



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO:

“NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, EN EL PERÍODO MAYO-OCTUBRE DEL 2015”.

**TESIS PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE MÉDICO GENERAL.**

AUTORA:

CARINA PIEDAD QUEZADA RUEDA.

DIRECTORA:

Dra. María Angélica Gordillo Iñiguez, Esp.

LOJA-ECUADOR

2015

CERTIFICACIÓN

Loja, 11 de Octubre del 2016

Dra. María Angélica Gordillo Iñiguez, Esp.

DIRECTORA DE TESIS.

CERTIFICO:

Que el presente trabajo de investigación de grado, titulado: **“NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, EN EL PERÍODO MAYO-OCTUBRE DEL 2015”** de la autoría de la estudiante **Carina Piedad Quezada Rueda**, previo a la obtención del título de Médico General, ha sido elaborado bajo mi dirección, el mismo que cumple con la exigencias técnicas y legales que la institución exige, por lo que, autorizo su sustentación y presentación ante el respectivo Tribunal de Grado.

Atentamente,



Dra. María Angélica Gordillo Iñiguez, Esp.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Carina Piedad Quezada Rueda, declaro ser autora del presente trabajo de Tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autora: Carina Piedad Quezada Rueda.

Firma:

Cedula: 1900711266

Fecha: Loja 11 Octubre del 2016

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DE LA AUTORA

Yo, **Carina Piedad Quezada Rueda**, declaro ser autora de la tesis titulada: **“NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, EN EL PERÍODO MAYO-OCTUBRE DEL 2015”**, como requisito previo a la obtención del título de Médico General, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el repositorio digital institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Digital Institucional, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad. La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero. Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los once días del mes de octubre del dos mil dieciséis, firma la autora.

Firma: 

Autora: Carina Piedad Quezada Rueda.

Cédula: 1900711266

Dirección: Yanzatza - Calles: Vía las Orugas.

E-mail: cariquezada_20@hotmail.com

Teléfono: 0980772717

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de tesis: Dra. María Angélica Gordillo Iñiguez, Esp.

Tribunal de Grado: Presidente: Dr. Ángel Benigno Ordoñez Castillo, Mg.SC

Vocal 1: Dr. Cristian Alfonso Galarza Sánchez, Esp.

Vocal 2: Dra. Sara Felicita Vidal Rodríguez, Esp.

DEDICATORIA

Primeramente, le dedico este trabajo a **Dios** todopoderoso, por ser mi guía espiritual que me conduce por el camino del bien y del éxito, por darme el placer de tener a mi madre con vida y salud. Al igual que todas esas personas que me apoyaron y confiaron en mí y por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis **Padres**, Yolanda Rueda Jumbo y José Marco Quezada Sarango por su apoyo, consejos, comprensión, amor en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado y les debo todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia y mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mis **Hermanos** por estar siempre presentes, acompañándome para poderme realizar y por su gran apoyo incondicional.

A mi **Futuro esposo** por su enorme cariño, paciencia, ayuda y comprensión.

CARINA PIEDAD QUEZADA RUEDA

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, a Dios por ser mi fortaleza, mi guía y regalarme la bendición de haber podido llegar a estas instancias de mi carrera. A cada uno de los miembros de mi familia: principalmente a mi madre, padre, hermanos, a mi futuro esposo y de más familiares quienes gracias a su apoyo, amor y confianza me han dado la fuerza y ánimos para culminar mi carrera. Por último y no menos importante a mis amigos por su amistad incondicional. De igual manera mi agradecimiento sincero a mi directora de tesis quien me ayudó en todo momento, Dra. María Angélica Gordillo Iñiguez. A la Universidad Nacional de Loja por haberme permitido desarrollarme como estudiante, constituyendo el pilar fundamental en la formación de la juventud, a cada uno de los docentes de la carrera de Medicina Humana quienes compartieron sus conocimientos y experiencias; alimentando mi mente y orientando mi corazón hacía el prójimo y por ende a la sociedad de la cual somos parte; por su inagotable esfuerzo para hacer de mí, un profesional capaz de enfrentar con ética y responsabilidad, así como con solidaridad con los sectores más necesitados de nuestra sociedad, facilitando las actividades relacionadas a nuestra profesión, con profunda conciencia social. Al personal del hospital Isidro Ayora, que me supieron colaborar, para la obtención de los datos; a La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, con sus enseñanzas hacia mi formación durante mis cinco años de estudios de Pregrado; para así llegar a cumplir el presente objetivo que es la culminación de este trabajo de investigación.

CARINA PIEDAD QUEZADA RUEDA

ÍNDICE GENERAL

CARATULA.....	I
CERTIFICACIÓN.....	II
AUTORÍA.....	III
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS.....	IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
ÍNDICE GENERAL.....	VII-VIII
ÍNDICE DE CUADROS.....	IX
ÍNDICE DE FIGURAS.....	X
TÍTULO.....	1
RESUMEN.....	2
SUMMARY.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4-6
MARCO TEÓRICO DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	
DEFINICIÓN Y ETIOLOGÍA.....	7
FISIOPATOLOGÍA.....	8
CLASIFICACIÓN.....	9
FACTORES DE RIESGO.....	10
CLÍNICA.....	11
DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO Y EXÁMENES	
COMPLEMENTARIOS.....	12-13
CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA NEUMONÍA.....	14-15
TRATAMIENTO.....	16-17
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y FACTORES PRONÓSTICOS.....	18-19

ADULTO MAYOR

DEFINICIÓN.....	20
COMORBILIDAD Y CALIDAD DE VIDA.....	21
DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.....	22-23
METODOLOGÍA.....	24-25
RESULTADOS.....	26-32
DISCUSIÓN.....	33-35
CONCLUSIONES.....	36
RECOMENDACIONES.....	37
BIBLIOGRAFÍA.....	38-41
ANEXO I.....	42-44
ANEXO II.....	45
ANEXO III.....	46
ANEXO IV.....	48
ANEXO V.....	49
ANEXO VI.....	50
PROYECTO DE TESIS.....	51-76

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadros	Contenido	Página
1.	Incidencia de la neumonía adquirida en la comunidad	26
2.	Edad	27
3.	Sexo	28
4.	Residencia	29
5.	Tabaco	30
6.	Comorbilidad	31
7.	Relación de la estada hospitalaria con los factores de riesgo.	32

ÍNDICE DE FIGURAS

Figuras	Contenido	Página
1.	Incidencia de la neumonía adquirida en la comunidad	26
2.	Edad	27
3.	Sexo	28
4.	Residencia	29
5.	Tabaco	30
6.	Comorbilidad	31
7.	Relación de la estada hospitalaria con los factores de riesgo.	32

1. TÍTULO

**“NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN PACIENTES ADULTOS
MAYORES DE 60 AÑOS, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE
LOJA, EN EL PERÍODO MAYO-OCTUBRE DEL 2015”.**

2. RESUMEN

La neumonía adquirida en la comunidad es una patología potencialmente grave, convirtiéndose en un importante problema de salud en todo el mundo, ya que es una de las afecciones respiratorias más frecuentes en nuestro medio, con una alta morbilidad en ancianos y en pacientes con significativa comorbilidad asociada. Esta investigación tuvo como objetivos: 1. Determinar la incidencia de la neumonía adquirida en la comunidad, en los pacientes adultos mayores de 60 años atendidos en el área de clínica del hospital Isidro Ayora de Loja. 2. Identificar los principales factores de riesgo que influyen en la neumonía adquirida en la comunidad en los pacientes adultos mayores de 60 años. 3. Relacionar la estadía hospitalaria del paciente con el factor de riesgo que presentó. Se realizó bajo un estudio de tipo cuantitativo y transversal. Se utilizó un formulario para la recolección de datos, con un universo de 115 pacientes. En relación a los resultados, la incidencia de neumonía fue del 48%, de los principales factores de riesgo asociados a la neumonía encontramos la edad de más de 81 años con un 51%, el sexo femenino con un 55%, la residencia urbana con un 62%, los que no fuman con un 78%, y los que presentaron comorbilidad con un 100%, en la relación de la estadía hospitalaria con los factores de riesgo, encontramos que los pacientes estuvieron hospitalizados en su mayoría por un período de tiempo de 1-5 días, relacionándose con los factores de riesgo antes mencionados. Concluyendo que la incidencia en pacientes hospitalizados mayores de 60 años fue del 48%, siendo el principal factor de riesgo asociado a la neumonía la comorbilidad con un 100%, relacionándose con una estadía hospitalaria por 1-5 días.

Palabras claves: *Neumonía adquirida en la comunidad, factores de riesgo, adulto mayor, incidencia.*

SUMMARY

Despite advances in the identification of new pathogens, new diagnostic methods and antibiotics, community-acquired pneumonia is a potentially serious condition, becoming a major health problem worldwide, as it is one of the most common respiratory diseases in our environment with a high rate of morbidity and mortality in the elderly and patients with significant associated comorbidity. This research aimed to: 1. Determine the incidence of community-acquired pneumonia in elderly patients upwards of 60 years old treated at the clinic of 'Isidro Ayora' hospital in the city of Loja, 2. Identify key risk factors that influence community-acquired pneumonia in the elderly patients aged 60 years or older, 3. Determine the relation between patient's hospital stay and the risk factors they presented. This quantitative and cross-sectional study applied a data collection card, with a study population of 115 patients. Regarding the results of this study, the incidence of pneumonia was 48%; the main risk factors associated with pneumonia are over the age of 81 years old with a 51%, females with 55%, urban residence with 62%, nonsmokers with 78%, and those with comorbidity with 100% in the ratio of hospital stay with risk factors, We found that patients were hospitalized mostly for a period of 1-5 days, interacting with the aforementioned risk factors. Concluding that the incidence in hospitalized patients over 60 years was 48%, It is the main risk factor associated with pneumonia comorbidity with 100%, interacting with a hospital stay for 1-5 days.

Keywords: community-acquired pneumonia, risk factors, elderly, incidence.

3. INTRODUCCIÓN

La neumonía adquirida en la comunidad, dentro de las enfermedades infectocontagiosas es una patología potencialmente grave en todo el mundo, siendo más frecuentes en nuestro medio, afectando por igual la población de países desarrollados y en vías de desarrollo. En el anciano representa la primera causa de mortalidad de origen infeccioso a nivel mundial, ya que la mortalidad de esta patología se dobla a medida que avanza la edad con una morbilidad importante, con períodos de convalecencia prolongados e ingresos hospitalarios con largas estancias (Aliste, C., 2010).

Su incidencia a nivel mundial puede alcanzar entre los 25-40 casos por 1.000 habitantes al año, siendo más frecuentes en las personas residentes en instituciones geriátricas de larga estancia (50-150 por cada 1.000 residentes/año), y más en varones que en mujeres (Díez y Álvarez, 2013).

La tasa de mortalidad a nivel mundial es menor del 1% en pacientes ambulatorios; entre el 5,7% y el 13% en pacientes hospitalizados y entre el 29-50% en pacientes graves que requieren el servicio de la unidad de cuidados intensivos (Menéndez, R., Torres, A., Aspa, J., Capelastegui, A., Prat, C., y Rodríguez, F., 2010).

En un estudio realizado en Estados Unidos, se comprobó que la hospitalización en pacientes de más de 85 años era el doble (51%) que en los pacientes de 65-74 años (26%) (Gutiérrez, A., Díaz, A., Medina, J., y Romero, A., 2010).

En el ámbito internacional, constituye la sexta causa de mortalidad en los adultos mayores, según la Organización Mundial de la Salud. En América Latina fallecen 60.000 personas adultas anualmente a causa de la neumonía, principalmente de etiología bacteriana (Guzzi, L., Lopardo, G., Espinola, L., Niccodemi, C., Barcelona, L., Ramírez, J. y Capo., 2013).

