



# GUÍA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE LA NEUMONÍA DEL ADULTO ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN LA RED DE SERVICIOS DE URGENCIA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA.

## **ÍNDICE**

OBJETIVOS .....	1
INTRODUCCIÓN .....	2
DIAGNÓSTICO CLÍNICO.....	2
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA NEUMONÍA COMUNITARIA DEL ADULTO .....	3
RECOMENDACIONES: .....	4
EVALUACIÓN DE LA GRAVEDAD .....	4
<i>RECOMENDACIONES PARA LA EVALUACIÓN DE LA GRAVEDAD DEL PACIENTE CON NEUMONÍA COMUNITARIA ATENDIDO EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA.</i> .....	7
EXÁMENES MICROBIOLÓGICOS Y DE LABORATORIO.....	8
TRATAMIENTO .....	9
<i>MANEJO DE LA NEUMONÍA DEL ADULTO ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN LA RED DE SERVICIOS DE URGENCIA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA.</i> .....	12

## **OBJETIVOS**

1. La Guía Clínica tienen por objeto revisar el manejo ambulatorio y hospitalizado de los adultos inmunocompetentes que consultan por neumonía adquirida en la comunidad en la unidad de emergencia de la red de salud UC.
2. Esta Guía Clínica no examina el manejo de los enfermos con deterioro significativo de su sistema inmune; considerando que el manejo de este grupo difiere significativamente en complejidad y tiene características clínicas particulares.
3. La Guía Clínica no considera el manejo de la neumonía adquirida en el hospital y la neumonía comunitaria en la población pediátrica.
4. La Guía Clínica de Manejo de la Neumonía Comunitaria del Adulto Inmunocompetente está destinada a ser aplicadas en la Red de Servicios de Urgencia de la P. Universidad Católica.
5. Capacitar el equipo de salud (médicos, enfermeras y auxiliares) de la Unidad de Emergencia en el diagnóstico, evaluación de la gravedad y tratamiento de urgencia de los pacientes adultos que consultan por neumonía adquirida en la comunidad.



# GUÍA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE LA NEUMONÍA DEL ADULTO ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN LA RED DE SERVICIOS DE URGENCIA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA.

## **INTRODUCCIÓN**

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es la infección de evolución aguda o subaguda que compromete el parénquima pulmonar ocasionada por la invasión de microorganismos adquiridos fuera del ambiente hospitalario. La gravedad de la infección respiratoria varía desde cuadros leves que pueden confundirse con resfríos, bronquitis o infecciones de la vía aérea superior, hasta cuadros graves con elevado riesgo vital que deben ser manejados en unidades especializadas de cuidado intensivo.

La neumonía adquirida en la comunidad del adulto es una patología infecciosa prevalente, se estima que representa el 3-5% de las consultas por enfermedades respiratorias en los servicios de atención primaria (consultorios y servicios de urgencia), y su incidencia va en aumento en nuestro país asociado al envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas (cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca, EPOC, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia renal crónica, diabetes, neoplasias). En Chile, la neumonía es la principal causa de muerte por enfermedades infecciosas y la tercera causa específica de muerte en la población adulta. El aumento de la demanda de recursos de salud, pérdida de productividad de la población adulta y letalidad asociados a esta patología, han determinado que sea considerada un grave problema de salud pública en el ámbito mundial.

En nuestro país, la mortalidad por neumonía ha declinado significativamente a partir de 1999, probablemente debido a la mejoría en las condiciones de acceso a los servicios de salud, el incremento de los recursos humanos y materiales destinados a su manejo durante la Campaña de Invierno, y mayores oportunidades de tratamiento. Por último, la concentración de la mortalidad se ha desplazado al grupo de adultos mayores, contribuyendo a esta tendencia el paulatino envejecimiento de la población asociado a comorbilidad múltiple. La incidencia y mortalidad de la neumonía tienen un claro patrón estacional en nuestro país, concentrándose en los meses de otoño-invierno asociado a la epidemia de infecciones por virus respiratorios.

