

BOLETÍN INFORMATIVO

Centro de Información de Medicamentos - CIM

Área Farmacia Asistencial

Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas.

Universidad Nacional de Rosario - Argentina



Año 44 - N° 283

Mayo - Junio 2026

Disponible en: <https://www.fbioyf.unr.edu.ar/evirtual/course/view.php?id=321>

Miembro de la International Society of Drug Bulletins (ISDB)



<https://isdbweb.org/>

NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

1

La **neumonía adquirida en la comunidad (NAC)** se consolida como una enfermedad multisistémica de alta mortalidad, impulsada principalmente por bacterias, como el *Streptococcus pneumoniae* (*Spn*) y una creciente incidencia de virus respiratorios, como la influenza, el virus sincicial respiratorio (VSR) y el SARS-CoV-2, fundamentalmente en pacientes inmunocomprometidos.

Epidemiología de la NAC: A nivel mundial, la NAC sigue siendo una enfermedad infecciosa común, con una incidencia de 1,2 a 1,4 casos por cada 1000 personas al año. Su epidemiología varía según la región geográfica, la edad, la demografía, factores socioeconómicos, los cambios en los patógenos y la implementación de los esquemas de vacunación en los países o regiones.

La epidemia del VIH, la mayor carga de tuberculosis y la baja cobertura de vacunación aumentan el riesgo de NAC, hospitalización y muerte, especialmente en poblaciones más jóvenes.

Existen diversos **factores de riesgo** que predisponen a una persona a adquirir NAC:

- Edad: Niños menores de 5 años; adultos mayores (≥ 65 años)
- Personas con múltiples comorbilidades
- Tabaquismo
- Estado nutricional deficiente
- Mala salud bucal
- Neumonía previa
- Paciente inmunodeprimidos / Uso de fármacos inmunosupresores
- Uso de corticoides orales
- Uso de inhibidores de la bomba de protones o antagonistas H2.

Los adultos mayores con múltiples comorbilidades, principalmente enfermedades respiratorias crónicas, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o asma, la enfermedad cardiovascular crónica, la enfermedad cerebrovascular, la demencia, la diabetes mellitus y el cáncer, tienen un mayor riesgo de padecer NAC.

Etiología microbiana: Varios patógenos pueden causar NAC, pero ***Streptococcus pneumoniae* (*Spn*) y los virus respiratorios son los más frecuentes**. El *Spn*, además de continuar siendo la causa más frecuente, es también la primera causa de mortalidad. En el segundo lugar de los agentes etiológicos, se encuentran ***Mycoplasma pneumoniae*** y los virus en general. En cuanto a mortalidad, en el segundo y tercer lugar, se encuentran ***Staphylococcus aureus* (*Sau*) y *Klebsiella pneumoniae***. Otros patógenos bacterianos relevantes son *Haemophilus influenzae*, especialmente en tabaquistas y pacientes con EPOC, y las enterobacterias en general principalmente en adultos mayores.

La **etiología viral** está en aumento. Varios estudios multicéntricos en China y EE.UU, posicionan a los virus como primera causa de mortalidad. Además de las etiologías virales ya conocidas como influenza y otros virus respiratorios altamente prevalentes y clásicos, a partir del año 2019 se debe agregar SARS-CoV-2.

Por otro lado, teniendo en cuenta antecedentes epidemiológicos locales y zona geográfica, no debe omitirse el **Hantavirus** como causa de neumonía, sobre todo cuando se acompaña de plaquetopenia.

En los adultos hospitalizados con diagnóstico microbiológico establecido de NAC, se identifican virus respiratorios en el 10-20 % del total de casos. **Los virus más frecuentes identificados en la NAC son el virus de la influenza A/B, el VRS, el rinovirus, el virus de la parainfluenza, el metapneumovirus, el adenovirus y los coronavirus.** El virus de la influenza se identifica en aproximadamente un tercio (1/3) de los pacientes hospitalizados con NAC grave que requieren ingreso en la UTI. Entre estos, hasta el 50 % puede requerir **ventilación mecánica** y la tasa de mortalidad puede alcanzar el 25%.

Complicaciones relacionadas con la neumonía viral, son la **sepsis**, que se reporta en el 19 % de los pacientes con NAC ingresados en la UTI y los eventos cardíacos.

