Neumonía adquirida en la comunidad en el adulto: diagnóstico, gravedad, estudios, tratamiento empírico, influenza, corticoides, duración y seguimiento

Pauta principal: guía de la American Thoracic Society y la Infectious Diseases Society of America (ATS/IDSA) 2019 y su actualización ATS 2026, que prevalece en sus cuatro preguntas (ecografía pulmonar, virus respiratorio positivo, duración y corticoides). Donde difieren: guía NICE NG250 (2025) y guía ERS/ESICM/ESCMID/ALAT 2023 de la NAC grave. Ensayos clave: CAPE COD (2023), REMAP-CAP (dominio de corticoides, 2025), ensayo pragmático de Kenia (2025) y PTC (2021). Dosis, topes y contraindicaciones: fichas de la FDA; las pautas de guía o de ensayo se señalan. **Alcance:** adultos inmunocompetentes con neumonía adquirida en la comunidad. **Fuera de alcance:** neumonía nosocomial o asociada a ventilador, pediatría e inmunodepresión grave (ATS 2026: trasplante con antirrechazo, corticoide >20 mg/d durante 4 semanas, VIH con CD4 <200, enfermedad reumática con inmunosupresores; ERS/ESICM añade quimioterapia y neoplasia hematológica).

v1.0 · 21 de noviembre de 2026 · Revisión clínica por médico del equipo editorial y verificación independiente contra las fuentes citadas

LO QUE TIENES QUE SABER

- **Diagnóstico = clínica + imagen.** La ecografía pulmonar es una alternativa aceptable a la radiografía donde hay experiencia **[ATS 2026 condicional, baja]**. **Una radiografía normal no excluye la neumonía** si la sospecha es alta.[2,3]
- **Gravedad:** PSI preferida **[ATS/IDSA fuerte, moderada]** sobre CURB-65 **[ATS/IDSA condicional, baja]**; NICE: CRB65 en primer nivel, CURB65 en el hospital. **NAC grave:** 1 criterio mayor o ≥3 menores; vasopresor o VM: UCI directa **[ATS/IDSA fuerte, baja]**.[1,3]
- **No uses una PCT baja como único motivo para omitir el antibiótico** **[ATS/IDSA fuerte, moderada]**; intégrala con el contexto clínico y con las recomendaciones de NAC con virus identificado (ATS 2026). Hemocultivos y esputo: NAC grave o riesgo de SARM o *P. aeruginosa*; antígenos urinarios: NAC grave (*Legionella* también por brote o viaje).[1,2]
- **Hospitalizado no grave:** β-lactámico + macrólido o fluoroquinolona respiratoria **[ATS/IDSA fuerte, alta]**. **Grave:** β-lactámico + macrólido **[ATS/IDSA fuerte, moderada]** o + fluoroquinolona **[ATS/IDSA fuerte, baja]**; ERS/ESICM: macrólido, no FQ.[1,4]
- **Anti-SARM o antipseudomonas** solo con aislamiento respiratorio previo, o con hospitalización y antibiótico IV en los últimos 90 días más factores validados localmente (no grave: cultiva y espera).[1]
- **Virus respiratorio positivo (ATS 2026):** ambulatorio sin comorbilidad, se sugiere no dar antibiótico **[condicional, muy baja]**; con comorbilidad u hospitalizado, se sugiere darlo. **Influenza en hospitalizado: oseltamivir** 75 mg c/12 h 5 días, con ajuste renal **[ATS/IDSA fuerte, moderada]**.[1,2,27]
- **Corticoides:** no en la NAC no grave **[ATS 2026 fuerte, baja]**; en la grave se sugieren **[ATS 2026 condicional, baja]**, **no en la influenza**. Los ensayos discrepan: CAPE COD redujo la mortalidad; REMAP-CAP, no; Kenia (sala, sin seleccionar gravedad), sí.[2,5–7]
- **Duración:** hasta la estabilidad clínica; ATS 2026 sugiere <5 días (mínimo 3) si es no grave y estable, sin factores que lo desaconsejen (sección 7) **[condicional, baja]** y ≥5 días en la grave **[fuerte, baja]**; SARM o *P. aeruginosa*: 7 días. Sin radiografía de control rutinaria si mejora.[1–3]

95 % vs 70 %
sensibilidad mediana de la ecografía pulmonar frente a la radiografía de tórax (TC como referencia; 11 estudios, 939 pacientes; especificidad 75 % vs 55 %; certeza baja; ATS 2026)[2]

85.6 % vs 87.6 %
curación clínica a 1–2 semanas con <5 frente a ≥5 días de antibiótico en pacientes estables (metaanálisis de 4 ECA; RR 0.98; IC 95 % 0.91–1.05; ATS 2026)[2]

6.2 % vs 11.9 %
mortalidad a 28 días con hidrocortisona frente a placebo en CAPE COD (ECA, 795 pacientes de UCI, sin choque séptico ni influenza); REMAP-CAP, con otra pauta, no mostró beneficio[5,6]

Cómo leer las recomendaciones: entre corchetes, la fuerza y la certeza de la evidencia según GRADE: **[ATS/IDSA fuerte, moderada]** = guía 2019; **[ATS 2026 condicional, baja]** = actualización 2025, que prevalece en ecografía, virus positivo, duración y corticoides; **[ERS/ESICM condicional, muy baja]** = guía de NAC grave 2023 (incluye ESCMID y ALAT). «Recomienda» = fuerte; «sugiere» = condicional. NICE no gradúa: **[NICE 1.8.1]** indica el número de recomendación. Las fichas de la FDA no gradúan: fijan indicación, dosis, topes y contraindicaciones; **(ficha)** = dosis autorizada; **(guía)** o **(ensayo)** = pauta para esta indicación que la ficha no respalda o que la supera. **Dato del artículo** señala cifras de estudios e indica si es ensayo u observacional. **Siglas:** NAC, neumonía adquirida en la comunidad; PSI, *Pneumonia Severity Index*; CURB-65, confusión, urea, frecuencia respiratoria, presión arterial y edad ≥65; CRB65, sin urea; SARM, *S. aureus* resistente a meticilina; FQ, fluoroquinolona; PCR, reacción en cadena de la polimerasa (la proteína C reactiva se escribe completa); PCT, procalcitonina; ECA, ensayo clínico aleatorizado; UCI, unidad de cuidados intensivos; VM, ventilación mecánica; VMNI, ventilación mecánica no invasiva; CNAF, cánula nasal de alto flujo; FR, frecuencia respiratoria; FC, frecuencia cardiaca; PAS, presión arterial sistólica; $SatO_2$, saturación de oxígeno; CrCl, aclaramiento de creatinina; TFG, tasa de filtración glomerular; TRR, terapia de reemplazo renal; AUC/CMI, área bajo la curva/concentración mínima inhibitoria; EPOC, enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IMAO, inhibidor de la monoaminooxidasa.

Índice:
Algoritmo p. 2–3 · 1 Definición, alcance y diagnóstico p. 4 · 2 Gravedad y lugar de atención p. 4 · 3 Estudios p. 5 · 4 Tratamiento empírico p. 6 · 5 Virus e influenza p. 8 · 6 Corticoides p. 9 · 7 Duración y paso a VO p. 10 · 8 Alta y seguimiento p. 11 · 9 Dónde difieren p. 12 · 10 Errores y casos p. 12 · 11 Consulta rápida p. 14–16 · Referencias p. 17

El algoritmo (1/2): diagnóstico, gravedad, lugar de atención y estudios[1–4]

Pauta principal: ATS/IDSA 2019 + ATS 2026 (prevalece en sus cuatro preguntas). Diferencias con NICE y ERS/ESICM: sección 9. Dosis, máximos y su fuente: sección 11.

Signos de NAC grave (ATS/IDSA): 1 criterio mayor o ≥3 menores → UCI o unidad de mayor nivel

- **Mayores:** choque séptico con vasopresor; insuficiencia respiratoria con VM. Cualquiera de los dos: **ingreso directo a UCI** [ATS/IDSA fuerte, baja].[1]
- **Menores:** FR ≥30/min; PaO_2/FiO_2 ≤250; infiltrados multilobares; confusión o desorientación; BUN ≥20 mg/dL; leucocitos <4000/µL (por la infección); plaquetas <100 000/µL; temperatura central <36 °C; hipotensión que requiere reposición agresiva de líquidos. Sin criterio mayor, úsalos con el juicio clínico [ATS/IDSA condicional, baja].[1]

1 Sospecha

Confirma con imagen

- Clínica de infección respiratoria baja + infiltrado nuevo
- **Radiografía de tórax**, o **ecografía pulmonar** si hay experiencia acreditada [ATS 2026 condicional, baja]
- Radiografía normal con sospecha alta: no excluye; considera ecografía o TC

Antes de seguir

- ¿Inmunodepresión grave o neumonía que empieza ≥48 h tras el ingreso? Fuera de esta guía. Hospitalización con antibiótico IV en 90 días: ver paso 5 (riesgo de SARM o *P. aeruginosa*)
- Hospital: antibiótico en ≤4 h desde la llegada [NICE 1.5.1]
- Sospecha de sepsis: protocolo de sepsis local

2 Gravedad y lugar

Escala + juicio clínico

- **PSI** preferida [ATS/IDSA fuerte, moderada]; CURB-65 aceptable [condicional, baja]
- **Primer nivel (NICE):** CRB65 0, manejo ambulatorio; 1, ambulatorio con vigilancia u hospital; ≥2, envío al hospital
- **Hospital (NICE):** CURB65 0–1, alta; 2, ingreso u hospital en casa; ≥3, ingreso y valorar UCI

Ajusta por

- Hipoxemia, imposibilidad de tomar VO, comorbilidad descompensada, fragilidad, embarazo, entorno social
- NAC grave (recuadro rojo): UCI o unidad intermedia
- CNAF si el oxígeno estándar no basta [ERS/ESICM condicional, muy baja]

3 Estudios

Escenario	Pide	No de rutina
Ambulatorio	Nada de rutina; prueba de influenza si circula	Esputo y hemocultivos [ATS/IDSA fuerte, muy baja]
Hospitalizado no grave	PCR de influenza si circula [ATS/IDSA fuerte, moderada]; esputo y hemocultivos solo si hay riesgo de SARM o *P. aeruginosa*	Antígenos urinarios [ATS/IDSA condicional, baja]
NAC grave	Hemocultivos y esputo o aspirado traqueal antes del antibiótico [ATS/IDSA fuerte, muy baja]; antígeno de neumococo y de *Legionella* [condicional, baja]; PCR de influenza	—

- **No uses una PCT baja como único motivo para omitir el antibiótico** [ATS/IDSA fuerte, moderada]; intégrala con el contexto clínico y con las recomendaciones de NAC con virus identificado (ATS 2026). Un antígeno urinario o una PCR viral negativos no excluyen la etiología bacteriana ni suspenden por sí solos el tratamiento

