

GHID DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT AL PNEUMONIEI COMUNITARE LA ADULT

Autor: Conf. Dr. Habil. Mihaela Mocan

Disciplina Medicală I Medicină internă, Cardiologie și Gastroenterologie,
Departamentul 4 Medicină internă UMF „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca
Secția Clinică Medicină Internă I, SCJU Cluj-Napoca

Avizat de Comisia de Medicină Internă a CMR:

Președinte: Prof. Dr. Camelia Diaconu (București)

Vicepreședinți: Prof. Dr. Corina Pop (București)

Prof. Dr. Olga Orășan (Cluj Napoca)

Membri:

Conf. Dr. Alice Bălăceanu (București)

Prof. Dr. Raluca Costache (București)

Prof. Dr. Daniel Lighezan (Timișoara)

Conf. Dr. Mihaela Mocan (Cluj Napoca)

Prof. Dr. Anca Negovan (Târgu Mureș)

Prof. Dr. Laura Carina Tribus (București)

Secretar: Sl. Dr. Andreea Gabriella Andronesi (București)

1. Abrevieri

Abreviere	Semnificație
ANCA	anticorpi anticitoplasmatici neutrofilici
ARDS	Acute Respiratory Distress Syndrome (sindrom de detresă respiratorie acută)
ATI	Anestezie și Terapie Intensivă
ATS	American Thoracic Society
BNP	Peptid natriuretic de tip B
BPOC	Bronhopneumopatie obstructivă cronică
CRP	Proteină C reactivă
CT	Tomografie computerizată
CURB-65	Scor de severitate: confuzie, urée, frecvență respiratorie, tensiune arterială și vârsta ≥ 65 ani
ECG	Electrocardiogramă / electrocardiografie
FiO ₂	Fracția inspirată de oxigen
FR	Frecvență respiratorie
HCAP	Healthcare-Associated Pneumonia (pneumonie asociată asistenței medicale)
HFNC	High-Flow Nasal Cannula (canulă nazală cu flux înalt)
HIV	Human Immunodeficiency Virus (virusul imunodeficienței umane)
IDSA	Infectious Diseases Society of America
IV	Intravenos
MRSA	Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (Staphylococcus aureus rezistent la metilicilină)
NVALT	Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (Dutch Association of Chest Physicians)
PAM	Presiune arterială medie
PaO ₂ /FiO ₂	Raportul dintre presiunea arterială parțială a oxigenului și fracția inspirată de oxigen
PC	Pneumonie comunitară
PCR	Reacție de polimerizare în lanț
PCT	Procalcitonină
PEEP	Positive End-Expiratory Pressure (presiune pozitivă la sfârșitul expirului)
PSI	Pneumonia Severity Index (indicele de severitate al pneumoniei)
RSV	Respiratory Syncytial Virus (virus respirator sincițial)
SARS-CoV-2	Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2
SpO ₂	Saturația periferică a oxigenului
SWAB	Dutch Working Party on Antibiotic Policy
TA	Tensiune arterială

2. Introducere

Pneumonia comunitară (PC) reprezintă una dintre cele mai frecvente boli infecțioase ale adultului și continuă să constituie o cauză majoră de morbiditate, spitalizare și mortalitate la nivel mondial. Deși progresele în vaccinare, diagnosticul microbiologic și terapia antimicrobiană au redus incidența unor agenți patogeni clasici, PC rămâne principala cauză infecțioasă de deces în rândul adulților, în special la vârstnici și la pacienții cu comorbidități cardiovasculare, respiratorii, metabolice sau imunologice.

Manifestările clinice sunt extrem de variabile, de la forme ușoare tratabile în ambulator până la pneumonii severe complicate cu insuficiență respiratorie acută, sepsis sau șoc septic, necesitând internare în secțiile de terapie intensivă. Managementul optim presupune

recunoașterea precoce a bolii, evaluarea severității, instituirea rapidă a antibioterapiei empirice adecvate și monitorizarea atentă a răspunsului terapeutic.

În ultimii ani, recomandările terapeutice au fost actualizate ca urmare a modificărilor epidemiologiei microorganismelor implicate, apariției rezistenței antimicrobiene, dezvoltării tehnicilor moderne de diagnostic molecular și acumulării de dovezi privind durata optimă a antibioterapiei, utilizarea corticoterapiei și monitorizarea postexternare

3. Obiectivele ghidului

Scopul ghidului este standardizarea diagnosticului și tratamentului pneumoniei comunitare la adult prin recomandări bazate pe dovezi și adaptate practicii clinice din România.

4. Metodologie

Prezentul ghid a fost elaborat prin analiza critică și integrarea principalelor recomandări publicate până în anul 2026 privind diagnosticul și tratamentul pneumoniei comunitare la adult, a societăților de profil din Europa și Statele Unite ale Americii. Acest ghid nu înlocuiește judecata clinică individuală și nu poate acoperi toate situațiile particulare întâlnite în practica medicală. Alegerea investigațiilor și a tratamentului trebuie individualizată în funcție de caracteristicile fiecărui pacient, de profilul epidemiologic local, de rezistența bacteriană și de disponibilitatea resurselor.

Documentele utilizate pentru elaborarea ghidului includ:

- Sintezele actualizate **UpToDate 2026** privind epidemiologia, diagnosticul și tratamentul pneumoniei comunitare;
- Ghidul **Dutch Working Party on Antibiotic Policy (SWAB)** și **Dutch Association of Chest Physicians**, publicat în 2026;
- Ghidul de practică clinică al **ATS** privind diagnosticul și managementul pneumoniei comunitare la adult, publicat în 2025–2026;
- Ghidul comun **ERS/ESICM/ESCMID/ALAT** din 2023 privind managementul pneumoniei comunitare severe;

Recomandările au fost adaptate practicii clinice curente și urmăresc aplicabilitatea în spitalele din România.

5. Definiție

Pneumonia comunitară reprezintă **o infecție acută a parenchimului pulmonar, dobândită în afara spitalului sau diagnosticată în primele 48 de ore de la internare**, caracterizată prin asocierea unui sindrom clinic sugestiv cu apariția unui infiltrat pulmonar nou la examinarea imagistică toracică, în absența unei alte explicații plauzibile.

Diagnosticul de pneumonie comunitară necesită îndeplinirea simultană a două criterii:

- **criterii clinice**, reprezentate de febră, tuse, expectorație, dispnee, durere toracică pleuritică sau alterarea stării generale;
- **criterii imagistice**, reprezentate de identificarea unui infiltrat pulmonar nou la radiografia toracică, ecografia pulmonară sau tomografia computerizată toracică.

Nu mai este recomandată utilizarea termenului de **pneumonie asociată asistenței medicale (HCAP)**, deoarece acesta conducea frecvent la administrarea inutilă de antibiotice cu spectru foarte larg. Pacienții anterior încadrați în această categorie sunt evaluați în prezent individual, în funcție de factorii personali de risc pentru microorganisme multirezistente, precum utilizarea recentă a antibioticelor, colonizarea cunoscută cu MRSA sau *Pseudomonas aeruginosa*, spitalizările repetate și prezența bolilor pulmonare structurale.

Din punct de vedere practic, pneumonia comunitară poate fi clasificată în:

- **pneumonie ușoară**, tratabilă în ambulator;
- **pneumonie moderată**, care necesită internare într-o secție de spital;
- **pneumonie severă**, cu indicație de monitorizare continuă sau internare în secția de terapie intensivă.