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censo del Ecuador las enfermedades respiratorias más frecuentes son la neumonía y la influenza, en el año 2007, se ubica en el

sexto lugar de las doce principales causas de morbilidad identificándose 28.973 casos. Entre las provincias los casos por neumonía, se tiene a Guayas con el 20,3%, seguida de Pichincha con el 18,9% y por último Azuay con el 7,9%, para el resto de provincias este valor está por debajo del 5,0% (González, 2011).

La Organización Mundial de la Salud recientemente reporto que el tabaquismo causa el 9% de todas las muertes a nivel mundial (Jiménez, 2014).

En un metaanálisis se identificaron 11 factores que aumentan la mortalidad en el anciano: el sexo masculino, la edad avanzada, la hipotermia, la diabetes mellitus, la taquipnea, la hipotensión arterial, la enfermedad neurológica, la neoplasia, la leucopenia, la bacteriemia y la afectación radiológica multilobar. En este trabajo la mortalidad global fue del 13,7%, siendo más alta en los estudios que incluyeron pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos (Reyes et al., 2011).

Factores de gravedad, como las comorbilidades múltiples son: cardiopatías, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, enfermedades neurológicas, neoplasias, malnutrición y demencia; sumado al cuadro clínico atípico, pueden agravar la evolución y pronóstico del paciente afectado con neumonía (Moore, P., Ortega, J., Saldías, F., Oyarzún, A., 2011).

Por lo tanto el alta tasa de incidencia y mortalidad de la neumonía adquirida en la comunidad, tanto a nivel mundial, internacional, nacional y local, sigue siendo muy elevada. Ya que esta investigación se realizó con el fin de; Determinar la incidencia y los principales factores de riesgo asociados al desarrollo de la Neumonía Adquirida en la Comunidad en los pacientes adultos mayores de 60 años de edad, del área de clínica del hospital Isidro Ayora de Loja, en el período comprendido entre mayo-octubre del 2015, siendo este el objetivo general, mientras que los específicos son; Determinar la incidencia de la neumonía adquirida en la comunidad en los pacientes adultos mayores de 60 años

atendidos en el área de clínica del hospital Isidro Ayora de Loja. 2. Identificar los principales factores de riesgo que influyen en la neumonía adquirida en la comunidad en los pacientes adultos mayores de 60 años. 3. Relacionar la estadía hospitalaria del paciente con el factor de riesgo que presentó. Es por ello la relevancia de este trabajo investigativo, para de esta manera tomar medidas necesarias, evitando su propagación, y verificando el cumplimiento que tiene el personal de salud para tratar esta patología, aplicando el buen manejo de las normas de atención de bioseguridad que se mencionan en el manual propuesto por la Organización Mundial de la Salud, y prevenir de esta manera la diseminación o proliferación de enfermedades respiratorias, con el fin de ayudar y brindar una excelente atención a pacientes afectados por neumonía que acuden al servicio de clínica de esta institución. Además este estudio está destinado al nuevo personal de compañeras y compañeros de salud que ingresen a realizar las prácticas en el área de clínica de esta institución ya que de esta manera se estaría contribuyendo con la prevención de los factores de riesgo de la neumonía y con el mejoramiento de la calidad de vida en los pacientes adultos mayores.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

4.1.1 Definición. La neumonía adquirida en la comunidad, es un proceso inflamatorio del parénquima pulmonar, ocasionada por microorganismos adquiridos fuera del ambiente hospitalario, o que no haya estado ingresada en los 7 días previos al comienzo de los síntomas, además se manifiesta desde el punto de vista radiográfico por la presencia de infiltrados inflamatorios que se presentan en las primeras 48 horas después de haber ingresado en una institución de salud (Valdivia, C., 2012).

4.1.2 Etiología. El *Streptococcus pneumoniae* es el principal patógeno respiratorio aislado en la neumonía adquirida en la comunidad del adulto, siendo responsable de 16% de los casos tratados en el medio ambulatorio y alrededor del 22% de los casos ingresados al hospital y a la unidad de cuidados intensivos. Aproximadamente un tercio de los casos son causados por un conjunto de varios microorganismos: *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, virus respiratorios, *Staphylococcus aureus*, bacilos gramnegativos y la *Legionella* saprófita, siendo cada uno responsable de menos de 10% de los casos. En general, la distribución de los microorganismos varía escasamente en los tres entornos de atención: ambulatorio, sala de cuidados generales y unidad de cuidados intensivos. Con excepciones destaca una mayor frecuencia de infección por bacilos gramnegativos, *Staphylococcus aureus* y *Legionella* saprófita en la unidad de cuidados intensivos, y de *Chlamydia pneumoniae* en el medio ambulatorio (Moreno y Riquelme, 2012).

4.1.3 Etiología de la neumonía comunitaria en grupos específicos. Ancianos. En general, las neumonías en los ancianos son causadas por los mismos patógenos que en las personas más jóvenes. Algunos estudios han demostrado mayor frecuencia de infección por *Haemophilus influenzae*, en el anciano y otros han descrito que las infecciones

por *Mycoplasma pneumoniae* y *Legionella* saprófita son menos frecuentes en este grupo.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Algunos estudios han mostrado una mayor frecuencia de neumonías por *H. influenzae* y *Moraxella catarrhalis*, así como una mayor frecuencia de neumonías neumocócicas bacteriémicas. **Diabetes mellitus.** Tendrían mayor frecuencia de neumonía neumocócica bacteriémica. **Pacientes de hospedería.** Algunos estudios muestran mayor frecuencia de neumonías aspirativas e infecciones por bacilos gramnegativos y por anaerobios estrictos. **Alcoholismo.** Pueden ser más frecuentes la neumonía aspirativa, las formas bacteriémicas de neumonía neumocócica, infecciones por gramnegativos, *Legionella* saprófita, patógenos atípicos, anaerobios estrictos e infecciones mixtas. **Corticoesteroides.** Puede ser más frecuente la infección por *Legionella* saprófita. **Bronquiectasias.** Se describe mayor frecuencia de neumonías por *Pseudomonas aeruginosa* (Moreno y Riquelme, 2012).

4.1.4 Fisiopatología. Los pulmones están expuestos constantemente a diferentes microorganismos que colonizan las vías aéreas superiores y por microaspiración entran en el tracto aéreo inferior; sin embargo, las vías aéreas inferiores se mantienen estériles debido a los mecanismos de defensa pulmonar. La aparición de una neumonía extrahospitalaria indica un defecto en las defensas del huésped o la exposición a un microorganismo muy virulento. El mecanismo que con mayor frecuencia ocasiona neumonía es la microaspiración, aunque puede producirse también por vía hematógona desde un foco séptico lejano, por la contaminación desde un foco contiguo o por medio de la macroaspiración (Saldías y Pérez, 2011).

4.1.5 Clasificación. Tiene dos formas de presentación: neumonías típicas y atípicas, las primeras caracterizadas por escalofríos de comienzo brusco, fiebre, disnea, tos productiva y esputo herrumbroso, dolor pleurítico, presencia de un síndrome de condensación inflamatoria del parénquima pulmonar en el examen físico y evidencia de afectación lobar

o segmentaria en la radiografía de tórax, lo cual se corroboraba con la aparición de diplococos grampositivos en el esputo; cuadro definido como una neumonía producida por neumococos, que evolucionaba de una forma típica y resultaba en la muerte o la resolución por los mecanismos de crisis o lisis. Aunque hay descripciones clásicas sobre las características del esputo en infecciones por algunos patógenos específicos (como el esputo herrumbroso del *Streptococcus pneumoniae*), estos no ayudan a definir la posible causa ni el tratamiento de la neumonía. Los principales agentes etiológicos son *Streptococcus pneumoniae* ya que es el más frecuente, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus* y *Moraxella catarrhalis*. Cuadro atípico: El paciente presenta un cuadro clínico de inicio insidioso de días a semanas, de tos, fiebre y disnea. Frecuentemente se acompaña de síntomas extrapulmonares como cefalea, malestar general y diarrea. Tienen aspecto menos tóxico que en la presentación típica. Los agentes etiológicos pueden ser no zoonótico, como *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Legionella pneumophila* y virus, y zoonóticos, como *Chlamydia psittaci* y *Coxiella burnetii* (Díaz, A., Calvo, M., Obrien, A., Farías, G., Mardonez, J., Saldías, F., 2011).

4.1.6 Factores de riesgo. Se identificaron los siguientes factores de riesgo en los adultos mayores de 60 años, de adquisición de neumonía: alcoholismo, asma bronquial, inmunosupresión enfermedad pulmonar crónica, cardiopatías, institucionalización y edad avanzada. Varios estudios han destacado la importancia de la edad, presencia de enfermedades crónicas y los trastornos de la deglución como factores de riesgo independiente de adquirir una infección pulmonar. La edad como factor de riesgo, asociado al envejecimiento, produce una serie de cambios en la fisiología del sistema respiratorio, que favorecen las infecciones respiratorias y determinan su mayor gravedad. Los cambios fisiológicos más importantes son: a) Disminución de la fuerza y tolerancia a la fatiga, de los músculos respiratorios, secundario a la pérdida de sarcómeros, malnutrición y

sobrecarga de los músculos inspiratorios; b) Disminución en el soporte elástico pulmonar, que se traduce en un aumento de la capacidad residual funcional, que conlleva a un aumento del esfuerzo respiratorio; c) Disminución de la distensibilidad de la caja torácica, secundario a calcificaciones de las articulaciones costales y a fracturas vertebrales por aplastamiento, que ocasionan aumento de la cifosis dorsal y diámetro anteroposterior del tórax, lo cual disminuye la curvatura del diafragma reduciendo su capacidad de generar fuerza y tensión. Todos estos cambios provocan una alteración de la mecánica respiratoria que se traduce en una disminución de los flujos espiratorios y la efectividad de la tos, lo que impide una adecuada eliminación de las secreciones bronquiales. Además el hábito del tabaco es un factor de riesgo independiente de la neumonía adquirida en la comunidad y se cree que su alta prevalencia en países como el nuestro explica en parte la situación de la mortalidad por neumonía extrahospitalaria. La cesación del tabaco reduciría el riesgo de neumonía hasta en un 50% después de 5 años (Díez y Álvarez, (2013).

Las razones de esta mayor incidencia son complejas e incluyen una serie de factores, tales como: Frecuente asociación con afecciones predisponentes: bronquitis crónica, insuficiencia cardíaca, diabetes mellitus, neoplasias y otras enfermedades debilitantes. Factores que facilitan, a menudo, la aspiración de contenido orofaríngeo hacia la vía aéreas: sondas nasogástricas, enfermedades neuromusculares, accidentes vasculares encefálicos, uso de drogas depresoras centrales, entre otras. Alteraciones de los mecanismos de defensa pulmonar (por ejemplo: disminución de la función ciliar), que junto a la colonización orofaríngea por microorganismos patógenos respiratorios constituyen otra causa común (Reyes et al., 2011).

4.1.7 Clínica. La neumonía comunitaria del adulto es un cuadro de evolución aguda, caracterizado por compromiso del estado general, fiebre, calofríos, tos, expectoración purulenta y dificultad respiratoria de magnitud variable; asociado en el examen físico a

alteración de los signos vitales (taquicardia, taquipnea, fiebre) y signos focales en el examen pulmonar: matidez, disminución del murmullo pulmonar, crepitaciones, broncofonía y egofonía. Los ancianos muestran diferentes características al resto de la población, la presentación clínica de la neumonía es a menudo sutil, insidiosa e inespecífica, lo que demora poder diagnosticarla y comenzar el tratamiento. La estructura del pulmón cambia por el envejecimiento y, en consecuencia, la función respiratoria declina con la edad, por lo que es importante conocer la progresión normal de estas modificaciones y sus implicaciones de disminución de reserva funcional en los ancianos con enfermedades pulmonares (Moore et al., 2011).

