

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ (Υπεύθυνος : Μ Λαζανάς)

1.Εμπειρική θεραπεία πνευμονίας από την κοινότητα

Η πνευμονία από την κοινότητα είναι η οξεία λοίμωξη του πνευμονικού παρεγχύματος σε ασθενή που δεν διαμένει σε οίκο ευγηρίας και δεν έχει νοσηλευθεί σε νοσοκομείο έως και δύο εβδομάδες από την έναρξη των συμπτωμάτων.

Ο *Streptococcus pneumoniae* και ο *Haemophilus influenzae* αποτελούν τα συχνότερα αίτια πνευμονίας, ενώ το *Mycoplasma pneumoniae* προκαλεί σποραδικές επιδημίες. Επίσης δεν θα πρέπει να παραγνωρίζεται η ιογενής πνευμονία, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις επιδημίας γρίπης.

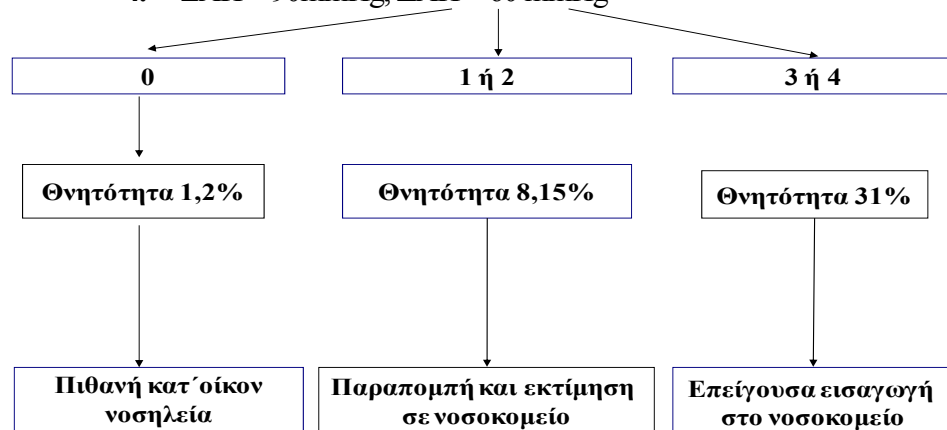
Στην απόφαση θεραπευτικής επιλογής πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη το υψηλό ποσοστό αντοχής του *Streptococcus pneumoniae* στη χώρα μας καθώς και η προηγούμενη λήψη αντιβιοτικών τους τελευταίους τρεις μήνες και να μην χορηγείται σε αυτές τις περιπτώσεις αντιβιοτικό της ίδιας οικογένειας.

Ο γιατρός θα πρέπει να αποφασίσει τον τόπο θεραπείας (οικία ή νοσοκομείο) και μπορεί να χρησιμοποιεί στο ιατρείο του τον κάτωθι αλγόριθμο:

Εκτίμηση βαρύτητας - Στο ιατρείο

Βασικοί προγνωστικοί παράγοντες

1. Ηλικία > 65 ετών
2. Πρόσφατη διαταραχή επιπέδου συνείδησης (< 8 στη κλίμακα Γλασκώβης)
3. Αριθμός αναπνοών $\geq 30/\text{min}$
4. ΣΑΠ < 90mmHg, ΔΑΠ < 60 mmHg



Η εμπειρική θεραπεία της πνευμονίας από την κοινότητα εκτός Νοσοκομείου περιλαμβάνει:

Προηγούμενος υγιείς	
Χωρίς προηγούμενη χρήση αντιβιοτικών το τελευταίο τρίμηνο	Αμοξικιλίνη ± νεότερη μακρολίδη ²
Προηγηθείσα χρήση αντιβιοτικών το τελευταίο τρίμηνο ¹	Αμοξικιλίνη ± νεότερη μακρολίδη, ή Κινολόνη με δράση στο αναπνευστικό σύστημα ^{1,3}
Ασθενείς με συνοσηρότητα⁴	
Χωρίς προηγούμενη χρήση αντιβιοτικών το τελευταίο τρίμηνο	Αμοξικιλίνη ± νεότερη μακρολίδη ² ή Κινολόνη με δράση στο αναπνευστικό σύστημα ^{1,3}
Προηγηθείσα χρήση αντιβιοτικών το τελευταίο τρίμηνο ¹	Αμοξικιλίνη ± νεότερη μακρολίδη ² ή Κινολόνη με δράση στο αναπνευστικό σύστημα ³

¹Πρέπει να αποφεύγεται η χορήγηση αντιβιοτικού ίδιας ομάδας με εκείνη που για οποιονδήποτε λόγο χορηγήθηκε στον ασθενή το τελευταίο τρίμηνο.