Umbrales de las escalas: CURB65 suma 1 punto por confusión, urea >7 mmol/L, FR ≥30/min, PAS <90 o diastólica ≤60 mmHg y edad ≥65 años; CRB65, lo mismo sin urea (NICE). Detalle en la sección 2.[3]

El algoritmo (2/2): tratamiento, corticoides y duración[1–4,9–28,33]

4 Empírico

Escenario	Régimen ATS/IDSA 2019 (adulto, función renal normal)
Ambulatorio sin comorbilidad	**Amoxicilina 1 g VO c/8 h** [fuerte, moderada]; o doxiciclina 100 mg VO c/12 h [condicional, baja]; o, solo con resistencia local <25 %, azitromicina 500 mg día 1 y 250 mg días 2–5 o claritromicina 500 mg c/12 h [condicional, moderada]
Ambulatorio con comorbilidad*	**Amoxicilina-clavulanato 875/125 mg VO c/12 h** (o cefuroxima 500 mg VO c/12 h) **+** macrólido [fuerte, moderada] o doxiciclina [condicional, baja]; **o** levofloxacino 750 mg c/24 h o moxifloxacino 400 mg c/24 h [fuerte, moderada]
Hospitalizado no grave	**Ceftriaxona 1–2 g IV c/24 h** (o cefotaxima 1–2 g IV c/8 h, o ampicilina-sulbactam 1.5–3 g IV c/6 h) **+ azitromicina 500 mg c/24 h** o claritromicina 500 mg c/12 h [fuerte, alta]; **o** levofloxacino 750 mg o moxifloxacino 400 mg c/24 h [fuerte, alta]. Macrólido y FQ contraindicados: β-lactámico + doxiciclina 100 mg c/12 h [condicional, baja]
NAC grave	**β-lactámico + macrólido** [fuerte, moderada] o + FQ respiratoria [fuerte, baja]; mismas dosis. ERS/ESICM: macrólido, no FQ [condicional, muy baja]

*Cardiopatía, neumopatía, hepatopatía o nefropatía crónicas, diabetes, alcoholismo, cáncer, asplenia. Con antibiótico reciente, usa otra clase. Pautas de guía (no de ficha): amoxicilina 1 g c/8 h, claritromicina 500 mg c/12 h, cefuroxima VO. FQ: **recuadro** (tendón, nervio, SNC, miastenia).[9,14,16]

5 Especiales

SARM o *P. aeruginosa*

- **Aislamiento respiratorio previo:** cubre y cultiva
- **Hospitalización + antibiótico IV ≤90 días** + factores locales: grave, cubre y cultiva; no grave, cultiva y cubre si es positivo
- SARM: vancomicina, dosis inicial según peso (15 mg/kg IV, guía) y mantenimiento individualizado, preferentemente por AUC/CMI 400–600 mg·h/L (consenso 2020), o linezolid 600 mg c/12 h. *P. aeruginosa*: piperacilina-tazobactam 4.5 g IV c/6 h (guía), cefepima 2 g IV c/8 h o meropenem 1 g IV c/8 h (guía)
- Cultivos negativos y mejoría: desescala a las 48 h

Virus, influenza y aspiración

- **Virus positivo (ATS 2026):** ambulatorio sin comorbilidad, se sugiere no dar antibiótico; con comorbilidad u hospitalizado, sí [condicional, muy baja]
- **Influenza hospitalizada:** oseltamivir 75 mg VO c/12 h 5 días, sea cual sea la evolución [ATS/IDSA fuerte, moderada]; CrCl >30–60: 30 mg c/12 h; >10–30: 30 mg c/24 h
- **Aspiración:** sin anaerobios de rutina salvo absceso o empiema [condicional, muy baja]

6 Corti-coides

- **No grave: no** [ATS 2026 fuerte, baja], salvo otra indicación (EPOC, asma)
- **Grave: se sugieren** [ATS 2026 condicional, baja], mejor en ≤24 h. Pauta del ensayo más favorable (CAPE COD): **hidrocortisona 200 mg/d IV** en infusión continua 4 o 7 días, con descenso hasta 8 o 14 días
- **Evítalos:** influenza, *Aspergillus*, diabetes descontrolada, hemorragia digestiva reciente (ATS 2026); infección fúngica sistémica (ficha)
- ERS/ESICM: solo con choque. NICE: grave, 4–7 días [NICE 1.8.1]; evita combinarlos con FQ

7 Duración y alta

Estabilidad diaria (ATS 2026)

- T ≤37.8 °C, FC <100, FR <24, $SatO_2$ ≥90 % al aire (o basal), PAS ≥90 mmHg, mentación normal
- Estable y no grave: **<5 días, mínimo 3** [condicional, baja]; individualiza si hay hospitalización o antibióticos recientes, complicación o neumopatía de base (sección 7). Grave: **≥5 días** [fuerte, baja]. SARM o *P. aeruginosa*: 7 días (ATS/IDSA)

Vía oral y seguimiento

- Revisa el IV a las 48 h [NICE 1.5.5]; pasa a VO del mismo fármaco o clase (ATS/IDSA)
- Sin estabilidad al día 5: resistencia, empiema, absceso u otro diagnóstico
- **Radiografía de control: no de rutina** si mejora [ATS/IDSA condicional, baja]; NICE: considérala a las 6 semanas si fuma, >50 años o persisten síntomas

1 Definición, alcance y diagnóstico[1–4]

DEFINICIÓN Y ALCANCE

- **NAC:** signos y síntomas de infección respiratoria baja con evidencia de imagen de un infiltrado nuevo, adquirida fuera del hospital (ATS/IDSA, ATS 2026).[1,2]
- **No aplica a inmunodeprimidos:** trasplante de órgano sólido con antirrechazo, corticoide >20 mg/d durante 4 semanas, VIH con CD4 <200, enfermedad reumática con inmunosupresores (ATS 2026); ERS/ESICM excluye también quimioterapia y neoplasia hematológica.[2,4]
- **Categoría HCAP (neumonía asociada a cuidados de salud): abandonarla** para decidir la cobertura ampliada [ATS/IDSA fuerte, moderada]; decide con factores de riesgo validados localmente.[1]
- **NAC grave:** criterios ATS/IDSA 2007 (sección 2). ERS/ESICM la define de forma pragmática como la que ingresa a UCI.[1,4]

IMAGEN

- **Radiografía de tórax:** estándar; NICE pide procesos para tenerla en ≤4 h desde la llegada [NICE 1.4.1].[3]
- **Ecografía pulmonar:** alternativa aceptable a la radiografía donde hay experiencia [ATS 2026 condicional, baja]. NICE: puede usarse en el hospital, p. ej., en el paciente grave o que empeora, si se sospecha insuficiencia cardiaca o para valorar el derrame pleural [NICE 1.4.2].[2,3]
- **Radiografía normal ≠ sin neumonía:** con TC como referencia, su sensibilidad mediana fue 70 % (rango 16–94 %). Con sospecha alta y radiografía negativa, ATS 2026 propone la ecografía cuando la TC tiene barreras de seguridad o costo.[2]

DATO DEL ARTÍCULO · 11 ESTUDIOS DE PRECISIÓN DIAGNÓSTICA, 939 PACIENTES (ATS 2026)

Pacientes con sospecha de NAC a los que se hizo ecografía, radiografía y TC por indicación clínica (población indirecta): sensibilidad mediana 95 % (68–100 %) de la ecografía frente a 70 % (16–94 %) de la radiografía; especificidad 75 % (0–100 %) frente a 55 % (0–94 %). Certeza baja por inconsistencia e imprecisión; no hay estudios de desenlaces clínicos.[2]

REQUISITO DE EXPERIENCIA (ATS 2026, TABLA 4)	QUÉ EXIGE
Equipo	Transductor de baja frecuencia con penetración de 14–16 cm (de carro o portátil)
Formación	Formación teórica y práctica con evaluación formal de la competencia antes de usarla en la práctica
Protocolo y registro	Protocolo estandarizado (zonas superior e inferior de pared anterior, lateral y posterior); videos de 2–4 s archivados; informe en el expediente y control de calidad periódico
Paciente	Obesidad, drenajes, cicatrices, heridas o falta de cooperación limitan la ecografía: considera otra técnica

2 Gravedad y lugar de atención[1,3,4]

ESCALA	DÓNDE	USO Y FUERZA
PSI	Urgencias y hospital (ATS/IDSA)	Preferida para decidir hospitalización, siempre junto al juicio clínico [ATS/IDSA fuerte, moderada]: clasifica a más pacientes como de bajo riesgo y discrimina mejor la mortalidad que CURB-65; dos ECA por conglomerados mostraron que aumenta con seguridad el tratamiento ambulatorio.[1]
CURB-65 / CURB65	Hospital (ATS/IDSA como alternativa; NICE como escala de elección)	[ATS/IDSA condicional, baja]. NICE: 0–1, riesgo bajo (<3 % de mortalidad): alta con seguimiento; 2, intermedio (3–15 %): ingreso, unidad de atención urgente del mismo día u hospital en casa; 3–5, alto (>15 %): ingreso y valorar cuidados críticos [NICE 1.2.7–1.2.9].[1,3]
CRB65	Primer nivel (NICE)	0, riesgo bajo (<1 %): atención primaria con signos de alarma; 1–2, intermedio (1–10 %): con 1, ambulatorio vigilado u hospital; con ≥2, considera envío al hospital; 3–4, alto (>10 %) [NICE 1.2.1–1.2.3]. Envía al hospital si hay datos de insuficiencia cardiorrespiratoria o sepsis [NICE 1.2.4].[3]

ESCALA	DÓNDE	USO Y FUERZA
Criterios ATS/IDSA 2007	Hospitalizado: ¿UCI o unidad intermedia?	1 mayor o ≥3 menores (recuadro rojo del algoritmo). Vasopresor o VM: UCI directa [ATS/IDSA fuerte, baja]; sin ellos, criterios menores + juicio clínico [ATS/IDSA condicional, baja]. Dato del artículo (metaanálisis): 1 mayor o ≥3 menores, sensibilidad 84 % y especificidad 78 % para ingreso a UCI; solo ≥3 menores, 56 % y 91 %.[1]

Criterios menores completos: FR ≥30/min; PaO_2/FiO_2 ≤250; infiltrados multilobares; confusión o desorientación; BUN ≥20 mg/dL; leucopenia <4000/µL por la infección (no por quimioterapia); plaquetas <100 000/µL; hipotermia central <36 °C; hipotensión que requiere reposición agresiva de líquidos. NICE recuerda que las escalas pueden verse afectadas por comorbilidad o embarazo y que la decisión de lugar es compartida (preferencias, plan de cuidados, fragilidad, entorno) [NICE 1.2.11].[1,3]

SOPORTE RESPIRATORIO EN LA NAC GRAVE (ERS/ESICM)