Evaluarea acestei clasificări se bazează pe scorurile validate de severitate (CURB-65 și PSI), precum și pe criteriile ATS/IDSA pentru pneumonie severă, care vor fi prezentate în capitolele următoare.

6. Epidemiologie

Pneumonia comunitară (PC) reprezintă una dintre cele mai importante cauze de morbiditate și mortalitate prin boli infecțioase la nivel mondial. Incidența anuală este estimată la **5–11 cazuri/1000 adulți**, crescând semnificativ după vârsta de 65 de ani, când poate depăși **20–40 cazuri/1000 persoane/an**. Aproximativ 20–40% dintre pacienți necesită spitalizare, iar 5–10% dintre cei internați dezvoltă forme severe care impun internarea în secția de terapie intensivă.

Mortalitatea diferă în funcție de severitatea bolii:

Categoria pacientului Mortalitate estimată

Tratament ambulator <1%

Categoria pacientului Mortalitate estimată

Pacienți spitalizați 5–15%

Pneumonie severă (ATI) 25–40%

Șoc septic asociat >40%

Majoritatea cazurilor apar în sezonul rece, cu un vârf în lunile de iarnă, concomitent cu circulația virusurilor respiratorii (gripă, RSV, SARS-CoV-2). Infecțiile virale predispun la suprainfecție bacteriană prin alterarea clearance-ului mucociliar și afectarea răspunsului imun local.

7. Etiologie

În peste o treime dintre cazuri, agentul etiologic nu poate fi identificat, chiar și după investigații microbiologice complete. Alegerea antibioterapiei empirice se bazează pe epidemiologia locală și pe factorii individuali de risc.

Principalii agenți bacterieni

Frecvență Agent etiologic

+++ *Streptococcus pneumoniae*

++ *Haemophilus influenzae*

++ *Moraxella catarrhalis*

++ *Staphylococcus aureus*

+ Enterobacterales

+ *Pseudomonas aeruginosa* (pacienți selectați)

Streptococcus pneumoniae rămâne principalul agent cauzal al pneumoniei comunitare, indiferent de severitatea bolii.

Germeni atipici

- *Mycoplasma pneumoniae*
- *Chlamydia pneumoniae*
- *Legionella pneumophila*
- *Coxiella burnetii* (zone endemice)
- *Chlamydia psittaci* (expunere la păsări)

Pneumoniile produse de germeni atipici se caracterizează printr-un debut mai lent, simptomatologie extrapulmonară și răspuns favorabil la macrolide, tetraciline sau fluorochinolone respiratorii.

Etiologie virală

Virusurile sunt identificate la aproximativ 20–30% dintre pacienți și pot reprezenta singurul agent etiologic sau pot favoriza coinfecția bacteriană.

Cele mai importante sunt:

- virusul gripal A și B;
- virusul sincițial respirator (RSV);
- SARS-CoV-2;
- metapneumovirus;
- adenovirus;
- rinovirus;
- virusurile paragripale.

Testarea moleculară prin PCR este recomandată la pacienții spitalizați și în perioadele cu circulație intensă a virusurilor respiratorii.

8. Factori de risc

Identificarea factorilor de risc permite aprecierea severității bolii și alegerea unei antibioterapii empirice adecvate.

Factori de risc pentru dezvoltarea pneumoniei comunitare:

Vârsta	≥65 ani fragilitate instituționalizare	Factori comportamentali	fumat consum excesiv de alcool malnutriție igienă orală deficitară
Comorbidități	BPOC astm bronșic bronșiectazii insuficiență cardiacă cardiopatie ischemică diabet zaharat boală renală cronică ciroză hepatică neoplazii obezitate severă	Imunodepresie	corticoterapie cronică transplant tratament biologic chimioterapie infecția HIV neutropenie corticoterapie cronică transplant tratament biologic chimioterapie infecția HIV neutropenie

9. Factori de risc pentru microorganisme rezistente

Evaluarea acestor factori este esențială înaintea extinderii spectrului antibioterapiei.

Risc pentru MRSA

- colonizare/infecție MRSA documentată anterior;
- spitalizare recentă;
- antibioterapie intravenoasă în ultimele 90 de zile;
- hemodializă;
- ulcer cronic sau plăgi infectate.

Risc pentru *Pseudomonas aeruginosa*

- bronșiectazii;
- BPOC sever;
- fibroză chistică;
- ventilație mecanică anterioară;

- antibioterapie recentă cu spectru larg;
- colonizare cunoscută cu *Pseudomonas*.

Nu se recomandă acoperirea empirică de rutină pentru MRSA sau *Pseudomonas aeruginosa* în absența acestor factori de risc, deoarece aceasta favorizează apariția rezistenței antimicrobiene și crește riscul de reacții adverse.

Recomandări practice

- ✓ *Streptococcus pneumoniae* rămâne principalul agent etiologic al pneumoniei comunitare.
- ✓ Germenii atipici trebuie luați în considerare în special la adulții tineri, în focare epidemice și în formele cu manifestări extrapulmonare.
- ✓ Virusurile respiratorii trebuie investigate la pacienții spitalizați și în sezonul epidemic.
- ✓ Acoperirea empirică pentru MRSA sau *Pseudomonas aeruginosa* este indicată **numai** la pacienții cu factori de risc documentați.

10. Tabloul clinic

Manifestările clinice ale pneumoniei comunitare sunt heterogene și depind de agentul etiologic, severitatea infecției, vârsta pacientului și prezența comorbidităților. Debutul poate fi acut, caracteristic pneumoniei pneumococice, sau insidios, întâlnit în infecțiile cu germeni atipici ori virusuri respiratorii. Diagnosticul trebuie suspectat la orice pacient cu simptomatologie respiratorie acută asociată cu semne de infecție sistemică și confirmat imagistic.

Manifestările clinice ale pneumoniei comunitare	
Categorie	Descriere
Simptome respiratorii	Tuse productivă sau seacă, expectorație mucopurulentă sau purulentă, dispnee, durere toracică pleuritică.
Manifestări generale	Febră (>38°C) sau hipotermie (<36°C), frisoane, fatigabilitate marcată, mialgii, cefalee, anorexie.
Semne generale	Tahicardie (>100 bătăi/minut), tahipnee (≥22/min), hipotensiune arterială, hipoxemie (SaO ₂ <90%), alterarea statusului mental.
Examen pulmonar	Raluri crepitante, diminuarea murmurului vezicular, matitate la percuție, bronhofonie, suflu tubar, frecătură pleurală.

Pacient vârstnic	Confuzie acută, alterarea stării generale, căderi repetate, anorexie, agravarea bolilor cronice; tabloul poate fi paucisimptomatic.
------------------	---

Absența semnelor clasice la examenul clinic nu exclude diagnosticul de pneumonie, în special la pacienții vârstnici, imunodeprimați sau în stadiile precoce ale bolii.

11. Investigații paraclinice

Investigațiile urmăresc confirmarea diagnosticului, evaluarea severității bolii, identificarea agentului etiologic, detectarea complicațiilor și ghidarea tratamentului antimicrobian.