²Αζιθρομυκίνη, Κλαριθρομυκίνη

³Λεβοφλοξασίνη, Μοξιφλοξασίνη

⁴ΧΑΠ, σακχαρώδης διαβήτης, κακοήθεια, νεφρική ανεπάρκεια, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια.

Τα δοσολογικά σχήματα και η διάρκεια της εμπειρικής θεραπείας της πνευμονίας από την κοινότητα εκτός νοσοκομείου είναι:

Νεότερες μακρολίδες	Δοσολογία
Αζιθρομυκίνη	500 mg x 1, για 3 ημέρες
Κλαριθρομυκίνη, ή Κλαριθρομυκίνη ER	500 mg x 2, για 7-10 ημέρες ή 1000 mg x 1, για 7-10 ημέρες
Κινολόνες με δράση στο αναπνευστικό σύστημα	
Λεβοφλοξασίνη	750 mg x 1, για 7-10 ημέρες ή ^a 500 mg x 1, για 7-14 ημέρες
Μοξιφλοξασίνη	400 mg x 1, για 10 ημέρες

Αμινοπενικιλίνες

Αμοξικιλίνη	1 g x 4, για 7-10 ημέρες ^α
Αμοξικιλίνη/κλαβουλανικό	2 g x 2 x 7-10 ημέρες ^α

α. Οι δοσολογίες προκύπτουν από διεθνείς οδηγίες λόγω των υπάρχουσών αντοχών και δεν είναι εγκεκριμένες από τον ΕΟΦ.

Για την μέτριας βαρύτητας πνευμονία από την κοινότητα και την πνευμονία από εισρόφηση που νοσηλεύονται σε κοινό θάλαμο στο νοσοκομείο συνιστώνται:

Μέτριας βαρύτητας πνευμονία από την κοινότητα

I. Ενδεικνύμενα¹

Αμινοπενικιλίνη με αναστολέα β-λακταμασών iv ή
μη αντιψευδομοναδική κεφαλοσπορίνη 3^{ης} γενεάς + Νεότερη μακρολίδη

II. Εναλλακτικά²

Λεβοφλοξασίνη, μοξιφλοξασίνη³

Πνευμονία από εισρόφηση⁴

Αμινοπενικιλίνη με αναστολέα β-λακταμασών iv ή
Κεφαλοσπορίνη 2^{ης} γενεάς + Κλινδαμυκίνη

¹ Ένα αντιβιοτικό ορίζεται ως «προτιμώμενο ή ενδεικνύμενο» όταν επιδεικνύει επιπρόσθετα πλεονεκτήματα σε σχέση με τα άλλα, στην καθημερινή πρακτική.

² Τα εναλλακτικά χορηγούνται σε περιοχές με υψηλά ποσοστά αντοχής ή σε περιπτώσεις αλλεργίας ή δυσανεξίας στα ενδεικνύμενα, ή όταν έχουν χορηγηθεί β-λακτάμες το τελευταίο τρίμηνο.

³ Η μοξιφλοξασίνη χαρακτηρίζεται από την ισχυρότερη δράση έναντι *Streptococcus pneumoniae*.

⁴ Εάν αναφέρεται πρόσφατη νοσηλεία σε νοσοκομείο, ενδεχομένως να χρειάζεται αγωγή που να καλύπτει ευρύτερο φάσμα παθογόνων.

Γενικά, πρέπει να αποφεύγεται η χορήγηση αντιβιοτικών ίδιας ομάδας με εκείνα που χορηγήθηκαν στον ασθενή το τελευταίο τρίμηνο, για οποιαδήποτε λοίμωξη.

