



ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ, ΤΗΝ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΤΩΝ
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ/ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ ΚΑΙ
ΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΜΗΤΡΩΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
(ΦΕΚ 505/ΥΟΔΔ/13.10.2017)

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

ΜΑΡΤΙΟΣ 2018

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	2
ΠΡΟΛΟΓΟΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ Ο.Ε.	5
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ	6
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ	7
1.ΟΡΙΣΜΟΣ	7
2.ΣΤΟΧΟΙ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	7
3.ΚΩΔΙΚΟΙ ICD-10	7
4.ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	8
5.ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ	8
6.ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	9
7.ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ	9
8.ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	9
9.ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ	10
10.ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΣΧΗΜΑΤΑ	10
11.ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	11
12. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	12
13.ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	13

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Φανουργιάκης Παναγιώτης (Συντονιστής). Παθολόγος – Λοιμωξιολόγος, Δ/ντής ΕΣΥ Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Λιαπίκου Αδελμάντια. Επιμελήτρια Α' Πνευμονολογίας 6η Πνευμονολογική Κλινική ΝΝΘΑ Σωτηρία

Πέππας Θεόδωρος. Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος. Διευθυντής Γ Παθολογικού Τμήματος και Διαβητολογικού Κέντρου Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά. Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Ελέγχου Λοιμώξεων

Σαμάρκος Μιχαήλ. Παθολόγος, Επ. Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»

ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΟΜΑΔΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ – ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΚΕΙΜΕΝΩΝ

Θηραίος Ελευθέριος. Γενικός Ιατρός, Ε.Σ.Υ., Γενικός Γραμματέας της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών

Μήτρου Παναγιώτα, MD, PhD. Παθολόγος. Συνεργάτης Γενικού Γραμματέα Υπουργείου Υγείας

Ποδηματάς Ιωάννης. Φαρμακοποιός. Ειδικός Σύμβουλος Γενικού Γραμματέα Υπουργείου Υγείας

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Κακούτη Φωτεινή
Λεγάντη Μαρία

ΠΡΟΛΟΓΟΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑ

Το Υπουργείο Υγείας βρίσκεται σε διαδικασία υλοποίησης μιας μεγάλης μεταρρυθμιστικής προσπάθειας προς όφελος του Πολίτη. Συγκεκριμένα, σε μία προσπάθεια διασφάλισης της ταχύτερης διάγνωσης, της βέλτιστης θεραπείας, της αποτελεσματικότερης παρακολούθησης των ασθενών αλλά και της πλέον αποδοτικής διαχείρισης των πόρων για την υγεία, έχει προχωρήσει από τον Μάιο του 2017 σε ανασύσταση της Επιτροπής για την παρακολούθηση της φαρμακευτικής δαπάνης, την κατάρτιση και επεξεργασία των διαγνωστικών/θεραπευτικών πρωτοκόλλων και τη δημιουργία μητρώων ασθενών.

Η Επιτροπή αυτή είναι υπεύθυνη για την έγκριση και εφαρμογή των διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων συνταγογράφησης στην κλινική πράξη, μέσω της ενσωμάτωσής τους στις ηλεκτρονικές εφαρμογές υγείας. Παράλληλα προωθείται η ανάπτυξη κλινικών πρωτοκόλλων τα οποία θα ενσωματωθούν στα πληροφοριακά συστήματα των νοσοκομείων και θα διασυνδεθούν με το σύστημα των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων, η ανάπτυξη και ενσωμάτωση στη συνταγογράφηση ενός συνοπτικού ιατρικού ιστορικού, η ανάπτυξη του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Ασθενή και η δημιουργία Μητρώων Χρονίων Παθήσεων.

Η σύνταξη των διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων βασίστηκε στις εισηγήσεις των αντίστοιχων Επιστημονικών Ομάδων Εργασίας αποτελούμενων από ιατρούς με αποδεδειγμένη εκπαίδευση, εξειδίκευση και εμπειρία στο εκάστοτε γνωστικό αντικείμενο.

Απώτερος στόχος είναι να αποτελέσουν τα εργαλεία αυτά ηλεκτρονικής υγείας ένα χρήσιμο βοήθημα για την εφαρμογή κανόνων ορθής κλινικής πρακτική με στόχο την αποτελεσματική παροχή φροντίδας υγείας, αλλά και ένα εργαλείο συλλογής μεγάλων δεδομένων (big data) για τη λήψη αποφάσεων σχετικών με πολιτικές υγείας.

Ευχαριστούμε θερμά όσους εργάστηκαν με συνέπεια, υπευθυνότητα και θυσία του προσωπικού τους χρόνου για την ολοκλήρωση του έργου.