Las manifestaciones clínicas de las neumonías adquiridas en la comunidad en la población geriátrica presentan las siguientes características: Difiere de las experimentadas por los pacientes jóvenes. Inicio insidioso. Ausencia de síntomas respiratorios. Fiebre baja o ausencia de esta hasta en 20 % de los casos. Deterioro del estado general. Síndrome confusional agudo (desorientación en tiempo, espacio y persona) y otras alteraciones del estado de conciencia que motivan frecuentes consultas al psiquiatra. Empeoramiento de alguna enfermedad subyacente. Taquicardia. Anorexia. Taquipnea (más de 24 respiraciones/minuto), este es el signo más sensitivo en los ancianos con neumonía (Reyes et al., I., 2011).

En el examen físico, aproximadamente 80 % de los pacientes presentan fiebre (excepto los ancianos), así como taquipnea (más de 24 respiraciones/minuto) en 45-70 % de los afectados; aunque también la taquicardia es común. En el examen del tórax se auscultan estertores crepitantes en la mayoría de los casos y un tercio aproximadamente tienen un síndrome de condensación. Se plantea que no existen síntomas y signos que justifiquen claramente que un paciente tiene neumonía. (Moore et al., 2011)

Otras características comunes son los síntomas gastrointestinales como: náusea, vómito, diarrea y cambios en la salud mental. El dolor pleurítico ocurre en 30 % de los enfermos, y escalofrío en 40-50 % de estos. El adulto mayor (>65 años) suele tener neumonías de presentación atípica, que dificultan el diagnóstico y retrasan el inicio del tratamiento, afectando el pronóstico de los enfermos. Estos pacientes no presentan los síntomas respiratorios clásicos o fiebre, consultando por síntomas inespecíficos tales como decaimiento, rechazo alimentario, somnolencia o confusión mental, o por descompensación de enfermedades crónicas (Reyes et al., 2011).

4.1.8. Diagnóstico microbiológico y exámenes complementarios. El diagnóstico de la neumonía comunitaria del adulto es clínico-radiográfico: la historia y examen físico sugieren la presencia de una infección del tracto respiratorio inferior, pero el diagnóstico de certeza se establece cuando se demuestra la aparición reciente de infiltrados pulmonares en la radiografía de tórax. A los médicos de atención primaria se les recomienda solicitar radiografía de tórax en las siguientes circunstancias clínicas: a) paciente que consulta por tos, expectoración, fiebre o dificultad respiratoria de evolución aguda, y presenta algún signo focal en el examen pulmonar; b) adulto mayor de 65 años con compromiso de conciencia o descompensación de una enfermedad crónica de causa desconocida; c) paciente portador de enfermedad cardiovascular o respiratoria crónica (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, bronquiectasias), que consulta por tos, expectoración o fiebre, independientemente de los hallazgos en el examen pulmonar. La radiografía de tórax frontal y lateral debe ser uno de los exámenes de rutina en el diagnóstico y evaluación de los pacientes. La radiografía permite confirmar el diagnóstico clínico, establecer su localización, extensión y gravedad; además permite diferenciar la neumonía de otras condiciones agudas (insuficiencia cardíaca congestiva, tromboembolismo pulmonar, neumotórax, daño pulmonar por drogas

o de origen inmunológico), detectar posibles complicaciones, y puede ser útil en el seguimiento de los pacientes de alto riesgo. El diagnóstico de neumonía debe estar sustentado en un cuadro clínico compatible (fiebre, tos, expectoración, calofríos, dolor torácico, disnea) asociado a la presencia de infiltrados pulmonares de aparición reciente en la radiografía de tórax. La resolución de los infiltrados radiográficos a menudo ocurre varias semanas o meses después de la mejoría clínica, especialmente en el adulto mayor, pacientes con neumonía multilobar o bilateral, neumonía bacteriémica y la neumonía adquirida en la comunidad grave manejada en la unidad de cuidados intensivos (Saldías y Pérez, 2011).

Identificación de agente etiológico: Los expertos recomiendan que las pruebas diagnósticas para un organismo específico, deben realizarse cuando el paciente no responda al tratamiento empírico habitual. Entre estas: 1. Esputo: Tinción de Gram y cultivo.- Estos estudios carecen de sensibilidad y especificidad. Una muestra de calidad del tracto respiratorio inferior que no esté contaminado debe de mostrar menos de 25 células escamosas epiteliales y más de 25 neutrófilos por campo. Se recomienda su realización en pacientes hospitalizados en las siguientes circunstancias: Ingresados en la unidad de cuidados intensivos, falla de la antibioticoterapia, lesiones cavitadas, abuso activo del alcohol, enfermedad pulmonar obstructiva o estructural severa, prueba de antígeno urinario positiva para neumococo, prueba de antígeno urinario positiva para *Legionella pneumophila*, y derrame pleural. 2. Cultivos de esputo en medios especiales, por ejemplo: virales. 3. Hemocultivos: Han mostrado de 7 a 16 % de positividad. El *S. pneumoniae* se detecta en dos tercios de los cultivos positivos. 4. Antígeno urinario para *S. pneumoniae* y *Legionella pneumophila*: Tienen una sensibilidad entre 50 y 90 % y una especificidad de aproximadamente 92 %. 5. Reacción en cadena de la polimerasa: Se realiza para la detección de virus y organismos atípicos (*M. pneumoniae*, *L. pneumophila* y

otros como: Legionella saprófita, Chlamydia pneumoniae, virus influenza A y B, virus respiratorio sincicial, virus parainfluenza, así como rinovirus, metapneumovirus, adenovirus y coronavirus humanos). El tiempo de detección de los resultados puede ser de 2-3 horas, el cual es un período clínico relevante, que a diferencia del antígeno urinario, no está disponible de forma rutinaria en los laboratorios. 6. Inmunoglobulinas G y M para Mycoplasma pneumoniae. 7. Títulos de anticuerpos para confirmar coccidiomicosis. 8. Procalcitonina y proteína C reactiva: Son marcadores biológicos usados para distinguir causas bacterianas y no bacterianas de neumonías. El estudio microbiológico en pacientes con neumonía comunitaria permite identificar el agente causal de la neumonía, su patrón de sensibilidad a antimicrobianos y orientar el tratamiento antibiótico específico para cada paciente. El estudio etiológico por ningún motivo debe retrasar el inicio del tratamiento antibiótico y los cuidados generales del enfermo, ya que este retraso puede incrementar la mortalidad por neumonía. En los pacientes con tos productiva, expectoración persistente y compromiso del estado general, se recomienda obtener muestras de expectoración para baciloscopías y cultivo de Koch. Algunos autores definieron los criterios de neumonía severa y los dividieron en 4 criterios menores y 5 mayores, de manera que para considerar la presencia de la afección deben haberse confirmado cuando menos 2 criterios menores al ingreso o uno mayor en las primeras 48 horas (Díaz, P. G., Musacchio, H., 2010).

4.1.9 Criterios para el diagnóstico de la neumonía. La Sociedad del Tórax Americano ha propuesto diversos criterios para establecer la severidad de la neumonía adquirida en la comunidad (sensibilidad 78%, especificidad 94% y valor predictivo de la prueba de 75%). Criterios menores.- Frecuencia respiratoria > 30 x min. $PaO_2/FiO_2 < 250$. Neumonía bilateral o multilobar. Tensión arterial sistólica menor o igual que 90 mm de Hg o diastólica menor o igual que 60 mm de Hg. Criterios mayores.- Necesidad de ventilación mecánica. Incremento de más de 50 % de las lesiones inflamatorias en las primeras 48

horas. Choque séptico o necesidad de tratamiento con drogas vasopresoras por más de 4 horas. Insuficiencia renal aguda: diuresis < 20 mL por hora, creatinina mayor de 2 mg/dL en ausencia de insuficiencia renal crónica previa (Arancibia y Díaz, 2011).

La Sociedad Británica de Tórax, desarrolló una regla predictora que intenta pronosticar el riesgo de muerte del paciente con neumonía basado en la medición de tres parámetros clínicos o criterios pronósticos: frecuencia respiratoria >30 respiraciones/min, presión arterial diastólica < 60 mmHg y nitrógeno ureico > 20 mg/dl en la admisión al hospital. Los pacientes que cumplían dos de estos tres criterios presentaban 21 veces mayor riesgo de muerte (Arancibia y Díaz, 2011).

Criterios de gravedad.- Inestabilidad hemodinámica: presión arterial sistólica < 90 mm Hg; presión arterial diastólica < 60 mm Hg; pulso arterial > 125 /min. Insuficiencia respiratoria: $pO_2 < 60$ mmHg; $pO_2/FiO_2 < 250$ en enfermedad pulmonar obstructiva crónica; o frecuencia respiratoria > 30 /min. Insuficiencia renal aguda. Alteración del estado de conciencia. Bacteriemia y/o complicaciones sépticas. Otros datos: temperatura > 40 °C o < 35 °C; o pH $< 7,35$. Afección radiológica de más de un lóbulo, derrame o cavitación. Anemia, leucopenia, urea > 60 mg/dL; Na < 130 mg/dL; glucosa > 250 mg/dL o, albúmina $< 3,1$ g/dL (Gutiérrez y Soto., 2013).

Criterios de ingreso en la unidad de cuidados intensivos.- Siempre que se cumpla cualquiera de las tres premisas que se describen a continuación debería plantearse la posibilidad de ingreso en la unidad de cuidados intensivos y la decisión final será consensuada con el médico especialista en medicina intensiva de guardia. Uno de dos criterios mayores: Necesidad de ventilación mecánica. Shock séptico. Dos de tres criterios menores: Presión arterial sistólica menor o igual a 90 mmHg; Compromiso pulmonar multilobar; $PaO_2/FiO_2 < 250$. Dos de los cuatro criterios siguientes según la Sociedad Británica del Tórax: frecuencia respiratoria mayor o igual de 30; presión arterial diastólica

menor o igual de 60 mm Hg; nitrógeno ureico en sangre mayor de 19,1 mg/dL; disminución del nivel de conciencia (Gutiérrez y Soto., 2013).

La Sociedad Británica del Tórax, actualmente consideró condiciones de mayor gravedad y por lo tanto de mayor riesgo relacionado con la mortalidad, tales como taquipnea, hipotensión diastólica e incremento de la urea nitrogenada plasmática. El tener 2 o más de estos parámetros aumenta 21 veces el riesgo de muerte. Actualmente, considera 5 factores de riesgo según el score del CURB-65: confusión mental, urea nitrogenada en sangre >42mg/dL, frecuencia respiratoria > o igual a 30 x minuto, presión sanguínea: tensión arterial sistólica < 90 mmHg o tensión arterial diastólica < o igual a 60 mmHg, edad > o igual a 65 años. Con una puntuación de 0-1 se da tratamiento ambulatorio, con una mortalidad de 0.7 a 2.1%, 2 puntos se interna en piso, con una mortalidad del 9.2%, 3 a 5 puntos se interna en la unidad de cuidados intensivos, con una mortalidad entre el 14.5 al 57% (López y Zitto, 2010).

4.1.10 Tratamiento. El tratamiento antibiótico apropiado reduce la duración de la sintomatología asociada a la neumonía, el riesgo de complicaciones y la mortalidad. Los pacientes con neumonía comunitaria se han agrupado en cuatro categorías de riesgo: Grupo 1: Pacientes menores de 65 años sin comorbilidades. Grupo 2: pacientes mayores de 65 años o con comorbilidades de manejo ambulatorio. Grupo 3: Pacientes hospitalizados en la sala de cuidados generales que tienen criterio de gravedad moderada. Grupo 4: Pacientes con neumonía adquirida en la comunidad, grave que deben ser manejados en la Unidad de Cuidados Intensivos (Díaz, F.A., Labarca, L.J., Pérez, C.C., Ruiz, C.M., y Wolff R.M., 2010).