- **CNAF** en lugar de oxígeno estándar en la insuficiencia respiratoria hipoxémica sin necesidad de intubación inmediata [ERS/ESICM condicional, muy baja].[4]
- **VMNI:** opción en hipoxemia persistente, con o sin CNAF previa [ERS/ESICM condicional, baja]; el texto la prefiere si hay hipoventilación o aumento del trabajo respiratorio (no está en el resumen de recomendaciones).[4]
- NICE: considera una prueba de CNAF si el oxígeno estándar no alcanza el objetivo [NICE 1.9.1].[3]

POR QUÉ IMPORTA RECONOCER LA GRAVE TEMPRANO

- En la cohorte CAPNETZ, la mortalidad fue 17 % en quienes cumplían criterios de NAC grave al ingreso y 48 % en quienes los cumplieron entre los días 4 y 7 (observacional, ERS/ESICM).[4]
- Cerca del 40 % de los pacientes con NAC se hospitaliza y alrededor del 5 % de ellos ingresa a UCI (ERS/ESICM).[4]

3 Estudios microbiológicos y biomarcadores[1–4]

ESTUDIO	ATS/IDSA 2019 (Y ATS 2026)	NICE 2025 Y ERS/ESICM 2023
Gram y cultivo de esputo	Ambulatorio: no de rutina [fuerte, muy baja]. Hospitalizado: sí, antes del antibiótico, si es grave (sobre todo intubado: aspirado traqueal) o si se trata empíricamente SARM o *P. aeruginosa* [fuerte, muy baja]; si hubo infección previa por ellos o hospitalización con antibiótico IV en 90 días [condicional, muy baja]	NICE, moderada o alta gravedad: considéralo según antibiótico previo, evolución, comorbilidad, hospitalización reciente y probabilidad de una buena muestra; baja gravedad: no de rutina [NICE 1.4.5–1.4.6]
Hemocultivos	Ambulatorio: no [fuerte, muy baja]. Hospitalizado no grave: no de rutina [condicional, muy baja]. Sí antes del antibiótico en la NAC grave o con tratamiento empírico de SARM o *P. aeruginosa* [fuerte, muy baja], y con los mismos supuestos condicionales del esputo. Rendimiento: 2 % (ambulatorio) a 9 % (hospitalizado)	NICE: considéralos en moderada o alta gravedad si hay otra indicación, como sospecha de sepsis [NICE 1.4.6]
Antígeno urinario de neumococo	No de rutina [condicional, baja], salvo NAC grave [condicional, baja]	NICE: en moderada o alta gravedad, para apoyar el desescalamiento a un antibiótico de espectro reducido [NICE 1.4.6]
Antígeno urinario de *Legionella*	No de rutina, salvo brote, viaje reciente o NAC grave [condicional, baja]; en la grave, añade cultivo en medio selectivo o PCR de secreción respiratoria [condicional, baja]	NICE: si hay factores de riesgo de *Legionella* [NICE 1.4.6]
Influenza	Cuando circula, prueba molecular rápida (preferida sobre la prueba de antígeno) [fuerte, moderada]	ERS/ESICM: en la grave, oseltamivir empírico en temporada si no hay PCR (sección 5)

ESTUDIO	ATS/IDSA 2019 (Y ATS 2026)	NICE 2025 Y ERS/ESICM 2023
PCR viral y multiplex (incluido SARS-CoV-2)	ATS 2026: cuándo pedirla queda al juicio clínico y la epidemiología local; un resultado positivo puede cambiar la conducta (sección 5)	ERS/ESICM: PCR multiplex de esputo o aspirado si se prescribe o considera un antibiótico no estándar [condicional, muy baja]; excluyó SARS-CoV-2
Procalcitonina	**No uses una PCT baja como único motivo para omitir el antibiótico** [fuerte, moderada]; intégrala con el contexto clínico y con las recomendaciones de NAC con virus identificado (ATS 2026). Sensibilidad para infección bacteriana 38–91 %. Seriada, útil sobre todo para acortar donde la duración habitual supera los 5–7 días	NICE: PCT o proteína C reactiva a los 3–4 días si preocupa el fracaso; valores altos o que no bajan se asocian a fracaso [NICE 1.11.7–1.11.8]. ERS/ESICM: PCT para reducir la duración en la grave [condicional, baja]
Proteína C reactiva	ATS 2026: marcadores inflamatorios altos refuerzan el uso de corticoides en la grave y la sospecha de coinfección bacteriana (tabla 1)	NICE: considera una basal al ingreso [NICE 1.4.3]
Lactato	Las fuentes de esta guía no fijan una recomendación sobre el lactato en la NAC; NICE remite a su guía de sepsis cuando se sospecha (no incluida aquí). Úsalo según el protocolo local de sepsis.[3]	

UN RESULTADO NEGATIVO NO ES UNA REGLA AUTOMÁTICA

- **Antígenos urinarios negativos:** ninguna guía los usa para suspender la cobertura; NICE solo usa el positivo de neumococo para desescalar.[1,3]
- **PCR viral negativa o positiva:** no hay parámetro clínico ni de laboratorio que, solo o combinado, descarte la coinfección bacteriana con seguridad suficiente para no dar antibiótico (ATS 2026); la positiva solo modifica la conducta en el ambulatorio sin comorbilidad.[2]
- **Procalcitonina baja:** reduce la probabilidad bacteriana pero no la excluye; con influenza positiva, sin bacteria identificada y estabilidad precoz, ATS/IDSA 2019 permite considerar suspender a las 48–72 h.[1]

4 Tratamiento antibiótico empírico[1,3,4,9–26,32,33]

Regímenes de ATS/IDSA 2019 sin orden de preferencia dentro de cada casilla; dosis de adulto con función renal normal. La elección individual pondera la epidemiología local, la alergia a β-lactámicos o macrólidos, la arritmia (macrólidos), la enfermedad vascular (FQ) y el antecedente de *C. difficile*.[1]

ESCENARIO	ATS/IDSA 2019 (FUERZA)	NOTAS DE FICHA Y DE OTRAS GUÍAS
Ambulatorio sin comorbilidad ni factores de riesgo de resistencia	Amoxicilina 1 g VO c/8 h [fuerte, moderada]; o doxiciclina 100 mg VO c/12 h [condicional, baja] (algunos expertos dan 200 mg la primera dosis); o macrólido solo si la resistencia local del neumococo a macrólidos es <25 %: azitromicina 500 mg día 1 y 250 mg días 2–5, claritromicina 500 mg c/12 h o claritromicina de liberación prolongada 1000 mg c/24 h [condicional, moderada]	Amoxicilina 1 g c/8 h (3 g/d) es pauta de guía: la ficha, en vía respiratoria baja, da 875 mg c/12 h o 500 mg c/8 h. En EE. UU. la resistencia del neumococo a macrólidos es >30 %. NICE (baja gravedad): amoxicilina 500 mg c/8 h 5 días; alternativas, doxiciclina o claritromicina.[1,3,9]
Ambulatorio con comorbilidad (cardiopatía, neumopatía, hepatopatía o nefropatía crónicas, diabetes, alcoholismo, neoplasia, asplenia)	**Combinación:** amoxicilina-clavulanato 500/125 mg c/8 h, 875/125 mg c/12 h o 2000/125 mg c/12 h, o cefpodoxima 200 mg c/12 h o cefuroxima 500 mg c/12 h, **+** azitromicina o claritromicina [fuerte, moderada] o + doxiciclina [condicional, baja]. **Monoterapia:** levofloxacino 750 mg c/24 h o moxifloxacino 400 mg c/24 h [fuerte, moderada]	Ficha de amoxicilina-clavulanato: 875/125 mg c/12 h o 500/125 mg c/8 h para infección respiratoria; 2000/125 mg y cefpodoxima sin ficha en las fuentes (guía); la ficha de cefuroxima de las fuentes es solo IV. Ficha de azitromicina VO: no usarla en neumonía que no es apta para VO (hospitalización, bacteriemia, ancianos o debilitados, inmunodeficiencia).[10,12,21]

ESCENARIO	ATS/IDSA 2019 (FUERZA)	NOTAS DE FICHA Y DE OTRAS GUÍAS
Hospitalizado no grave sin riesgo de SARM o *P. aeruginosa*	Ampicilina-sulbactam 1.5–3 g IV c/6 h, cefotaxima 1–2 g IV c/8 h, ceftriaxona 1–2 g IV c/24 h o ceftarolina 600 mg IV c/12 h **+** azitromicina 500 mg c/24 h o claritromicina 500 mg c/12 h **[fuerte, alta]**; **o** levofloxacino 750 mg c/24 h o moxifloxacino 400 mg c/24 h **[fuerte, alta]**. Contraindicación a macrólido y FQ: β-lactámico + doxiciclina 100 mg c/12 h **[condicional, baja]**	Ficha de ampicilina-sulbactam: sin indicación respiratoria (indicada en piel, intraabdominal y ginecológica); sulbactam ≤4 g/d. Ficha de azitromicina IV: 500 mg c/24 h ≥2 días y luego VO 500 mg/d hasta 7–10 días en total. Ceftarolina: sin ficha en las fuentes. NICE (moderada): amoxicilina ± claritromicina VO 5 días.[3,11,13]
NAC grave sin riesgo de SARM o *P. aeruginosa*	β-lactámico + macrólido **[fuerte, moderada]** o β-lactámico + FQ respiratoria **[fuerte, baja]**; mismos fármacos y dosis	ERS/ESICM: macrólido y no FQ, durante 3–5 días **[condicional, muy baja]**. NICE (alta): amoxicilina-clavulanato 1.2 g IV c/8 h (sin ficha FDA IV en las fuentes) + claritromicina 5 días; alergia: levofloxacino 500 mg c/12 h (pauta del Reino Unido; la ficha FDA usa 750 mg c/24 h 5 días o 500 mg c/24 h 7–14 días).[3,4,16]

DATO DEL ARTÍCULO · SOLO ESTUDIOS OBSERVACIONALES EN LA NAC GRAVE

Metaanálisis de casi 10 000 pacientes críticos: los regímenes con macrólido se asociaron a menor mortalidad (reducción relativa 18 %, absoluta 3 %) frente a los que no lo incluían. Revisión de 17 estudios observacionales: β-lactámico + FQ, mayor mortalidad que β-lactámico + macrólido, con calidad baja que impide una recomendación definitiva. No hay ECA directos (ATS/IDSA 2019; ERS/ESICM 2023).[1,4]

COBERTURA DE SARM Y *P. AERUGINOSA* (ATS/IDSA 2019, TABLA 4)

FACTOR DE RIESGO	NAC NO GRAVE	NAC GRAVE
Aislamiento respiratorio previo de SARM	Añade cobertura anti-SARM; cultivos o PCR nasal para desescalar o confirmar	Igual
Aislamiento respiratorio previo de *P. aeruginosa*	Añade cobertura antipseudomonas; cultivos para desescalar o confirmar	Igual
Hospitalización + antibiótico IV en 90 días + factores validados localmente (SARM)	Cultiva y no cubras salvo que sean positivos. PCR nasal rápida negativa: no cubras; positiva: cubre y cultiva	Añade cobertura; PCR nasal y cultivos
Mismo supuesto (*P. aeruginosa*)	Cultiva y cubre solo si es positivo	Añade cobertura y cultiva