Γιώργος Γιαννόπουλος

Γενικός Γραμματέας Υπουργείου Υγείας

Πρόεδρος της Επιτροπής για την παρακολούθηση της φαρμακευτικής δαπάνης,
την ολοκλήρωση των διαγνωστικών/θεραπευτικών πρωτοκόλλων και
τη δημιουργία μητρώων ασθενών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ Ο.Ε

Η εφαρμογή θεραπευτικών πρωτοκόλλων στη συνταγογράφηση των λοιμώξεων είναι μια αναγκαιότητα που βρίσκει σύμφωνο το σύνολο του ιατρικού κόσμου. Ζούμε στη χώρα που κατέχει μια από τις πρώτες θέσεις στον τομέα της μικροβιακής αντοχής στην Ευρώπη και οι θάνατοι από πολυανθεκτικούς μικροοργανισμούς αυξάνουν. Όλοι γνωρίζουμε πλέον ότι η υπερσυνταγογράφηση αντιβιοτικών είναι από τους κυρίως υπεύθυνους αυτού του φαινομένου. Πολλοί ασθενείς με ιογενείς λοιμώξεις λαμβάνουν αντιβιοτικά, ενώ δεν χρειάζεται (πολλές φορές και με την πίεση των ιδίων των ασθενών ή των γονέων). Ακόμα σε μικροβιακές λοιμώξεις συνταγογραφούνται κατηγορίες αντιβιοτικών 2^{ης} ή 3^{ης} επιλογής, ευρύτερου φάσματος ή επόμενης γενιάς απ'ότι ενδείκνυται. Οι ημέρες θεραπείας είναι πολύ συχνά περισσότερες από ότι χρειάζεται. Και βέβαια η μικροβιακή αντοχή δεν είναι ο μόνος λόγος για την ορθολογική χρήση των αντιβιοτικών. Το κόστος, οι παρενέργειες και οι αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα είναι επίσης σημαντικά.

Οι μικροβιακές αντοχές που διαφέρουν από χώρα σε χώρα καθιστούν αναγκαία την προσαρμογή των οδηγιών για τη θεραπευτική αντιμετώπιση των λοιμώξεων στα τοπικά δεδομένα. Στη χώρα μας η προσπάθεια αυτή έχει αποτυπωθεί στις «Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Διάγνωση και τη Θεραπεία των Λοιμώξεων» που εκδόθηκε από την Ελληνική Εταιρεία Λοιμώξεων. Τα πρωτόκολλα που προέκυψαν από την εργασία της ομάδας μας είναι συμβατά με τις οδηγίες αυτές. Επιλέχτηκαν και θα αναρτηθούν αρχικά τα σχετικά με την πνευμονία της κοινότητας, την οξεία βρογχίτιδα, οξεία ρινοκολπίτιδα, οξεία φαρυγγοαμυγδαλίτιδα, οξεία γαστρεντερίτιδα και ουρολοιμώξεις. Αυτό γιατί στους κωδικούς που περιλαμβάνονται στις οντότητες αυτές αντιστοιχεί ένα πολύ μεγάλο κομμάτι των συνταγογραφουμένων αντιβιοτικών.

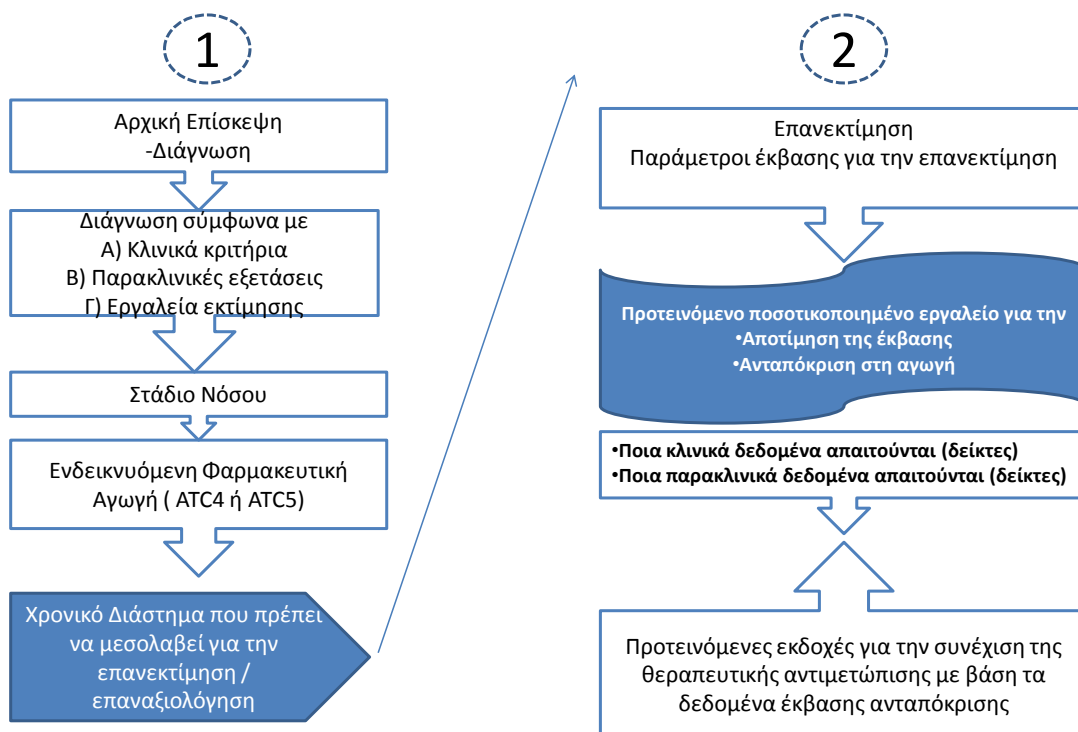
Ένα ερώτημα που εύλογα προκύπτει είναι αν τα πρωτόκολλα αυτά «δένουν τα χέρια των γιατρών» στις θεραπευτικές τους επιλογές. Η απάντηση είναι ότι όποιος δει προσεκτικά τα βήματα των πρωτοκόλλων θα αντιληφθεί ότι μάλλον βοηθούν σε ένα ορθολογικό άρα και αποτελεσματικό σχεδιασμό θεραπείας και όχι σε περιορισμό των επιλογών. Να σημειώσουμε ότι οι συνάδελφοι εφόσον έχουν ισχυρούς λόγους μπορούν να παρακάμψουν αιτιολογημένα τα πρωτόκολλα. Πιστεύουμε ότι αυτό θα είναι η εξαίρεση του κανόνα.