Tratamiento antimicrobiano específico según agente causal de la neumonía comunitaria.
Streptococcus pneumoniae.- Amoxicilina 750-1.000 mg cada 8 h oral, Eritromicina 500 mg cada 6 h oral o iv, Claritromicina 500 mg cada 12 h oral, Cefuroxima 500 mg cada 12 h

oral o 750 mg cada 8 h iv, Ceftriaxona 1-2 g/día iv o Cefotaxima 1 g cada 8 h iv. Duración del tratamiento: 7-10 días. *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae*: Eritromicina 500 mg cada 6 h oral o iv, Claritromicina 500 mg cada 12 h oral, Tetraciclina 500 mg cada 6 h oral, Azitromicina 500 mg/día oral. Duración del tratamiento: 14 días (excepto con Azitromicina que se recomiendan 5 días). *Legionella saprófita*: Claritromicina 500 mg cada 12 h oral, Levofloxacin 500 mg cada 12 h oral o 1.000 mg/día iv, Moxifloxacin 400 mg/día oral o iv o Gatifloxacin 400 mg/día oral, asociado a Rifampicina 600 mg cada 12 h oral. Duración del tratamiento: 14-21 días. *H. influenzae* no productor de betalactamasa: Amoxicilina 750-1.000 mg cada 8 h oral. *H. influenzae* productor de betalactamasa: Amoxicilina-ácido clavulánico 500/125 mg cada 8 h o 875/125 mg cada 12 h oral, Cefuroxima 750 mg cada 8 h iv o 500 mg cada 12 h oral, Ceftriaxona 1-2 g/día iv o Cefotaxima 1 g cada 8 h iv. Duración del tratamiento: 10-14 días. Bacilos Gram negativos entéricos: Cefotaxima 1-2 g cada 8 h iv o Ceftriaxona 1-2 g/día iv. Duración del tratamiento: 14-21 días. *Pseudomonas aeruginosa*: Ceftazidima 2 g cada 8 h iv o Piperacilina/Tazobactam 4,5 g cada 8 h iv, asociado a Ciprofloxacina 500-750 mg cada 12 h oral o iv. Duración del tratamiento: 14-21 días. *Staphylococcus aureus* meticilina sensible: Cloxacilina 500-1.000 mg cada 6 h oral o iv. *Staphylococcus aureus* meticilina resistente: Vancomicina 1 g cada 12 h iv. Duración del tratamiento: 14-21 días (Saldías y Pérez, 2011).

Criterios de estabilidad clínica para decidir el cambio del antibiótico a la vía oral:

1. Signos vitales estables durante 24 h: frecuencia cardíaca 100 lat/min, presión arterial sistólica mayor de 90 mmHg, frecuencia respiratoria 24 resp/min, temperatura <37,8°C.
2. Mejoría significativa y/o resolución de los síntomas respiratorios.
3. Ausencia o disminución de los requerimientos de oxígeno.
4. Estado mental normal.
5. Tubo digestivo funcionando o capaz de ingerir el antibiótico vía oral.

Criterios de estabilidad clínica para

decidir el alta hospitalaria: 1. Haber cumplido los criterios de cambio a la vía oral. 2. SaO₂ mayor del 90% respirando aire ambiente. 3. Las comorbilidades deben estar compensadas. 4. Ausencia de factores psicosociales que contraindiquen el manejo ambulatorio. Antibióticos prescritos en el cambio a la vía oral: Amoxicilina-ácido clavulánico 500/125 mg cada 8 h o 875/125 mg cada 12 h. Cefuroxima 500 mg cada 12 h. Claritromicina 500 mg cada 12 h. Levofloxacina 500 mg/día. Falla clínica o fracaso de tratamiento. Se define la falla clínica o falta de respuesta al tratamiento empírico cuando los pacientes con neumonía, luego de 72 h de tratamiento antibiótico, no presentan mejoría significativa de los síntomas respiratorios, persisten con fiebre ($t^{\circ} >38^{\circ}\text{C}$), presentan deterioro progresivo del intercambio gaseoso con necesidad de ventilación mecánica, desarrollan shock o sepsis grave, o presentan progresión rápida de los infiltrados pulmonares en la radiografía de tórax. Cuando el paciente evoluciona mal y se cumplen los criterios de falla clínica, se recomienda la búsqueda sistemática de las posibles causas y ampliar la cobertura antibiótica, ya que en esta categoría aumenta significativamente el riesgo de complicaciones y muerte (Díaz et al., 2010).

4.1.11 Diagnóstico diferencial. En el diagnóstico diferencial hay que incluir a la tuberculosis, embolia pulmonar, insuficiencia cardíaca, atelectasia pulmonar, daño pulmonar por fármacos y radioterapia, neumonitis por hipersensibilidad, sarcoidosis, neumonía eosinofílica, neoplasias, bronquitis aguda, exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, exacerbación del asma, pleuritis, edema pulmonar. Los hallazgos radiológicos son inespecíficos, por tanto el diagnóstico de la neumonía adquirida en la comunidad debe estar sustentado por un cuadro clínico compatible y la exclusión de otras patologías con imágenes radiológicas similares (Aliste, C., 2010).

4.1.12 Factores pronósticos en la neumonía adquirida en la comunidad. Para facilitar el manejo de los factores pronósticos en neumonía, es conveniente agruparlos en distintas

categorías: variables sociodemográficas (edad, lugar de procedencia, factores sociales), historia clínica (presencia de comorbilidad, estado mental alterado, fiebre, tos, disnea, escalofríos, dolor torácico), examen físico (hipotensión arterial, taquipnea, hipotermia, hipertermia, confusión mental), radiografía de tórax (infiltrados radiográficos multilobares o bilaterales, presencia de cavitación o efusión pleural), exámenes de laboratorio (hipoxemia, hipercapnia, nitrógeno ureico elevado, anemia, leucopenia, leucocitosis, glicemia elevada) y microbiológicos (hemocultivos positivos, infección pulmonar por bacilos gramnegativos entéricos o *S. aureus*). (Saldías y Pavié 2013)

Edad: Varios estudios han demostrado la asociación entre la edad avanzada y el riesgo de muerte en el hospital. Comorbilidad: La presencia de cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad cerebrovascular con secuela motora o deterioro psicoorgánico severo, diabetes mellitus, enfermedad respiratoria crónica (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, bronquiectasias), cáncer, insuficiencia renal crónica, alcoholismo y enfermedad hepática crónica son factores predictores de mortalidad en neumonía del adulto. Frecuencia respiratoria: Sin considerar la edad del enfermo, la presencia de taquipnea constituye uno de los indicadores más confiables de gravedad de la neumonía en los análisis univariados y multivariados. Estado mental: El estado mental alterado ha sido identificado como un factor de riesgo independiente de muerte en varios estudios. A pesar de esto, el compromiso de conciencia cuantitativo y/o cualitativo constituye un excelente predictor pronóstico en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad. Presión arterial: La hipotensión arterial sistólica < 90 mmHg o diastólica < 60 mmHg y la presencia de shock séptico en la admisión al hospital constituyen factores independientes de mal pronóstico en el análisis multivariado de varios estudios. Oxigenación: La hipoxemia y la administración de oxígeno con una FiO_2 mayor de 0,5 para mantener una adecuada oxigenación tisular son indicadores de mal pronóstico. La

insuficiencia respiratoria aguda grave y la necesidad de ventilación mecánica en la admisión a la unidad de cuidados intensivos o durante la evolución también son factores predictores de mortalidad. Radiografía de tórax: Los infiltrados radiográficos bilaterales, el compromiso de más de dos lóbulos pulmonares, la presencia de cavitación y derrame pleural constituyen factores de mal pronóstico. En el hospital y la unidad de cuidados intensivos, la rápida progresión de los infiltrados radiográficos está asociada a mayor riesgo de complicaciones y muerte. Leucocitos: La presencia de leucopenia (menos de 4.000 leucocitos/mm³) o leucocitosis (mayor de 20.000 leucocitos/mm³) en la admisión al hospital se han asociado a mortalidad elevada en el análisis univariado. Función renal: El nitrógeno ureico elevado en la admisión al hospital ha sido descrito como un factor de mal pronóstico en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad en los análisis univariados y multivariados, probablemente reflejando el deterioro de la perfusión tisular. Microbiología: La neumonía bacteriémica con hemocultivos positivos tiene dos a tres veces mayor riesgo de muerte. La neumonía ocasionada por bacilos gramnegativos entéricos, *Staphylococcus aureus* y *Pseudomonas aeruginosa* suelen tener complicaciones durante la evolución y mayor letalidad. La infección pulmonar por *Legionella* saprofítica, es causa frecuente de neumonía grave y hospitalización en la unidad de cuidados intensivos (Saldías y Pavié 2013).

4.2 ADULTOS MAYORES

4.2.1 Definición. Un adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. Porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando (OMS, 2013).

Según la organización mundial de la salud, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90

se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad. (OMS, 2013)

4.2.2 Comorbilidades asociadas al adulto mayor. Con los años, se producen numerosos cambios fisiológicos fundamentales, y aumenta el riesgo de enfermedades crónicas. Después de los 60 años, las grandes cargas de la discapacidad y la muerte sobrevienen debido a la pérdida de audición, cataratas, osteoartritis, visión y movilidad relacionada con la edad y a las enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías, diabetes, los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer, depresión y la demencia. Es más, a medida que se envejece aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo (OMS, 2013).

La vejez se caracteriza también por la aparición de varios estados de salud complejos que suelen presentarse solo en las últimas etapas de la vida y que no se enmarcan en categorías de morbilidad específicas. Esos estados de salud se denominan normalmente síndromes geriátricos. Por lo general son consecuencia de múltiples factores subyacentes que incluyen, entre otros, los siguientes: fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, estados delirantes y úlceras por presión. (OMS, 2013)

4.2.3 Calidad de vida. El envejecer es fisiológicamente como un progresivo declive en las funciones orgánicas y psicológicas como una pérdida de las capacidades sensoriales y cognitivas. Estas pérdidas son diferentes para cada individuo. Por lo tanto las personas de la tercera edad requieren de mayor atención médica porque son más vulnerables a enfermedades. A continuación se describen ocho áreas importantes para determinar la calidad de vida en el adulto mayor.

La vida intelectual: Es lo que nos diferencia de los demás seres vivos ya que tenemos la capacidad de pensar, de formular conceptos y juicios y comunicarlos a través del lenguaje.

La vida emocional: es un estado de ánimo caracterizado por una emoción orgánica

consiguiente a impresiones de los sentidos, ideas o recuerdos. La vida física: influye un estado de bienestar físico, psíquico y social; para la conservación de un cuerpo saludable se identifican cuatro factores como alimentación, ejercicio, descanso, y evitar el estrés. Vida familiar: se considera a la familia como un grupo constituido por el padre, la madre y los hijos, ya que son partes esenciales para la calidad de vida familiar. Vida social: es la interacción que los seres humanos tenemos con otros seres humanos. Vida económica. Vida laboral la cual está delimitada. Vida espiritual: búsqueda de sentido de vida, de razón de ser (OMS, 2013).

