

# Escales pronòstiques

## Atenció hospitalària

**Escala Fine** Fine MJ. N Engl J Med 1997; 336: 243-250

Factors demogràfics	Punts
Edat en homes	Nre. d'anys
Edat en dones	Nre. d'anys - 10
Viu en una residència	+ 10
Malaltia de base	
Neoplàsia	+ 30
Insuficiència hepàtica	+ 20
Insuficiència cardíaca	+ 10
Malaltia cerebrovascular	+ 10
Insuficiència renal	+ 10
Exploració	Punts
Deteriorament del nivell de consciència	+ 20
Freqüència respiratòria $\geq$ 30 per minut	+ 20
Freqüència cardíaca $\geq$ 125 per minut	+ 10
Tensió arterial sistòlica < 90 mmHg	+ 20
Temperatura axil·lar < 35 °C o $\geq$ 40 °C	+ 15
Exploracions complementàries	
pH < 7,35	+ 30
Nitrogen ureic en sang, <i>blood urea nitrogen</i> (BUN) > 10,7 mmol/l (> 30 mg/dl)	+ 20
Na <sup>+</sup> < 130 mEq/l	+ 20
Glucosa > 15,9 mmol/l (250 mg/dl)	+ 10
Hematòcrit < 30 %	+ 10
pO <sub>2</sub> < 60 mmHg o saturació O <sub>2</sub> < 90 %	+ 10
Vessament pleural	+ 10

Classes de risc Fine	Puntuació	Mort al cap de 30 dies (%)
Classe I	Si < 50 anys i sense neoplàsia ni insuficiència cardíaca, malaltia cerebrovascular, malaltia hepàtica o renal	0,1
Classe II	< 70	0,6
Classe III	71 - 90	0,9 - 2,8
Classe IV	91 - 130	8,2 - 9,3
Classe V	> 130	27,0 - 29,2

- Les classes de l'I al III tenen un risc de mortalitat baix.
- Les classes I i II podrien ser tractades de manera ambulatoria.
- La classe III requeriria d'un període d'hospitalització en observació.
- Les classes IV i V requeririen ingrés hospitalari.

Aquesta escala estima com una limitació important l'edat: estableix el risc de manera molt precisa en les persones majors de 65 anys, però infravalora la gravetat en dones, subjectes joves i la influència de malalties associades. A més a més, no té en compte les situacions socials i personals dels pacients.

# Escales pronòstiques

## Atenció primària

**Escala CRB65** Limne MJ. N Engl J Med 1997; 336: 243-250

CRB65 - Atenció primària	Punts	
Confusió	1	
Freqüència respiratòria $\geq$ 30 per minut	1	
Tensió arterial sistòlica < 90 mmHg o diastòlica < 60 mmHg	1	
Edat > 75 anys	1	
Puntuació de l'escala CRB65		
Punts	% Mortalitat	Maneig
0	0,7 %	Ambulatori
1	2 %	Ambulatori
2	9 %	Valoració hospitalària
3		
4	> 19 %	Ingrés hospitalari
5		

### Proves diagnòstiques recomanades

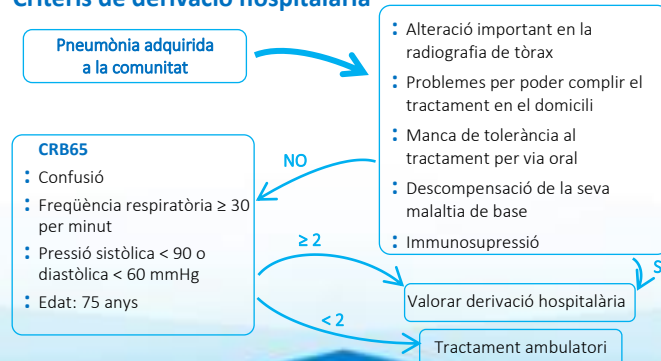
Prova diagnòstica	Atenció primària	CUAP	Hospital
Exploració física: tensió arterial, freqüència cardíaca i respiratòria, temperatura axil·lar	X	X	X
Saturació d'O <sub>2</sub>	X	X	X
Radiografia de tòrax	X	X	X
PCR*	X	X	X
Antigenúria de pneumococ/legionel·la			X
Hemograma + bioquímica			X
Cultiu d'esput			X
Hemocultius			X

\*Proteïna C reactiva (PCR9) capil·lar a l'atenció primària i PCR venosa a l'hospital

### Sensibilitat al pneumococ

Les resistències actuals de l'*Streptococcus pneumoniae* a la penicil·lina són molt baixes, amb xifres < 2 %, fet que justifica que sigui l'antibiòtic d'elecció.