Τέλος και εκ μέρους των συναδέλφων της Ομάδας Εργασίας της κ.Λιαπίκου και των κ.Πέππα και κ.Σαμάρκου, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Γ.Γ. του Υπουργείου κ. Γ.Γιαννόπουλο και τους εκλεκτούς συνεργάτες του για την βοήθεια που μας προσέφεραν σε αυτό το εγχείρημα.

Δρ Παναγιώτης Φανουργιάκης
Συντονιστής της Ομάδας Εργασίας

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ

ΠΡΟΤΥΠΟ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΥ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ



ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

1.ΟΡΙΣΜΟΣ

1.1. Πνευμονία από την κοινότητα: οξεία λοίμωξη του πνευμονικού παρεγχύματος σε ασθενή ο οποίος υπέστη τη λοίμωξη στην κοινότητα (σε αντιδιαστολή με την πνευμονία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, βλ 4.4)

2.ΣΤΟΧΟΙ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ

2.1. Το παρόν Θεραπευτικό Πρωτόκολλο Συνταγογράφησης (ΘΠΣ) αφορά τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της πνευμονίας της κοινότητας και έχει σαν στόχο να προάγει την ορθή θεραπευτική πρακτική όπως αυτή εκφράζεται από τις Κατευθυντήριες Οδηγίες της Ελληνικής Εταιρείας Λοιμώξεων.

2.2. Το παρόν ΘΠΣ αφορά ασθενείς που θεραπεύονται ως εξωτερικοί και όχι νοσηλευόμενους ασθενείς.

3.ΚΩΔΙΚΟΙ ICD-10

3.1. Το παρόν ΘΠΣ ενεργοποιείται όταν καταχωρηθούν οι παρακάτω κωδικοί ICD-10:

- J13 Πνευμονία από Strep pneumoniae
- J14 Πνευμονία από H influenzae
- J15 Βακτηριακή πνευμονία που δεν ταξινομείται αλλού
- J15.3 Πνευμονία από streptococcus, group B
- J15.4 Πνευμονία από άλλους στρεπτοκόκκους
- J15.7 Πνευμονία από Mycoplasma pneumoniae
- J15.8 Άλλη βακτηριακή πνευμονία
- J15.9 Βακτηριακή πνευμονία, μη καθορισμένη
- J16 Πνευμονία από άλλους λοιμώδεις μικροοργανισμούς, που δεν ταξινομείται αλλού
- J16.0 Πνευμονία από Chlamydial pneumonia
- J16.8 Πνευμονία από άλλους συγκεκριμένους λοιμώδεις μικροοργανισμούς
- J18 Πνευμονία από μη καθορισμένο μικροοργανισμό
- J18.0 Βρογχοπνευμονία μη καθορισμένη
- J18.1 Λοβώδης πνευμονία, μη καθορισμένη
- J18.8 Άλλη πνευμονία, μη καθορισμένος μικροοργανισμός
- J18.9 Πνευμονία, μη καθορισμένη
- J22 Μη καθορισμένη λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού
- J69.0 Πνευμονία από εισρόφιση

4.ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

4.1. Ηλικία ασθενούς > 16 ετών

4.2. Κλινική διάγνωση πνευμονίας: Υπάρχουν δεδομένα που δείχνουν ότι η ταχεία έναρξη αντιμικροβιακής αγωγής βελτιώνει την έκβαση της πνευμονίας της κοινότητας, επομένως η ταχεία έναρξη θεραπείας αποτελεί προτεραιότητα. Αναγνωρίζεται ότι στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ο διαγνωστικός έλεγχος (πχ ακτινογραφία θώρακος) δεν είναι πάντα άμεσα διαθέσιμος. Για το λόγο αυτό στο πρωτόκολλο εντάσσονται ασθενείς με **κλινική διάγνωση πνευμονίας της κοινότητας**, δηλαδή ασθενείς οι οποίοι με βάση την κλινική τους εικόνα και κατά την κρίση του ιατρού, έχουν πνευμονία.