Fármacos (ATS/IDSA, de la guía HAP/VAP 2016): SARM, vancomicina 15 mg/kg IV c/12 h ajustada por niveles (hoy, mantenimiento individualizado, preferentemente por AUC/CMI 400–600 mg·h/L en infección grave por SARM; consenso ASHP/IDSA/PIDS/SIDP 2020[33]) o linezolid 600 mg c/12 h; *P. aeruginosa*, piperacilina-tazobactam 4.5 g IV c/6 h, cefepima 2 g IV c/8 h, ceftazidima 2 g c/8 h, aztreonam 2 g c/8 h, meropenem 1 g IV c/8 h o imipenem 500 mg c/6 h (ceftazidima, aztreonam e imipenem sin ficha en las fuentes). La cobertura frente a enterobacterias productoras de β-lactamasa de espectro extendido (BLEE) no es uniforme entre estos antibióticos (ATS/IDSA, tabla 4: considerarla solo según datos microbiológicos del paciente o locales). En infección confirmada por BLEE fuera de la vía urinaria, elige según sensibilidad; meropenem o imipenem-cilastatina son preferidos (IDSA 2026), sobre todo en el paciente crítico o con hipoalbuminemia (fuera de ellos, ertapenem también es preferido).[32] No justifica carbapenémico empírico en toda NAC. **Restricciones de ficha:** linezolid en NAC solo está autorizado para neumococo y *S. aureus* sensible a meticilina (SARM: solo neumonía nosocomial); piperacilina-tazobactam en NAC, solo gravedad moderada por *H. influenzae* productor de β-lactamasa, a 3.375 g c/6 h (4.5 g c/6 h es la dosis de ficha de la neumonía nosocomial); meropenem no tiene indicación respiratoria en adultos (1 g c/8 h es dosis de ficha intraabdominal). Si no hay datos locales y ya se cubre empíricamente: continúa mientras se obtienen cultivos **[ATS/IDSA fuerte, baja]**; desescala a las 48 h si son negativos y mejora. ERS/ESICM: integra factores de riesgo o escalas con la epidemiología local y la colonización previa **[condicional, moderada]**; prevalencia en NAC de SARM 3 % y de *P. aeruginosa* 4 % (cohorte GLIMP, observacional).[1,4,22–26]

ASPIRACIÓN Y ANAEROBIOS

- **No añadas cobertura anaerobia de rutina** en la sospecha de aspiración, salvo absceso pulmonar o empiema [ATS/IDSA condicional, muy baja].[1]
- ERS/ESICM, NAC grave con factores de aspiración: régimen estándar y no dirigido a anaerobios (declaración de buena práctica, sin GRADE); con mala dentición, agentes con actividad anaerobia como ampicilina-sulbactam, amoxicilina-clavulanato, moxifloxacino o un carbapenémico.[4]

RECUADROS E INTERACCIONES ESENCIALES DE FICHA

- **FQ (recuadro):** tendinitis y rotura tendinosa, neuropatía periférica, efectos en SNC, exacerbación de miastenia (evítalas). Advertencias de ficha (5.2): más tendinopatía con >60 años, corticoides o trasplante; aneurisma o disección aórtica, disglucemia, QT. Cationes (antiácidos, hierro, zinc, sucralfato): levofloxacino VO, 2 h antes o después; moxifloxacino, 4 h antes u 8 h después; levofloxacino IV, no en la misma vía.[16–18]
- **Macrólidos:** QT y *torsades*. Claritromicina: evítala con QT largo, hipopotasemia o hipomagnesemia, bradicardia, antiarrítmicos IA o III; azitromicina: sopesa el riesgo en los mismos grupos. Claritromicina: contraindicada con colchicina si hay insuficiencia renal o hepática, simvastatina, lovastatina, lomitapida, ergotamínicos, pimozida, cisaprida y lurasidona; mortalidad tardía en coronariopatía; no recomendada en el embarazo si hay alternativa.[13,14]
- **Doxiciclina:** tómala con abundante agua (úlcera esofágica); fotosensibilidad; dientes (embarazo y <8 años); antiácidos y hierro reducen su absorción; puede requerir bajar el anticoagulante. La ficha aconseja evitarla con penicilinas (antagonismo teórico); ATS/IDSA la combina con β-lactámico cuando macrólido y FQ están contraindicados.[1,15]
- **Linezolid:** contraindicado con IMAO (o en las 2 semanas previas); síndrome serotoninérgico con ISRS, IRSN, triptanes u opioides; hemograma semanal.[26]
- **Otros:** carbapenémicos bajan el valproato (usa otra clase); piperacilina-tazobactam + vancomicina, más lesión renal aguda; cefepima, neurotoxicidad, sobre todo en insuficiencia renal (ajusta la dosis); ceftriaxona y calcio IV, no simultáneos en la misma vía.[19,22–25]

5 Virus respiratorios e influenza[1,2,4,27]

VIRUS POSITIVO CON NAC CLÍNICA Y DE IMAGEN	ATS 2026 (PREVALECE)	INCLINA A NO DAR ANTIBIÓTICO / A DARLO (TABLA 1)
Ambulatorio sin comorbilidad	**Se sugiere no** dar antibiótico empírico [condicional, muy baja]; voto 93 %	**No:** baja sospecha bacteriana, marcadores normales, imagen de patrón viral, virus con baja codetección bacteriana, riesgo de daño por antibiótico (*C. difficile*, alergia grave), preferencia del paciente. **Sí:** evolución larga, «doble empeoramiento», esputo purulento, marcadores altos o en ascenso, consolidación, exposición a *Mycoplasma*, edad avanzada, embarazo, barreras para el seguimiento
Ambulatorio con comorbilidad	Se sugiere dar antibiótico por posible coinfección [condicional, muy baja]; voto 73 %	Más a favor cuanto más grave, numerosa o mal controlada es la comorbilidad
Hospitalizado no grave	Se sugiere darlo [condicional, muy baja]; voto 80 %	Igual que el anterior
NAC grave	Se sugiere darlo [condicional, muy baja]; voto 100 %	Sepsis, insuficiencia respiratoria grave, marcadores altos, consolidación. **El texto de la guía la llama «fuerte y unánime»; el resumen y la tabla, condicional**

Cambio frente a 2019: ATS/IDSA 2019 recomendaba antibiótico estándar inicial a todo adulto con NAC e influenza positiva, ambulatorio u hospitalizado **[fuerte, baja]**; ATS 2026 lo mantiene salvo en el ambulatorio sin comorbilidad. Codetección bacteriana con virus distintos de SARS-CoV-2: 25–30 % de los pacientes; con SARS-CoV-2 en la pandemia, 3.5 % en una revisión (cuestionada) y 10 % en intubados frente a 30 % con influenza en una cohorte europea (datos observacionales). ERS/ESICM: antibiótico empírico para todos en la NAC grave (según ATS 2026).[1,2]

OSELTAMIVIR

- **Hospitalizado con NAC e influenza:** recomendado, sea cual sea el tiempo de evolución **[ATS/IDSA fuerte, moderada]**. **Ambulatorio:** sugerido **[ATS/IDSA condicional, baja]**. ERS/ESICM, NAC grave: con PCR positiva **[condicional, muy baja]**; empírico en temporada si no hay PCR **[condicional, muy baja]**.[1,4]
- **Dosis (ficha):** 75 mg VO c/12 h 5 días. **Ajuste renal:** CrCl >30–60, 30 mg c/12 h; >10–30, 30 mg c/24 h; hemodiálisis, 30 mg al inicio y tras cada sesión (≤5 días); diálisis peritoneal, dosis única de 30 mg; enfermedad renal terminal sin diálisis: no recomendado.[27]
- **Ficha:** autorizado para influenza no complicada con ≤48 h de síntomas; su uso en la neumonía hospitalizada o tras 48 h es pauta de guía. Vigila síntomas neuropsiquiátricos.[27]

DATO DEL ARTÍCULO · SOLO OBSERVACIONAL

Ningún ensayo ha evaluado antivirales en la neumonía por influenza del adulto; varios estudios observacionales asocian oseltamivir a menor mortalidad en hospitalizados (ATS/IDSA 2019). Metaanálisis de datos individuales de 5103 pacientes de UCI con influenza A H1N1pdm09: menor mortalidad con inhibidor de neuraminidasa (OR 0.72; IC 95 % 0.56–0.94), también con inicio tardío (OR ajustada 0.65) (ERS/ESICM).[1,4]

6 Corticoides sistémicos[1–7,28–31,34]

GUÍA	RECOMENDACIÓN	POBLACIÓN, FÁRMACO Y ADVERTENCIAS
ATS 2026 (prevalece)	No grave: **se recomienda no** darlos **[fuerte, baja]**, salvo otra indicación (EPOC, asma, sospecha de *Pneumocystis*). Grave: **se sugiere** darlos **[condicional, baja]**, excepto en la NAC grave por influenza	No recomienda fármaco ni duración; cita como más favorable la pauta de CAPE COD. A favor: inicio precoz (≤24 h tras cumplir criterios), UCI, PaO_2/FiO_2 <300, proteína C reactiva o IL-6 altas. En contra: >72 h de evolución de la grave, sin insuficiencia respiratoria, marcadores bajos, influenza, *Aspergillus*, diabetes descontrolada, hemorragia digestiva reciente, embarazo[2]
ATS/IDSA 2019 (sustituida)	No grave: no de rutina **[fuerte, alta]**; grave: se sugería no de rutina **[condicional, moderada]**; influenza grave: no de rutina **[condicional, baja]**	Respaldaba Surviving Sepsis en el choque séptico refractario[1]
ERS/ESICM 2023	Se sugieren en la NAC grave **solo si hay choque** **[condicional, baja]**	No aplica a NAC viral (influenza, SARS, MERS), diabetes descontrolada ni corticoterapia por otro motivo. Opción: metilprednisolona 0.5 mg/kg c/12 h 5 días. No incluyó CAPE COD. ATS 2026 cita esta recomendación como de certeza «muy baja»; la guía europea dice «baja»[2,4]
NICE 2025	Alta gravedad en el hospital: considera un corticoide además del antibiótico 4–7 días o hasta el alta [NICE 1.8.1]; empieza con hidrocortisona IV; si no es adecuada, otro como dexametasona [NICE 1.8.2]	Alta gravedad = CURB65 3–5 + juicio clínico. No revisó dosis. Uso fuera de ficha. Evita combinarlo con FQ (MHRA 2024)[3]