### Criteris de derivació hospitalària



### Tractament empíric

Pacient amb pneumònia	Tractament d'elecció	Tractament en pacients al·lèrgics a la penicil·lina
Sense criteris d'ingrés hospitalari		
• Pacient sense comorbiditat	• Amoxicil·lina 1 g/8 h VO, 5 dies.	• Levofloxacina 500 mg/24 h VO, 5 dies.
• Pacient institucionalitzat	• Amoxicil·lina-àcid clavulànic 875/125 mg/8 h, VO 5 dies.	• Levofloxacina 500 mg/24 h VO, 5 dies.
• Pacient amb MPOC moderada-greu		
Amb criteris d'ingrés hospitalari		
• Pacient amb ingrés hospitalari i amb presentació típica	• Ceftriaxona 1 g/24 h IV, 5 dies.	• Levofloxacina 500 mg/24 h VO/IV, 5 dies.
• Pacient amb ingrés hospitalari i amb presentació atípica o dubtosa	• Ceftriaxona 1 g/24 h IV, 7 dies + azitromicina 500 mg/24 h, VO/IV 5 dies, o	• Levofloxacina 500 mg/24 h VO/IV, 7 dies.
	• Ceftriaxona 1 g/24 h IV, 7 dies + levofloxacina 500 mg/24 h VO/IV, 7 dies.	
• Pacient amb pneumònia aspirativa	• Amoxicil·lina-àcid clavulànic 2 g/8 h IV, 10 dies.	• Clindamicina 600 mg/8 h IV, 10 dies + levofloxacina 500 mg/24 h VO/IV, 10 dies.

• S'ha de fer un control clínic al cap de 48-72 hores d'haver iniciat el tractament antibiòtic, per detectar un possible fracàs terapèutic.

• S'ha d'optimitzar el tractament antibiòtic i la via d'administració, al més aviat possible.

• En els pacients amb pneumònia d'adquisició a la comunitat sense criteri d'ingrés hospitalari el tractament recomanat d'inici és un betalactàmic en monoteràpia per criteris de seguretat i menor impacte ecològic, atès que aquest tractament s'ha mostrat tan eficaç com les fluoroquinolones o la combinació de betalactàmics amb un macròlid. El fet d'iniciar el tractament de forma precoç comporta menor mortalitat.

# : Pneumònia adquirida a la comunitat

## Definició

Es defineix com una **infecció aguda del parènquima pulmonar**, que es manifesta en forma de febre i/o símptomes respiratoris de vies baixes i que s'acompanya d'infiltrat pulmonar.

Es recomana fer radiografia de tòrax, encara que l'infiltrat pot ser tardà.

Tradicionalment, per establir les recomanacions sobre el tractament antibiòtic s'ha tingut en compte si els signes de sospita corresponien a una possible **etiologia pneumocòccica típica** (quadre agut, febre amb calfreds, expectoració purulenta/rovellada, dolor pleurític, consolidació alveolar +/- broncograma), a una possible **etiologia atípica** (quadre subagut sense calfreds, tos seca, cefalea, malestar general, diarrea, vòmits, patró intersticial), o si no hi havia sospita etiològica.

Actualment, les guies **no fan la diferenciació entre sospita** de pneumònia pneumocòccica típica i atípica (excepte en pacients que requereixin ingrés hospitalari), assumint la incertesa diagnòstica. En qualsevol cas, només s'arriba a un diagnòstic etiològic en el 20-30 % dels casos i s'estableixen les recomanacions en funció de la **gravetat** del procés i del **perfil** dels pacients.

ics.gencat.cat



## Maneig i tractament de la pneumònia comunitària de l'adult



**Grup PROA**

PADEICS Programa d'optimització d'ús dels antibiòtics

Novembre de 2019

Salut/Institut  
Català de la Salut

 **Generalitat  
de Catalunya**