11.1 Analize de laborator

Hemoleucograma

Poate evidenția leucocitoză ($>10.000/\text{mm}^3$) cu neutrofilie, sugestivă pentru infecția bacteriană. Leucopenia ($<4.000/\text{mm}^3$) și trombocitopenia sunt asociate cu forme severe și prognostic nefavorabil.

Markerii inflamatori

Proteina C reactivă (CRP) este utilă pentru aprecierea intensității răspunsului inflamator și pentru monitorizarea evoluției. Procalcitonina (PCT) este mai specifică pentru infecția bacteriană și poate sprijini decizia clinică, fără a înlocui evaluarea medicală.

Valoare PCT	Interpretare
$<0,25 \text{ ng/mL}$	Infecție bacteriană puțin probabilă
$0,25\text{--}0,5 \text{ ng/mL}$	Posibilă infecție bacteriană
$>0,5 \text{ ng/mL}$	Infecție bacteriană probabilă
$>2 \text{ ng/mL}$	Infecție severă / sepsis

Alte investigații recomandate includ uree, creatinină, electroliți, glicemie, transaminaze, bilirubină, lactat și gazometrie arterială la pacienții cu insuficiență respiratorie sau hipoxemie.

11.2 Investigații microbiologice

Hemoculturile sunt recomandate la pacienții cu pneumonie severă, sepsis sau internare în ATI și trebuie recoltate înainte de administrarea antibioticelor, fără a întârzia inițierea tratamentului. Examenul microscopic și cultura sputei sunt indicate la pacienții cu expectorație purulentă, în formele severe și atunci când există risc de microorganisme rezistente.

Determinarea antigenelor urinare pentru *Streptococcus pneumoniae* și *Legionella pneumophila* permite obținerea rapidă a unui diagnostic etiologic. Testele PCR multiplex sunt recomandate la pacienții spitalizați, imunodeprimați, în pneumoniile severe și în perioadele cu circulație intensă a virusurilor respiratorii.

11.3 Imagistica

Radiografia toracică

Radiografia toracică postero-anterioară și de profil reprezintă investigația imagistică de primă intenție. Poate evidenția infiltrat alveolar, condensare lobară, bronhogramă aerică, infiltrate multilobare, revărsat pleural sau cavității. În fazele precoce ale bolii, radiografia poate fi normală.

Ecografia pulmonară

Ecografia pulmonară are o sensibilitate ridicată pentru identificarea condensărilor periferice, care au contact cu pleura și a revărsatului pleural. Permite vizualizarea bronhogramelor aeriice dinamice, identificarea empiemului și monitorizarea evoluției la patul bolnavului, fără expunere la radiații.

Tomografia computerizată toracică

CT toracic este indicat când radiografia este neconcludentă, când se suspectează complicații (abces, empiem), când evoluția clinică este nefavorabilă sau când trebuie exclus un diagnostic alternativ precum neoplazia sau embolia pulmonară. Tomografia are cea mai mare sensibilitate pentru detectarea infiltratelor pulmonare și a complicațiilor.

Recomandări practice

- ✓ **Radiografia toracică** rămâne investigația imagistică de primă intenție.
- ✓ **Ecografia pulmonară** este recomandată ori de câte ori este disponibilă, în special la pacientul internat și în secțiile de terapie intensivă.
- ✓ **Hemoculturile și examenul microbiologic al sputei** sunt indicate înaintea antibioterapiei doar atunci când rezultatul poate influența conduita terapeutică.
- ✓ **Procalcitonina** completează evaluarea clinică, dar nu trebuie utilizată izolat pentru decizia de inițiere sau întrerupere a antibioterapiei.

12. Diagnosticul pozitiv

Diagnosticul pneumoniei comunitare (PC) se bazează pe corelarea datelor clinice cu investigațiile imagistice, întrucât nici tabloul clinic și nici modificările biologice nu sunt suficient de specifice pentru confirmarea bolii în absența unui infiltrat pulmonar nou.

Diagnosticul trebuie stabilit cât mai precoce, deoarece întârzierea inițierii antibioterapiei la pacienții cu forme severe este asociată cu creșterea mortalității.

Diagnosticul necesită demonstrarea unui infiltrat pulmonar nou prin radiografie toracică, ecografie pulmonară sau tomografie computerizată.

În cazul unei suspiciuni clinice înalte și al unei radiografii normale, se recomandă repetarea radiografiei în 24–48 de ore sau efectuarea unui CT toracic.

13. Evaluarea severității

Determinarea severității stabilește locul optim al tratamentului, necesitatea internării, monitorizării continue, transferului în ATI, amplexarea investigațiilor microbiologice și alegerea antibioterapiei empirice.

13.1 Scorul CURB-65

Parametru	Criteriu
C	Confuzie
U	Uree >7 mmol/L
R	FR ≥30/min
B	TA sistolică <90 mmHg sau diastolică ≤60 mmHg
65	Vârsta ≥65 ani

Fiecare criteriu valorează 1 punct.

Scor	Mortalitate	Recomandare
0–1	<3%	Tratament ambulator
2	5–10%	Internare
≥3	>15–20%	Internare și evaluare ATI

Avantaje: rapid, ușor de utilizat, recomandat în serviciile de urgență.

Limitări: nu include comorbiditățile, gradul hipoxemiei, modificările radiologice și factorii sociali.

13.2 Pneumonia Severity Index (PSI)

PSI este cel mai bine validat scor pentru estimarea mortalității și include vârsta, sexul, comorbiditățile, examenul clinic, gazometria, analizele biologice și radiografia toracică.

Clasa	Mortalitate	Conduită
I	<1%	Ambulator
II	<1%	Ambulator
III	1–3%	Ambulator sau spitalizare scurtă
IV	8–10%	Internare
V	>25%	Internare și evaluare ATI

13.3 Criteriile ATS/IDSA pentru pneumonie severă

Criterii majore:	Criterii minore:
• necesitatea ventilației mecanice • șoc septic cu necesar de vasoactive	• $FR \geq 30/\text{min}$ • $PaO_2/FiO_2 \leq 250$ • infiltrate multilobare • confuzie • uremie • leucopenie (Leucocite $< 4000/\text{mmc}$) • trombocitopenie • hipotermie • hipotensiune necesitând resuscitare volemică
Prezența unui criteriu major indică pneumonie severă.	

14. Indicații de internare

Indicații de internare	Indicații de internare în Terapie intensivă
CURB-65 ≥ 2 PSI clasa IV–V Insuficiență respiratorie $SpO_2 < 90\%$ Instabilitate hemodinamică Alterarea stării de conștiență Imposibilitatea administrării tratamentului oral Imposibilitatea monitorizării la domiciliu Comorbidități severe decompensate Complicații radiologice	Insuficiență respiratorie acută Necesitatea ventilației mecanice Șoc septic Necesar de medicație vasoactivă Lactat persistent crescut Hipoxemie refractară la administrarea de oxigen Afectare pluriorganică

15. Diagnosticul diferențial

Afecțiuni	Elemente sugestive
Insuficiență cardiacă acută	Edem pulmonar bilateral, BNP crescut, cardiomegalie
Tromboembolism pulmonar	Debut brusc, factori de risc trombotic
Exacerbare BPOC	Fără infiltrat pulmonar nou
Exacerbare astm	Wheezing difuz
Tuberculoză	Cavități apicale, evoluție subacută
Neoplasm pulmonar	Infiltrat persistent $> 6-8$ săptămâni
Pneumonie de aspirație	Tulburări de deglutiție
Pneumonită medicamentoasă	Asociere temporală cu un tratament nou
Pneumonie organizată	Răspuns la corticoterapie
Vasculite pulmonare	ANCA pozitiv
Hemoragie alveolară	Hemoptizie și anemie

La pacienții cu evoluție nefavorabilă trebuie reconsiderat diagnosticul inițial și investigate microorganisme rezistente, tratament antibiotic inadecvat, complicații (empiem, abces), embolie pulmonară, neoplasm bronhopulmonar obstructiv, infecții fungice, tuberculoză sau boli inflamatorii pulmonare. Persistența infiltratului pulmonar după 6–8 săptămâni impune investigații suplimentare (CT toracic, bronhoscopie), în special la fumători și la pacienții cu risc oncologic.