Diagnóstico: La NAC se define como la infección aguda del parénquima pulmonar adquirida en la comunidad o dentro de las primeras 48 horas de la internación. El diagnóstico generalmente requiere la demostración de una opacidad nueva en las imágenes de tórax en un paciente con un síndrome clínicamente compatible. La NAC se caracteriza por la aparición aguda de al menos un síntoma respiratorio como: tos nueva o aumentada, dificultad para respirar, dolor torácico pleurítico (puede estar ausente); asociado al menos a un signo u otro síntoma, entre ellos: auscultación anormal (roncus o estertores), fiebre, leucocitosis, hipoxia (saturación de oxígeno <92%).

La **radiografía de tórax** se debe considerar obligatoria. La misma permite confirmar el diagnóstico, establecer la extensión y localización, la posible existencia de complicaciones y descartar otras enfermedades con manifestaciones clínicas similares.

La tomografía computarizada (TAC) torácica puede ser útil en casos de dudas diagnósticas ante una radiografía normal o inespecífica, en neutropénicos o con infección por HIV, o para el manejo de las complicaciones pleurales.

No existen hallazgos en técnicas de imágenes que permitan diferenciar de manera confiable las distintas etiologías infecciosas de NAC (por ejemplo, viral vs. bacteriana, o bacterias típicas vs. atípicas).

Existen otras técnicas de apoyo para arribar al diagnóstico, de acuerdo a la gravedad o necesidad del cuadro, como por ejemplo: pruebas microbiológicas (examen de esputo), pruebas de antígeno, pruebas moleculares (PCR), pruebas de hisopados nasales, de biomarcadores.



Pronóstico en la NAC - Estratificación del sitio de cuidado:

Tanto el **diagnóstico** apropiado de la NAC grave con el ingreso a UTI, como la **terapia antibiótica** oportuna son cruciales para mejorar la supervivencia de los pacientes en estado crítico. A su vez, no existe una definición

universal de **neumonía grave**, por lo tanto, la gravedad de la enfermedad se evalúa principalmente mediante el **criterio clínico**, apoyado por el uso de escalas de gravedad, como el Índice de Gravedad de la Neumonía: PSI, (por su sigla en inglés: Pneumonia Severity Index) y la puntuación CURB-65, que predicen el riesgo de mortalidad. Sin embargo, estas puntuaciones de gravedad tienen una utilidad limitada para identificar a los pacientes que requieren ingreso en la UTI. En el caso de pacientes inmunocomprometidos, la decisión debe basarse en el criterio clínico, ya que no se han definido umbrales de gravedad específicos. **Punto Ciego:** Estas escalas son excelentes para decidir quién no debe ser hospitalizado, pero tienen **limitaciones para identificar quién debe ir a la UTI**. La gravedad de la NAC y la evolución clínica de los pacientes durante la hospitalización inicial afectan la supervivencia a corto y largo plazo.

La NAC grave sigue siendo la razón más importante para el ingreso en la UTI. Entre el 10-20% de las NAC que se internan, requieren UTI, en estos casos la mortalidad supera el 50% y aumenta cuando el ingreso es tardío, especialmente en edad avanzada, múltiples comorbilidades e inmunocompromiso.

Tratamiento antimicrobiano de la NAC: Entre el 30-62% de las NAC no tienen un diagnóstico etiológico y en la mayoría de los casos el **tratamiento, es empírico**. Los principios en los que se basa la terapia antibiótica inicial de la NAC son gravedad del cuadro, etiología más probable y prevalencia de la resistencia local a los antibióticos.

En pacientes que requieren ser **hospitalizados**, se debe tener en cuenta no solo el beneficio individual del paciente sino también la política antibiótica de cada institución.

La NAC, representa una de las entidades más asociadas a la prescripción de antibióticos. Aunque su uso impacta en la evolución, se reporta una notable tasa de uso no responsable. En este escenario, un mejor conocimiento epidemiológico, junto con una adecuada estrategia diagnóstica que permita identificar el agente causal, un abordaje terapéutico correcto y la implementación efectiva de medidas preventivas, se relaciona con mayores tasas de resultados favorables en cuanto a la historia natural de la enfermedad y también con un adecuado uso de los recursos; objetivos principales de los **Programas de Optimización del Uso de Antimicrobianos (PROAs)** en el contexto de crisis de resistencia a antimicrobianos.

Las guías clínicas para el manejo de la NAC recomiendan **iniciar la terapia antimicrobiana empírica en función de la gravedad de la infección y la presencia de factores de riesgo para patógenos resistentes a los antibióticos**.