4.3. Αν και ο κατάλληλος διαγνωστικός έλεγχος δεν αποτελεί προϋπόθεση εισαγωγής στο ΘΠΣ, συνιστάται ο ιατρός, κατά την κλινική του κρίση, να υποβάλλει τον ασθενή σε διαγνωστικό έλεγχο (Βλ 8) κατά προτίμηση ΠΡΙΝ ή και μετά την έναρξη αντιμικροβιακής αγωγής. Ανάλογα με τα ευρήματα μπορεί ο ιατρός να τροποποιεί τη θεραπευτική του προσέγγιση.

4.4. Προέλευση από την κοινότητα: Εκτός από την κλινική διάγνωση της πνευμονίας οι ασθενείς για να ενταχθούν στο ΘΠΣ πρέπει να έχουν τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της πνευμονίας της κοινότητας. Επομένως από το παρόν ΘΠΣ εξαιρούνται οι παρακάτω κατηγορίες ασθενών, οι οποίες έχουν αυξημένη πιθανότητα να είναι αποικισμένοι από πολυανθεκτικούς μικροοργανισμούς:

- Νοσηλεία σε νοσοκομείο τις τελευταίες δύο εβδομάδες
- Διαμονή σε οίκο ευγηρίας ή ιδρύματα χρονίως πασχόντων
- Ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση για τουλάχιστον ένα μήνα
- Ασθενείς με χρόνια νοσήματα που επισκέπτονται συχνά νοσοκομείο
- Ασθενείς με ΧΑΠ σταδίου IV
- Ανοσοκατασταλμένοι ασθενείς

4.5. Καταλληλότητα για θεραπεία ως εξωτερικός ασθενής (βλ 6. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ)

5.ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ

5.1. Εξαιρούνται από το ΘΠΣ ασθενείς στους οποίους υπάρχει μικροβιολογική τεκμηρίωση παθογόνου το οποίο δεν ανήκει στα συνήθη παθογόνα της πνευμονίας της κοινότητας. Στις περιπτώσεις αυτές χρησιμοποιείστε ένα από τους παρακάτω κωδικούς IDC-10:

- J15.0 Πνευμονία από *Klebsiella pneumoniae*
- J15.1 Πνευμονία από *Pseudomonas*
- J15.2 Πνευμονία από *Staphylococcus*
- J15.5 Πνευμονία από *Escherichia coli*

- J15.6 Πνευμονία από άλλα αερόβια Gram-αρνητικά βακτήρια
- A48.1 Νόσος των λεγεωναρίων

6. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

6.1. Η πνευμονία από την κοινότητα μπορεί να είναι σοβαρή και να χρειαστεί νοσηλεία. Για την εκτίμηση της πρόγνωσης χρησιμοποιείτε το εργαλείο CRB-65 ή το εργαλείο CURB-65 (βλέπε Παράρτημα)

6.2. Το παρόν ΘΠΣ εφαρμόζεται σε ασθενείς με βαθμολογία 0 στο CRB-65 ή 0-1 στο CURB-65.

6.3. Ασθενείς με βαθμολογία ≥ 1 στο CRB-65 ή ≥ 2 στο CURB-65 πρέπει να παραπέμπονται σε νοσοκομείο για εκτίμηση. Το παρόν ΘΠΣ μπορεί να εφαρμοστεί σε ασθενείς με βαθμολογία ≥ 1 στο CRB-65 ή ≥ 2 στο CURB-65, ΜΟΝΟ εφόσον οι ασθενείς έχουν εκτιμηθεί σε νοσοκομείο και έχουν κριθεί κατάλληλοι για θεραπεία ως εξωτερικοί ασθενείς.

6.4. Για την αξιολόγηση της βαρύτητας μπορεί να χρησιμοποιηθεί και η παλμική οξυμετρία: ασθενείς με $\text{SaO}_2 \leq 92\%$ θα πρέπει επίσης να παραπέμπονται σε νοσοκομείο για εκτίμηση.

6.5. Η κλινική κρίση του ιατρού πρέπει να εφαρμόζεται και κατά την αξιολόγηση κινδύνου, ειδικά για ηλικιωμένους ασθενείς στους οποίους τα εργαλεία CRB-65 και CURB-65 υποεκτιμούν τον κίνδυνο. **Αν κατά την κλινική κρίση του ιατρού ο ασθενής εμφανίζει σοβαρή πνευμονία πρέπει να παραπέμπεται σε νοσοκομείο, ανεξάρτητα από τη βαθμολογία CRB-65 ή CURB-65.**

7. ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ

7.1. Τα συνήθη συμπτώματα της πνευμονίας είναι πυρετός, βήχας, απόχρεμψη, δύσπνοια και θωρακικό άλγος.