## **DIAGNÓSTICO CLÍNICO**

La neumonía comunitaria del adulto es un cuadro de evolución aguda, caracterizado por compromiso del estado general, fiebre, calofríos, tos, expectoración mucopurulenta, dolor torácico y dificultad respiratoria; asociado en el examen físico a alteración de los signos vitales (taquicardia, taquipnea, fiebre) y signos focales en el examen pulmonar (matidez, broncofonía, roncus, crepitaciones). La probabilidad de un paciente con síntomas respiratorios agudos de tener una neumonía depende de la prevalencia de la enfermedad en el ambiente donde se presenta y de las manifestaciones clínicas del enfermo. Se estima que la prevalencia de neumonía en los servicios de atención ambulatoria corresponde a 3-5% de las consultas por patología respiratoria.

El diagnóstico clínico de neumonía sin confirmación radiográfica carece de precisión ya que el cuadro clínico (historia y examen físico) no permite diferenciar



## GUÍA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE LA NEUMONÍA DEL ADULTO ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN LA RED DE SERVICIOS DE URGENCIA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA.

con certeza al paciente con neumonía de otras condiciones respiratorias agudas (infecciones de la vía aérea superior, bronquitis, influenza). El diagnóstico de neumonía es clínico-radiográfico: la historia y examen físico sugieren la presencia de una infección pulmonar, pero el diagnóstico de certeza se establece cuando se confirma la presencia de infiltrados pulmonares en la radiografía de tórax.

El cuadro clínico y los hallazgos de la radiografía de tórax no permiten predecir con certeza el agente etiológico de la infección pulmonar. La radiografía de tórax permite confirmar el diagnóstico clínico, establecer su localización, extensión y gravedad; además permite diferenciar la neumonía de otras patologías (ver cuadro de diagnóstico diferencial), detectar posibles complicaciones, y puede ser útil en el seguimiento de los pacientes de alto riesgo. La resolución de los infiltrados radiográficos a menudo ocurre varias semanas o meses después de la mejoría clínica, especialmente en el anciano y la neumonía multilobar manejada en la UCI.

El paciente senescente o adulto mayor (mayores de 65 años) suele tener neumonías de presentación atípica que dificultan el diagnóstico y retrasan el inicio de tratamiento, afectando adversamente el pronóstico de los enfermos. Estos pacientes suelen no presentar los síntomas respiratorios clásicos y/o fiebre, consultando por síntomas inespecíficos como decaimiento, anorexia, confusión mental, incontinencia, o descompensación de enfermedades crónicas. Por otra parte, los adultos mayores frecuentemente tienen comorbilidades como insuficiencia cardiaca congestiva, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cuya sintomatología dificulta aún más la pesquisa de los signos clínicos clásicos de la neumonía.

### **Diagnóstico diferencial de la neumonía comunitaria del adulto**

• Tuberculosis pulmonar	• Insuficiencia cardiaca congestiva
• Tromboembolismo pulmonar	• Atelectasia pulmonar
• Neumonitis por hipersensibilidad	• Daño pulmonar por drogas
• Daño pulmonar por radioterapia	• Enfermedad pulmonar neoplásica primaria y metastásica
• Linfangiosis carcinomatosa	• Neumonía en organización criptogénica (COP)
• Sarcoidosis	• Neumonía eosinofílica
• Enfermedad colágeno-vascular: Lupus eritematoso, artritis reumatoidea, granulomatosis de Wegener, síndrome de Churg-Strauss.	



## GUÍA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE LA NEUMONÍA DEL ADULTO ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN LA RED DE SERVICIOS DE URGENCIA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA.