4.3 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

Loja es una provincia meridional de la República del Ecuador ubicada en el sur de la Sierra ecuatoriana, limitada con las provincias de El Oro al oeste; con la provincia de Zamora Chinchipe al este; con la provincia del Azuay al norte; y al sur con la República del Perú, Su capital es la ciudad de Loja donde viven unos 200.000 habitantes. Tiene una superficie de 11.026 km². Con una temperatura media del aire de 16 °C. El Hospital Isidro Ayora de Loja es un hospital de segundo nivel con una cobertura que abarca la ciudad y provincia de Loja, toda la provincia de Zamora Chinchipe y la parte alta de la provincia del Oro. El Hospital Provincial General "Isidro Ayora" está ubicado en la parte céntrica de la ciudad de Loja, sus límites son: Al Norte con la Calle Manuel Monteros Valdivieso, Sur con la calle Juan José Samaniego, Este con la avenida Manuel Agustín Aguirre; y al Oeste con el Túnel de los Ahorcados. Esta Entidad de salud cuenta con 5 pisos: Planta baja (comedor, lavandería, mantenimiento, anfiteatro); Primer piso (Farmacia, Central telefónica, Área administrativa, consulta externa, departamento de diagnóstico, emergencia, estadística, fisioterapia, imprenta, biblioteca); Segundo piso (Gineco obstetricia, Centro Obstétrico, Neonatología, Patología); Tercer piso (Centro quirúrgico, Central de

esterilización, Cirugía, Unidad de cuidados intensivos, Unidad de quemados, Unidad de Hemodiálisis, Área Jurídica); Cuarto piso (Clínica, Pediatría) y Quinto piso (vacío).

5. METODOLOGÍA

5.1 Tipo de estudio

El presente trabajo investigativo es de tipo cuantitativo y transversal que se realizó en el período comprendido entre mayo-octubre del 2015. Es cuantitativo porque se contó los casos de neumonía y transversal porque se realizó en el período comprendido entre mayo-octubre del 2015.

5.2 Área de estudio

El presente trabajo investigativo, se desarrolló en el área de clínica del HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LOJA.

Universo

Son 115 pacientes hospitalizados en el área de clínica del hospital Isidro Ayora de Loja, durante el período comprendido entre mayo-octubre del 2015.

5.3 Criterios

5.3.1 Criterios de inclusión

- Pacientes que hayan sido hospitalizados en el servicio de clínica.
- Pacientes que tengan 60 años o más.

5.3.2 Criterios de exclusión

- Pacientes inmunodeprimidos.
- Pacientes menores de 60 años.

5.4 Técnica

Revisión de las historias clínicas, en la cual se recolectan datos generales, diagnóstico, factores causantes de la neumonía y días de estadía hospitalaria.

5.5 Instrumento

Formulario de recolección de la información.

5.6 Procedimiento

En primera instancia se validó el formulario en el servicio de clínica del hospital del seguro, luego de las gestiones realizadas en el hospital Isidro Ayora de Loja, se procedió a revisar las historias clínicas de los pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el servicio de clínica en el período comprendido entre mayo-octubre del 2015. Los datos encontrados se los registró en el formulario correspondiente.

La tabulación y análisis de los datos se los realizó en el paquete estadístico de Excel. Los resultados obtenidos se presentarán en cuadros y figuras.

6. RESULTADOS

6.1 Resultados Para el Primer Objetivo: Determinar la incidencia de la neumonía adquirida en la comunidad, en los pacientes adultos mayores de 60 años atendidos en el área de clínica del hospital Isidro Ayora de Loja.

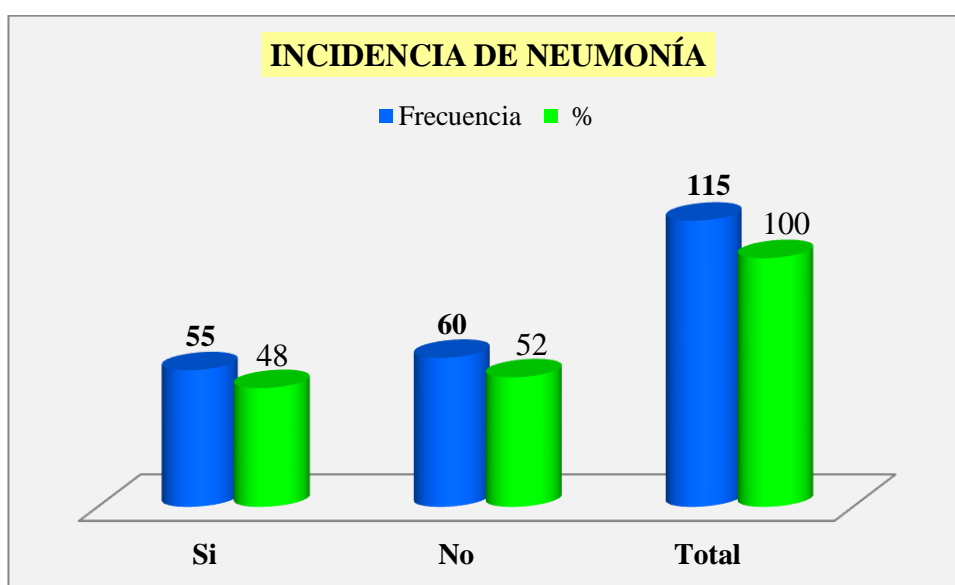
Cuadro 1. Incidencia de neumonía adquirida en la comunidad.

Neumonía	Frecuencia	%
Si	55	48
No	60	52
Total	115	100

Fuente: Historias clínicas.

Elaborado: Carina Piedad Quezada Rueda.

Figura 1. Incidencia de neumonía adquirida en la comunidad.



Fuente: Historias clínicas.

Elaborado: Carina Piedad Quezada Rueda.

De los pacientes mayores de 60 años, ingresados al servicio de clínica del hospital Isidro Ayora se encontró una incidencia de neumonía del 48%, que corresponde a 55 pacientes.

6.2 Resultados Para el Segundo Objetivo: Identificar los principales factores de riesgo que influyen en la neumonía adquirida en la comunidad en los pacientes adultos mayores de 60 años.

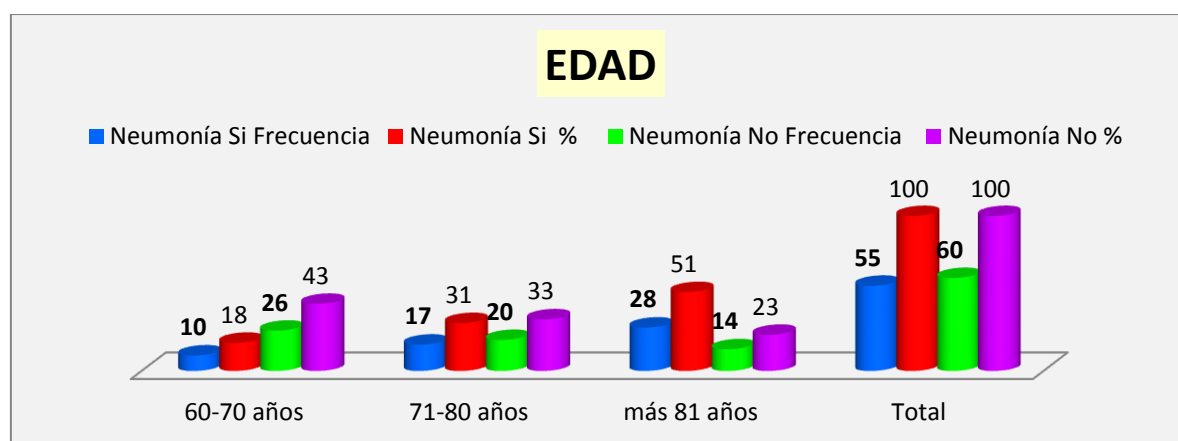
Cuadro 2. Edad.

Edad	Neumonía			
	Si		No	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
60-70 años	10	18	26	43
71-80 años	17	31	20	33
más 81 años	28	51	14	23
Total	55	100	60	100

Fuente: Historias clínicas.

Elaborado: Carina Piedad Quezada Rueda.

Figura 2. Edad.



Fuente: Historias clínicas.

Elaborado: Carina Piedad Quezada Rueda.

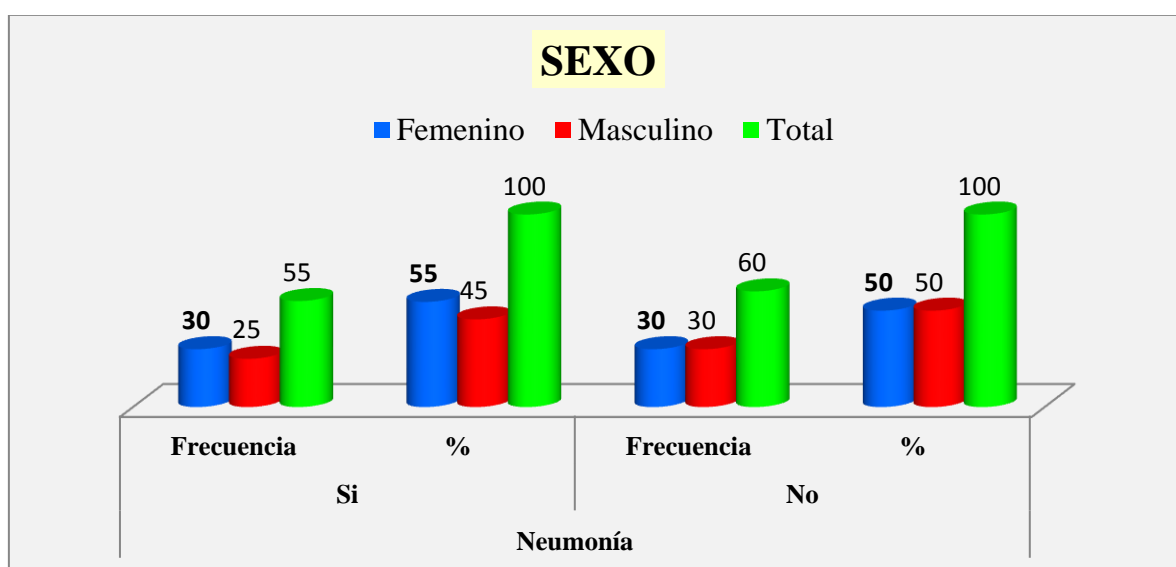
De los 115 pacientes, encontramos que el grupo de edad afectado por neumonía fue principalmente, el grupo de más de 81 años con un 51%, que corresponde a 28 pacientes; mientras que los que no presentaron neumonía fueron principalmente el grupo de edad entre 60-70 años con un 43% que corresponde a 26 pacientes.

Cuadro 3. Sexo.

Sexo	Neumonía			
	Si		No	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Femenino	30	55	30	50
Masculino	25	45	30	50
Total	55	100	60	100

Fuente: Historias clínicas.

Elaborado: Carina Piedad Quezada Rueda.

Figura 3. Sexo.

Fuente: Historias clínicas.

Elaborado: Carina Piedad Quezada Rueda.

