

**PNEUMÒNIA**

Adquirida a la Comunitat (NAC)		Tractament empíric <sup>1,2,3</sup>	Durada <sup>4</sup>
<1 mes		<b>Ampicil·lina + cefotaxima.</b> Considerar possibilitat de tos ferina o <i>Chlamydia</i> (azitromicina)	7-10 dies
2-5 mesos o no vacunats Hib		<b>Amoxicil·lina-clavulànic.</b> Ceftriaxona: si mala evolució en tt amb Penicil·lines	7-10 dies
>5 mesos	Lleu o moderada, sospita d'etiologia vírica (preescolars)	No antibiòtic d'entrada, excepte dades clíniques o de laboratori que suggereixin infecció bacteriana.	5 dies. 7-10 dies si bacterièmia. 14 dies si vessament pleural o <i>S. aureus</i> . Atípica: Azitromicina 3 dies / Claritromicina 7 dies  Si bona evolució clínica i afebril >24-48h, completar amb antibiòtic OR → amoxicil·lina; am-clavulànic.  Altres possibilitats de tractament OR com ciprofloxacina o levofloxacina, en consens amb el Servei de Malalties Infeccioses.
	Moderada o greu sense/amb vessament pleural (principal sospita: pneumococ)	<u>Pacient ambulatori: amoxicil·lina OR</u>  <u>Ingrés: Penicil·lina o ampicil·lina.</u> Si no milloria en 48-72h, valorar afegir macròlid. Causes possibles de no resposta al tractament amb Penicil·lines: mala adherència/tolerància, complicació (vessament parapneumònic, pneumònia necrosant), infecció per <i>S. aureus</i> , pneumococ resistent a penicil·lines, etc.	
	Atípica (sospita de <i>Mycoplasma</i> , principalment en escolars)	<b>Azitromicina o claritromicina</b>	
Greu que precisa ingrés a UCI-P		<b>Ceftriaxona + vancomicina</b> +/- <b>Macròlid (si ≥ 5 anys)</b> +/- <b>Clindamicina<sup>5</sup></b>	
Pneumònia possiblement aspirativa		<b>Am-clavulànic.</b> Alternativa: ceftriaxona +clindamicina.	
Pneumònia necrosant i abscess pulmonar		<b>Am-clavulànic +/- clindamicina<sup>5</sup></b> <b>Si etiologia pneumocòccica: penicil·lina o ampicil·lina</b> Si sospita SARM: ceftriaxona + vancomicina	Normalment mínim 10 dies IV i si bona evolució completar amb antibiòtic OR Pneumònia necrosant: 3-4 setmanes. Abscess pulmonar: 4-8 setmanes.

Adquirida a l'hospital (NAH)	Tractament empíric <sup>1,2</sup>	Durada <sup>4</sup>
<p>Definició NAH: infecció del parènquima pulmonar després de &gt; 48 hores d'ingrés i que no present ni en període d'incubació en el moment de l'ingrés <sup>6</sup></p> <p>Inclou l'associada a ventilació mecànica (NAV) → Requereix: ingrés &gt; 72h, intubació &gt; 48h o que es diagnostiqui a les 72h post-extubació.</p>	<p><b>Beta-lactàmic amb acció anti-pseudomona</b> (ex. Piperacil-lina-tazobactam) + <b>cobertura CGP</b> (ex. vancomicina, linezolid).</p> <p>Si colonització per <i>Stenotrophomonas</i>: TMP-SMX o quinolona en lloc de piperacil-lina-tazobactam.</p> <p>Si xoc sèptic: meropenem+ vancomicina +/- amikacina.</p>	<p>7-10 dies si bona resposta clínica, resolució de símptomes i normalització de biomarcadors.</p> <p>Si bona evolució clínica i afebril &gt;24-48h, completar amb antibiòtic OR → ciprofloxacina</p>
<p>Immunodeprimits <sup>7</sup></p>	<p><b>Piperacil-lina-tazobactam (o meropenem) + vancomicina.</b> Maneig individualitzat; en alguns casos pot ser adequat el tractament com a NAC.</p>	<p>Considerar tractament d'infecció per <i>P jirovecii</i>, CMV, ADV i IFI. Durada segons causa específica.</p>

<sup>1</sup>Inici del tt en les primeres 4 hores des del diagnòstic (1a hora si xoc sèptic o sèpsia greu).

<sup>2</sup>Si sospita o confirmació de grip tractament amb oseltamivir.

<sup>3</sup>Considereu possibilitat de TB.

<sup>4</sup>Durades mínimes orientatives; individualitzar: si important compromís respiratori o segons microorganisme es pot requerir tractament més prolongat.

<sup>5</sup>Clindamicina: sospita de *S. pyogenes* (ie varicel·la, exantema escarlatiniforme, símptomes de xoc tòxic, frotis faringi positiu...).

<sup>6</sup>En infeccions greus i/o per microorganismes multiR, pot ser necessari valorar l'administració de fàrmacs en infusió estesa i la combinació amb tractament inhalat/nebulitzat.

<sup>7</sup>Considerar incloure en aquest grup: pacient amb neoplàsia onco-hematològica, immunodeficiència primària greu, immunodeficiència secundària (VIH, corticoteràpia prolongada, síndrome nefròtica) etc.

#### **Al·lèrgia a penicil·lina:**

- Reacció tardana no greu: a NAC possible utilització de cefalosporines, preferiblement cefuroxima; en immunodeprimits i NAH possible utilitzar meropenem
- Reacció immediata i tardana greu:
  - NAC/NAH lleu-moderada: vancomicina o ciprofloxacina/levofloxacina
  - NAC greu: vancomicina + ciprofloxacina/levofloxacina +/- clindamicina +/- claritromicina
  - NAH greu: vancomicina + ciprofloxacina/levofloxacina +/- clindamicina +/- amikacina