Οι δοσολογίες των αντιβιοτικών είναι οι παρακάτω:

Νεότερες μακρολίδες	
<i>Αζιθρομκίνη</i>	500 mg x 1 IV για 5 ημέρες,
<i>Κλαριθρομκίνη</i>	500 mg x 2 IV για 7-10 ημέρες
Αμινοπενικιλίνη με αναστολέα β-λακταμασών	
<i>Αμπικιλλίνη/σουλμπακτάμη</i>	3 g x 4, IV για 7-10 ημέρες
Κεφαλοσπορίνες 3^{ης} γενιάς (μη αντιψευδομοναδικές)	
<i>Κεφτριαξόνη</i>	2 g x 1 IV για 7-10 ημέρες
<i>Κεφοταξίμη</i>	2 g x 4 IV για 7-10 ημέρες
Κινολόνες με δράση στο αναπνευστικό σύστημα	
<i>Λεβοφλοξασίνη</i>	750 mg x 1 IV για 7 ημέρες ^α
<i>Μοξιφλοξασίνη</i>	400 mg x 1 IV για 7-10 ημέρες
Αντιψευδομοναδικές κινολόνες	
<i>Σπιροφλοξασίνη</i>	400 mg x 3 IV ή 600 mg x 2 IV ^α
Κλινδαμυκίνη	
	600 mg x 3 IV (η διάρκεια θεραπείας εξατομκεύεται)

α. Οι δοσολογίες προκύπτουν από διεθνείς οδηγίες λόγω των υπαρχουσών αντοχών και δεν είναι εγκεκριμένες από τον ΕΟΦ.

Το ανωτέρω αποτελεί περίληψη των κατευθυντηρίων οδηγιών για τη διάγνωση και την εμπειρική θεραπεία της πνευμονίας από την κοινότητα