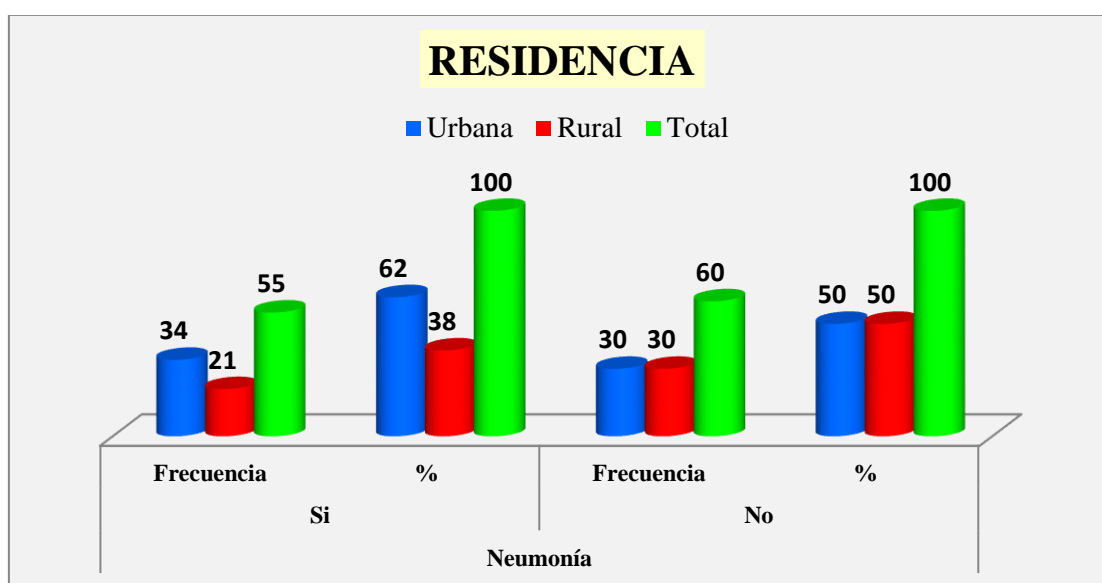
De los 115 pacientes, encontramos que el sexo afectado por neumonía fue principalmente el femenino con un 55% que corresponde a 30 pacientes, y en su minoría para el masculino con un 45% que corresponde a 25 pacientes, existiendo una diferencia mínima entre los dos sexos; mientras que los que no presentaron neumonía fueron tanto para el sexo femenino como masculino existiendo una igualdad con un 100% que corresponde a 60 pacientes.

Cuadro 4. Residencia.

Residencia	Neumonía			
	Si		No	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Urbana	34	62	30	50
Rural	21	38	30	50
Total	55	100	60	100

Fuente: Historias clínicas.

Elaborado: Carina Piedad Quezada Rueda.

Figura 4. Residencia.

Fuente: Historias clínicas.

Elaborado: Carina Piedad Quezada Rueda.

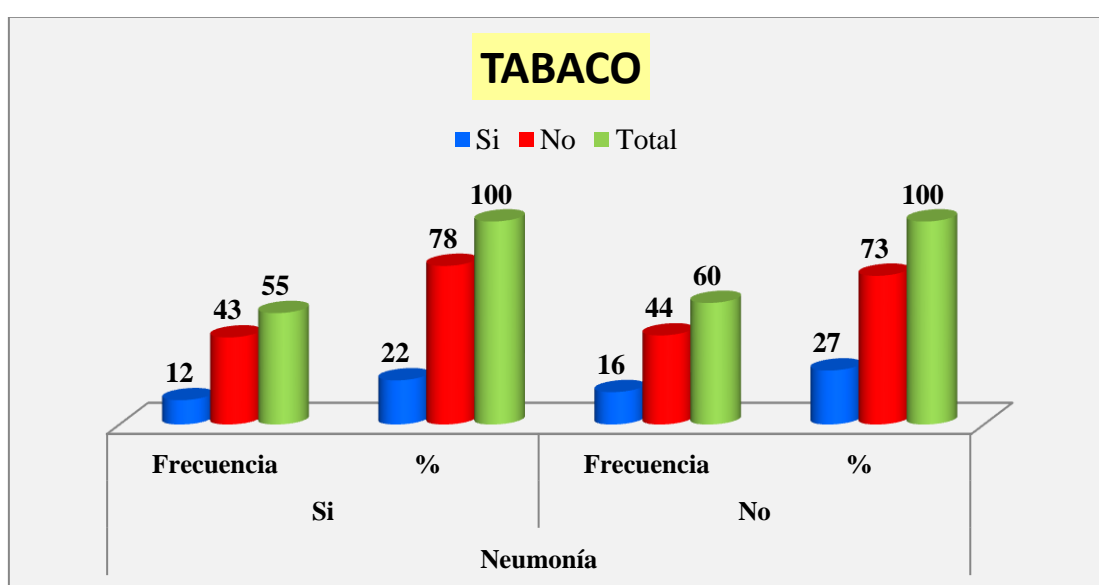
De los 115 pacientes, encontramos que principalmente la residencia afectada por neumonía fue la urbana con un 62% que corresponde a 34 pacientes, y en su minoría para la rural con un 38% que corresponde a 21 pacientes, existiendo una gran diferencia entre las dos residencias; mientras que los que no presentaron neumonía fueron tanto para la residencia urbana como rural existiendo una igualdad con un 100% que corresponde a 60 pacientes.

Cuadro 5. Tabaquismo.

Tabaco	Neumonía			
	Si		No	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	12	22	16	27
No	43	78	44	73
Total	55	100	60	100

Fuente: Historias clínicas.

Elaborado: Carina Piedad Quezada Rueda.

Figura 5. Tabaco.

Fuente: Historias clínicas.

Elaborado: Carina Piedad Quezada Rueda.

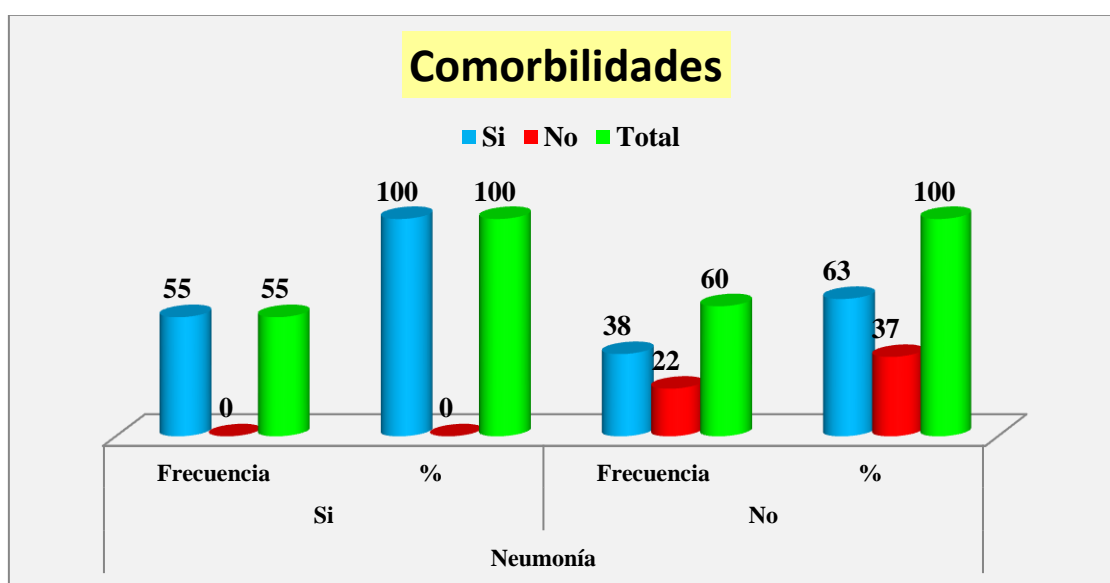
De los 115 pacientes, encontramos que la neumonía se presentó principalmente en pacientes que no fuman con un 78% que corresponde a 43 pacientes, y en su minoría para los que si fuman con un 22% que corresponde a 12 pacientes, existiendo una gran diferencia entre los dos; mientras que de los que no presentaron neumonía, el 27% fuman que corresponde a 16 pacientes y el 73% no fuman que corresponde a 44 pacientes.

Cuadro 6. Comorbilidades.

Comorbilidades	Neumonía			
	Si		No	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	55	100	38	63
No	0	0	22	37
Total	55	100	60	100

Fuente: Historias clínicas.

Elaborado: Carina Piedad Quezada Rueda.

Figura 6. Comorbilidades.

Fuente: Historias clínicas.

Elaborado: Carina Piedad Quezada Rueda.

De los 115 pacientes, encontramos que la neumonía se presentó principalmente en pacientes con comorbilidad con un 100% que corresponde a 55 pacientes; mientras que de los que no presentaron neumonía, el 63% presentaron comorbilidad que corresponde a 38 pacientes y el 37% no presentan comorbilidad que corresponde a 22 pacientes.

6.3 Resultados Para el Tercer Objetivo: Relacionar la estadía hospitalaria del paciente con el factor de riesgo que presentó.

Cuadro 7. Relación de la estadía hospitalaria con los factores de riesgo.

Factores de riesgo	Estadía Hospitalaria			
	1-5 días		más de 10 días	
	Casos	%	Casos	%
Edad				
60-70 años	7	25	3	12
71-80 años	5	18	12	44
más 81 años	16	57	12	44
Sexo				
Femenino	19	68	11	41
Masculino	9	32	16	59
Residencia				
Urbana	18	64	16	59
Rural	10	36	11	41
Tabaquismo				
si	4	14	8	30
No	24	86	19	70
Comorbilidades				
si	28	51	27	49
No	0	0	0	0

Fuente: Historias Clínicas

Elaborado: Carina Quezada Rueda.

De los 55 pacientes mayores de 60 años ingresados al servicio de clínica con diagnóstico de neumonía, al establecer la relación entre el período de estadía hospitalaria con los factores asociados a la neumonía se evidencia que en su mayoría estuvieron hospitalizados por 1-5 días que corresponden a la edad de más de 81 años con un 57%, el sexo femenino con un 68%, la residencia urbana con un 64%, los que no fuman con un 86%, y finalmente los que presentaron comorbilidad con un 51%.

7. DISCUSIÓN

Dentro de las enfermedades infectocontagiosas, la neumonía adquirida en la comunidad es una patología potencialmente grave, considerada a nivel mundial como la principal causa de morbilidad y mortalidad en ancianos y en pacientes con significativa comorbilidad asociada, siendo muy frecuente su ingreso al hospital, con repercusión en lo social, laboral y un alto costo en la atención de salud. Actualmente es considerada como un verdadero problema de salud pública.

Además las enfermedades respiratorias son una de las doce principales causas de defunción, ubicándose en el lugar once con 3.029 casos por neumonía e influenza según el Instituto Nacional de Estadística y Censo del Ecuador en el 2007 (González, 2011). Por lo que el objetivo de la presente investigación es determinar la incidencia y los principales factores de riesgo asociados al desarrollo de Neumonía Adquirida en la comunidad en los pacientes adultos mayores de 60 años hospitalizados en el hospital Isidro Ayora.

En este estudio, se encontró que la incidencia en pacientes mayores de 60 años, hospitalizados en el área de clínica del hospital Isidro Ayora fue de 55 casos nuevos de neumonía con un 48%.

Según este estudio (Díaz, P. G., Musacchio, H., 2010), se registran mundialmente una incidencia anual de 5 a 11 casos por cada 1.000 adultos, con tasas todavía más altas en los extremos de la vida (1- 4). En otro estudio realizado por (Reyes et al.,2011) también mencionó que tanto las tasas de mortalidad como la de incidencia se incrementan con la edad, de manera que pueden ser hasta de 40 % en los mayores de 60 años, como se informa en un trabajo multicéntrico realizado en España. Por lo que se relaciona con los resultados encontrados en este estudio.