7.2. Τα σημεία με τη μεγαλύτερη διαγνωστική αξία για τη διάγνωση της πνευμονίας είναι, η επικρουστική αμβλύτητα ($\text{LR}^*=3,0$), ο βρογχικός ήχος αναπνοής ($\text{LR}=3,3$), η μείωση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος ($\text{LR}=2,3$), η παρουσία μη μουσικών ρόγχων ($\text{LR}=1,8$)

* LR : Likelihood ratio (λόγος πιθανοφάνειας) = Ευαισθησία / (1 - Ειδικότητα)

8. ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

8.1. Παλμική οξυμετρία: συνιστάται σε όλους τους ασθενείς με κλινική διάγνωση πνευμονίας (βλ 4.5)

8.2. Ακτινογραφία θώρακος F+P: συνιστάται σε όλους τους ασθενείς με κλινική διάγνωση πνευμονίας, ωστόσο δεν είναι απαραίτητη για την έναρξη της θεραπείας.

8.3. Εργαστηριακός έλεγχος συνιστάται στους ασθενείς που παραπέμπονται σε νοσοκομείο για εκτίμηση.

9. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

9.1. Για την επιλογή της κατάλληλης αντιμικροβιακής αγωγής ο ιατρός πρέπει να γνωρίζει αν υπάρχουν οι παρακάτω παράγοντες κινδύνου για την παρουσία ανθεκτικών μικροοργανισμών:

- Έχει προηγηθεί λήψη αντιμικροβιακών το τελευταίο τρίμηνο και ειδικότερα β-λακταμικού, μακρολίδης ή κινολόνης;
- Έχει ο ασθενής συνοσηρότητες όπως: ΧΑΠ, χρόνια ηπατική ή νεφρική νόσος, κακοήγη νεοπλασμάτα, διαβήτης, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, αλκοολισμός, ανοσοκαταστολή (φαρμακευτική ή λόγω νοσήματος).
- Έχει ο ασθενής νοσηλευθεί σε νοσοκομείο τους τελευταίους 3 μήνες;

9.2. Ο ιατρός επίσης πρέπει να γνωρίζει αν:

- Υπάρχει σοβαρή αλλεργία (αναφυλακτική αντίδραση με οίδημα λάρυγγος, βρογχόσπασμο ή shock) ή δυσανεξία στις μακρολίδες;
- Υπάρχει σοβαρή αλλεργία (αναφυλακτική αντίδραση με οίδημα λάρυγγος, βρογχόσπασμο ή shock) ή δυσανεξία σε β-λακταμικά αντιβιοτικά;
- Υπάρχει πιθανότητα πνευμονίας από εισρόφηση (πχ ασθενής με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, αλκοολισμό, επιληψία, μυασθένεια, διαμονή σε οίκο ευγηρίας);

10. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΣΧΗΜΑΤΑ

10.1. **1^ο ΒΗΜΑ:** Ασθενείς με χαμηλής βαρύτητας πνευμονία από την κοινότητα χωρίς KANENA από τους παραπάνω παράγοντες κινδύνου:

- Amoxicillin 1 gr x 4 για 7-10 ημέρες
- Amoxicillin – Clavulanate 2 gr x 2 για 7-10 ημέρες

10.2. **1^ο ΒΗΜΑ:** Ασθενείς με μέτριας βαρύτητας πνευμονία από την κοινότητα χωρίς KANENA από τους παραπάνω παράγοντες κινδύνου:

- Amoxicillin 1 gr x 4 για 7-10 ημέρες **σε συνδυασμό** με μακρολίδη (Clarithromycin 500 mg x 2 για 7-10 ημέρες ή Azithromycin 500 mg x 1 για 5 ημέρες)

10.3. **2^ο ΒΗΜΑ:** Ασθενείς με χαμηλής βαρύτητας πνευμονία από την κοινότητα χωρίς KANENA από τους παραπάνω παράγοντες αλλά με προηγηθείσα λήψη

μακρολίδης ή σοβαρή αλλεργία (αναφυλακτική αντίδραση με οίδημα λάρυγγος, βρογχόσπασμο ή shock) η δυσανεξία στις μακρολίδες:

- Amoxicillin 1 gr x 4 για 7-10 ημέρες
- Amoxicillin – Clavulanate 2 gr x 2 για 7-10 ημέρες

