

Duración de síntomas en general menos de 5 días, con fiebre y signos y síntomas del tracto respiratorio inferior (tos, expectoración, disnea, crepitantes, dolor torácico)  
En ancianos e inmunodeprimidos considerar cuadro sin fiebre y síntomas extrapulmonares

- Rx de tórax: infiltrado nuevo y sin diagnóstico alternativo del mismo.
- Ultrasonografía: diagnóstico de neumonía, diagnóstico de complicaciones locales, guiar maniobras.
- TC de tórax: principalmente considerar en inmunodeprimidos o con patología estructural de la vía aérea o del parénquima pulmonar, en evolución tórpida.

## NEUMONIA AGUDA COMUNITARIA\* (SIN INMUNODEPRESION SEVERA)

### CRITERIOS INTERNACIÓN Y GRAVEDAD (VER AL DORSO)

#### GRUPO 1

CRB-65 | CURB-65: 0 - 1 o PSI: I - II

si hay comorbilidades están compensadas, sin otras causas de internación, tolera vía oral, contención social  
**AMBULATORIO**

En general no es necesario realizar paraclínica. Ofrecer realizar test rápido para VIH.

**Grupo 1a:** <65 años, SIN comorbilidades, SIN factores de riesgo para microorganismos multirresistentes

- amoxicilina 500 mg vo cada 8 hs o 750 mg - 1000 mg vo cada 12 hs
- Si alergia a betalactámicos\*\* o sospecha de atípicos considerar: claritromicina 500 mg vo cada 12 hs o claritromicina UD 1000 mg vo cada 24 hs.

**Grupo 1b:** ≥ 65 años, SIN comorbilidades o < 65 años, CON comorbilidades compensadas, SIN factores de riesgo para microorganismos multirresistentes

- amoxicilina/clavulánico o amoxicilina/sulbactam 875 mg/125 mg vo cada 12 hs.
- Si alergia a betalactámicos\*\*: moxifloxacina 400 mg vo cada 24 hs.
- Si sospecha atípicos considerar agregar a betalactámico: claritromicina 500 mg vo cada 12 hs o claritromicina UD 1000 mg vo cada 24 hs

Si la causa de ingreso es social mantener pauta según grupo de riesgo.

Control ambulatorio en 48 / 72 horas  
**DURACIÓN TRATAMIENTO 5 DÍAS\*\*\***

#### CONSIDERAR

- Tuberculosis en particular en pacientes de alto riesgo (por ejemplo: PPL, VIH)
- De elección realizar prueba molecular rápida en una sola muestra de esputo para diagnóstico de TB pulmonar y para detectar resistencia a la rifampicina (Xpert MTB/RIF o Ultra).
- Neumonitis/neumonía viral: sugerimos frente a este planteo realizar antígeno para SARS Cov-2 (de ser negativo realizar PCR en las primeras 48 horas) así como diagnóstico de influenza por el método que disponga. Guiarse por recomendaciones institucionales específicas en cuanto a manejo y tratamiento.

#### GRUPO 2

CRB-65|CURB-65: 2 o PSI: III

u otra causa de internación presente o comorbilidades no compensadas.  
**INTERNACIÓN EN CUIDADOS MODERADOS**

Iniciar tratamiento antimicrobiano empírico en las primeras 4 horas desde la entrada al hospital  
Paraclínica a considerar: hemograma, glicemia, ionograma, creatininemia, azoemia, funcional y enzimograma hepático, PCR, gasometría arterial, VIH.  
Microbiológico: cultivo de la expectoración, considerar realizar en grupo 2b Hemocultivos x 2 (total 40 ml).