### **Recomendaciones:**

1. El diagnóstico de neumonía comunitaria es **clínico-radiográfico**.
2. Con el propósito de racionalizar el uso de la radiografía de tórax en el medio ambulatorio, se recomienda solicitar examen radiográfico en las siguientes circunstancias clínicas:
  - a) Paciente adulto que consulta por tos, expectoración, fiebre y/o dificultad respiratoria aguda, y presenta algún signo focal en el examen pulmonar.
  - b) Paciente mayor de 65 años con compromiso de conciencia, fiebre y/o descompensación de una enfermedad crónica de causa desconocida.
  - c) Paciente con insuficiencia cardíaca, EPOC u otra enfermedad pulmonar crónica, que consulta por síntomas respiratorios y/o fiebre, independientemente de los hallazgos en el examen pulmonar.
  - d) Por otra parte, si un paciente consulta por tos y/o expectoración y no tiene alteraciones en los signos vitales, examen pulmonar y el estado de conciencia, no sería necesario solicitar una radiografía de tórax.
3. La **radiografía de tórax frontal y lateral** debe ser uno de los exámenes de rutina en el diagnóstico y evaluación de los pacientes con neumonía comunitaria. Permite confirmar el diagnóstico clínico, establecer su localización, extensión y gravedad; además, permite diferenciar la neumonía de otras patologías, detectar posibles complicaciones, y puede ser útil en el seguimiento de los pacientes de alto riesgo. Ocasionalmente nos servirá para evaluar patologías concomitantes que pueden estar facilitando la infección y/o modificando su evolución, como procesos obstructivos bronquiales de origen neoplásico o benigno, enfisema pulmonar, fibrosis, bronquiectasias, etc.
4. El médico de urgencia deberá solicitar la radiografía de tórax para confirmar el diagnóstico clínico de neumonía y con el resultado del examen radiográfico decidir el lugar de manejo y tratamiento específico del caso particular.

### **EVALUACIÓN DE LA GRAVEDAD**

La evolución del paciente con neumonía comunitaria puede variar entre un cuadro infeccioso banal de bajo riesgo de complicaciones hasta uno de extrema gravedad con riesgo vital. En general, el adulto inmunocompetente sin comorbilidad ni criterios de gravedad manejado en el medio ambulatorio tiene bajo riesgo de complicaciones y muerte (letalidad menor de 1-2%), elevándose a 5-15% en los pacientes con comorbilidad y/o factores de riesgo específicos que son admitidos al hospital y a 20-50% en aquellos admitidos a la UCI.

La **evaluación de la gravedad** en el paciente con neumonía permite predecir la evolución de la enfermedad, orientar el lugar de manejo (ambulatorio o en el hospital), la extensión del estudio microbiológico, y el tratamiento antimicrobiano empírico.



## GUÍA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE LA NEUMONÍA DEL ADULTO ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN LA RED DE SERVICIOS DE URGENCIA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA.

Se recomienda a los clínicos implementar una estrategia simple y práctica para evaluar la gravedad y riesgo de complicaciones de los pacientes con neumonía comunitaria atendidos en el medio ambulatorio y hospitalario. Se sugiere clasificar a los enfermos en tres categorías de riesgo:

- a) Pacientes de bajo riesgo (mortalidad inferior a 1-2%) susceptibles de tratamiento ambulatorio u hospitalización abreviada.
- b) Pacientes de alto riesgo (mortalidad entre 20-30%) que deben ser manejados en el hospital y probablemente en unidades especializadas (Unidad de Intermedio o UCI) con criterios de neumonía grave.
- c) Pacientes de riesgo intermedio, con comorbilidad y/o factores de riesgo de evolución complicada y muerte, pero que no es posible clasificar en una categoría precisa. El juicio clínico es esencial para decidir el lugar de manejo y tratamiento del paciente con neumonía comunitaria, especialmente aquellos ubicados en esta categoría de riesgo intermedia.



## GUÍA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE LA NEUMONÍA DEL ADULTO ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN LA RED DE SERVICIOS DE URGENCIA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA.