LOS TRES ENSAYOS RECIENTES: POBLACIONES, PAUTAS Y RESULTADOS

ENSAYO	POBLACIÓN	PAUTA	DESENLACE PRINCIPAL Y OTROS
CAPE COD 2023, ECA doble ciego, 31 UCI francesas	800 aleatorizados (795 analizados) en UCI con NAC grave: VM invasiva o no invasiva con PEEP ≥5 cmH_2O, CNAF con PaO_2/FiO_2 <300 y FiO_2 ≥50 %, mascarilla con PaO_2/FiO_2 <300 o PSI >130. **Excluyó influenza y choque séptico**	**Hidrocortisona 200 mg/d IV en infusión continua** en ≤24 h; 4 o 7 días según mejoría y descenso hasta 8 o 14 días; suspensión al alta de UCI	Muerte a 28 días **6.2 % vs 11.9 %** (diferencia −5.6 puntos; IC 95 % −9.6 a −1.7); a 90 días 9.3 % vs 14.7 %; intubación 18.0 % vs 29.5 %. Más insulina; sin más infecciones ni hemorragia digestiva. Detenido en el 2.º análisis intermedio[5]
REMAP-CAP 2025, plataforma adaptativa abierta	658 adultos en UCI (≤48 h de la llegada) con soporte respiratorio o cardiovascular; ≈49 % con choque y ≈7 % con influenza; excluyó residencias y hospitalización en 30 días	**Hidrocortisona 50 mg IV c/6 h 7 días**, sin descenso (536) vs sin corticoide (122)	Detenido por futilidad: muerte a 90 días **15 % vs 9.8 %** (OR ajustada 1.52–1.63; intervalos creíbles que cruzan 1). No excluye beneficio menor ni daño. Choque más corto en análisis exploratorio[6]
Kenia (SONIA) 2025, ECA pragmático abierto, 18 hospitales	2180 adultos en sala general con diagnóstico clínico de NAC (sin imagen ni escala de gravedad obligatorias; 0.2 % pasó a UCI); 15.8 % con VIH; excluyó indicación clara de corticoide, embarazo y lactancia	**Dosis única diaria VO 10 días** (IV permitida si la VO no era posible al ingreso, hasta poder pasar a VO), sin descenso: dexametasona 6 mg, metilprednisolona 30 mg, prednisolona 50 mg, prednisona 50 mg o hidrocortisona 160 mg (prednisona e hidrocortisona retiradas al 2.º mes; 2.1 %)	Muerte a 30 días **22.6 % vs 26.0 %** (HR 0.84; IC 95 % 0.73–0.97). Eventos adversos similares; graves relacionados, 0.5 %. Tuberculosis e hiperglucemia, los eventos más frecuentes[7]

Cómo leerlos: difieren en población (respiratoria sin choque frente a mixta con choque e influenza, y sala general de bajos recursos), fármaco, dosis, inicio y descenso; no permiten una conclusión única. ATS 2026 señala como posibles explicaciones del resultado de CAPE COD el inicio precoz, los criterios centrados en la insuficiencia respiratoria (sin choque), la exclusión de la influenza y la mayor proporción de mujeres; NICE conoció REMAP-CAP tras su revisión y juzgó que no descarta un efecto menor. El ensayo de Kenia, posterior a ATS 2026, mostró beneficio sin seleccionar por gravedad; ATS 2026 no lo evaluó. Metaanálisis ATS 2026 (15 ECA): NAC grave, mortalidad 9.8 % vs 15.1 % (RR 0.62; IC 95 % 0.41–0.94); no grave, 4.4 % vs 6.7 % (RR 0.88; 0.55–1.41). **Metaanálisis complementario (Keisham 2026):** 20 ECA, 5866 pacientes (búsqueda hasta julio de 2025; incluye CAPE COD y REMAP-CAP, no el ensayo de Kenia): mortalidad global RR 0.84 (IC 95 % 0.68–1.03); NAC grave RR 0.73 (0.57–0.93; 14 ECA, 3326 pacientes; certeza moderada); menos grave RR 1.14 (0.89–1.45; 7 ECA, 2451). Gravedad asignada por ensayo (≥50 % con PSI IV–V, CORB ≥2 o APACHE II alto, o ≥50 % en UCI), no por paciente; heterogeneidad, hiperglucemia no analizada y posible sesgo de publicación. Apoya su uso selectivo en la grave; no justifica extenderlos a todos los hospitalizados. **Fichas:** hidrocortisona, metilprednisolona, dexametasona y prednisona no tienen indicación en NAC; están contraindicadas en infecciones fúngicas sistémicas.[2,3,28–31,34]

7 Duración, desescalamiento y paso a vía oral[1–4,8]

SITUACIÓN	ATS 2026 (PREVALECE)	ATS/IDSA 2019, NICE Y ERS/ESICM
Ambulatorio estable	Se sugieren **<5 días (mínimo 3)** en lugar de ≥5 (no inferioridad) **[condicional, baja]**; voto 94 %. Seguimiento cercano y plan si empeora	2019: hasta la estabilidad y no menos de 5 días **[fuerte, moderada]**. NICE: suspende a los 5 días salvo inestabilidad o microbiología [NICE 1.6.3]
Hospitalizado no grave estable	**<5 días (mínimo 3)** **[condicional, baja]**; voto 69 %. Solo si alcanzó la estabilidad, sin oxígeno nuevo y sin contraindicaciones; más del 50 % no sería candidato	Igual que arriba
NAC grave estable	**≥5 días** **[fuerte, baja]** (redactada como «sugiere» pese a ser fuerte)	ERS/ESICM: PCT para acortar **[condicional, baja]**, poco útil si ya hay estabilidad y 5–7 días
SARM o *P. aeruginosa* sospechado o probado	Contraindican el curso corto; tratamiento según guías específicas	2019: **7 días**, en línea con la guía HAP/VAP

SITUACIÓN	ATS 2026 (PREVALECE)	ATS/IDSA 2019, NICE Y ERS/ESICM
Complicaciones	Bronquiectasias, absceso o empiema, bacteriemia, necrosis: tratamiento a la medida	2019: más largo si hay meningitis, endocarditis u otra infección profunda, o patógenos no cubiertos (*M. tuberculosis*, hongos endémicos)
Debilitan el curso corto (ATS 2026, tabla 1)	**Hospitalizado no grave:** hospitalización reciente o residencia de larga estancia; antibióticos recientes; embarazo; microorganismo que requiere más duración (*S. aureus*, *P. aeruginosa*, sospecha de *Legionella* u otro intracelular); complicación (empiema o derrame paraneumónico, absceso o necrosis, bacteriemia, infección extrapulmonar); neumopatía de base (bronquiectasias, posobstructiva, hipoxemia crónica). **Ambulatorio:** hospitalización reciente o residencia, microorganismo que requiere más duración, neumopatía de base (incluida insuficiencia respiratoria crónica), barreras para el seguimiento e imagen de gran extensión, necrosis o consolidación densa. Varios fueron criterios de exclusión de los ensayos. Con ellos, la estabilidad al día 3 no basta: individualiza la duración según evolución, microbiología y ausencia de complicaciones. A favor del curso corto: mayor riesgo de daño por antibiótico (*C. difficile*, efecto adverso previo) y preferencia del paciente	

ESTABILIDAD CLÍNICA: TRES DEFINICIONES

- **ATS 2026 (tabla 6, criterios de PTC, todos):** T ≤37.8 °C, FC <100 lpm, FR <24/min, $SatO_2$ ≥90 % o PaO_2 ≥60 mmHg al aire (o su requerimiento basal), PAS ≥90 mmHg, estado mental normal.[2]
- **ATS/IDSA 2019:** normalización de FC, FR, PA, $SatO_2$ y temperatura, capacidad de comer y mentación normal; sin estabilidad al día 5, busca resistencia, empiema, absceso u otro foco.[1]
- **NICE:** prolonga si hubo fiebre en 48 h o >1 signo: PAS <90, FC >100, FR >24, $SatO_2$ <90 % al aire [NICE 1.6.3].[3]

DATO DEL ARTÍCULO · ECA PTC (DINH 2021), SEGÚN ATS 2026

Hospitalizados en sala, sin antecedente de insuficiencia respiratoria ni neumonía grave o complicada, estables tras 3 días de β-lactámico: placebo frente a 5 días más de amoxicilina-clavulanato 1 g/125 mg VO. **Curación clínica** (ATS 2026 no la desglosa por ensayo): en los 2 ECA de hospitalizados con β-lactámico (PTC y el Moussaoui), 81.9 % vs 75.7 % a 1–2 semanas (RR 1.06; IC 95 % 0.90–1.24) y 78.7 % vs 79.2 % a 3–4 semanas (RR 1.01; 0.92–1.11). **Mortalidad** (solo la evaluó el PTC): 2.0 % (curso corto) vs 1.3 % (RR 1.49; IC 95 % 0.25–8.79). Ensayos de no inferioridad que excluyeron a muchos pacientes con comorbilidad y a los que tenían insuficiencia respiratoria crónica.[2,8]

Desescalamiento y VO: revisa el IV a las 48 h y pasa a VO si mejora [NICE 1.5.5], con el mismo fármaco o la misma clase (ATS/IDSA); ajusta a los cultivos con un espectro más estrecho [NICE 1.5.6]. Evalúa a diario la estabilidad y los resultados microbiológicos (ATS 2026). Con azitromicina, el efecto se prolonga: 3 días de 500 mg equivalen a ≈5 días efectivos (ATS 2026). Vigila la función renal para fijar los días efectivos.[1–3]

8 Alta y seguimiento[1,3]

ALTA SEGURA (NICE)

- No des el alta de rutina si en las últimas 24 h hubo ≥2 de: T >37.5 °C, FR ≥24, FC >100, PAS ≤90 mmHg, $SatO_2$ <90 % al aire (o su basal), estado mental anormal, incapacidad para comer sin ayuda [NICE 1.6.7]. Los oxímetros pueden sobrestimar la saturación en piel pigmentada.[3]
- Explica la recuperación esperada: fiebre resuelta a 1 semana; dolor y esputo mucho menores a 4 semanas; tos y disnea a 6 semanas; fatiga posible hasta 3 meses; normalidad a 6 meses [NICE 1.10.1]. Que consulte si empeora o no mejora en 3 días [NICE 1.10.3].[3]

RADIOGRAFÍA DE CONTROL

- **ATS/IDSA:** si los síntomas se resolvieron en 5–7 días, se sugiere no hacerla de rutina **[condicional, baja]**; rendimiento de la imagen repetida 0.2–5 %, sobre todo en fumadores candidatos a cribado de cáncer de pulmón.[1]
- **NICE:** no de rutina [NICE 1.12.1]; considérala a las 6 semanas del alta si hay factores de riesgo de cáncer de pulmón u otra neumopatía (fuma o >50 años), síntomas persistentes o que empeoran, o pérdida de peso inexplicada; decisión compartida [NICE 1.12.2–1.12.3].[3]
- Reevalúa si no mejora como se espera; piensa en causas no bacterianas como la influenza y envía muestra si no se hizo [NICE 1.11.1–1.11.5].[3]