10.4. 2^ο ΒΗΜΑ: Ασθενείς με **μέτριας βαρύτητας πνευμονία** από την κοινότητα χωρίς ΚΑΝΕΝΑ από τους παραπάνω παράγοντες κινδύνου αλλά **με προηγηθείσα λήψη μακρολίδης ή σοβαρή αλλεργία (αναφυλακτική αντίδραση με οίδημα λάρυγγος, βρογχόσπασμο ή shock) η δυσανεξία στις μακρολίδες:**

- Levofloxacin 750 mg x 1 για 7-10 ημέρες (ΔΕΝ συνιστάται σε ασθενείς <18 ετών)
- Moxifloxacin 400 mg x 1 για 7-10 ημέρες (ΔΕΝ συνιστάται σε ασθενείς <18 ετών)
- Cefditoren 400 mg x 2 για 7-10 ημέρες

10.5. 3^ο ΒΗΜΑ: Ασθενείς με πνευμονία από την κοινότητα **με προηγηθείσα λήψη β-λακταμικού αντιβιοτικού ή σοβαρή αλλεργία (αναφυλακτική αντίδραση με οίδημα λάρυγγος, βρογχόσπασμο ή shock) η δυσανεξία σε β-λακταμικό:**

- Levofloxacin 750 mg x 1 για 7-10 ημέρες (ΔΕΝ συνιστάται σε ασθενείς <18 ετών)
- Moxifloxacin 400 mg x 1 για 7-10 ημέρες (ΔΕΝ συνιστάται σε ασθενείς <18 ετών)
- Cefditoren 400 mg x 2 για 7-10 ημέρες

10.6. 3^ο ΒΗΜΑ: Ασθενείς με **ΟΠΟΙΟΝΔΗΠΟΤΕ** από τους παραπάνω παράγοντες κινδύνου:

- Levofloxacin 750 mg x 1 για 7-10 ημέρες (ΔΕΝ συνιστάται σε ασθενείς <18 ετών)
- Moxifloxacin 400 mg x 1 για 7-10 ημέρες (ΔΕΝ συνιστάται σε ασθενείς <18 ετών)
- Cefditoren 400 mg x 2 για 7-10 ημέρες

10.7. 4^ο ΒΗΜΑ: Ασθενείς με πιθανότητα εισρόφησης:

- Amoxicillin – Clavulanate 2 gr x 2 για 7-10 ημέρες
- Cefuroxime axetil 500 mg x 2 για 7-10 ημέρες **σε συνδυασμό με** Clindamycin 300 mg x 3 για 7-10 ημέρες.

11.ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

11.1. Οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται ώστε να αρχίζουν την αντιμικροβιακή αγωγή άμεσα.

11.2. Οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται ώστε να επανεξετάζονται αν η κατάστασή τους επιδεινωθεί ή μένει στάσιμη μετά από 72 ώρες αγωγής.

12. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ελληνική Εταιρεία Λοιμώξεων. Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη διάγνωση και τη θεραπεία της πνευμονίας από την κοινότητα. Εις «Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Διάγνωση και τη Θεραπεία των Λοιμώξεων». Κεφάλαιο 4, Σελ 23-31. ΚΕΕΛΠΝΟ. Αθήνα 2015.
2. Ελληνική Εταιρεία Χημειοθεραπείας. Πνευμονία της κοινότητας. Εις «Οι λοιμώξεις στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη και η θεραπεία τους», Σελ 18-21. ΕΟΦ, Αθήνα 2014.
3. National Institute for Health and Care Excellence (2014). Pneumonia in adults: diagnosis and management. Clinical guideline [CG191].
4. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society Consensus Guidelines on the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults. Clinical Infectious Diseases, 2007; 44 Supp 2: S27-S72.
5. Management of Adults With Hospital-acquired and Ventilator-associated Pneumonia: 2016 Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society. Clinical Infectious Diseases, 2016;63: 1-51.

13.ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Εκτίμηση βαρύτητας πνευμονίας με την εφαρμογή CURB-65^a: Κριτήρια

Σύγχυση^β

Ουρία > 40 mg/dl

Αναπνοές ≥ 30/min

Συστολική Πίεση < 90 mmHg ή **Διαστολική Πίεση** ≤ 60 mmHg

Ηλικία ≥ 65 ετών

0 ή 1

2

3 ή περισσότερα

Ομάδα 1

Χαμηλή θνητότητα
(1,5%)

Ομάδα 2

Μέτρια θνητότητα
(9,2%)

Ομάδα 3

Υψηλή θνητότητα
(22%)