En el medio ambulatorio, donde no se dispone de exámenes complementarios, se recomienda evaluar la gravedad de los pacientes con neumonía comunitaria considerando las siguientes variables:

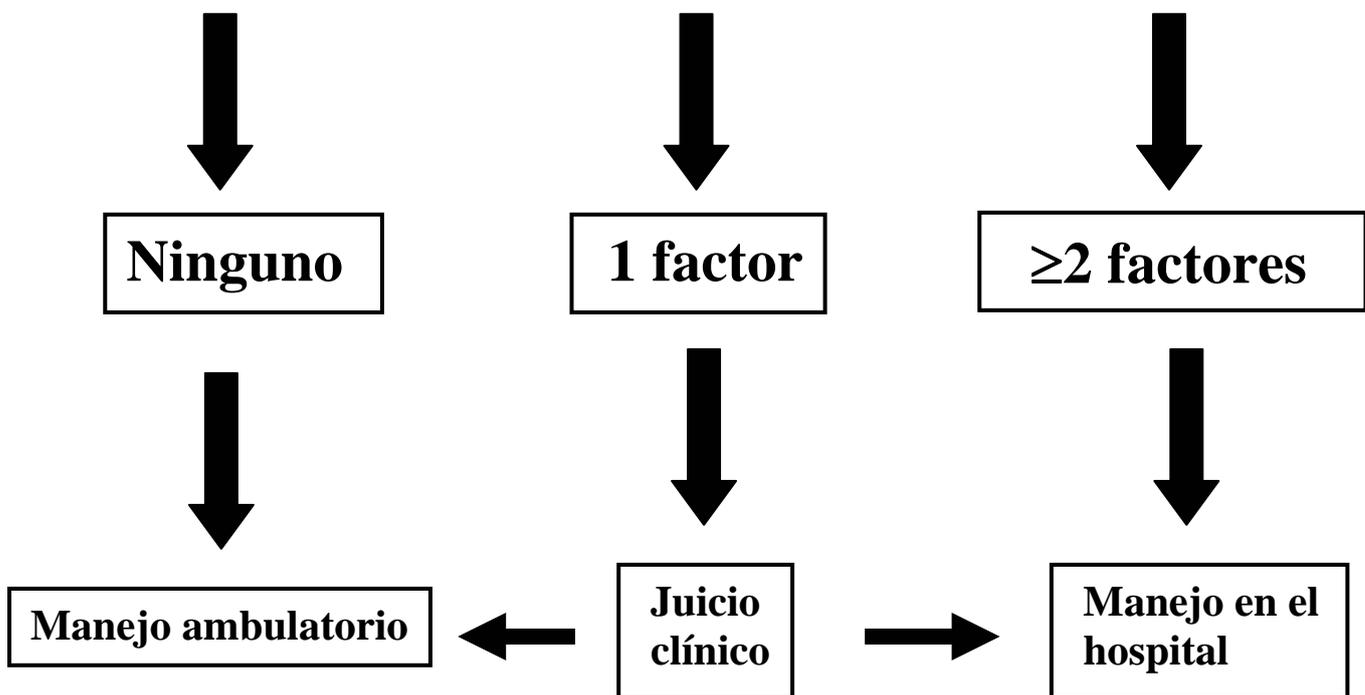
- Edad mayor de 65 años.
- Comorbilidad: cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar crónica (EPOC, bronquiectasias), diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular con secuela motora, insuficiencia renal crónica, enfermedad hepática crónica, alcoholismo, neoplasia activa.
- Estado mental alterado: somnolencia, sopor, coma y confusión mental.
- Frecuencia cardíaca  $\geq 120$  latidos/min.
- Hipotensión arterial (PA  $< 90/60$  mmHg).
- Frecuencia respiratoria  $\geq 20$  resp/min.
- Temperatura axilar  $< 35$  ó  $> 40$  °C.
- SaO<sub>2</sub> menor de 90% respirando aire ambiente.
- En la radiografía de tórax: compromiso radiográfico multilobar o bilateral, presencia de cavitación o derrame pleural.
- Presencia de comorbilidad descompensada. Ej.: diabetes, cardiopatía, asma o EPOC descompensado.
- Factores sociales y problemas de adherencia al tratamiento. Ej.: educación incompleta, ruralidad, trastornos psiquiátricos, alcoholismo.