16. Principii generale de tratament

Tratamentul pneumoniei comunitare trebuie inițiat cât mai precoce după stabilirea diagnosticului clinic și imagistic. Alegerea terapiei empirice se bazează pe severitatea bolii, locul de îngrijire (ambulator, secție de spital sau terapie intensivă), comorbiditățile pacientului, utilizarea recentă a antibioticelor, factorii de risc pentru microorganisme multirezistente și epidemiologia locală. Întârzierea administrării primei doze de antibiotic la pacienții cu pneumonie severă sau sepsis este asociată cu creșterea mortalității și trebuie evitată.

Obiectivele tratamentului sunt:

- eradicarea agentului etiologic;
- ameliorarea rapidă a simptomatologiei;
- prevenirea insuficienței respiratorii și a sepsisului;
- reducerea duratei spitalizării;
- prevenirea complicațiilor și a recurențelor;
- utilizarea responsabilă a antibioticelor conform principiilor de **antimicrobial stewardship**.

19. Tratamentul antibiotic empiric

În majoritatea cazurilor, agentul etiologic nu este cunoscut la momentul prezentării. Prin urmare, tratamentul antibiotic trebuie inițiat empiric și ulterior adaptat în funcție de rezultatele microbiologice și de evoluția clinică.

19.1 Tratamentul ambulator

Pacienți fără comorbidități și fără factori de risc pentru microorganisme rezistente

Prima alegere		Alternative	
Antibiotic	Doza	Antibiotic	Doza

Amoxicilină	1 g oral la 8 ore	Doxiciclină	100 mg oral la 12 ore
		Azitromicină*	500 mg în prima zi, apoi 250 mg/zi
		Claritromicină*	500 mg la 12 ore
*Macrolidele sunt recomandate numai dacă rata locală de rezistență pneumococică este redusă.			

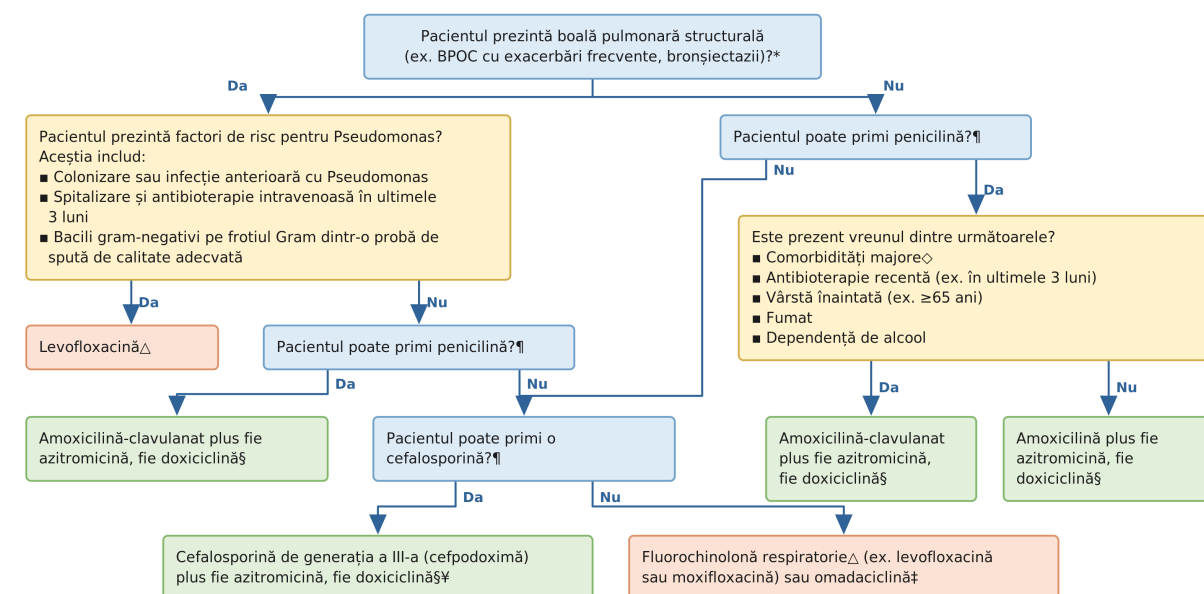
Pacienți cu comorbidități

Comorbidități relevante corespund factorilor de risc pentru dezvoltarea pneumoniei.

Opțiunea 1			
Antibiotic	Doza	PLUS	
Amoxicilină/clavulanat	875/125 mg la 12 ore	Azitromicină	500 mg/zi
Opțiunea 2			
Levofloxacină SAU	750 mg/zi;		
Moxifloxacină	400 mg/zi.		
Fluorochinolonele trebuie rezervate situațiilor în care nu există alternative adecvate, din cauza riscului de reacții adverse și a impactului asupra rezistenței bacteriene.			

O cură de 5 zile este suficientă pentru majoritatea pacienților tratați ambulator. În general, este indicată o reevaluare (consultație sau contact telefonic) în primele zile de la inițierea tratamentului, pentru a confirma că pacientul este afebril și în curs de ameliorare.

Algoritm decizional și doze orale uzuale la adult



Etapă decizională	Criterii de evaluare	Terapie recomandată	Opțiuni de rezervă
-------------------	----------------------	---------------------	--------------------

Doze orale uzuale

Clasa de antibiotic	Substanța activă	Dozare orală (poate necesita ajustare în insuficiența renală sau hepatică)
Beta-lactamine	Amoxicilină	1 g de 3 ori pe zi
	Amoxicilină-clavulanat	875 mg (eliberare imediată) de 2 ori pe zi sau 2000 mg (eliberare prelungită) de 2 ori pe zi
	Cefpodoximă (cefalosporină de generația a III-a)	200 mg de 2 ori pe zi
	Cefuroximă (cefalosporină de generația a II-a)	500 mg de 2 ori pe zi
Macrolide	Azitromicină	500 mg în ziua 1, apoi 250 mg o dată pe zi timp de 4 zile sau 500 mg o dată pe zi timp de 3 zile
	Claritromicină	500 mg (eliberare imediată) de 2 ori pe zi sau 1 g (eliberare prelungită) o dată pe zi
Tetraciclina	Doxiciclină	100 mg de 2 ori pe zi
	Omadaciclina	300 mg de 2 ori pe zi în ziua 1, apoi 300 mg o dată pe zi
Fluorochinolone respiratorii	Levofloxacină	750 mg o dată pe zi
	Moxifloxacină	400 mg o dată pe zi

19.2 Tratamentul pacientului spitalizat (fără criterii ATI)

Regimul preferat

Antibiotic Doza

Ceftriaxonă 2 g IV/zi

PLUS

Azitromicină 500 mg IV sau oral/zi

Alternative:

- Cefotaxim + azitromicină;
- Ampicilină/sulbactam + azitromicină.