**Grupo 2a:** SIN FR para microorganismos multirresistentes

- ampicilina/sulbactam 1000 mg /500 mg iv cada 6 hs
- Si internación domiciliaria puede considerarse ceftriaxona 1 g iv cada 24 hs.
- Si alergia a betalactámicos riesgo bajo o intermedio\*\*: ceftriaxona 1 gr iv cada 24 hs.
- Si alergia a betalactámicos riesgo alto\*\*: moxifloxacina 400 mg vo o iv cada 24 hs
- Si sospecha de atípicos considerar agregar al betalactámico: claritromicina 500 mg iv o vo cada 12 hs

**Grupo 2b:** CON FR para microorganismos multirresistentes

- Enterobacterias productoras de BLEE o *Pseudomonas aeruginosa*: piperacilina-tazobactam 4,5 g iv cada 6 hs +/- amikacina 15 mg/kg día (monitorizar valle y pico)
- Si riesgo SAMR agregar: trimetoprim-sulfametoxazol a 10 mg/Kg/día de trimetoprim iv o vo dividido en 3 o 4 dosis (si alergia alternativa vancomicina carga 30 mg/kg iv y luego 15 a 20 mg/Kg iv cada 12 hs, monitorizar valle y pico)
- Si alergia a betalactámicos riesgo bajo o intermedio\*\*: ceftriaxona 1 gr iv cada 24 hs.
- Si alergia a betalactámicos riesgo alto\*\*: moxifloxacina 400 mg vo o iv cada 24 hs
- Si sospecha de atípicos considerar agregar al betalactámico: claritromicina 500 mg iv o vo cada 12 hs

Rotar a vía oral luego de 48 horas si: clínicamente estable por 24 horas al menos, mejoría de signos o síntomas de infección, en apirexia, ausencia de factores que puedan afectar una correcta absorción enteral, tolerar vía oral.

Reevaluar esquema antimicrobiano según resultados microbiológicos y evolución clínica. Si mejoría clínica valorar alta precoz con o sin internación domiciliaria.  
**DURACIÓN TRATAMIENTO: 5 a 7 DÍAS\*\*\***

#### GRUPO 3

CRB-65|CURB-65: 3-5 o PSI: IV -V

críterios de sepsis  
**INTERNACIÓN EN CUIDADOS CRÍTICOS (CI / CTI)**

Inicio precoz de antibioticoterapia (ANTES DE 1 HORA)  
Paraclínica sugerida: hemograma, glicemia, ionograma, creatininemia, azoemia, funcional y enzimograma hepático, crasis, PCR, gasometría arterial, VIH.

Estudios microbiológicos:

- Hemocultivos x 2 (total 40 ml)
- Cultivo de la expectoración / Aspirado de secreciones traqueales / Lavado bronquiolo-alveolar
- Antígeno neumocócico en orina
- Panel respiratorio alto o bajo en secreciones (biología molecular por sistema de PCR multiplex)

**Grupo 3a:** SIN FR para microorganismos multirresistentes

- ampicilina/sulbactam 1.000 mg/500 mg iv cada 6 hs más claritromicina 500 mg iv cada 12 hs
- Si alergia a betalactámicos riesgo bajo o intermedio\*\*: ceftriaxona 1 gr iv cada 24 hs más claritromicina 500 mg iv. cada 12 hs.
- Si alergia a betalactámicos riesgo alto\*\*: moxifloxacina 400 mg iv o cada 24 hs

**Grupo 3b:** CON FR para microorganismos multirresistentes

- *P. aeruginosa* o Enterobacterias productoras de BLEE: piperacilina-tazobactam 9 gr iv carga en 2 horas y luego a las 6 horas 4,5 gr iv a pasar en 3 horas cada 6 hs (o cefepime 15 mg/Kg iv en 30 min y luego en forma inmediata 2 g iv a pasar en 3 horas cada 8 hs) más claritromicina 500 mg iv cada 12 hs con o sin amikacina 25 mg/kg/día iv a pasar en 30 min (monitorizar valle y pico)
- Si alergia a betalactámicos riesgo bajo o intermedio\*\*: considerar plan con cefepime más claritromicina 500 mg iv cada 12 hs con o sin amikacina 25 mg/kg/día iv a pasar en 30 min (monitorizar valle y pico)
- Si alergia a betalactámicos riesgo alto\*\*: moxifloxacina 400 mg iv cada 24 hs más amikacina 25 mg/kg/día iv (monitorizar valle y pico)
- Si riesgo SAMR agregar: trimetoprim sulfametoxazol 10 mg/Kg/día de trimetoprim iv dividido en 3 o 4 dosis o vancomicina carga 30 mg/Kg iv y luego 15-20 mg/Kg cada 12 hs (monitorizar valle y pico)
- Si shock séptico y riesgo de Enterobacterias productoras de BLEE: meropenem 2 gr iv carga a paar en 1 hora y luego 2 gr iv a pasar en 3 horas cada 8 hs más claritromicina 500 mg iv cada 12 hs

