

PNEUMONIA COMUNITARĂ LA ADULT

Pneumonia comunitară: afecțiunea inflamatorie acută a parenchimului pulmonar de origine infecțioasă variată (de obicei, bacteriană), contractată în afara spitalului (în comunitate, la domiciliu) de un individ imunocompetent, caracterizată prin alveolită exsudativă și/sau infiltrat inflamator interstițial, care realizează condensare pulmonară (exprimată clinic și radiologic) și manifestări de impregnare infecțioasă.

PRIMA VIZITĂ (1 ZI) - ALGORITMUL DE CONDUITĂ AL PACIENTULUI CU PC

PRIMA VIZITĂ

EXAMINĂRI CLINICE:

Anamnestice:
simptome respiratorii sugestive de PC;
boli asociate;
boli pulmonare suportate în trecut.
Fizice:
semne de condensare pulmonară (submatitate, suflu tubar);
murmur vezicular diminuat;
crepitații/raluri subcrepitante.

EXAMINĂRI PARACLINICE:

Obligativu:
hemoleucograma;
glicemia;
sumarul urinei;
bacterioscopia sputei la BAAR;
examenul radiologic al toracelui în 2 incidențe;

CONFIRMAREA PNEUMONIEI COMUNITARE

EVALUAREA GRADULUI DE SEVERITATE A PC:

manifestări de impregnare infecțioasă (febră, grețuri, vomă, anorexie, astenie);
manifestări de insuficiență respiratorie (dispnee, FR > 22/minut); manifestări cardiovasculare (TA, FCC);
manifestări neurologice;
complicații (pleurezie, destrucțiune pulmonară);
întinderea radiologică a infiltratului pneumonic.

DECIZIA PRIVIND NECESITATEA SPITALIZĂRII

NU

DA

PNEUMONIA COMUNITARĂ UȘOARĂ

Simptome de intoxicație ușoară sau lipsa lor (conștiință clară, febră < 38°C, tahicardie < 90/min)
Tensiunea arterială normală
Insuficiența respiratorie lipsește sau < 25/min
Radiologic focar mic de infiltrație
Leucocitoză moderată.

INIȚIEREA ABT LA DOMICILIU CU MACROLIDICE PER OS

PACIENTUL PREZINTĂ CRITERII DE SPITALIZARE:

vârsta peste 60 de ani;
comorbidități importante (BPCO, bronșiectazii, DZ, ICC, boli renale cronice și IRC, neoplazii, etilism cronic, narcomanie, boli cerebrovasculare, boli hepatice cronice, deficit ponderal semnificativ, stările cu imunitate compromisă);
ineficiența ABT inițiate la domiciliu;
imposibilitatea îngrijirii adecvate la domiciliu sau dorința pacientului de a se trata în condiții de staționar, prezența cel puțin un criteriu de internare în SATI

CRITERIU DE INTERNARE ÎN SATI:

manifestări neurologice;
FR > 30/minut și/sau necesitatea ventilației asistate;
TAs < 90 mmHg și/sau TAd ≤ 60 mmHg;
FCC excesivă peste 125/minut sau neadecvată febrei;
T°C > 39°C sau < 36°C;
afectarea pulmonară întinsă (multilobară) sau extinderea radiologică a opacității cu peste 50%, în 48 de ore;
hiperleucocitoză (> 25 x 10⁹/l) sau leucopenia (< 4 x 10⁹/l);
debitul urinar sub 20 ml/oră.

ABREVIERI

ABT – antibioterapie
AMO/AC – amoxicilină/acid clavulanic
BAAR – bacil alcool-acidorezistent
BCV – boli cerebrovasculare
BGN – bacterii gram-negative
BPCO – bronhopneumopatie cronică obstructivă
CS – cefalosporine
DZ – diabet zaharat
FCC – frecvența contracțiilor cardiace
FQ – fluorochinolone
FR – frecvența respirației
ICC – insuficiență cardiacă cronică
IRC – insuficiență renală cronică
PC – pneumonie comunitară
SATI – secția anestezie și terapie intensivă
TA – tensiune arterială
TAd – tensiune arterială diastolică
TAs – tensiune arterială sistolică

PROFILAXIA PRIMARĂ

VACCINUL ANTIGRIPAL ESTE RECOMANDAT:

Persoanelor peste 50 de ani.
Persoanelor cu comorbidități (ICC, BPCO, DZ, ciroză hepatică, BCV).
Persoanelor cu asplenie funcțională sau organică.
Persoanelor imunocompromise.
Persoanelor din instituțiile geriatrice.
Cadrelor medicale și personalului auxiliar care activează în instituțiile medicale.
Membrilor familiei persoanelor din grupul de risc (prezentate mai sus).

DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL AL PC

Cancerul bronhopulmonar și alte tumori pulmonare.
Tuberculoza pulmonară.
Colecțiile pleurale lichidiene.
Edemul pulmonar.
Pneumopatiile interstițiale.
Trombembolismul pulmonar și infarctul pulmonar.
Atelectazia.

INDICAȚII PENTRU CONSULTAȚIA SPECIALIȘTILOR

Pacienții cu dificultăți de diagnostic diferențial.
Pacienții cu ineficiența ABT.