Alternativă

Monoterapie cu:

- Levofloxacină 750 mg/zi;
- Moxifloxacină 400 mg/zi.

19.3 Tratamentul pneumoniei severe (ATI)

Pacienții cu pneumonie severă necesită antibioterapie intravenoasă cu spectru larg, administrată imediat după recoltarea probelor microbiologice.

Schema recomandată

Antibiotic

Doza

Ceftriaxonă 2 g IV/zi **sau** Cefotaxim 2 g IV la 8 ore

PLUS

Azitromicină 500 mg IV/zi

Alternativă

Beta-lactam +

- Levofloxacină;
- Moxifloxacină.

Nu recomandam monoterapia la pacienții cu PC severă.

Diferența esențială între recomandările de ghiduri utilizate ca sursă bibliografică este că ATS recomandă acoperirea de rutină a germenilor atipici la toți pacienții spitalizați, în timp ce ghidul SWAB preferă monoterapia cu β -lactam în secția obișnuită, ca strategie de antibiotic stewardship. Pentru PC severă, ghidul ERS recomandă β -lactam + macrolid, în timp ce ghidul SWAB preferă moxifloxacină în monoterapie sau cefalosporină + ciprofloxacină. Adaptarea la epidemiologia și antibiograma locală rămâne obligatorie (Anexa 1).

20. Situații particulare

Suspiciune de infecție cu *Legionella pneumophila*

Tratamentul recomandat:

- Levofloxacină;
- Moxifloxacină;
- Azitromicină.

Durata tratamentului este, de regulă, 7–14 zile, în funcție de severitate și de statusul imunologic al pacientului.

Suspiciune de MRSA

Se recomandă adăugarea:

Antibiotic Doza

Vancomicină 15 mg/kg la 12 ore (cu monitorizarea concentrațiilor plasmatiche)

sau

Antibiotic Doza

Linezolid 600 mg IV/oral la 12 ore

Acoperirea MRSA este indicată doar la pacienții cu factori de risc documentați.

Suspiciune de *Pseudomonas aeruginosa*

Antibiotice recomandate:

- Piperacilină/tazobactam;
- Cefepim;
- Ceftazidim;
- Meropenem;
- Imipenem.

În formele severe se recomandă asocierea cu:

- Ciprofloxacină

sau

- Levofloxacină.
-

19.4. Adaptarea antibioterapiei

După identificarea agentului etiologic și a antibiogrammei, tratamentul trebuie:

- simplificat;
- îngustat către cel mai eficient antibiotic cu spectru redus;
- întrerupt dacă se exclude etiologia bacteriană.

Această strategie reduce:

- selecția microorganismelor rezistente;
 - efectele adverse;
 - costurile tratamentului.
-

19.5. Durata antibioterapiei

Durata tratamentului trebuie individualizată în funcție de evoluția clinică.

Situație	Durata recomandată
----------	--------------------

Pneumonie necomplicată	minimum 5 zile
------------------------	----------------

<i>Legionella</i>	7–14 zile
-------------------	-----------

MRSA	7–14 zile
------	-----------

<i>Pseudomonas</i>	7–14 zile
--------------------	-----------

Abces pulmonar	3–6 săptămâni
----------------	---------------

Antibioterapia poate fi întreruptă dacă pacientul este afebril de cel puțin 48–72 de ore și prezintă stabilitate clinică.

19.6. Trecerea de la tratamentul intravenos la cel oral

Conversia IV → oral este recomandată imediat ce pacientul îndeplinește toate criteriile următoare:

- temperatură <37,8°C timp de minimum 48 ore;
- frecvență cardiacă <100/min;
- frecvență respiratorie <24/min;
- TA sistolică >90 mmHg;
- SpO₂ >90% fără creșterea necesarului de oxigen;
- toleranță digestivă;
- status mental normal;
- ameliorare clinică evidentă.

Trecerea precoce la tratamentul oral reduce durata spitalizării fără a influența negativ prognosticul.

19.6. Eșecul terapeutic

Se consideră eșec terapeutic atunci când nu există ameliorare clinică după 48–72 de ore sau apare agravarea pacientului.

Principalele cauze sunt:

- agent patogen rezistent;
- alegerea necorespunzătoare a antibioterapiei;
- diagnostic incorect;
- complicații (empiem, abces pulmonar);
- embolie pulmonară;
- neoplasm bronhopulmonar;
- imunodepresie;
- infecții fungice sau tuberculoză.

În aceste situații sunt necesare:

- reevaluarea clinică;
- repetarea investigațiilor imagistice;
- extinderea investigațiilor microbiologice;
- bronhoscopie, atunci când este indicată.

19.7. Recomandări practice

- Antibioterapia empirică trebuie inițiată cât mai precoce, fără întârzierea inutilă a tratamentului.
- Alegerea antibioticului trebuie adaptată severității bolii și factorilor individuali de risc.
- Acoperirea pentru MRSA sau *Pseudomonas aeruginosa* nu este recomandată de rutină, ci doar în prezența unor factori de risc documentați.
- Tratamentul trebuie reevaluat zilnic și simplificat imediat ce sunt disponibile rezultatele microbiologice.

- Conversia precoce la tratamentul oral și limitarea duratei antibioterapiei reprezintă componente esențiale ale strategiei moderne de **antimicrobial stewardship**.

20. Tratamentul suportiv, monitorizarea evoluției și criteriile de externare

Tratamentul suportiv se inițiază concomitent cu antibioterapia și urmărește corectarea hipoxemiei, menținerea perfuziei tisulare, prevenirea complicațiilor spitalizării și identificarea precoce a deteriorării clinice. Intensitatea monitorizării și a intervențiilor se adaptează severității pneumoniei și comorbidităților.

20.1. Oxigenoterapia și suportul respirator

Saturația periferică în oxigen se măsoară la prezentare și se monitorizează repetat; la pacientul cu pneumonie severă, necesar crescând de oxigen sau instabilitate, monitorizarea trebuie să fie continuă. Oxigenul este un medicament și se administrează titrat, la cea mai mică fracție inspiratorie care asigură ținta prescrisă.

Situație clinică	Conduită	Țintă și reevaluare
Fără risc de insuficiență respiratorie hipercapnică	Canulă nazală 1–6 L/min sau mască simplă 5–10 L/min; se crește progresiv dacă hipoxemia persistă.	SpO ₂ 94–98%; se evită hiperoxia.
BPOC sau alt risc de hipercapnie	Oxigen controlat; gazometrie arterială precoce și repetată la 30–60 de minute după modificarea debitului.	SpO ₂ 88–92% până la clarificarea gazometriei; ulterior se individualizează.
Hipoxemie severă	Mască cu rezervor 10–15 L/min în timpul evaluării urgente; se solicită precoce consult ATI.	Reevaluare clinică și gazometrică imediată; nu se întârzie escaladarea suportului.
Hipoxemie persistentă sub oxigen convențional	Canulă nazală cu flux înalt (HFNC), dacă este disponibilă, cu supraveghere într-o zonă de monitorizare avansată.	Reevaluare în primele 30–60 de minute: frecvență respiratorie, efort respirator, status mental, SpO ₂ și raport PaO ₂ /FiO ₂ .