En cuanto a este estudio de 115 pacientes, se encontró 55 pacientes con neumonía y 60 pacientes que no presentaron esta patología, por lo que, los principales factores de riesgo de los 55 pacientes que presentaron neumonía, se encontraron principalmente a la edad de

más de 81 años con un 51%, el sexo femenino con un 55%, la residencia urbana con un 62%, los que no fuman con un 78% y los que presentaron comorbilidad con un 100%. Relacionándose con otros estudios, publicados por (Delgado y Tahbub, 2010) donde se encontró que los resultados obtenidos de los datos de filiación de los pacientes nos refleja que se incluyeron 276 pacientes de los cuales fueron: 122 hombres (44.20%) y 154 mujeres (55.79%) con una tasa de incidencia de 4.42 % por cada 100 pacientes ingresados, mostrándonos que más se presentó en mujeres que en varones pero la diferencia es mínima entre los dos. Además menciona que entre los factores de riesgo está: Tabaco 138 pacientes (52.53%) y Consumo de Alcohol 194 pacientes (70.28). Entre los antecedentes personales: Hipertensión Arterial 74 pacientes (26.81%), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica 47 pacientes (17.03%), Asma Bronquial 38 pacientes (13.77%), Diabetes Mellitus II 36 pacientes (13.04%), Tuberculosis Pulmonar 17 pacientes (6.16%), cardiopatía isquémica 14 paciente (5.07%), Insuficiencia Renal Crónica 9 pacientes (3.26%), Accidente Cerebro Vascular 9 pacientes (3.26%) y Epilepsia 2 pacientes (0.72%).

Los factores de riesgo asociados a la neumonía varían por lo que en otro estudio realizado por (Moore, et al., 2011), menciona que en un estudio comunitario finlandés, que incluyó 4.175 adultos mayores de 60 años, se identificaron los siguientes factores de riesgo de adquisición de neumonía: alcoholismo (9,0%), asma bronquial (4,2%), inmunosupresión (3,1%), enfermedad pulmonar crónica (3,0%), cardiopatías (1,9%), institucionalización (1,8%) y edad avanzada (70 años en 1,5 %). Varios estudios han destacado la importancia de la edad, presencia de enfermedades crónicas como factores de riesgo independiente de adquirir una infección pulmonar. Además (Valdivia C., 2012) menciona que el tabaco constituye un factor de riesgo independiente en un 60%, por lo que la fuerte asociación entre tabaquismo y neumonía, junto a la elevada prevalencia del hábito en la población, aumentan el riesgo de neumonía.

En este estudio encontramos que la relación de la estada hospitalaria con el factor de riesgo que presentó tenemos que los días de hospitalización se relacionan con la edad con un 57% que corresponden a los que tienen más de 81 años, el sexo femenino con el 68%, la residencia urbana con un 64%, los que no fuman con un 86%, y los que presentaron comorbilidad con un 51%, siendo principalmente hospitalizados en su mayoría por un período de tiempo de 1-5 días con un mayor porcentaje. Según (Díaz, P. G., Musacchio, H., 2010) menciona que sobre un total de 405 historias clínicas, se analizaron 322 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Las características demográficas y las comorbilidades correspondieron al 60% de los grupos junto con los datos correspondientes a su análisis estadístico. La duración de la internación fue en promedio de 7,7 días ($\pm 5,6$). Los pacientes recibieron tratamiento antibiótico parenteral durante una media de 5,5 días ($\pm 4,5$) y 40 pacientes (12,4%) requirieron internación en cuidados intensivos. Mientras que (Delgado y Tahbub, 2010) dice que el promedio observado de días de hospitalización fue de aproximadamente 7 - 8 y 9 días durante el año 2007, 2008 y 2009 respectivamente. Por otro lado la mayoría de estos pacientes tuvieron una estadía hospitalaria total de 6 y 8 días durante los mismos años.

8. CONCLUSIONES

.Se concluye que la incidencia en los pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el área de clínica del hospital Isidro Ayora, es del 48% que corresponde a 55 casos nuevos de neumonía.

.Entre los principales factores de riesgo asociados a la neumonía, encontramos la edad de más de 81 años con un 51%, siendo afectado el sexo femenino con un 55%, los que provienen de una residencia urbana con un 62 %, los que no fuman 78%, y los que presentaron comorbilidad asociada con un 100%.

.La relación de la estadía hospitalaria con los factores asociados en pacientes con neumonía, se evidencia que en su mayoría estuvieron hospitalizados por 1-5 días relacionándose con la edad de más de 81 años con un 57%, el sexo femenino con un 68%, la residencia urbana con un 64%, los que no fuman con un 86%, y finalmente los que presentaron comorbilidad con un 51%.

9. RECOMENDACIONES

- ✓ Realizar chequeos médicos continuos, principalmente los pacientes que presentan factores de riesgo, para de esta manera evitar que aumente la incidencia.
- ✓ Identificar clínicamente las comorbilidades asociadas a la neumonía adquirida en la comunidad.
- ✓ Ante la sospecha clínica de neumonía, iniciar tempranamente la terapia antibiótica.

10. BIBLIOGRAFÍA

Álvarez-Sala Walther, J. L., Villena Garrido, V., Rodríguez Hermosa, J.L., Rodríguez de Castro, F., Pere Casan, C. (2010 Octubre). *NEUMOLOGIA CLÍNICA*. 3era edición. Editorial medica panamericana.

Aguilar Escrivá a. (2009). *Estudio de la neumonía adquirida en la comunidad en el hospital de la ribera, adecuación de la guía clínica y validación de índices pronóstico*.

Tesis Doctoral. Obtenido de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10038/aaguilar.pdf?sequence=1>

Álvarez Gutiérrez, F. J., Díaz Baquero, A., Medina Gallardo, J. F. y Romero Falcón, A. (2010). *Neumonías adquiridas en la comunidad*.

Arancibia F., y Díaz O. (2011). *Neumonía grave del adulto adquirida en la comunidad*. Revista chilena de infectología. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182005000400007&script=sci_arttext.

Dr. ALISTE, C., V.H. (2010). *Neumonía del adulto adquirida en la comunidad*. Obtenido http://www.clinicalascondes.com/area-academica/pdf/MED_18_2/3-neumonia_del_adulto.pdf.

DR. BAUTISTA JIMENEZ, R., J. (2014). *Frecuencia de factores de riesgo de neumonía adquirida en la comunidad en adultos mayores en un hospital de segundo nivel*. Instituto mexicano del seguro social. Delegación Veracruz sur. Hospital general regional no. 1. “Lic. Ignacio Garcia Tellez”. Orizaba Veracruz. Obtenido de <http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Protocolo-Ruben.pdf>

Carreño Rodríguez V., Noblecilla Grunauer H. (2015). *Determinación de la prevalencia, etiología y factores de riesgo para neumonía adquirida en la comunidad, mediante exámenes clínico, laboratorial e imagenológico en pacientes adultos mayores. hospital homero castanier. 2013 - 2014*. Tesis de Grado presentado como requisito parcial

para optar por el título de Especialista en Geriátría Clínica. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4729/1/T-UCE-0006-130.pdf>

Díaz F., A., Labarca L., J., Pérez C., C., Ruiz C., M., y Wolff R., M. (2010). *Tratamiento de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad*. Revista chilena de enfermedades respiratorias. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071773482005000200008&script=sci_arttext&tlng=en

Díaz A, Calvo M, Obrien A, Farías G, Mardonez J, Saldías F. (2011). *Utilidad clínica de los hemocultivos en pacientes hospitalizados por neumonía adquirida en la comunidad*. Revista Médica de Chile; 130: 993-1000.

Díaz Parodi, G.I., Musacchio, H.M. (2010). *Evaluación de predictores clínicos de bacteriemia en adultos hospitalizados por neumonía adquirida en la comunidad*. Revista Panamericana de Salud Pública. Obtenido de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011000600002

Delgado, R.F y Tahbub, K.S. (2010). *Incidencia de la Neumonía Adquirida en la Comunidad en el Hospital Militar H.D II "Libertad"*. Obtenido de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/574/1/T-UCSG-PRE-MED-29.pdf>

Díez, J.M., Álvarez-Sala, J., L. (2013). Factores pronósticos en la neumonía adquirida en la comunidad. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872006001200013.

García Passigli, A. (2010). *TRATADO DE NEUMOLOGÍA*. 1era edición. Editorial medica panamericana.

González Juárez, F., Suárez Núñez, J., F. (2008). *Diagnóstico y tratamiento en neumología*. Editor, El Manual Moderno.

Gutiérrez-Rodríguez, R., Soto-Arquiñigo, L. (2013). *Manejo y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad.*

Guzzi, L., Lopardo, G., Espinola, L., Cecilia Niccodemi, M., Barcelona, L., Ramírez, J. y grupo CAPO. (2013). *Mortalidad en pacientes con neumonía provenientes de geriátrico: estudio caso-control.*

González, M. (2011). *Neumonía: Principal Causa de Morbilidad en el Ecuador.* Revista de análisis. Obtenido de <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis8.pdf>.

López, H., Zitto, T. (2010). *Neumonía adquirida en la comunidad en pacientes adultos.* Revista médica de infectología.

Menéndez, R., Torres, A., Aspa, J., Capelastegui, A., Prat, C., y Rodríguez de Castro, F. (2010). *Neumonía adquirida en la comunidad.* Arch Bronconeumol. Nueva normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica; 46:543-58 - Vol. 46 Núm.10 DOI: 10.1016/j.arbres.2010.06.014.

Moreno, B., R., y Riquelme, O., R. (2012). *Etiología de la neumonía adquirida en la comunidad en el adulto inmunocompetente.* Revista chilena de infectología. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071610182005000400003&script=sci_arttext.

Moore, P., Ortega, J., P., Saldías, F., Oyarzún, M., A. (2011). *Manejo de la neumonía comunitaria del adulto mayor en el ámbito ambulatorio.* Rev Méd Chile; 134: 1568-1575.

Organización mundial de la salud. (2013). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.* Obtenido de http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf

Dr. Reyes Salazar, I., S., Dra. Venzant Massó, M., Dra. García Céspedes, M., E. y Dr. Miro Rodríguez, J. (2011). *Actualización del diagnóstico de la neumonía adquirida en la comunidad.* Artículo de revisión. Obtenido de http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol15_7_11/san12711.pdf.

Dra. Rodríguez Martínez, Z., R., Dra. Hernández Piard, M. (2012). *Neumonía adquirida en la comunidad: caracterización clínico-epidemiológica*.

Smith, E., Hricik, J. (2012 Agosto). *Manual de neumología clínica*. 3era edición. Editorial medica panamericana.

Shifren, A. (2014). *Manual Washington de Especialidades Clínicas. Neumología*. 1era edición. Editorial Lippincott Williams & Wilkins.

Saldías P, F., Pérez C., C. (2011). *Manejo de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad*. Rev Méd Chile; 133: 953-967. Obtenido de <http://scielo-test.scielo.cl/pdf/rmc/v133n8/art13.pdf>.

Saldías, P.F., y Pavié, G.J. (2013). *Evaluación de la gravedad en la neumonía del adulto adquirida en la comunidad*. Rev. chil. Infectol. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182005000400006&script=sci_arttext

Saldías P. F., Díaz P.O. (2014), *Evaluación y manejo de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad*. Rev. med. clin. Condes. Obtenido de https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/3%20abril/17-Dr.Saldias.pdf

Valdivia C., G., (2012). *Epidemiología de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad*. Rev Chil Infect; 22 (Supl 1): S11-S17. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182005000400002.

11. ANEXOS
ANEXO I

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

Para realizar el formato de esta encuesta se tomó como referencia un estudio sobre Frecuencia y Factores de riesgo de la NAC en el adulto mayor, realizado por el DR. Rubén Jesús Bautista Jiménez en el año 2014.

Factores de riesgo asociados al desarrollo de la neumonía adquirida en la comunidad en adultos mayores de 60 años en el hospital Isidro Ayora de Loja, en el período comprendido entre mayo – octubre del 2015.

Datos generales:

Apellidos y nombres:..... CI:.....

Historia clínica #

Diagnóstico de ingreso.....

Factores de riesgo:

1.- Edad:.....años

2.- Sexo:

Femenino

Masculino

3.- Residencia:

Urbana

Rural

4.- Usted fuma cigarrillo.