En ausencia de factores de riesgo se recomienda manejo ambulatorio, en presencia de un factor de riesgo se recomienda manejo ambulatorio o en el hospital según la experiencia previa y el juicio clínico, en presencia de dos o más factores de riesgo se recomienda que sea manejado en el hospital. El juicio clínico y la experiencia del médico deben predominar sobre los modelos predictivos, los cuales no son infalibles, y deberían siempre considerar las aspiraciones e inquietudes de los enfermos en la toma de decisiones acerca del lugar de manejo y tratamiento prescrito.



**Recomendaciones para la evaluación de la gravedad del paciente con neumonía comunitaria atendido en la Unidad de Emergencia.**

- Edad mayor de 65 años.
- Presencia de comorbilidad.
- Estado mental alterado.
- Frecuencia cardíaca  $\geq 120$  latidos/min.
- Hipotensión arterial (PA  $< 90/60$  mmHg).
- Frecuencia respiratoria  $\geq 20$  resp/min.
- Rx Tórax: NAC multilobar, cavitación, derrame pleural.
- SaO<sub>2</sub>  $< 90\%$  con FiO<sub>2</sub> ambiental.
- Presencia de comorbilidad descompensada.
- Factores sociales y problemas de adherencia al tratamiento.





## GUÍA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE LA NEUMONÍA DEL ADULTO ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN LA RED DE SERVICIOS DE URGENCIA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA.

### **EXÁMENES MICROBIOLÓGICOS Y DE LABORATORIO**

Los exámenes microbiológicos permiten identificar el agente causal de la neumonía y su patrón de sensibilidad a antibióticos. El tratamiento antimicrobiano dirigido contra un patógeno conocido permite reducir el espectro de acción de los fármacos, los costos, el riesgo de reacciones adversas y la resistencia antibiótica. Sin embargo, no es necesario realizar estudios microbiológicos extensos a todos los pacientes con neumonía comunitaria. Los estudios deben estar guiados por la gravedad de la neumonía, los factores de riesgo epidemiológico y la respuesta al tratamiento empírico.

#### **Recomendaciones:**

1. No se recomienda realizar exámenes microbiológicos rutinarios en los pacientes manejados en el medio ambulatorio, considerando su bajo riesgo de complicaciones y muerte con el tratamiento antimicrobiano empírico. En pacientes con tos persistente y compromiso de su estado general, se sugiere obtener muestras de expectoración para baciloscopías y cultivo de Koch.
2. El riesgo de complicaciones y muerte de los enfermos hospitalizados por neumonía comunitaria justifica la realización de exámenes de laboratorio y microbiológicos básicos:
  - a. En los pacientes con neumonía comunitaria hospitalizados se sugiere solicitar los siguientes exámenes de laboratorio: hemograma, pruebas de función renal y hepática, glicemia, proteína C reactiva, electrolitos plasmáticos, creatininemia y gases en sangre arterial.
  - b. En los pacientes hospitalizados en sala de cuidados generales se recomienda solicitar los siguientes exámenes microbiológicos: tinción de gram y cultivo de expectoración, hemocultivos aerobios (2), gram y cultivo de líquido pleural.
  - c. En los pacientes con neumonía grave hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intermedio y UCI se recomienda además solicitar los siguientes exámenes microbiológicos: muestras de suero pareadas para la pesquisa de patógenos atípicos (*M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*) y muestras de orina para la detección de antígenos de *Legionella pneumophila* y *Streptococcus pneumoniae*.
  - d. La detección de antígenos de virus Influenza A y B se recomienda en adultos con neumonía que requieren ser hospitalizados y en ancianos durante la época de alta incidencia de infección por Influenza (período de otoño-invierno).