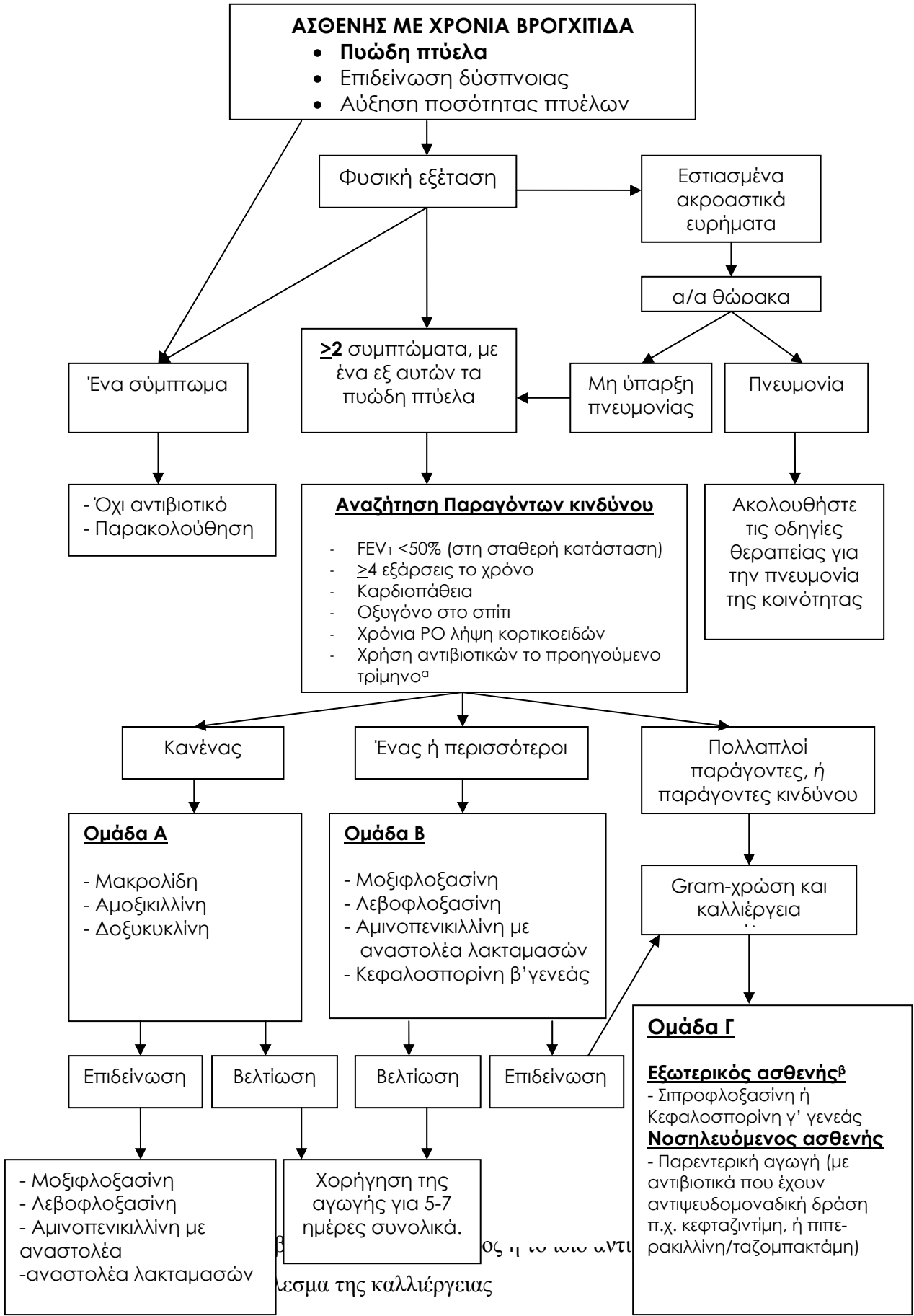
Συντονίστρια: Ε. Γιαμαρέλλου

Έκδοση ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.-Ε.Ε.Λ. 2011

2.Εμπειρική θεραπεία παρόξυνσης της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ)

Ως παρόξυνση ορίζεται η επιδείνωση της κατάστασης του ασθενούς με ΧΑΠ πέρα από τη συνήθη σταθερή κατάσταση και τις ημερήσιες διακυμάνσεις της που απαιτεί αλλαγή στη θεραπευτική αγωγή. Το 80% των παροξύνσεων είναι λοιμώδους αιτιολογίας και οι μικροοργανισμοί που θεωρούνται υπεύθυνοι είναι τα βακτήρια (40-50%), οι ιοί (30-50%) και τα άτυπα παθογόνα (5-10%). Σε ποσοστό 10-20% των περιπτώσεων οι παροξύνσεις της ΧΑΠ οφείλονται σε περισσότερους από έναν παθογόνους μικροοργανισμούς.

Στον ασθενή με ΧΑΠ αξιολογούνται ιδιαίτερος η ύπαρξη πυωδών πτυέλων καθώς και η επιδείνωση της δύσπνοιας και η αύξηση της ποσότητας των πτυέλων. Για την απόφαση χορήγησης αντιβιοτικού καθώς και το είδος, ακολουθείται ο αλγόριθμος.



Τα προτεινόμενα αντιβιοτικά καθώς και το δοσολογικό τους σχήμα παρατίθενται κατωτέρω:

Κατηγορία	Αντιβιοτικό
Μακρολίδες	<ul style="list-style-type: none">- Αζιθρομυκίνη: 500 mg x 1 για 3 ημέρες- Κλαριθρομυκίνη: 500 mg x 2 ή Κλαριθρομυκίνη ER 1000 mg x 1- Ροξιθρομυκίνη: 150 mg x 2 ή 300 mg x 1
Κεφαλοσπορίνες β-γενεάς	<ul style="list-style-type: none">- Κεφουροξίμη αξετίλ: 500 mg x 2- Κεφπροζίλη: 500 mg x 2- Κεφατριζίνη: 1 g x 2- Κεφτινορόν: 400 mg x 2- Λορακαρμπέφ: 400 mg x 2
Κεφαλοσπορίνες γ- γενεάς	<ul style="list-style-type: none">- Κεφιξίμη: 400 mg x 1
Τετρακυκλίνες	<ul style="list-style-type: none">- Δοξυκυκλίνη: 100 mg x 2
Κινολόνες	<ul style="list-style-type: none">- Μοξιφλοξασίνη: 400 mg x 1- Λεβοφλοξασίνη: 500 mg x 1- Σιπροφλοξασίνη1: 750 mg x 2*
Αμινοπεικιλίνες	<ul style="list-style-type: none">- Αμοξικιλίνη: 1 g x 3- Αμοξικιλίνη/Κλαβουλανικό : 875/125 mg x 2 ή 500/125 mg x 3- Σουλταμπικιλίνης : 750 mg x 3 **

*Μόνο για ασθενείς με παράγοντες κινδύνου για λοίμωξη από ψευδομονάδα .

** Η δοσολογία προκύπτει από διεθνείς οδηγίες και δεν είναι εγκεκριμένη από τον ΕΟΦ.

Το ανωτέρω αποτελεί περίληψη των κατευθυντηρίων οδηγιών για τη διάγνωση και την εμπειρική θεραπεία των λοιμωδών παροξύνσεων της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας

Συντονίστρια: Ε. Γιαμαρέλλου

Έκδοση ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.-Ε.Ε.Λ. 2011