**REEVALUAR ESQUEMA ANTIMICROBIANO SEGÚN RESULTADOS MICROBIOLÓGICOS Y EVOLUCIÓN CLÍNICA.  
DURACIÓN TRATAMIENTO: 7 DÍAS\*\*\***

\* Si sospecha neumonitis / neumonía viral seguir protocolo específico \*\*Alergia a betalactámicos: ver tabla al dorso \*\*\* La duración del tratamiento se basa en mejoría clínica y ausencia de complicaciones loco-regionales.

| C(U)RB-65 (0 a 5 puntos)  |
|---|
| C: Confusión (nueva)  |
| U: Urea > 44 mg/dl (solo solicitar en ≥ 65 años o con comorbilidades) |
| R: Frecuencia Respiratoria > 30/min                                   |
| B: Presión Sistólica <90 o Presión diastólica ≤ 60 mmHg               |
| 65: Edad ≥65 años   |

| Clasificación PORT   PSI # (0 a 5 puntos) |                 |                                |
|---|-----------------|--------------------------------|
| Clase I                                   | < 50 puntos     | Tratamiento extra hospitalario |
| Clase II                                  | 51 / 70 puntos  |                                |
| Clase III                                 | 71 / 90 puntos  | Valoración en Urgencias        |
| Clase IV                                  | 91 / 130 puntos | Ingreso Hospitalario           |
| Clase V                                   | > 130 puntos    |                                |
| # Se sugiere uso de app para cálculo.     |                 |                                |

| ** Realizar evaluación adecuada de alergia a beta lactámico y registrar en historia clínica: |  |  |  |
|--|--|--|--|
| RIESGO   | Riesgo bajo  | Riesgo intermedio  | Riesgo alto  |
| SU HISTORIA:   | Síntomas aislados que alejan planteo de reacción de hipersensibilidad (ejemplo síntomas gastrointestinales, cefaleas, prurito sin rush, reacción desconocida, alejada (más de 10 años), sin características de hipersensibilidad inmediata | Urticaria u otros eritemas pruriginosos. síntomas con características de reacción inmediata, sin anafilaxia  | Anafilaxia, hepatitis alérgica, nefritis intersticial, anemia hemolitica, reacciones cutáneas severas ej: síndrome de Steven Johnson, necrolisis epidérmica tóxica, dermatitis exfoliativa, pustulosis aguda exantemosa generalizada, DRESS. Hipersensibilidad Tipo I mediada por IgE. Pruebas cutáneas positivas Reacciones recurrentes Reacciones a más de un betalactámico. |
| ACCIÓN   | 1-Prueba de tolerancia oral bajo observación clínica o 2-Considerar antibiótico alternativo (ejemplo, cefalosporinas)  | 1- Pruebas cutáneas: si resultado negativo realizar prueba de tolerancia oral bajo observación o 2- Considerar antibiótico alternativo (ejemplo, cefalosporinas) | No dar betalactámicos. Según el caso se podrá: referir a especialista, consultar PROA o realizar desensibilización.  |

| PRESENCIA DE COMORBILIDADES (Si inmunodepresión severa tratamiento no contemplado en este flujograma)  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedad neurológica</li> <li>- Diabetes mellitus</li> <li>- Enfermedad hepática y/o renal</li> <li>- Alcoholismo, tabaquismo, consumo de PBC</li> <li>- Insuficiencia cardíaca</li> <li>- EPOC, Asma</li> <li>- Neoplasia</li> <li>- Inmunosupresión por patología</li> <li>- Asplenia anatómica o funcional</li> <li>- Inmunosupresión por fármacos</li> <li>- Colagenopatía</li> </ul> |