ANTIBIOTERAPIA PC UȘOARĂ

GRUPUL	AGENȚII CAUZALI MAI FRECVENȚI	ANTIBACTERIENE DE ELECCȚIUNE	ANTIBACTERIENE DE ALTERNATIVĂ
PC ușoară	<i>S. pneumoniae</i> <i>M. pneumoniae</i> <i>C. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i>	per os Macrolidice	per os AMO/AC sau CS II (cefuroxim axetil), sau Fluorochinolone respiratorii

ANTIBIOTERAPIA DE ALTERNATIVĂ LA ETAPA DE AMBULATORIU

ANTIBIOTERAPIA INIȚIALĂ	ANTIBACTERIENE DE ALTERNATIVĂ	ANTIBACTERIENE DE ELECCȚIUNE
Macrolidice	Amoxicilină sau AMO/AC, sau FQ respiratorii	Ineficiența macrolidicelor se explică prin prezența pneumococilor rezistenți sau a BGN
AMO/AC Cefuroxim axetil	Macrolidice sau Doxiciclină	Este posibilă prezența microflorei atipice (<i>C. pneumoniae</i> , <i>M. pneumoniae</i>)

CRITERIILE EFICIENȚEI ANTIBIOTERAPIEI

Scăderea febrei (temperatura corpului < 37,5°C).
Lipsa sindromului de impregnare infecțioasă.
Lipsa insuficienței respiratorii (frecvența respirației sub 20/minut).
Lipsa sputei mucopurulente.
Normalizarea sau dinamica pozitivă a formulei leucocitare.
Lipsa dinamicii negative din punct de vedere radiologic.
Notă: Eficiența antibioterapiei se evaluează la a 3-a zi de tratament

TRATAMENTUL SIMPTOMATIC AL PACIENTULUI CU PC

TRATAMENTUL NEMEDICAMENTOS:

Regimul la pat se va respecta pentru toată perioada febrilă. Se va încuraja schimbarea frecventă a poziției corpului (întoarcerea de pe o parte pe cealaltă, semișezând), pentru a facilita respirația și expectorația sputei.
Consumarea lichidelor este orientată spre corectarea stării de deshidratare și menținerea unui debit urinar adecvat (peste 1,5 l/24 de ore).
Regimul alimentar restrâns al primelor 2 zile de pneumonie (sucuri, compoturi, ceaiuri, fructe) treptat se suplinește cu alimente bogate în vitamine, ușor asimilabile și cu un potențial alergizant redus, iar consumarea condimentelor și a produselor iritante se va limita.
Băuturile alcoolice și fumatul sînt categoric interzise.

TRATAMENTUL MEDICAMENTOS:

Antiinflamatoarele nesteroidiene sînt indicate în cazurile asociate de junghi toracic, de hiperpirexie.
Mucoliticele și bronhodilatatoarele se vor indica pentru a asigura permeabilitatea căilor respiratorii.
Antitusivle se administrează doar în cazurile însoțite de tuse frecventă, extenuantă (mai ales, în orele nocturne).
Oxygenoterapia este indicată în cazuri de insuficiență respiratorie; doar în cazuri excepționale apare necesitatea intubării traheale cu ventilație asistată.
În șocul infecțios-toxic se fac infuzii cu soluții macromoleculare și dopamină; cazurile de anemie severă vor necesita hemotransfuzii.
În pneumonia stafilococică se recomandă imunoglobuline antistafilococice sau ser hiperimun.
Tratament fizioterapic (conform standardelor existente de fizioterapie și recuperare medicală).

CAUZELE INEFICIENȚEI ANTIBIOTERAPIEI

Doza și administrare incorectă.
Antibiozistența microbiană.
Obstrucția locală a bronhiilor de drenaj (cancer, strictură inflamatorie, adenom, dop de secret mucopulent).

EVALUAREA ȘI MONITORIZAREA TRATAMENTULUI LA DOMICILIU

A doua vizită (a 3-a zi)

Aprecierea rezultatelor paraclinice.
Aprecierea eficacității tratamentului.
Dacă tratamentul este efectiv - de prelungit antibioterapia.
În lipsa efectului sau în caz de agravare – spitalizare.
În lipsa efectului la tratament și stare nesatisfăcătoare – schimbarea antibioticului cu cel de alternativă.

A treia vizită (a 6-a zi)

Aprecierea eficacității tratamentului.
În lipsa efectului – spitalizare.
Ameliorarea simptomelor - continuarea antibioterapiei 3-5 zile de la normalizarea febrei.

A patra vizită (a 10 – 12 zi)

Aprecierea eficacității tratamentului.
Examen radiologic repetat, hemograma.
Stabilirea programului de recuperare.
Reluarea activității profesionale.

PERIODICITATEA DE SUPRAVEGHERE A PACIENȚILOR CU PC DE CĂTRE MEDICUL DE FAMILIE

PACIENȚII CU PC FORMA UȘOARĂ:

Cei tratați la domiciliu trebuie vizitați după 48 de ore de la inițierea ABT (se recomandă a 3 zi);
Să fie supravegheați 2-3 săptămîni după debutul bolii (cei cu PC rezolvată la examenul radiologic repetat la a 10-14-a zi de la inițierea ABT);
Să fie supravegheați 6 săptămîni după debutul bolii (PC nerezolvată la examenul radiologic repetat la a 10-14-a zi de la inițierea ABT).

PACIENȚII CU PC GRAVITATE MEDIE DUPĂ EXTERNARE DIN STAȚIONAR:

Să fie examinați la 2-3 săptămîni după debutul bolii (cei cu PC rezolvată la examenul radiologic repetat);
Să fie supravegheați 6 săptămîni după debutul bolii (cei cu PC nerezolvată la examenul radiologic repetat).

PACIENȚII CU PC FORMA SEVERĂ DUPĂ EXTERNARE DIN STAȚIONAR:

Să fie supravegheați 2-3 săptămîni după debutul bolii (cei cu PC rezolvată la examenul radiologic repetat);
Să fie supravegheați 6 săptămîni după debutul bolii (cei cu PC nerezolvată la examenul radiologic repetat);
Să fie examinați la 3, 6, 12 luni după debutul bolii.

Notă: PC asociată de comorbidități – supraveghere suplimentară în funcție de recomandările de supraveghere pentru bolile asociate.