Es importante recordar que el estudio microbiológico podría ser útil en el manejo de pacientes con neumonía comunitaria grave, brotes de neumonía con características clínico-epidemiológicas particulares, y en pacientes con falla clínica y fracaso del tratamiento antimicrobiano empírico.



## GUÍA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE LA NEUMONÍA DEL ADULTO ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN LA RED DE SERVICIOS DE URGENCIA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA.

### **TRATAMIENTO**

El tratamiento antibiótico apropiado reduce la duración de la sintomatología asociada a la neumonía, el riesgo de complicaciones y la mortalidad. En la mayoría de los casos, no es posible identificar el agente microbiológico que ocasiona la infección y por esto el tratamiento antibiótico se prescribe en forma empírica. En Chile, un tercio de las cepas de *Streptococcus pneumoniae* muestra susceptibilidad disminuida a penicilina; mientras que la resistencia a eritromicina fluctúa entre 10-15% y a cefotaxima entre 2-10%.

### **Recomendaciones para pacientes de bajo riesgo de manejo ambulatorio**

1. Ante la sospecha clínica de una neumonía se sugiere confirmar el diagnóstico con una radiografía de tórax; si no es posible obtener una radiografía, se sugiere tratar al paciente como si tuviera una infección pulmonar porque el pronóstico del paciente empeora cuando se retrasa el inicio del tratamiento antibiótico.
2. Es importante aplicar una evaluación objetiva de la gravedad y determinar si existe algún criterio de hospitalización. El manejo ambulatorio de un paciente con neumonía implica la ausencia de criterios clínicos y/o sociales de riesgo que recomienden su hospitalización.
3. La evaluación del paciente debe considerar la medición de la saturación arterial de oxígeno mediante oximetría de pulso, y si la SaO<sub>2</sub> es inferior a 90%, se recomienda que sea ingresado al hospital para corregir la insuficiencia respiratoria.
4. El antibiótico prescrito debe ser administrado precozmente, idealmente antes de 8 horas de realizado el diagnóstico.
5. El paciente debe ser enviado a su domicilio con indicación de reposo, control de temperatura, hidratación oral, dieta liviana e inicio del tratamiento antimicrobiano vía oral.
6. Se recomienda clasificar a los pacientes con **neumonía comunitaria ambulatoria** en dos categorías de riesgo:

#### **Grupo 1:**

**Pacientes menores de 65 años sin comorbilidad ni criterios de gravedad de manejo ambulatorio.**

#### **Tratamiento:**

- Amoxicilina 0,75-1 gramo cada 8 horas vía oral por 7 días.
- Claritromicina 500 mg cada 12 horas vía oral por 7 días.



## GUÍA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE LA NEUMONÍA DEL ADULTO ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN LA RED DE SERVICIOS DE URGENCIA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA.

### Grupo 2:

**Pacientes mayores de 65 años y/o con comorbilidad de manejo ambulatorio.**

#### Tratamiento:

1. Amoxicilina-ácido clavulánico 500/125 mg cada 8 horas vía oral por 7 días.
2. Amoxicilina-ácido clavulánico 875/125 mg cada 12 horas vía oral por 7 días.
3. Cefuroxima 500 mg cada 12 horas vía oral por 7 días.

En presencia de alergia o fracaso de tratamiento con agentes  $\beta$ -lactámicos y/o serología positiva para *Mycoplasma*, *Chlamydia* o *Legionella sp.* se recomienda agregar: Eritromicina 500 mg cada 6 h EV o VO, Claritromicina 500 mg cada 12 h VO, o Azitromicina 500 mg/día VO.

7. El paciente debe acudir a control en el policlínico al finalizar el tratamiento antimicrobiano o inmediatamente en caso de evolución desfavorable: persistencia de la fiebre por más de tres días, aumento de la dificultad respiratoria o compromiso del estado general, aparición de criterios de gravedad.
8. El tratamiento antimicrobiano prescrito debe durar siete días, excepto cuando se indica azitromicina que bastarían cinco días.
9. El médico de urgencia deberá entregar al paciente la **hoja de citación a control en el Servicio de Respiratorio** (Centro Médico Carlos Casanueva- Nivel Subterráneo o Lira 85 – Sexto Piso), con el propósito de asegurar el seguimiento expedito de los enfermos en el ámbito ambulatorio.