| Otros factores para considerar internación:   |
|---|
| <p>Si CURB-65: 0 o 1 también se internará si: q SOFA ≥ 2 o en aumento, afectación de más de un lóbulo, saturación de oxígeno menor 93%, insuficiencia respiratoria, inestabilidad hemodinámica, neumonía necrotizante, presencia de derrame pleural, enfermedad rápidamente progresiva, fracaso de tratamiento antibiótico previo, intolerancia digestiva o ausencia de soporte social.</p> |

| Patógenos probables   |
|---|
| <p><b>Bacteriana:</b> <i>Streptococcus pneumoniae</i> (+ frecuente), en patología pulmonar crónica y fumadores considerar <i>Haemophilus influenzae</i>, <i>Moraxella catarrhalis</i></p>   |
| <p><b>Bacteriana atípica:</b> <i>Mycoplasma pneumoniae</i>, <i>Chlamydomphila pneumoniae</i>, <i>C.psittaci</i>, <i>Legionella spp</i>, <i>Coxiella burnetti</i>. Considerar si patología pulmonar, riesgo exposición laboral, ambiental, viajes, animales domésticos, ganado, áreas rurales.</p>                                   |
| <p><b>Viral:</b> Gripe (virus Influenza) y Covid-19 (SARS Cov-2) tienen tratamiento específico, seguir pautas estipuladas.<br/>Otros virus: VRS, metapneumovirus, parainfluenza, otros coronavirus, adenovirus, rinovirus, Otros virus respiratorios. No tratamiento etiológico, sólo sintomático y de sostén de ser necesario.</p> |
| <p><b>Tuberculosis:</b> considerar en particular en PPL, inmunodeprimidos, contexto socio económicos deficitario. Considerar realizar test molecular rápido en esputo.</p>  |

| Factores de Riesgo para Microorganismos multirresistentes (considerar aditividad de los mismos y diferente riesgo)<br>Si inmunodepresión severa tratamiento no contemplado en este flujograma  |
|--|
| <p><i>FR para P. aeruginosa</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Internación &gt;7 días en el último mes</li> <li>• Bronquiectasias, Fibrosis Quística</li> <li>• EPOC VEF1 &lt;30%</li> <li>• &gt; 10 mg de prednisona diaria en las últimas 2 semanas</li> <li>• Administración frecuente (&gt; 4 veces/año) o reciente de antibióticos (en los últimos 3 meses)</li> <li>• Inmunodepresión severa</li> </ul>              |
| <p><i>FR para SAMR</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jóvenes sanos con NAC severa y rápidamente progresiva</li> <li>• Hemoptisis</li> <li>• Infecciones de piel y partes blandas</li> <li>• Usuario de drogas endovenosas</li> <li>• Neumonía Necrotizante</li> <li>• Hemodiálisis</li> <li>• Infección o colonización previa por SAMS o SAMR</li> <li>• Personas privadas de libertad</li> <li>• Hacinamiento</li> </ul> |
| <p><i>FR para Enterobacteria productoras de BLEE:</i> considerar en pacientes con comorbilidades (ej.: EPOC, diabetes no controlada, stroke) con severo grado de dependencia, institucionalizados, expuestos a antimicrobianos en los últimos 3 meses (quinolonas, betalactámicos, carbapenemes) y en quienes se plantea un probable mecanismo aspirativo. Colonización o infección previa</p>   |
| <p><i>FR para anaerobios:</i> NO realizar doble cobertura anaerobica.<br/>-Neumonía por aspiración o necrotizante: en general polimicrobiana<br/>-Trastornos deglutorios<br/>-Focos sépticos dentarios, procedimientos dentales o digestivos.<br/>-Alcoholismo, fármacos sedantes u otra patología que deprima sensorio</p>  |