Situație clinică	Conduită	Țintă și reevaluare
Insuficiență respiratorie hipercapnică sau edem pulmonar cardiogen asociat	Ventilație non-invazivă la pacientul cooperant și stabil hemodinamic, cu experiență adecvată a echipei.	Se urmăresc răspunsul clinic și gazometric; eșecul impune intubație fără întârziere.
Hipoxemie refractară, epuizare, alterarea conștienței, șoc sau imposibilitatea protejării căii aeriene	Intubație și ventilație mecanică invazivă; strategie protectivă pulmonară și management ATI.	Transfer imediat în ATI.

Ventilația non-invazivă nu se utilizează de rutină în insuficiența respiratorie hipoxemică de novo produsă de pneumonie. O probă terapeutică este acceptabilă numai la pacientul atent selecționat și atent monitorizat; aceasta nu trebuie să întârzie intubația.

20.2. Alte măsuri suportive

- Hidratare individualizată. Se corectează hipovolemia, preferabil cu cristaloide echilibrate, cu reevaluări frecvente; se evită supraîncărcarea volemică, mai ales în insuficiența cardiacă sau renală.
- Antipiretice și analgezie, de regulă cu paracetamol, pentru febră, mialgii și durere pleuritică; antiinflamatoarele nesteroidiene se utilizează prudent.
- Alimentație orală sau enterală precoce, dacă este posibil, și corectarea tulburărilor hidro-electrolitice și glicemice.
- Mobilizare precoce, prevenirea escarelor și a delirului, igiena orală și poziționare adecvată. Evaluarea deglutiției este indicată când există risc de aspirație.
- Bronhodilatatoarele se administrează numai dacă există bronhospasm sau o exacerbare asociată de astm/BPOC. Fizioterapia pentru eliminarea secrețiilor este rezervată pacienților cu retenție de secreții ori tuse inefficientă.

20.3. Corticoterapia

Corticoterapia sistemică adjuvantă nu este recomandată în pneumonia comunitară formă ușoară sau moderată. La adultul imunocompetent cu pneumonie severă, internat în ATI, tratamentul poate fi inițiat precoce, ideal în primele 24 de ore de la îndeplinirea criteriilor de severitate, după evaluarea contraindicațiilor.

Element	Recomandare practică
Criterii care susțin indicația	Ventilație mecanică cu PEEP >5 cmH ₂ O; HFNC cu FiO ₂ >50% și raport PaO ₂ /FiO ₂ <300; mască cu rezervor și raport PaO ₂ /FiO ₂ <300; PSI >130 (clasa V) sau CURB 4–5.
Regim uzual	Hidrocortizon 200 mg/24 ore în perfuzie continuă sau 50 mg intravenos la 6 ore, timp de 5 zile. O eventuală prelungire ori scădere progresivă se individualizează în funcție de durata administrării și răspunsul clinic.
Situații în care nu se recomandă de rutină	Pneumonie ușoară/moderată; pneumonie gripală; suspiciune de infecție fungică invazivă sau tuberculoză necontrolată. În aspirația evidentă, indicația se reevaluează individual.
Șoc septic	Indicația și durata corticoterapiei se stabilesc conform protocolului de șoc septic, independent de algoritmul specific pneumoniei severe.
Monitorizare	Glicemie, tensiune arterială, sodiu, potasiu, status mental, hemoragie digestivă și semne de suprainfecție. Se anticipează și se tratează hiperglicemia.

Corticoterapia indicată pentru o altă afecțiune concomitentă, precum exacerbarea de astm/BPOC sau insuficiența suprarenaliană, nu trebuie omisă; schema se adaptează indicației respective.

20.4. Profilaxia tromboembolismului venos

Riscul tromboembolic și riscul hemoragic se evaluează la internare și se reevaluează zilnic. La pacientul spitalizat cu mobilitate redusă și risc tromboembolic crescut se recomandă profilaxie farmacologică, dacă riscul de sângerare nu este semnificativ.

Situație	Conduită
Profilaxie farmacologică standard	HGMM, de exemplu enoxaparină 40 mg subcutanat o dată pe zi. Doza se ajustează la funcția renală, greutate și protocolul local.
Insuficiență renală severă sau situație cu necesar de reversibilitate rapidă	Se poate utiliza HNF 5000 UI subcutanat la 8–12 ore, conform riscului individual și protocolului local.
Contraindicație temporară la anticoagulare	Compresie pneumatică intermitentă și mobilizare precoce; profilaxia farmacologică se inițiază când riscul hemoragic se reduce.

Situație	Conduită
Durată	Pe perioada imobilizării sau a spitalizării. Profilaxia extinsă după externare nu se recomandă de rutină, în absența unei alte indicații.
HGMM Heparină cu greutate moleculară mică, HNF heparină nefracționată	

Contraindicațiile majore includ hemoragia activă, trombocitopenia severă $<50.000/\text{mmc}$, coagulopatia necontrolată și o procedură invazivă cu risc hemoragic imediat. Suspiciunea de trombocitopenie indusă de heparină impune întreruperea heparinei și evaluare specifică.

VI.5. Managementul principalelor complicații

Complicație	Evaluare și conduită
Insuficiență respiratorie acută / ARDS	Gazometrie, evaluarea raportului $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$, escaladarea precoce a suportului și consult ATI. La pacientul intubat se utilizează ventilație protectivă; poziționarea în decubit ventral se consideră în ARDS moderat–sever.
Sepsis / șoc septic	Recoltări microbiologice fără întârzierea tratamentului, lactat, cristaloide echilibrate cu reevaluare dinamică, controlul sursei și noradrenalină ca vasoactiv de primă linie; ținta inițială uzuală este $\text{PAM} \geq 65 \text{ mmHg}$.
Revărsat parapneumonic / empiem	Ecografie pleurală și toracenteză diagnostică pentru revărsatul semnificativ. Puroiul, cultura/colorația Gram pozitivă sau pH-ul pleural $\leq 7,20$ indică drenaj pleural, de regulă cu tub de calibru mic, plus antibiotic și consult chirurgie toracică.
Abces pulmonar / pneumonie necrozantă	CT toracic, recoltări microbiologice și antibioterapie prelungită, adaptată etiologiei și riscului de anaerobi. Drenajul intervențional sau chirurgia sunt rezervate cazurilor selectate, cu abces mare, complicații ori lipsă de răspuns.
Complicații cardiovasculare	ECG și monitorizare de ritm la pacienții cu risc; troponină, BNP și ecocardiografie când sunt clinic indicate. Se tratează specific sindromul coronarian acut, insuficiența cardiacă, aritmiile sau tromboembolismul pulmonar.

Complicație	Evaluare și conduită
Leziune renală acută și tulburări metabolice	Bilanț hidric, diureză, creatinină și electroliți; ajustarea dozelor antimicrobiene, evitarea nefrotoxinelor și corectarea prudentă a dezechilibrelor.
Delir și decondiționare	Identificarea factorilor precipitanți, orientare repetată, somn adecvat, corectarea hipoxemiei și a tulburărilor metabolice, reducerea medicației care ar putea provoca simptomele și mobilizare precoce.

