in any clinical outcome?

After carrying out a bibliographic search, the evidence published in a recent systematic review is summarized, which concludes that although there are statistically significant benefits in some results of interest, these do not seem to have clinical impact, taking into account the usually self-limited and benign nature of this disease and the possibility of collateral effects related to the treatment. It is important to highlight, however, that the evidence was limited to fully address the elderly population affected by this problem.

Volpi M. Eficacia del tratamiento antibiótico en la bronquitis aguda. Evid Actual Pract Ambul. 2018;21(4):122-123.

Viñeta clínica

Una médica de familia atiende en la central de emergencias a un varón de 76 años quien consulta por tos productiva con expectoración verdosa y rinorrea de cinco días de evolución sin registros febriles. Al examen físico se encuentra ligeramente taquipneico y con roncus bilaterales a la auscultación. Se solicita un laboratorio que no muestra alteraciones y una radiografía de tórax que no evidencia lesiones o infiltrados parenquimatosos. Como antecedentes personales el paciente refirió haber presentado dos neumonías de la comunidad en el último año que no requirieron internación. La médica indica nebulizaciones con lo que mejora la taquipnea durante la evaluación en la central de emergencias. Piensa el diagnóstico de bronquitis aguda y se plantea la posibilidad de iniciar antibioticoterapia ambulatoria.

Pregunta que generó el caso

¿En pacientes mayores de 65 años con diagnóstico probable de bronquitis aguda, el uso de antibióticos produce mejora en algún parámetro clínico?

Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda en PubMed, utilizando el filtro "Clinical Queries" y como palabras claves "acute bronchitis" y "antibiotics". Se privilegiaron las revisiones sistemáticas. La búsqueda arrojó 25 resultados, de los cuales se seleccionó un artículo para responder la pregunta.

Bronquitis aguda en adultos

La bronquitis aguda es una condición clínica frecuente, habitualmente autolimitada, caracterizada por tos con o sin expectoración que dura entre una y tres semanas, en pacientes sin diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Los síntomas son consecuencia de la irritación del tracto respiratorio inferior y la etiología suele ser viral. Su incidencia aumenta durante los períodos de otoño e invierno¹.

Dentro de los agentes virales responsables se encuentran los virus del influenza A y B, parainfluenza, coronavirus, rinovirus, virus respiratorio sincicial y metapneumovirus. La etiología bacteriana es menos frecuente y dentro de las bacterias responsables se encuentran *Bordetella pertussis*, *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae*¹.

El diagnóstico es clínico y debe sospecharse en pacientes que

tienen tos de cinco días de evolución (o más) sin hallazgos sugestivos de neumonía. La realización de exámenes complementarios (radiografía de tórax, estudios microbiológicos) debería reservarse para casos en los cuales existen signos que sugieran neumonía o cuando el diagnóstico es incierto.

Los diagnósticos diferenciales son neumonía, síndrome de goteo posnasal, reflujo gastroesofágico, asma, insuficiencia cardíaca, tromboembolismo pulmonar y, menos frecuentemente, cáncer de pulmón.

El tratamiento consiste en educar al paciente con respecto a la evolución esperada del cuadro (autolimitado y benigno) e indicar tratamiento sintomático. La tos suele ser el síntoma más molesto por lo que pueden indicarse medidas no farmacológicas (cesación tabáquica, té, miel, evitar el tabaquismo pasivo) y/o farmacológicas (jarabes antitusivos de dudoso beneficio). El alivio de los síntomas disminuye la demanda de antibióticos por parte del paciente². El uso de agonistas adrenérgicos beta dos inhalatorios no está recomendado en forma rutinaria. Podrían beneficiarse de su uso aquellos pacientes con sibilancias o enfermedades pulmonares subyacentes. Los analgésicos como paracetamol o antiinflamatorios no esteroideos (AINES) podrían mejorar la cefalea y las mioartralgias. El tratamiento antibiótico no suele estar recomendado ya que la etiología suele ser viral. Dentro de las infecciones respiratorias, la bronquitis aguda es una de las causas por la cual se genera mayor sobreuso de antibióticos. Éstos suelen estar reservados para casos puntuales como sospecha de infección por *B. Pertussis*, en los cuales los macrólidos son de elección. Otro escenario en el cual estaría indicado el tratamiento antimicrobiano es ante la posibilidad de infección por el virus del influenza en pacientes con necesidad de internación o alto riesgo de complicaciones. En esos casos, estaría recomendado utilizar oseltamivir o zanamivir, teniendo en cuenta el patrón de resistencia antiviral local.

Resumen de la evidencia hallada

Smith SM y col. Antibiotics for acute bronchitis. Cochrane Database Syst Rev. 2017, Issue 6, art. No: CD000245. DOI: 10.1002/14651858.CD000245.pub4.