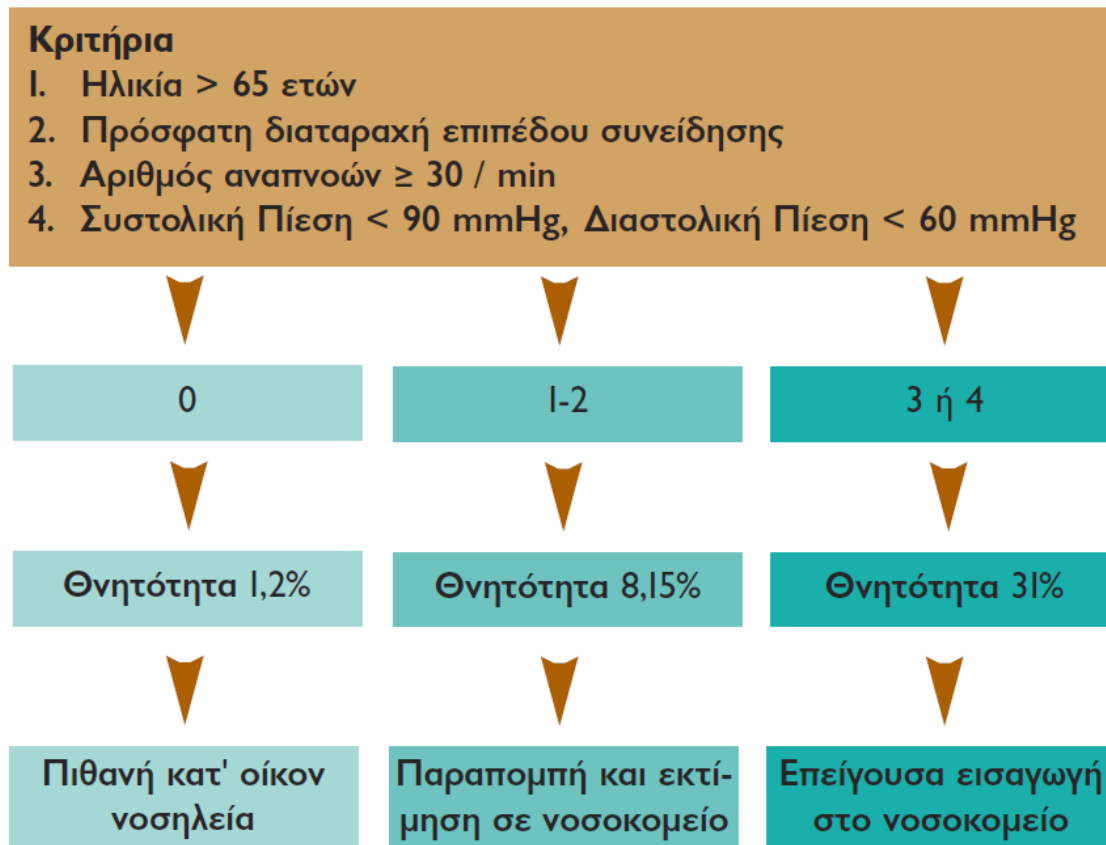
Θεραπεία κατ' οίκον

Νοσοκομειακή
επίβλεψη

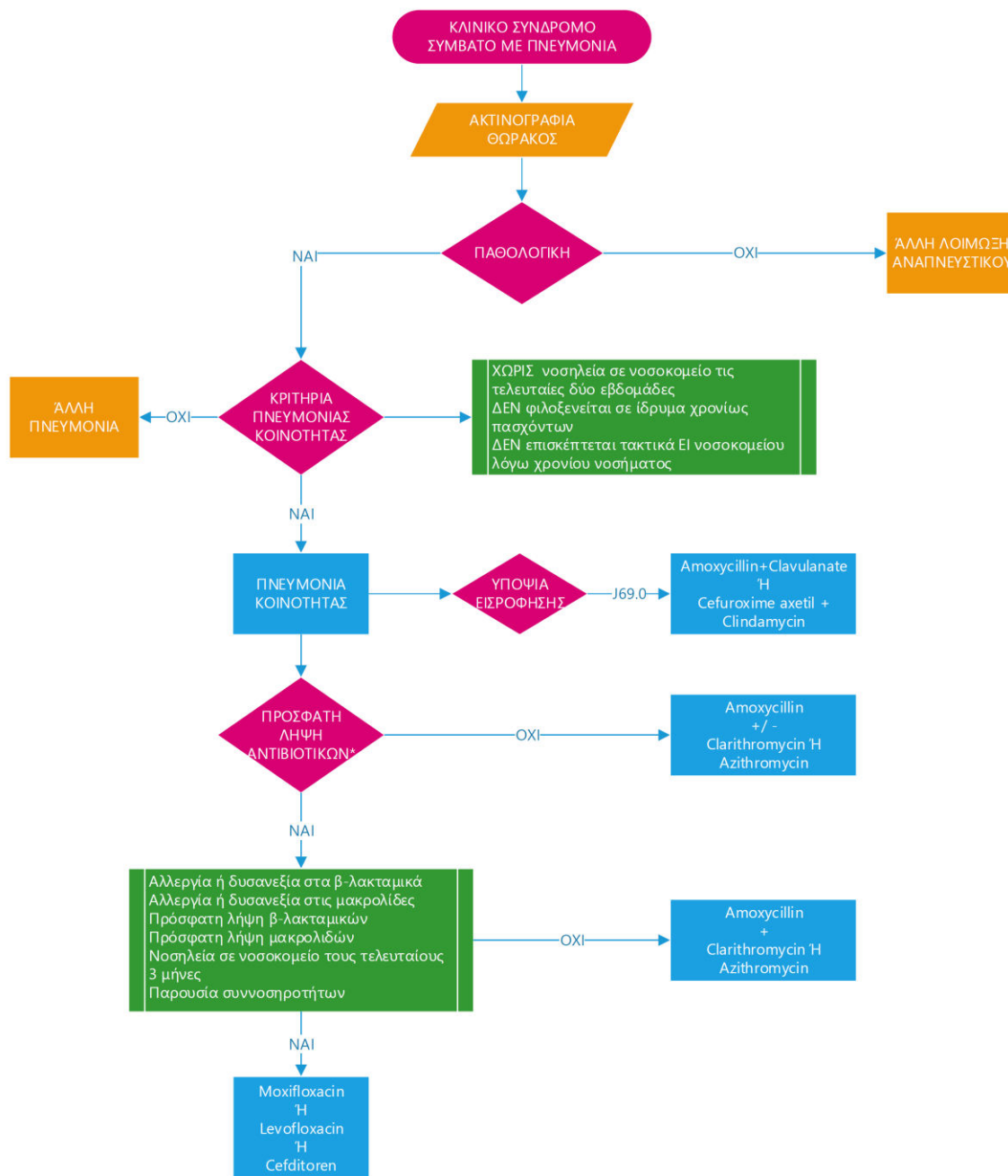
Βραχεία παραμονή
στο νοσοκομείο και
αναλόγως της εξελί-
ξεως κανονική νοση-
λεία ή έξοδος