20.6. Monitorizarea evoluției

Moment	Parametri urmăriți	Conduită
Primele 24 de ore	Temperatură, frecvență cardiacă și respiratorie, tensiune arterială, SpO ₂ și necesar de oxigen, status mental, diureză, balanță hidrică și durere.	La forma severă: monitorizare continuă, gazometrie și lactat conform tabloului clinic; reevaluare precoce pentru ATI.
Zilnic	Simptome, examen pulmonar, toleranță digestivă, mobilitate, comorbidități, reacții adverse și rezultate microbiologice.	Se reevaluează necesitatea oxigenului, profilaxiei tromboembolice și a dispozitivelor; antibioterapia se simplifică atunci când este posibil.
Biologie	Hemoleucogramă, CRP, creatinină, uree, electroliți, glicemie și teste hepatice, în funcție de severitate și tratament.	Frecvența se individualizează. Procalcitonina poate completa evaluarea, dar nu decide singură continuarea sau oprirea antibioticului.
La 48–72 de ore	Evoluția febrei, dispneei, tusei și durerii; stabilitatea hemodinamică; oxigenarea; leucocitele și markerii inflamatori.	Majoritatea pacienților trebuie să prezinte ameliorare. Lipsa răspunsului sau agravarea impune conduita descrisă la secțiunea 19.6.

Moment	Parametri urmăriți	Conduită
Imagistic	Nu se repetă de rutină radiografia la pacientul cu evoluție favorabilă.	Se repetă radiografia, ecografia sau CT la deteriorare, hipoxemie/febră persistentă, suspiciune de revărsat, abces, obstrucție sau diagnostic alternativ.

Semnele de alarmă pentru deteriorare sunt creșterea necesarului de oxigen, tahipneea progresivă, alterarea statusului mental, hipotensiunea, oligo-anuria, lactatul persistent crescut, febra persistentă sau recurentă și creșterea leucocitozei ori a markerilor inflamatori.

20.7. Criterii de externare

Externarea este adecvată când pacientul este stabil clinic, poate continua tratamentul pe cale orală, nu are o altă problemă medicală activă care necesită spitalizare și dispune de un mediu sigur pentru continuarea îngrijirii. Nu este necesară menținerea peste noapte doar pentru observarea conversiei de la antibioticul intravenos la cel oral.

Criteriu	Condiție recomandată
Temperatură	<37,8°C și afebrilitate menținută cel puțin 48 de ore
Frecvență cardiacă	<100/min
Frecvență respiratorie	<24/min
Tensiune arterială	TA sistolică >90 mmHg, fără suport vasoactiv
Oxygenare	SpO ₂ ≥90% sau la valoarea bazală, fără creșterea necesarului de oxigen; dacă oxigenul la domiciliu este necesar, acesta trebuie organizat înaintea externării
Status neurologic	Normal sau revenit la nivelul bazal
Administrarea tratamentului	Toleranță digestivă și posibilitatea administrării orale; schema, durata și ajustările sunt consemnate
Situație generală	Ameliorare clinică evidentă, comorbidități stabile, mobilitate și aport alimentar adecvate sau plan de sprijin
Siguranță după externare	Acces la medicație, supraveghere și reevaluare; pacientul și familia înțeleg semnele de alarmă

La externare se consemnează:

- diagnosticul, agentul etiologic dacă a fost identificat, antibioticul, doza și data ultimei administrări;
- tratamentul care trebuie continuat, durata totală și monitorizarea reacțiilor adverse;
- planul de reevaluare și controlul comorbidităților;
- recomandarea de revenire urgentă pentru dispnee în agravare, cianoză, confuzie, sincopă, durere toracică nouă, hemoptizie, febră persistentă sau recurentă ori imposibilitatea hidratării/administrării medicației;
- informarea că fatigabilitatea, tusea și dispneea de efort pot persista 4–6 săptămâni, chiar în condițiile unei evoluții favorabile.

Radiografia toracică de control nu este necesară de rutină dacă recuperarea clinică este satisfăcătoare. Se recomandă reevaluare imagistică, de regulă la aproximativ 6 săptămâni, dacă simptomele sau semnele persistă ori la pacienții cu risc crescut de neoplasm pulmonar, în special fumători sau persoane cu vârsta peste 50 de ani.

20.8. Recomandări practice

- Oxigenoterapia trebuie prescrisă pentru o țintă de saturație și titrată în funcție de răspuns.
- Corticoterapia adjuvantă este rezervată pneumoniei comunitare severe; nu se utilizează de rutină în formele care nu sunt severe sau în pneumonia gripală.
- Profilaxia tromboembolismului se bazează pe evaluarea concomitentă a riscului trombotic și hemoragic.
- Răspunsul clinic se evaluează zilnic, cu o reevaluare formală la 48–72 de ore.
- Externarea precoce este sigură după atingerea stabilității clinice și organizarea continuității îngrijirii.

Bibliografie

1. Management of community-acquired pneumonia in adults. CMI Communications. 2026.
2. UpToDate. Overview of community-acquired pneumonia in adults. 2026.
3. UpToDate. Treatment of community-acquired pneumonia in adults in the outpatient setting. 2026.
4. UpToDate. Treatment of community-acquired pneumonia in adults who require hospitalization. 2026.
5. Jones BE, 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(1):24–44. doi:10.1164/rccm.202507-1692ST.

6. Dequin PF, et al. Hydrocortisone in Severe Community-Acquired Pneumonia. *N Engl J Med.* 2023;388:1931–1941. doi:10.1056/NEJMoa2215145.
7. O’Driscoll BR, et al. BTS guideline for oxygen use in adults in healthcare and emergency settings. *Thorax.* 2017;72(Suppl 1):ii1–ii90.
8. Schünemann HJ, et al. American Society of Hematology 2018 guidelines for management of venous thromboembolism: prophylaxis for hospitalized and nonhospitalized medical patients. *Blood Adv.* 2018;2(22):3198–3225.
9. Roberts ME, et al. British Thoracic Society Guideline for pleural disease. *Thorax.* 2023;78:1143–1156. doi:10.1136/thorax-2023-220304.
10. Evans L, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021. *Intensive Care Med.* 2021;47:1181–1247.
11. Martin-Loeches I, et al. ERS/ESICM/ESCMID/ALAT guidelines for the management of severe community-acquired pneumonia. *Eur Respir J.* 2023;61:2200735.

ANEXA 1 Tabel comparativ - antibioterapia pneumoniei comunitare la pacientul spitalizat

Comparație între UpToDate 2026, ghidul olandez SWAB/NVALT 2026 și ghidul ERS/ESICM/ESCMID/ALAT 2023

Notă: Ghidul ERS/ESICM/ESCMID/ALAT se adresează exclusiv pneumoniei comunitare severe (sCAP); de aceea, unele situații de secție fără criterii de severitate nu sunt acoperite de acesta.