Objetivo

Evaluar la efectividad del tratamiento antibiótico en la mejoría de algunos resultados y sus efectos adversos en personas con diag-

* Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. mercedes.volpi@hospitalitaliano.org.ar

nóstico clínico de bronquitis aguda.

edad con bronquitis aguda o tos productiva aguda sin enfermedad pulmonar subyacente.

Diseño

Revisión sistemática que incluyó 17 ensayos clínicos controlados y aleatorizados los cuales compararon el tratamiento antibiótico contra placebo o ningún tratamiento en personas de cualquier

Resultados principales

Se resumen en la tabla 1.

Tabla 1: Efectividad del tratamiento antibiótico en pacientes con bronquitis aguda.

Resultado de interés	Nro estudios (nro participantes)	Medidas de efecto	NNT/NND
RR (IC95%)			
Mejora clínica*	11 (3.841)	1,07 (0,99 a 1,15)	22
Probabilidad de tener menos tos	4 (275)	0,64 (0,49 a 0,85)	6
Tos nocturna	4 (538)	0,67 (0,54 a 0,83)	7
Mejoría clínica subjetiva**	6 (891)	0,61 (0,48 a 0,79)	11
Exámenes anormales	5 (613)	0,54 (0,41 a 0,70)	6
Efectos adversos	12 (3.496)	1,20 (1,05 a 1,36)	24
Diferencia de medias (IC95%)			
Días sintiéndose enfermo	5 (809)	-0,64 (-1,16 a -0,13)	
Días con menor actividad	6 (767)	-0,49 (-0,94 a -0,04)	
Duración promedio de la tos (días)	7 (2.776)	-0,46 (-0,87 a -0,04)	

* Valorada por la mejora global de los síntomas bajo diferentes escalas de severidad. ** De acuerdo al criterio subjetivo del médico tratante.

RR: riesgo relativo. IC: intervalo de confianza. NNT: número necesario a tratar con antibióticos para obtener un beneficio adicional. NND: número necesario a tratar con antibióticos para obtener un efecto colateral adicional.

Conclusión de los autores

Existe escasa evidencia que sustente el uso de antibióticos para el tratamiento de la bronquitis aguda. Podrían ser de utilidad en pacientes ancianos y frágiles con múltiples comorbilidades, los cuales no fueron incluidos en los ensayos clínicos hasta la actualidad. Aún así, es necesario tener en cuenta los posibles efectos adversos, los costos, el aumento de la resistencia antimicrobiana por parte de patógenos respiratorios y la medicalización de una entidad clínica que habitualmente resuelve en forma espontánea.

Comentario y conclusiones de la comentadora

La bronquitis aguda es una infección respiratoria baja, frecuente en atención primaria y cuyo diagnóstico es clínico. Si bien su etiología suele ser viral, numerosos profesionales prescriben antibióticos como parte del tratamiento de esta entidad, cuya efectividad en la práctica clínica es muy discutida.

La revisión Cochrane aquí resumida³ muestra que algunos de los pacientes que fueron tratados con antibióticos se recuperaron

más rápidamente (comparado contra placebo o ningún tratamiento) pero la magnitud de esta diferencia tiene baja implicancia clínica, ya que resulta en promedio de casi medio día (para un periodo sintomático total que oscila en promedio entre nueve a diez días). A su vez, se evidenció un aumento en los eventos adversos en quienes recibieron antibióticos. Estos fueron principalmente gastrointestinales (náuseas, vómitos y diarrea).

Ocho de los 17 estudios incluyeron adultos mientras que el resto incluyó tanto adolescentes como adultos. No consideraron pacientes añosos con múltiples comorbilidades, de manera que es necesario mayor información para saber si el tratamiento antibiótico puede ser efectivo en este grupo etario. Sólo uno de ellos⁴ evaluó la eficacia del tratamiento antibiótico en el subgrupo de mayores de 60 años y no encontró diferencias.

Una estrategia a evaluar en futuros estudios podría ser el uso diferido de antimicrobianos si el cuadro infeccioso agudo no resuelve luego de una cantidad estipulada de días.

Referencias

1. File TM. Acute bronchitis in adults. Sexton DJ, Aronson MD, Bond S, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <http://www.uptodate.com> (ultimo acceso octubre 2018).
2. Harris AM, y col. Appropriate Antibiotic Use for Acute Respiratory Tract Infection in Adults: Advice for High-Value Care From the American College of Physicians and the Centers for Disease Control and Prevention. *Ann Intern Med.* 2016;164:425–434.
3. Smith SM, y col. Antibiotics for acute bronchitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 6. Art. No.: CD000245. DOI: 10.1002/14651858.CD000245.pub4.
4. Little P, y col. Amoxicillin for acute lower respiratory-tract infection when pneumonia is not suspected: a 12 country, randomised, placebo-controlled trial. *Lancet Infectious Diseases* 2013;13:123–9.