En pacientes ambulatorios: Luego de iniciado el tratamiento empírico, debe valorarse el logro de **estabilidad clínica**, definida como: apirexia (temperatura $\leq 37.8^{\circ}\text{C}$) x 48 h, frecuencia cardíaca ≤ 100 latidos por minuto, frecuencia respiratoria ≤ 24 por minuto, saturación arterial de $\text{O}_2 \geq 90\%$, tensión arterial sistólica ≥ 90 mm Hg y estado mental normal. Se recomienda tratamiento antibiótico hasta 48h luego de lograr la estabilidad clínica sostenida por 24 h, con mínimo de tres días de tratamiento.

La **amoxicilina** sigue siendo el betalactámico de referencia en casos de **NAC no grave en ámbito ambulatorio**. Varios estudios sostienen que también lo es para pacientes hospitalizados sin comorbilidades.

En los **pacientes hospitalizados en sala general**, una de las controversias es la de realizar monoterapia con betalactámicos o incluir la cobertura de gérmenes atípicos (*M. pneumoniae*, *C. pneumoniae* y *Legionella spp.*), usando tratamiento combinado con macrólidos o fluoroquinolonas.

Spn nuevamente es el patógeno aislado con mayor frecuencia. En este grupo de pacientes la presencia de comorbilidades es frecuente y por esa razón se suele ampliar el espectro antimicrobiano incluyendo la cobertura de *H. influenzae* y *Branhamella catarrhalis*.

En pacientes con **neumonía grave**, que requieren ingreso a UTI, los estudios muestran que el uso de un β -lactámico más un macrólido, puede reducir la duración de la estancia hospitalaria junto con la mortalidad intrahospitalaria, en la UTI y a largo plazo.

Uso de corticoides: se recomienda el uso de **corticoides como terapia coadyuvante en adultos con NAC grave**, especialmente en aquellos ingresados en UTI con shock séptico o marcadores inflamatorios elevados (p. ej., PCR >15 mg/dL). Se sugiere la administración temprana de hidrocortisona intravenosa (p. ej., 200 mg diarios durante 4 a 7 días) para reducir la mortalidad y la necesidad de ventilación mecánica asistida (VMA).

Recomendaciones sobre uso de antivirales para influenza: Recomendaciones recientes (condicionales, con muy bajo nivel de evidencia) sugieren el uso de **oseltamivir en pacientes con NAC grave e influenza confirmada por PCR**. Oseltamivir 75 mg (VO) cada 12 h por 5 días, inicio temprano, dentro de los 2 días de la hospitalización. Resultados: disminución en la estadía hospitalaria de 1 a 1,5 días, respecto de su no utilización, o su utilización tardía. No se demostró disminución de la mortalidad ni la ocurrencia de complicaciones.

Recomendaciones sobre uso de antivirales para COVID-19: cuando la carga viral es elevada y el sistema inmunitario adaptativo del huésped no ha generado una respuesta adecuada, los tratamientos dirigidos a la replicación viral tienen más probabilidades de ser efectivos. Terapias antivirales directas como: **nirmatrelvir/ritonavir, baricitinib y remdesivir**; considerar: gravedad de la NAC, niveles de creatinina, AST y ALT, citopenia, uso de medicamentos inmunosupresores y edad del paciente. El inicio oportuno de las terapias antivirales es fundamental, ya que son más eficaces cuando se administran dentro de los 5 a 7 días posteriores al inicio de los síntomas.

Prevención: La **vacunación** contra influenza y contra neumococo **sigue siendo la principal estrategia para prevenir NAC**. En los últimos años se agregaron las vacunas contra SARs-COV 2 y VSR. Los esquemas y población objetivo se actualizan periódicamente a través de los lineamientos técnicos del área de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles del Ministerio de Salud de la Nación.

Vacunación antigripal: Argentina tiene incorporada la vacuna antigripal en el Calendario Nacional de Vacunación, con el propósito de reducir las complicaciones, hospitalizaciones, secuelas y muertes ocasionadas por la infección del virus influenza en la población de riesgo en Argentina. La efectividad de la vacunación contra la influenza varía según múltiples factores, como la edad y la salud del receptor, el tipo de vacuna administrada, los tipos, subtipos (para la influenza A), y linajes (para influenza B) de virus circulantes. **Es recomendada para:** niños de 6 a 24 meses, personas mayores de 65 años, embarazadas, puérperas, personas de 24 meses a 64 años con factores de riesgo, personal de salud, personal estratégico (de Fuerzas Armadas y Fuerzas de Seguridad). Se aplica una dosis anual, preferiblemente antes del invierno.