9 Dónde difieren ATS/IDSA 2019, ATS 2026, NICE 2025 y ERS/ESICM 2023[1–4]

TEMA	ATS/IDSA 2019 + ATS 2026	NICE NG250 (2025)	ERS/ESICM 2023 (NAC GRAVE)
Escala de gravedad	PSI preferida [fuerte, moderada]; CURB-65 [condicional, baja]; criterios ATS/IDSA para UCI	CRB65 en primer nivel; CURB65 en el hospital; opciones de hospital en casa o sala virtual	NAC grave = ingreso a UCI
Imagen	Ecografía, alternativa aceptable a la radiografía donde hay experiencia [2025 condicional, baja]	Radiografía en ≤4 h; ecografía en el hospital en escenarios concretos [1.4.2]	—
Microbiología	Selectiva: grave o riesgo de SARM o *P. aeruginosa*; antígenos urinarios solo en la grave	Nada en baja gravedad; en moderada o alta, considerar hemocultivos (si sepsis), esputo, antígeno de neumococo para desescalar y de *Legionella* si hay riesgo	PCR multiplex si se usa o considera un antibiótico no estándar [condicional, muy baja]
Biomarcadores	PCT baja: no es motivo único para omitir el antibiótico [fuerte, moderada]	Proteína C reactiva basal; proteína C reactiva o PCT a los 3–4 días si preocupa el fracaso	PCT para acortar la duración [condicional, baja]
Ambulatorio de bajo riesgo	Amoxicilina 1 g c/8 h; doxiciclina; macrólido solo con resistencia <25 %	Amoxicilina 500 mg c/8 h 5 días; doxiciclina 200 mg día 1 y 100 mg/d; claritromicina 500 mg c/12 h	—
Gravedad intermedia u hospitalizado no grave	β-lactámico IV + macrólido o FQ respiratoria [fuerte, alta]	Amoxicilina VO ± claritromicina si se sospechan atípicos, 5 días	—
NAC grave	β-lactámico + macrólido [fuerte, moderada] o + FQ [fuerte, baja]	Amoxicilina-clavulanato 1.2 g IV c/8 h + claritromicina; alergia: levofloxacino 500 mg c/12 h	Macrólido, no FQ, con el β-lactámico [condicional, muy baja]; 3–5 días
SARM y *P. aeruginosa*	Abandonar HCAP; cubrir por aislamiento previo o riesgo validado localmente	Tener en cuenta colonización por multirresistentes y antibiótico reciente	Factores de riesgo o escalas + epidemiología local [condicional, moderada]
Virus positivo	2019: antibiótico a todos con influenza [fuerte, baja]. 2025: no en el ambulatorio sin comorbilidad [condicional, muy baja]	Considerar causas no bacterianas al reevaluar	Antibiótico empírico para todos (según ATS 2026)
Oseltamivir	Hospitalizado con influenza [fuerte, moderada]; ambulatorio [condicional, baja]	—	Grave con PCR positiva; empírico en temporada [condicional, muy baja]
Corticoides	2019: no de rutina. 2025: no en no grave [fuerte, baja]; sí en grave [condicional, baja], no en influenza	Alta gravedad: 4–7 días, hidrocortisona IV de inicio; no combinar con FQ	Solo con choque [condicional, baja]; metilprednisolona 0.5 mg/kg c/12 h 5 días
Duración	2019: ≥5 días. 2025: <5 (mínimo 3) si estable y no grave [condicional, baja]; grave ≥5 [fuerte, baja]	5 días y suspender salvo inestabilidad o microbiología	PCT para acortar
Aspiración	Sin anaerobios de rutina salvo absceso o empiema [condicional, muy baja]	—	Régimen estándar (buena práctica)
Radiografía de control	No de rutina [condicional, baja]	No de rutina; considerar a las 6 semanas con factores de riesgo	—

Discrepancias dentro de la misma guía (ATS 2026): virus positivo en la NAC grave, «fuerte y unánime» en el texto y condicional en el resumen y la tabla; duración en la grave, fuerte pese a redactarse como «sugiere». ATS 2026 resume la recomendación europea de corticoides como de certeza «muy baja»; la guía europea la califica de «baja». NICE da levofloxacino 500 mg c/12 h; la ficha FDA, en la NAC, 750 mg c/24 h 5 días o 500 mg c/24 h 7–14 días.[2–4,16]

10 Errores frecuentes y casos[1–8,12–27]

ERROR	QUÉ HACER EN SU LUGAR
Descartar neumonía por una radiografía normal con sospecha alta	Sensibilidad mediana de la radiografía, 70 %: considera ecografía (con experiencia) o TC.[2]

ERROR	QUÉ HACER EN SU LUGAR
Decidir el ingreso solo con una escala	PSI o CURB-65 + juicio clínico (hipoxemia, VO, comorbilidad, entorno).[1,3]
No iniciar antibiótico porque la PCT es baja	No uses una PCT baja como único motivo para omitir el antibiótico **[ATS/IDSA fuerte, moderada]**; intégrala con el contexto clínico y con las recomendaciones de NAC con virus identificado (ATS 2026).[1,2]
Cubrir SARM y *P. aeruginosa* por la etiqueta de «asociada a cuidados de salud»	Cubre por aislamiento previo o riesgo validado localmente; en la no grave con hospitalización reciente, cultiva y espera.[1]
Macrólido solo en un ambulatorio donde la resistencia es alta	Solo si la resistencia del neumococo es <25 %; si no, amoxicilina o doxiciclina.[1]
FQ con corticoide sin valorar el riesgo tendinoso	Advertencias de ficha (5.2): más tendinopatía con corticoides y >60 años; NICE aconseja evitar la combinación.[3,16]
Corticoide en la NAC por influenza o en la no grave	No en la no grave **[ATS 2026 fuerte, baja]**; la sugerencia en la grave excluye la influenza.[2]
Dosis plenas con CrCl bajo	Ajusta levofloxacino, cefepima, piperacilina-tazobactam, meropenem, vancomicina, oseltamivir y claritromicina (sección 11).[14,16,22–25,27]
Fijar 7–10 días desde el ingreso, o 3 días solo por estabilidad	Duración día a día por estabilidad; mínimo 3 días si estable y no grave, sin factores que debiliten el curso corto (hospitalización o antibióticos recientes, complicaciones; ATS 2026, tabla 1); ≥5 si grave.[2]
Radiografía de control a todos	No de rutina si mejora; NICE: a las 6 semanas si fuma, >50 años o persisten síntomas.[1,3]

Caso 1 · 32 años, sano, fiebre y tos de 2 días, PCR de influenza positiva

T 38.4 °C, FC 96 lpm, FR 20/min, $SatO_2$ 96 %, PA 118/72 mmHg, orientado. Radiografía: opacidades intersticiales bilaterales tenues, sin consolidación. Sin comorbilidad, puede volver y tiene teléfono. CRB65 0.

Respuesta. CRB65 0: manejo ambulatorio con signos de alarma [NICE 1.2.3]. NAC con virus positivo, ambulatorio sin comorbilidad: ATS 2026 sugiere **no dar antibiótico** empírico **[condicional, muy baja]**, con seguimiento cercano y plan de contingencia; a favor aquí: imagen de patrón viral, sin consolidación, sin barreras de seguimiento. Oseltamivir 75 mg VO c/12 h 5 días (ficha: ≤48 h de síntomas) **[ATS/IDSA condicional, baja]**. Si aparece esputo purulento, «doble empeoramiento» o consolidación: amoxicilina 1 g VO c/8 h **[ATS/IDSA fuerte, moderada]**. Sin radiografía de control si se resuelve.[1–3,27]

Caso 2 · 71 años, diabetes, ERC (CrCl 40 mL/min) y fibrilación auricular con amiodarona; hospitalizado no grave

T 38.6 °C, FR 24/min, $SatO_2$ 91 % al aire, PAS 112 mmHg, orientado, BUN 26 mg/dL. Consolidación lobar. Ingresó hace 2 meses con antibiótico IV; sin aislamientos previos. QTc 490 ms. Influenza negativa.

Respuesta. Un solo criterio menor (BUN): no grave; ingreso a sala. Hospitalización con antibiótico IV en 90 días: **cultivos de esputo y hemocultivos** **[ATS/IDSA condicional, muy baja]**; **sin cobertura anti-SARM ni antipseudomonas empírica** mientras no sea grave, salvo cultivos positivos (ATS/IDSA, tabla 4). QT largo con amiodarona: evita macrólido y FQ (fichas). Opción de ATS/IDSA si ambos están contraindicados: **ceftriaxona 1–2 g IV c/24 h + doxiciclina 100 mg c/12 h** **[condicional, baja]**; ceftriaxona sin ajuste por insuficiencia renal aislada (ficha; ≤2 g/d si coexiste disfunción hepática); la doxiciclina puede potenciar el anticoagulante. **Duración:** la hospitalización y los antibióticos recientes debilitan la recomendación de cursos cortos (ATS 2026, tabla 1; criterios de exclusión de los ensayos); la estabilidad al día 3 no basta por sí sola: individualiza según evolución, microbiología y ausencia de complicaciones. NICE: 5 días salvo inestabilidad o microbiología. Sin corticoide **[ATS 2026 fuerte, baja]**.[1–3,15,19]

Caso 3 · 58 años, EPOC con *P. aeruginosa* en esputo hace 6 meses; NAC con insuficiencia respiratoria

FR 34/min, PaO_2/FiO_2 180 con CNAF y FiO_2 60 %, confusión, BUN 28 mg/dL, PA 104/66 mmHg sin vasopresor. CrCl 45 mL/min. PCR de influenza negativa; 10 h desde que cumple criterios.

Respuesta. Cuatro criterios menores (FR, PaO_2/FiO_2, confusión, BUN): **NAC grave → UCI**. Hemocultivos, esputo o aspirado, antígenos de neumococo y *Legionella*. Aislamiento respiratorio previo de *P. aeruginosa*: **cefepima 2 g IV c/8 h (ficha)**, ajustada a CrCl 30–60: **primera dosis 2 g y luego 2 g c/12 h**, + azitromicina 500 mg IV c/24 h (macrólido, ERS/ESICM; vigila QT). Desescala a las 48 h según cultivos. Corticoide: ATS 2026 lo sugiere en la grave sin influenza **[condicional, baja]**; a favor, inicio en ≤24 h y PaO_2/FiO_2 <300: **hidrocortisona 200 mg/d IV** en infusión continua (pauta CAPE COD; REMAP-CAP, con 50 mg c/6 h 7 días, no mostró beneficio). ERS/ESICM solo lo sugiere con choque. Si se confirma *P. aeruginosa*: 7 días (ATS/IDSA); si no, ≥5 días **[ATS 2026 fuerte, baja]**.[1,2,4–6,13,23]

11 Consulta rápida A: antibióticos

Una dosis principal por fila, adulto con función renal normal. **(ficha)**: dosis autorizada; **(guía)**: pauta de ATS/IDSA para esta indicación que la ficha no respalda o supera. «Máximo (ficha)»: solo topes reales de la ficha; «—» si no fija uno aplicable.