Εισαγωγή και αντι-
μετώπιση στο νοσο-
κομείο ως σοβαρή
πνευμονία

Προσοχή για τυχόν
ένδειξη εισαγωγής
στη ΜΕΘ, ιδίως αν
πρόκειται για βαθμο-
λογία 4 ή 5

Εκτίμηση βαρύτητας πνευμονίας με την εφαρμογή CRB-65

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

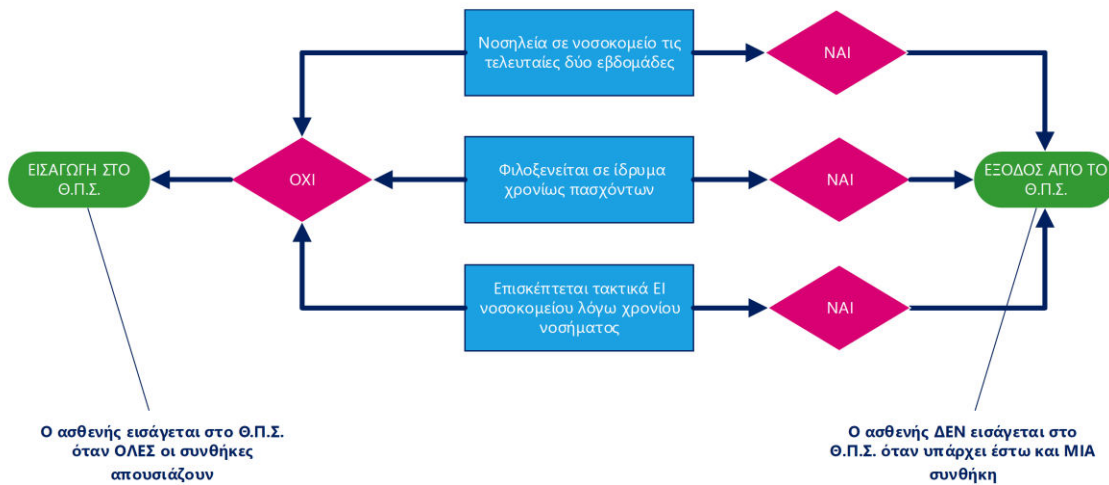


* ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΛΗΨΗ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ: Τους τελευταίους 3 μήνες

** ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ: ΧΑΠ, χρόνια ηπατική ή νεφρική νόσος, κακοήγη νεοπλασμάτα, διαβήτης, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, αλκοολισμός, ανοσοκαταστολή (φαρμακευτική ή λόγω νοσήματος).

Από: 1.Οι λοιμώξεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα και η θεραπεία τους. Ελληνική Εταιρεία Χημειοθεραπείας. Επιμέλεια έκδοσης Ε. Γιαμαρέλλου, Χ. Γαβριήλ. ΕΟΦ 2014. 2.Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Διάγνωση και τη Θεραπεία των Λοιμώξεων. Ελληνική Εταιρεία Λοιμώξεων, ΚΕΕΛΠΝΟ. Focus on Health 2015

ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟ Θ.Π.Σ



ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΚΑΘΕ ΒΗΜΑ