### Recomendaciones para pacientes con neumonía comunitaria de riesgo moderado o elevado que requieren hospitalización

1. En el Servicio de Urgencia se debe evaluar la gravedad del enfermo y medir la saturación arterial de oxígeno con oximetría de pulso, si la SaO<sub>2</sub> es inferior a 90% se debe corregir la insuficiencia respiratoria administrando oxígeno por naricera o mascarilla y se debe efectuar la medición de gases arteriales.
2. Solicitar dos hemocultivos aeróbicos antes de iniciar el tratamiento antimicrobiano.
3. Realizar detección rápida de virus respiratorios de hisopado o aspirado nasofaríngeo durante la época de alta circulación de virus en la comunidad.
4. El antibiótico prescrito debe ser administrado precozmente, idealmente antes de 8 horas de realizado el diagnóstico.
5. Si se detecta infección por virus Influenza A o B se debe indicar aislamiento respiratorio en cohorte y prescribir terapia antiviral.



GUÍA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE LA NEUMONÍA DEL ADULTO ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN LA RED DE SERVICIOS DE URGENCIA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA.

6. **Recomendaciones de tratamiento antimicrobiano empírico:**

**Grupo 3:**

**Pacientes hospitalizados en sala de cuidados generales que tienen criterios de gravedad moderada.**

**Tratamiento:**

- Ceftriaxona 1-2 g/día o Cefotaxima 1 g cada 8 horas EV por 7-10 días.

**Grupo 4:**

**Pacientes con neumonía comunitaria grave que deben ser manejados en la Unidad de Cuidado Intermedio o UCI.**

**Tratamiento:**

- Ceftriaxona 2 g/día o Cefotaxima 1-2 g cada 8 horas EV asociado a Eritromicina 500 mg cada 6 h,
  - Levofloxacina 500-1.000 mg/día
  - Moxifloxacina 400 mg/día EV por 10-14 días.
7. La duración del tratamiento antimicrobiano en la neumonía comunitaria de riesgo moderado o NAC grave que requiere hospitalización es 10 a 14 días.



**MANEJO DE LA NEUMONÍA DEL ADULTO ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN LA RED DE SERVICIOS DE URGENCIA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA.**

1. Evaluación clínica (historia, examen físico: signos vitales, examen pulmonar) del paciente con síntomas respiratorios en el servicio de urgencia → sospecha de neumonía

2. Establecer el diagnóstico clínico-radiográfico de neumonía comunitaria.

**3. Evaluación de la gravedad: criterios clínico-radiográficos.**

Edad mayor de 65 años.  
Presencia de comorbilidad.  
Estado mental alterado.  
Frecuencia cardíaca  $\geq 120$  latidos/min.  
Hipotensión arterial (PA  $< 90/60$  mmHg).  
Frecuencia respiratoria  $\geq 20$  resp/min.  
Rx Tórax: NAC multilobar, cavitación, derrame pleural.  
SaO<sub>2</sub>  $< 90\%$  con FiO<sub>2</sub> ambiental.  
Presencia de comorbilidad descompensada.  
Factores sociales y problemas de adherencia al tratamiento.

Riesgo bajo

Riesgo moderado-elevado

Manejo ambulatorio

Admisión en el hospital: Sala-UTIM-UCI

a) Medidas generales  
b) Tratamiento antibiótico VO  
c) Citación a control 5-7 días en Servicio de Respiratorio.

a) Medidas generales  
b) Oxigenoterapia  
c) Exámenes de laboratorio  
d) Tratamiento antibiótico EV  
e) Hoja registro NAC hospitalizado