Fármaco	Dosis (fuente)	Intervalo y duración	Máximo (ficha)	Precaución esencial	Ref.
Vía oral (ambulatorio y paso a VO)					
Amoxicilina	1 g VO (guía)	c/8 h	—	Ficha (vía respiratoria baja): 875 mg c/12 h o 500 mg c/8 h. TFG <30: no 875 mg (consulta B)	1,9
Amoxicilina-clavulanato	875/125 mg VO (ficha)	c/12 h	—	TFG <30: no 875/125 mg (consulta B). Contraindicada si hubo ictericia colestásica con ella. 2000/125 mg c/12 h: guía, sin ficha en las fuentes	1,10
Doxiciclina	100 mg VO (ficha, infección más grave; guía)	c/12 h	—	Con abundante agua; fotosensibilidad; antiácidos y hierro reducen la absorción. NICE: 200 mg día 1, luego 100 mg/d	1,3,15
Azitromicina VO	500 mg día 1, luego 250 mg (ficha)	c/24 h, días 2–5	—	Solo si resistencia <25 % (monoterapia). Ficha: no en neumonía no apta para VO. QT. Contraindicada si hubo colestasis con ella	1,12
Claritromicina	500 mg VO (guía)	c/12 h	—	Ficha en NAC: 250 mg c/12 h 7–14 días. CrCl <30: −50 %. Interacciones CYP3A (estatinas, colchicina); QT	1,14
Cefuroxima axetilo	500 mg VO (guía)	c/12 h	—	Ficha VO no incluida en las fuentes (solo IV)	1
Levofloxacino	750 mg VO o IV (ficha)	c/24 h, 5 días	—	Ficha NAC: 750 mg 5 días (neumococo no multirresistente, *Haemophilus*, atípicos salvo *Legionella*) o 500 mg 7–14 días (con *Legionella* y SASM). **Recuadro FQ.** QT, aneurisma aórtico, disglucemia. Separa 2 h de cationes (VO). CrCl 20–49: 750 mg c/48 h	1,16,17
Moxifloxacino	400 mg VO (ficha)	c/24 h; ficha NAC: 7–14 días	—	**Recuadro FQ.** QT. 4 h antes/8 h después de cationes. Sin ajuste renal ni hepático	1,18
Vía intravenosa (hospitalizado)					
Ceftriaxona	1–2 g IV (ficha y guía)	c/24 h	4 g/d	Sin ajuste en insuficiencia renal o hepática aisladas; si coexisten, ≤2 g/d. No simultánea con calcio IV (misma vía)	1,19
Cefotaxima	1–2 g IV (ficha y guía)	c/8 h	12 g/d	CrCl <20: la ficha sugiere reducir la dosis a la mitad	1,20
Ampicilina-sulbactam	1.5–3 g IV (guía; dosis de ficha)	c/6 h	Sulbactam 4 g/d	Ficha sin indicación respiratoria. CrCl 15–29: c/12 h; 5–14: c/24 h	1,11
Azitromicina IV	500 mg IV (ficha)	c/24 h, ≥2 días; luego VO	—	Ficha: completar 7–10 días; ERS/ESICM: 3–5 días razonables. QT	1,4,13
Anti-SARM y antipseudomonas (solo con los criterios de la sección 4)					
Vancomicina	Inicial según peso: 15 mg/kg IV (guía)	Individualizado (AUC)	—	SARM grave: AUC/CMI 400–600 mg·h/L, preferente (CMI 1 mg/L; consenso 2020); función renal y TRR. Ficha: 2 g/d; inicial ≥15 mg/kg (otra formulación). Con piperacilina-tazobactam, más lesión renal	1,25,33
Linezolid	600 mg IV o VO (ficha)	c/12 h	—	Ficha en NAC: solo SASM y neumococo. IMAO: contraindicado; serotoninérgicos; hemograma semanal	1,26
Piperacilina-tazobactam	4.5 g IV (guía)	c/6 h	—	Ficha en NAC: 3.375 g c/6 h, solo moderada. Nefrotoxicidad en críticos; con vancomicina, más lesión renal	1,22
Cefepima	2 g IV (ficha, *P. aeruginosa*)	c/8 h; ficha: 10 días	—	Neurotoxicidad, sobre todo en insuficiencia renal: ajusta la dosis (consulta B)	1,23
Meropenem	1 g IV (guía)	c/8 h	—	Ficha sin indicación respiratoria en adultos. Baja el valproato: usa otra clase	1,24

11 Consulta rápida A (cont.): antiviral y corticoides

Fármaco	Dosis (fuente)	Intervalo y duración	Máximo (ficha)	Precaución esencial	Ref.
Antiviral					
Oseltamivir	75 mg VO (ficha)	c/12 h, 5 días	—	Ficha: influenza no complicada ≤48 h; en hospitalizados, pauta de guía sin límite de tiempo. Ajuste renal (consulta B)	1,27
Corticoides (ATS 2026: solo en la NAC grave; ninguno tiene ficha en NAC)					
Hidrocortisona IV	200 mg/d en infusión continua (ensayo CAPE COD)	4 o 7 días + descenso hasta 8 o 14 días	—	Inicio en ≤24 h. Excluidos en el ensayo: influenza y choque séptico. Ficha: contraindicada en infección fúngica sistémica	2,5,28
Metilprednisolona IV	0.5 mg/kg (guía ERS/ESICM)	c/12 h, 5 días	—	ERS/ESICM: solo con choque; no en NAC viral ni diabetes descontrolada	4,30
Dexametasona	6 mg VO; IV si la VO no era posible al ingreso (ensayo de Kenia)	c/24 h, 10 días, sin descenso	—	Población de sala no seleccionada por gravedad, entorno de bajos recursos; publicado después de ATS 2026. NICE la propone si la hidrocortisona no es adecuada	3,7,31
Prednisona o prednisolona	50 mg VO (ensayo de Kenia)	c/24 h, 10 días	—	Mismo ensayo y población; prednisona (e hidrocortisona 160 mg) retiradas al 2.º mes por carga de comprimidos; 2.1 %	7,29

REMAP-CAP usó hidrocortisona 50 mg IV c/6 h 7 días sin descenso y no mostró beneficio (sección 6). Con FQ, el corticoide aumenta el riesgo de tendinopatía (advertencias de ficha, 5.2).[6,16]

11 Consulta rápida B: ajuste renal (ficha)

Fármaco	Dosis normal	Ajuste según CrCl (mL/min)	Ref.
Levofloxacino	750 mg c/24 h	20–49: 750 mg c/48 h; 10–19 y diálisis: 750 mg y luego 500 mg c/48 h	16,17
Cefepima	2 g c/8 h	Primera dosis completa (2 g). 30–60: 2 g c/12 h; 11–29: 2 g c/24 h; <11: 1 g c/24 h; diálisis peritoneal: 2 g c/48 h; hemodiálisis: 1 g el día 1 y luego 500 mg c/24 h, tras la sesión	23
Piperacilina-tazobactam	4.5 g c/6 h	20–40: 3.375 g c/6 h; <20: 2.25 g c/6 h; hemodiálisis: 2.25 g c/8 h + 0.75 g tras cada sesión (pauta de neumonía nosocomial)	22
Meropenem	1 g c/8 h	26–50: 1 g c/12 h; 10–25: 500 mg c/12 h; <10: 500 mg c/24 h	24
Vancomicina	15 mg/kg (guía)	Inicial según peso (ficha: ≥15 mg/kg en cualquier grado); mantenimiento por monitorización, preferentemente AUC/CMI 400–600 mg·h/L en SARM grave (consenso 2020), según función renal y TRR.	1,25,33
Oseltamivir	75 mg c/12 h 5 días	>30–60: 30 mg c/12 h; >10–30: 30 mg c/24 h; hemodiálisis: 30 mg y tras cada sesión; terminal sin diálisis: no recomendado	27
Claritromicina	500 mg c/12 h	<30: reduce 50 %	14
Amoxicilina	1 g c/8 h (guía)	TFG 10–30: 500 o 250 mg c/12 h; <10 y hemodiálisis: 500 o 250 mg c/24 h, según gravedad (hemodiálisis: dosis extra durante y al final). No 875 mg con TFG <30	9
Amoxicilina-clavulanato (tabletas)	875/125 mg c/12 h	TFG 10–30: 500/125 o 250/125 mg c/12 h; <10 y hemodiálisis: 500/125 o 250/125 mg c/24 h (hemodiálisis: dosis extra durante y al final). No 875/125 mg con TFG <30. Dosis por amoxicilina	10
Ampicilina-sulbactam	1.5–3 g c/6 h	≥30: c/6–8 h; 15–29: c/12 h; 5–14: c/24 h	11
Sin ajuste (ficha)	Moxifloxacino; ceftriaxona (≤2 g/d si coexiste disfunción hepática). Linezolid: la ficha no fija ajuste; más trombocitopenia en insuficiencia renal grave		18,19,26

11 Consulta rápida C: decisiones y umbrales[1–4]

Decisión	Conducta	Ref.
Imagen	Radiografía, o ecografía pulmonar con experiencia **[ATS 2026 condicional, baja]**; radiografía normal con sospecha alta: no excluye	2,3
Lugar de atención	PSI **[ATS/IDSA fuerte, moderada]**; NICE: CRB65 ≥2 envío; CURB65 ≥3 ingreso y valorar UCI	1,3
UCI	Vasopresor o VM: directa **[fuerte, baja]**; ≥3 menores + juicio **[condicional, baja]**	1
Cultivos	NAC grave o tratamiento empírico de SARM o *P. aeruginosa*: esputo y hemocultivos **[fuerte, muy baja]**	1
Antígenos urinarios	Neumococo y *Legionella* en la grave **[condicional, baja]**; *Legionella* también con brote o viaje	1
Procalcitonina	No uses una PCT baja como único motivo para omitir el antibiótico **[fuerte, moderada]**; intégrala con el contexto y con la NAC con virus identificado (ATS 2026)	1,2
Virus positivo, ambulatorio sano	Se sugiere no dar antibiótico **[ATS 2026 condicional, muy baja]**	2
Influenza hospitalizada	Oseltamivir 75 mg c/12 h 5 días + antibiótico estándar	1,2,27
Corticoide	No grave: no **[ATS 2026 fuerte, baja]**. Grave sin influenza: se sugiere **[condicional, baja]**; hidrocortisona 200 mg/d (CAPE COD)	2,5
Duración	Estable y no grave: <5 días, mínimo 3 **[ATS 2026 condicional, baja]**, individualizando si hay hospitalización o antibióticos recientes, complicación o neumopatía de base (tabla 1); grave ≥5 **[fuerte, baja]**; SARM o *P. aeruginosa*, 7	1,2
Radiografía de control	No de rutina si mejora; NICE a las 6 semanas con factores de riesgo	1,3

ACERCA DE ESTA GUÍA

Resumen educativo para profesionales de la salud; no sustituye el juicio clínico, la información del producto ni los protocolos locales. Las recomendaciones siguen ATS/IDSA 2019, ATS 2026, NICE NG250 (2025) y ERS/ESICM/ESCMID/ALAT 2023, y las dosis, las fichas técnicas de la FDA vigentes a la fecha de revisión (v1.0, 21 de noviembre de 2026); las pautas de guía o de ensayo se señalan. En México, verifica la presentación, la información para prescribir y la resistencia local del neumococo. Medicina en Resumen · medicinaenresumen.com.