Situația clinică	UpToDate 2026	SWAB/NVALT 2026	ERS/ESICM/ESCMID/ALAT 2023
Domeniul recomandărilor	• Adulți imunocompetenți cu pneumonie comunitară (PC), inclusiv pacienți internați în secție sau în ATI. • Alegerea schemei depinde de severitate și de riscul individual de MRSA sau Pseudomonas aeruginosa.	• Adulți fără imunosupresie care se prezintă la spital. • Categoria II: CURB-65 = 2 / PSI III-IV; categoria III: CURB-65 = 3-5 / PSI V; categoria IV: internare în ATI.	• Exclusiv PC severă (sCAP), în principal la pacientul critic/ATI. • Nu oferă o schemă pentru PC non-severă.
Secție - PC moderat-severă, fără risc de germeni rezistenți	• Ceftriaxonă 1-2 g IV la 24 h sau Cefotaxim 1-2 g IV la 8 h PLUS azitromicină 500 mg IV/PO la 24 h. • Dacă beta-lactamul nu poate fi administrat: Levofloxacină 750 mg/24 h sau Moxifloxacină 400 mg/24 h;	• Amoxicilină 1 g IV la 6 h SAU Benzilpenicilină 1 MUI IV la 6 h. • Monoterapie; fără acoperire de rutină a germenilor atipici.	• Nu se aplică: ghidul vizează numai PC severă.
Secție - PC severă, fără indicație imediată de ATI	• Beta-lactam (Ceftriaxonă sau Cefotaxim) PLUS Azitromicină. • Se lărgeste spectrul numai dacă există factori de risc pentru Pseudomonas/MRSA ori deteriorare clinică.	• Ceftriaxonă 2 g IV la 24 h SAU Cefuroximă 1,5 g IV la 8 h SAU cefotaxim 1 g IV la 6 h. • Monoterapie în absența unui risc microbiologic specific.	• Beta-lactam PLUS macrolidă. • Macrolida este preferată fluoroquinolonei ca partener al beta-lactamului (recomandare condiționată; certitudine foarte scăzută).
PC severă - internare în ATI	• Beta-lactam antipseudomonal/antipneumococic sau carbapenem PLUS fluoroquinolonă respiratorie. • Se adaugă temporar tratament anti-MRSA când riscul este relevant; schema se restrânge după rezultatele microbiologice.	• Două opțiuni considerate acceptabile: Moxifloxacină 400 mg IV la 24 h în monoterapie SAU Cefalosporină de generația a II-a/a III-a PLUS Ciprofloxacină 400 mg IV la 8 h.	• Beta-lactam PLUS macrolidă, preferat față de beta-lactam PLUS fluoroquinolonă. • O durată de 3-5 zile a macrolidei poate fi rezonabilă în strategia de de-escaladare.
Acoperirea germenilor atipici	• Este inclusă de rutină la pacientul spitalizat prin Azitromicină; fluoroquinolona respiratorie este alternativă în situații selectate.	• Nu este recomandată de rutină în secție. • În ATI, Moxifloxacină sau asocierea cu Ciprofloxacină asigură acoperire pentru germeni atipici.	• În PC severă susține adăugarea macrolidei la beta-lactam.
Risc de Pseudomonas / bacili gram-negativi rezistenți	• Cefepim 2 g IV la 8 h (perfuzie prelungită) SAU piperacilină-Tazobactam 4,5 g IV la 8 h (perfuzie prelungită; alternativ la 6 h) SAU Meropenem 1 g IV la 8 h, PLUS Azitromicină. • Riscuri majore: colonizare/infecție anterioară, spitalizare cu antibiotice IV în ultimele 3 luni, date Gram și epidemiologia locală.	• Acoperire activă dacă există colonizare respiratorie recentă (<1 an) cu P. aeruginosa, în special în PC severă sau boală pulmonară cronică. • Algoritmul include Ceftazidimă sau Ciprofloxacină; pentru ESBL se ține cont de colonizarea recentă.	• Acoperirea germenilor rezistenți se decide prin factori/score-uri validate local, epidemiologie locală și colonizare anterioară. • Nu precizează molecule sau doze antipseudomonale.
Risc de MRSA	• Se adaugă Vancomicină, cu dozare ghidată prin AUC, SAU Linezolid 600 mg la 12 h. • Tratamentul anti-MRSA se oprește dacă investigațiile fiabile sunt negative și evoluția este favorabilă.	• Nu recomandă acoperire anti-MRSA de rutină. • La pacientul critic cu pneumonie post-gripală se adaugă tratament beta-lactamic activ anti-stafilococic.	• Nu formulează o schemă anti-MRSA distinctă; recomandă integrarea riscului individual și a epidemiologiei locale pentru germenii rezistenți.
Legionella confirmată	• Regimul inițial cu Azitromicină acoperă Legionella; după confirmare se continuă un agent activ, de regulă Azitromicină sau Levofloxacină, în funcție de contextul clinic.	• Dacă este necesar tratament IV, Levofloxacină este preferată.	• Nu formulează o recomandare separată pentru Legionella confirmată; macrolida face parte din combinația empirică propusă pentru sCAP.

Situația clinică	UpToDate 2026	SWAB/NVALT 2026	ERS/ESICM/ESCMID/ALAT 2023
Durata antibioterapiei	- Până la minimum 48 h de afebrilitate și stabilitate clinică; minimum 3-4 zile în formele necomplicate și minimum 5 zile în PC severă. - Durată mai lungă pentru Pseudomonas, MRSA, infecții extrapulmonare sau complicații.	5 zile dacă răspunsul clinic este bun, inclusiv în formele severe. - Legionella: 7-10 zile; Mycoplasma/Chlamydia: 7 zile; S. aureus/Pseudomonas: 7-14 zile, după severitate și răspuns.	- Procalcitonina, interpretată împreună cu evoluția clinică, poate ajuta la scurtarea tratamentului în sCAP. - Beneficiul este redus dacă pacientul este stabil și durată planificată este deja de 5-7 zile.
De-escaladare și trecere IV-oral	Reevaluare zilnică, restrângerea spectrului după microbiologie și trecere la tratament oral când pacientul se ameliorează și poate absorbi medicația.	De-escaladare la agentul cu spectrul cel mai îngust și trecere la oral după ameliorare și stabilizare.	Încurajează de-escaladarea, dar nu oferă un protocol detaliat de trecere IV-oral.

Aplicare clinică: *schema empirică trebuie adaptată antibiogramelor locale, alergiilor, funcției renale/hepatice, expunerilor antibiotice recente, colonizării anterioare și rezultatelor microbiologice.*

Abrevieri

ATI - anestezie și terapie intensivă; AUC - aria de sub curbă; ESBL - beta-lactamaze cu spectru extins; IV - intravenos; MRSA - Staphylococcus aureus rezistent la metilicilină; PC - pneumonie comunitară; PO - administrare orală; PSI - Pneumonia Severity Index; sCAP - pneumonie comunitară severă.

Surse bibliografice

- File TM Jr, Ramirez JA, et al. Overview of community-acquired pneumonia in adults. UpToDate. Literatura revizuită până în iunie 2026.
- van Daalen FV, Boersma WG, et al. Management of community-acquired pneumonia in adults: Practice Guideline from SWAB and NVALT. CMI Communications. 2026;3:105206. doi:10.1016/j.cmicom.2026.105206.
- Martin-Loeches I, Torres A, et al. ERS/ESICM/ESCMID/ALAT guidelines for the management of severe community-acquired pneumonia. Intensive Care Med. 2023;49:615-632. doi:10.1007/s00134-023-07033-8.