Vacunación contra neumococo: El *Spn* puede transmitirse a otras personas al toser o estornudar. Puede producir enfermedades leves (otitis, sinusitis) y formas graves de enfermedad neumocócica invasiva (**ENI**: neumonía, meningitis, sepsis y artritis). Las vacunas están dirigidas a aquellos serotipos más prevalentes y que podrían causar enfermedad grave. Actualmente se encuentran registradas cuatro vacunas contra neumococo para su uso en la población adulta. Cuentan con considerable sostén epidemiológico, inmunológico, como también datos de eficacia y efectividad provenientes de diferentes ensayos clínicos. En líneas generales se acepta que las **vacunas conjugadas VCN13/VCN15 y la polisacárida VPP23**, son actualmente estrategias que deben implementarse en forma secuencial para la prevención de la ENI. **La vacuna conjugada VCN20**, por su parte, en línea con recomendaciones de alcance nacional e internacional, reemplaza a la vacunación secuencial, siendo útil para la cobertura de los serotipos productores de enfermedad neumocócica invasiva a partir de las 6 semanas de vida. **La vacuna VCN20**, reemplazará el esquema actual de VCN13 en el Calendario Nacional (2 dosis + 1 refuerzo: 1° dosis: 2 meses de edad; 2° dosis: 4 meses de edad; Refuerzo: 12 meses de edad). Durante el período de transición y coexistencia de VCN13 y VCN20 se priorizará el uso de la vacuna VCN20 en niños que presenten mayor riesgo de ENI.

Vacunación contra COVID-19: Es importante que las personas cuenten con esquema primario de vacunación contra COVID-19. Los refuerzos son necesarios para sostener la protección y prevenir el desarrollo de formas graves de la enfermedad y su mortalidad asociada.

Vacunación contra VSR: El VSR es un virus respiratorio que suele causar síntomas leves similares a los de un resfriado, pero puede ser grave especialmente en lactantes, niños y adultos mayores produciendo infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB) y pudiendo provocar hospitalización y muerte. Desde marzo de 2024, la vacuna se aplica a **embarazadas**, entre las semanas 32 y 36 de gestación, con el objetivo de prevenir las infecciones graves por VSR en los lactantes en sus primeros 6 meses de vida (a través del pasaje transplacentario de anticuerpos).

Manejo Integral de la Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC): Guía Clínica de Abordaje y Prevención



Referencias bibliográficas:

- Calendario Nacional de Vacunación. Argentina. Vacuna antigripal. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/vacunas/antigripal>
- Calendario Nacional de Vacunación. Argentina. Vacuna contra el neumococo. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/vacunas/neumococo>
- Calendario Nacional de Vacunación. Argentina. Vacuna contra el coronavirus. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/vacuna>
- Cilloniz C, Torres A. Community-acquired pneumonia: risk factors, prognosis, microbial etiology, treatment, and prophylaxis. BRN Rev. 2025;11(2):90–104.
- Di Líbero E, Duarte A, Kaneshiro V y col. Abordaje de la neumonía adquirida en la comunidad en adultos - Sociedad Argentina de Infectología. Medicina (Buenos Aires). 2025;85(1):1–15.
- Dinh A, Barbier F, Bedos JP, Blot M y col. Update of guidelines for management of Community Acquired pneumonia in adults by the French Infectious Disease Society (SPILF) and the SPLF. Infect Dis Now. 2025;55(2):105034.
- Fujishima S. Current corticosteroid therapeutic strategy for community-acquired pneumonia in adults: indications, dosage, and timing. J Intensive Care. 2025;13(1):37
- Infectious Diseases Society of America. IDSA. Clinical Practice Guideline Update on the Treatment and Management of Patients with COVID-19. Clinical Infectious Diseases. 2025;81(Suppl3). doi:10.1093/cid/ciaf355
- Loeches I, Torres A, Nagavci B. ERS/ESICM/ESCMID/ALAT guidelines for the management of severe community-acquired pneumonia. European Respiratory Journal. 2023;61(4): 2200735.
- Sachin A, Mathioudakis A, Hansel J. Steroids in severe community-acquired pneumonia. Breathe. 2024;20(3):240081.