Referencias

1. Metlay JP, Waterer GW, Long AC, Anzueto A, Brozek J, Crothers K, et al. Diagnosis and treatment of adults with community-acquired pneumonia. An official clinical practice guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. Am J Respir Crit Care Med 2019;200:e45–e67. doi:10.1164/rccm.201908-1581ST
2. Jones BE, Ramirez JA, Oren E, Soni NJ, Sullivan LR, Restrepo MI, et al. Diagnosis and management of community-acquired pneumonia. An official American Thoracic Society clinical practice guideline. Am J Respir Crit Care Med 2026;212:24–44 (publicado en línea el 18 de julio de 2025). doi:10.1164/rccm.202507-1692ST
3. National Institute for Health and Care Excellence. Pneumonia: diagnosis and management. NICE guideline NG250. Publicada el 2 de septiembre de 2025. https://www.nice.org.uk/guidance/ng250
4. Martin-Loeches I, Torres A, Nagavci B, Aliberti S, Antonelli M, Bassetti M, et al. ERS/ESICM/ESCMID/ALAT guidelines for the management of severe community-acquired pneumonia. Intensive Care Med 2023;49:615–32. doi:10.1007/s00134-023-07033-8
5. Dequin P-F, Meziani F, Quenot J-P, Kamel T, Ricard J-D, Badie J, et al.; CRICS-TriGGERSep Network. Hydrocortisone in severe community-acquired pneumonia. N Engl J Med 2023;388:1931–41. doi:10.1056/NEJMoa2215145
6. REMAP-CAP Investigators; Angus DC. Effect of hydrocortisone on mortality in patients with severe community-acquired pneumonia: the REMAP-CAP Corticosteroid Domain randomized clinical trial. Intensive Care Med 2025;51:665–80. doi:10.1007/s00134-025-07861-w
7. Lucinde RK, Gathuri H, Mwaniki P, Orindi B, Otieno EO, Mwakio S, et al. A pragmatic trial of glucocorticoids for community-acquired pneumonia. N Engl J Med 2025;393:2187–97. doi:10.1056/NEJMoa2507100
8. Dinh A, Ropers J, Duran C, Davido B, Deconinck L, Matt M, et al.; Pneumonia Short Treatment (PTC) Study Group. Discontinuing β-lactam treatment after 3 days for patients with community-acquired pneumonia in non-critical care wards (PTC): a double-blind, randomised, placebo-controlled, non-inferiority trial. Lancet 2021;397:1195–203. Datos tomados de la referencia 2 (texto completo no disponible en las fuentes).
9. Ficha técnica FDA. Amoxicilina (Amoxicillin). DailyMed, set_id 575f97d5-ea44-481f-977d-7a28300b2a5f; versión DailyMed 15 de septiembre de 2026. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=575f97d5-ea44-481f-977d-7a28300b2a5f
10. Ficha técnica FDA. Amoxicilina-clavulanato (Augmentin). DailyMed, set_id 04a31a42-d79e-bbb4-e063-6394a90a63ee; versión DailyMed 26 de octubre de 2026. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=04a31a42-d79e-bbb4-e063-6394a90a63ee
11. Ficha técnica FDA. Ampicilina-sulbactam inyectable (UNASYN). DailyMed, set_id 155c7ec0-5862-404f-b1d0-f278f8a8bbda; versión DailyMed 10 de julio de 2026. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=155c7ec0-5862-404f-b1d0-f278f8a8bbda
12. Ficha técnica FDA. Azitromicina oral (Zithromax). DailyMed, set_id 3ddecd25-dc32-a2af-e063-6294a90a526d; versión DailyMed 3 de septiembre de 2025. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=3ddecd25-dc32-a2af-e063-6294a90a526d
13. Ficha técnica FDA. Azitromicina inyectable (Zithromax). DailyMed, set_id 8d24bacb-feff-4c6a-b8df-625e1435387a; versión DailyMed 9 de septiembre de 2026. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=8d24bacb-feff-4c6a-b8df-625e1435387a
14. Ficha técnica FDA. Claritromicina tabletas (Clarithromycin). DailyMed, set_id d836ae7e-fdbf-4dcb-a90d-ede1dcbc3e67; versión DailyMed 16 de septiembre de 2026. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=d836ae7e-fdbf-4dcb-a90d-ede1dcbc3e67
15. Ficha técnica FDA. Doxiciclina cápsulas (Doxycycline). DailyMed, set_id 9e710113-f25e-46fb-8327-7a8e649613a2; versión DailyMed 6 de noviembre de 2026. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=9e710113-f25e-46fb-8327-7a8e649613a2
16. Ficha técnica FDA. Levofloxacino tabletas (levofloxacin). DailyMed, set_id 9b55729a-b460-4b11-a048-1e19a7a935b2; versión DailyMed 7 de octubre de 2026. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=9b55729a-b460-4b11-a048-1e19a7a935b2
17. Ficha técnica FDA. Levofloxacino inyectable (Levofloxacin). DailyMed, set_id 699fbdb8-a6fd-476a-9b80-08197d869534; versión DailyMed 21 de julio de 2026. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=699fbdb8-a6fd-476a-9b80-08197d869534
18. Ficha técnica FDA. Moxifloxacino tabletas (Moxifloxacin). DailyMed, set_id 1c6f7150-a8f4-408f-956f-c26d37030cf4; versión DailyMed 26 de octubre de 2026. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=1c6f7150-a8f4-408f-956f-c26d37030cf4
19. Ficha técnica FDA. Ceftriaxona inyectable (Ceftriaxone). DailyMed, set_id 7bed9b33-29e3-4f04-9766-43a21c7ad47a; versión DailyMed 7 de enero de 2026. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=7bed9b33-29e3-4f04-9766-43a21c7ad47a
20. Ficha técnica FDA. Cefotaxima inyectable (CLAFORAN). DailyMed, set_id 434fb630-c8d6-4583-b3ee-8e4ba6552c3d; versión DailyMed 14 de agosto de 2026. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=434fb630-c8d6-4583-b3ee-8e4ba6552c3d
21. Ficha técnica FDA. Cefuroxima inyectable (Cefuroxime). DailyMed, set_id 79f5cf6f-a5e2-49a2-9704-fa1bd21338c3; versión DailyMed 16 de febrero de 2022. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=79f5cf6f-a5e2-49a2-9704-fa1bd21338c3
22. Ficha técnica FDA. Piperacilina-tazobactam inyectable (Piperacillin and Tazobactam). DailyMed, set_id c8e3cc43-238d-4a23-95dc-157c85f83184; versión DailyMed 5 de octubre de 2026. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=c8e3cc43-238d-4a23-95dc-157c85f83184
23. Ficha técnica FDA. Cefepima inyectable (Cefepime). DailyMed, set_id be5f8ca6-7232-423a-a2d5-cccb7abe7921; versión DailyMed 25 de junio de 2026. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=be5f8ca6-7232-423a-a2d5-cccb7abe7921
24. Ficha técnica FDA. Meropenem inyectable (Meropenem). DailyMed, set_id e8848f4a-bca9-4978-b0a1-38483fd4d639; versión DailyMed 31 de marzo de 2026. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=e8848f4a-bca9-4978-b0a1-38483fd4d639
25. Ficha técnica FDA. Vancomicina inyectable (TYZAVAN). DailyMed, set_id 72e9c5e2-07cc-4a8b-ba64-b2e7619ea560; versión DailyMed 19 de agosto de 2026. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=72e9c5e2-07cc-4a8b-ba64-b2e7619ea560
26. Ficha técnica FDA. Linezolid (Zyvox). DailyMed, set_id 6e70e63b-bfd5-478d-a8ee-8ba22c9efabd; versión DailyMed 3 de noviembre de 2026. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=6e70e63b-bfd5-478d-a8ee-8ba22c9efabd
27. Ficha técnica FDA. Oseltamivir (Tamiflu). DailyMed, set_id ee3c9555-60f2-4f82-a760-11983c86e97b; versión DailyMed 15 de diciembre de 2025. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=ee3c9555-60f2-4f82-a760-11983c86e97b
28. Ficha técnica FDA. Hidrocortisona succinato sódico inyectable (Solu-Cortef). DailyMed, set_id 65eefd58-b166-4d71-ade6-45c8fdf86922; versión DailyMed 29 de septiembre de 2026. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=65eefd58-b166-4d71-ade6-45c8fdf86922
29. Ficha técnica FDA. Prednisona tabletas (Prednisone). DailyMed, set_id 0b2c2085-c4da-4441-ae5e-eefe26fd199e; versión DailyMed 5 de noviembre de 2026. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=0b2c2085-c4da-4441-ae5e-eefe26fd199e
30. Ficha técnica FDA. Metilprednisolona succinato sódico inyectable (SOLU-MEDROL). DailyMed, set_id 42df21df-9284-4505-e063-6294a90a7024; versión DailyMed 18 de diciembre de 2025. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=42df21df-9284-4505-e063-6294a90a7024
31. Ficha técnica FDA. Dexametasona fosfato sódico inyectable (Dexamethasone Sodium Phosphate). DailyMed, set_id 2b626a48-c7aa-4443-9164-a08ff069ccd1; versión DailyMed 8 de junio de 2026. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=2b626a48-c7aa-4443-9164-a08ff069ccd1
32. Tamma PD, Bonomo RA, Heil EL, Justo JA, Satlin MJ, Mathers AJ. Infectious Diseases Society of America 2026 guidance on the treatment of antimicrobial-resistant gram-negative infections. Clin Infect Dis 2026 (publicado en línea el 8 de agosto de 2026). doi:10.1093/cid/ciag481
33. Rybak MJ, Le J, Lodise TP, et al. Therapeutic monitoring of vancomycin for serious methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections: a revised consensus guideline and review by ASHP, IDSA, PIDS and SIDP. Clin Infect Dis 2020;71:1361–4. doi:10.1093/cid/ciaa303 (consultado el resumen de PubMed)
34. Keisham B, Duhan S, Bajaj D, Gandicheruvu H, Wroblewski J, Maroof S, et al. Steroid therapy in community-acquired pneumonia: an updated systematic review and meta-analysis. Heart Lung 2026;79:102839. doi:10.1016/j.hrtlng.2026.102839