Si

No

4.1.- Con qué frecuencia fuma

Todos los días

1 vez a la semana

1 vez al mes

De vez en cuando

4.2.- Que cantidad de cigarrillos fuma.

1-5 cigarrillos

Media cajetilla

Una cajetilla

5.- Usted tiene alguna de las siguientes enfermedades crónicas como:

Diabetes mellitus Si No

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) Si No

Cardiopatías Si No

Insuficiencia renal Si No

Malnutrición Si No

Neoplasias Si No

Enfermedades neurológicas Si No

5.1.- Desde hace que tiempo presenta las enfermedades.

1-5 años

6-10 años

11-15 años

Más de 16 años

6.- Fecha de ingreso hospitalario

Día-----mes-----año-----

7.- Fecha de egreso hospitalario

Día-----mes-----año-----

8.- Días de estada hospitalaria.1-5 días 6-10 días 11-15 días Más 16 días

ANEXO II
LUGAR DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO



ANEXO III

APROBACIÓN DEL TEMA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM NRO. 0578 CCM-ASH-UNL

PARA: Srta. Carina Piedad Quezada Rueda
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dr. Patricio Aguirre Aguirre
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 20 de abril de 2014.

ASUNTO: **Aprobar Tema de Tesis**

En atención a su comunicación presentada en esta Coordinación, me permito comunicarle que luego del análisis respectivo se aprueba su tema de: **“NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA EN EL PERIODO COMPRENDIDO, MAYO-OCTUBRE DEL 2015”**, por lo que puede realizar el perfil del Proyecto

Con aprecio y consideración.

Atentamente,

**EN LOS TESOROS DE LA SABIDURÍA
ESTA LA GLORIFICACIÓN DE LA VIDA**

Dr. Patricio Aguirre Aguirre
**COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL**

C.c.- Archivo
Sip

ANEXO IV

AUTORIZACIÓN PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.01902 CCM-ASH-UNL

PARA: Ing. Byron Guerrero Jaramillo
 GERENTE DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA LOJA

DE: Dr. Patricio Aguirre Aguirre
 COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 09 de julio 2015

ASUNTO: Solicitar autorización para desarrollo de trabajo de investigación...
 COORDINACIÓN DE DOCENTE E INVESTIGACIÓN

Autorizado:

*Ing. Anita Soto, apogon con
 la información en
 octubre*

HOSPITAL GENERAL
 "ISIDRO AYORA"

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para que la de autoría de la Srta. Carina Piedad Quezada Rueda, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, pueda obtener información para realizar una encuesta y recolectar datos de las Historias Clínicas de los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad, cuya recolección solicito a partir del día 15 de julio de 2015 en el horario de 09h00 a 12h00 y de 16h00 a 19h00; información que le servirá para la realización de la tesis "NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD DE PACIENTES ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, EN EL PERÍODO MAYO-OCTUBRE DEL 2015", trabajo que lo realizará bajo la supervisión de la Dra. María Angélica Gordillo, Catedrática de esta Institución.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre
 COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA
 DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL
 C.c.- Archivo

Sip.


 HOSPITAL GENERAL
 ISIDRO AYORA

RECIBIDO

Loja a. 14/07/15 Hora 16:49

Firma: *KG*
 SECRETARIA DE BERENCIA

DIRECCION: AV. MANUEL IGNACIO MONTEROS
 TELEFONO: 2571379 EXT. 17 TELEFAX: 2573480

ANEXO V

CERTIFICADO DE HABER REALIZADO EL ESTUDIO EN EL HOSPITAL



HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN



Loja, 7 de octubre de 2016

DR. DANIEL PACHECO MONTOYA
Subdirector de Docencia e Investigación HIAL

CERTIFICA:

Que la Srta. CARINA PIEDAD QUEZADA RUEDA; con CI. 1900711266, realizó la entrega de un CD con el contenido de su Tesis titulada "NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, EN EL PERÍODO MAYO-OCTUBRE DEL 2015", previa a la obtención de su Título como Médico General.

Atentamente,

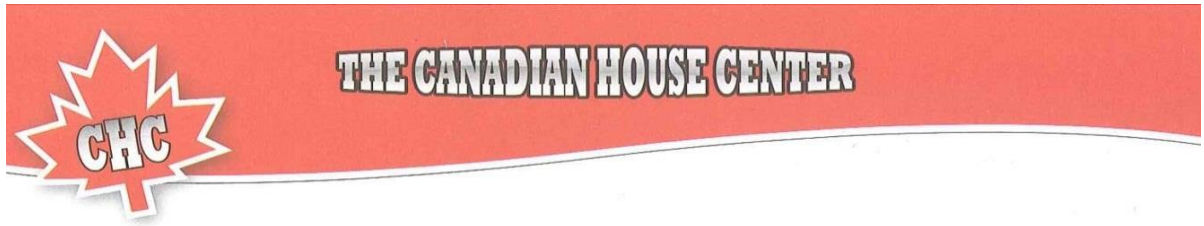
HOSPITAL GENERAL
"ISIDRO AYORA"
COORDINACIÓN DE DOCENCIA
E INVESTIGACIÓN

Doctor DANIEL PACHECO MONTOYA
Subdirector de Docencia e Investigación HIAL
/Ing.Belc.

c.c. Archivo

ANEXO VI

CERTIFICADO DE TRADUCCIÓN



THE CANADIAN HOUSE CENTER

El que suscribe, en representación de **THE CANADIAN HOUSE CENTER CIA. LTDA**, el cual está aprobado por el **Ministerio de Educación del Ecuador** según resolución Ministerial N° 320 - 15.

CERTIFICA.-

Que el resumen de tesis titulada **“NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, EN EL PERIODO MAYO-OCTUBRE DEL 2015”** realizado por **CARINA PIEDAD QUEZADA RUEDA** con cédula de identidad 1900711266 estudiante de la **CARRERA DE MEDICINA HUMANA** de la Universidad Nacional de Loja, ha sido debidamente traducido por el Lic. Ross Sampayo docente coordinador de nuestra prestigiosa entidad especializada en la buena enseñanza del idioma inglés.

Se expide el presente documento, de acuerdo a la Ley, para los fines necesarios.

Loja, 1 de Octubre de 2016



Lic. Ross Sampayo
COORDINADOR GENERAL
THE CANADIAN HOUSE CENTER



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO:

**“NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN PACIENTES ADULTOS
MAYORES DE 60 AÑOS, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA
DE LOJA, EN EL PERÍODO MAYO-OCTUBRE DEL 2015”.**

AUTORA:

**Proyecto de tesis previo a la
obtención del título de Médico
General.**

CARINA PIEDAD QUEZADA RUEDA.

DIRECTORA:

Dra. María Angélica Gordillo Iñiguez, Esp.

LOJA-ECUADOR

2015

1. TÍTULO

**“NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN PACIENTES ADULTOS
MAYORES DE 60 AÑOS, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE
LOJA, EN EL PERÍODO MAYO-OCTUBRE DEL 2015”.**

2. PROBLEMATIZACIÓN

“ELEVADO ÍNDICE DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS”.

La neumonía adquirida en la comunidad se ha convertido en un importante problema de salud en todo el mundo convirtiéndose en una de las afecciones respiratorias más frecuentes en nuestro medio siendo difícil conocer su incidencia exacta, muchos casos, son diagnosticados y tratados de forma ambulatoria. En el anciano representa la cuarta causa de muerte y la primera causa de mortalidad de origen infeccioso a nivel mundial. Además, genera una morbilidad importante, con periodos de convalecencia prolongados e ingresos hospitalarios con largas estancias (Aliste, C., 2010).

Se estima que su incidencia a nivel mundial puede alcanzar entre los 25-40 casos por 1.000 habitantes al año, cifra seis veces superior a la de la población general, siendo más frecuentes en las personas residentes en instituciones geriátricas de larga estancia (50-150 por cada 1.000 residentes/año), y más en varones que en mujeres (Díez y Álvarez, 2013).

Las tasas de hospitalización anual por neumonía varían del 12 por 1.000 habitantes en los adultos mayores de 65 años de edad con neumonías representando una tasa de 32 por 1.000 en los que viven en residencias geriátricas. La neumonía adquirida en la comunidad representa el tercer diagnóstico de ingreso hospitalario entre los individuos de más de 65 años (Martínez y Piard, 2012).

Asimismo, la mortalidad por esta patología infecciosa se dobla a medida que avanza la edad. En España las cifras de mortalidad varían desde el 11 al 42%. Además, se ha observado que un 16% fallecía durante la hospitalización y un 32% más durante el año siguiente a su alta. Además sabemos que entre el 60 y el 80% de los casos el paciente de edad avanzada es portador de una o más NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN EL ANCIANO. Las Enfermedades Respiratorias, constituyen una de

las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, ocupando el cuarto lugar según estadísticas de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) con relación a las diez principales causas de morbilidad y mortalidad. Es por ello que la neumonía adquirida en la comunidad representa el 10% al 15% de las consultas por problemas respiratorios de los servicios de atención primaria a nivel mundial. En algunas situaciones la etiología y la severidad de la neumonía adquirida en la comunidad es diferente a la del adulto inmunocompetente, y por tanto, su manejo debe ser considerado aparte. (Díez y Álvarez, 2013)

Su incidencia es difícil de estimar con exactitud, en Europa varía entre 1,7 y 11 casos /1.000 habitantes/año, con tasas más altas en niños y en ancianos. Se ha observado que la tasa de incidencia es mayor en varones y se incrementa significativamente por grupos de edad. El número de ingresos por neumonía adquirida en la comunidad varía entre los diferentes países. En un estudio realizado en Estados Unidos se comprobó que la hospitalización en pacientes de más de 85 años era el doble (51%) que en los pacientes de 65-74 años (26%) (Gutiérrez, A., Díaz, A., Medina, J., y Romero, A., 2010).

La neumonía adquirida en la comunidad es una patología potencialmente grave, con una elevada mortalidad en ancianos y en pacientes con significativa comorbilidad asociada. Se ha estimado que la tasa de mortalidad a nivel mundial es menor del 1% en pacientes ambulatorios; entre el 5,7% y el 13% en pacientes hospitalizados y entre el 29-50% en pacientes graves que requieren el servicio de la unidad de cuidados intensivos (Menéndez, R., Torres, A., Aspa, J., Capelastegui, A., Prat, C., y Rodríguez, F., 2010).

En el ámbito internacional, se sabe que este padecimiento constituye la primera causa de mortalidad infantil en el mundo y la sexta causa en los adultos mayores según la Organización Mundial de la Salud (OMS). En América Latina fallecen 60.000 personas adultas anualmente a causa de la neumonía, principalmente de etiología bacteriana, siendo

así en MEXICO ocupa la tercera causa de muerte, después de las afecciones originadas en el período perinatal y las malformaciones congénitas. En PERÚ la neumonía ocupa el tercer lugar de mortalidad en el año 2008 (Guzzi, L., Lopardo, G., Espinola, L., Niccodemi, C., Barcelona, L., Ramírez, J. y Capo., 2013).

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censo del Ecuador (INEC) las enfermedades respiratorias como más frecuentes la neumonía y la influenza, en el año 2007 son un problema de salud pública, ya que se ubica en el sexto lugar de las doce principales causas de morbilidad identificándose 28.973 casos. Además las enfermedades respiratorias son una de las doce principales causas de defunción ubicándose en el lugar once con 3.029 casos por neumonía e influenza según el INEC en el Ecuador en el 2007. La neumonía, organismo no especificado en el 2011 registró un total de 34.778 casos atendidos con internación hospitalaria; de los cuales 18.026 casos de hombres y 16.752 de mujeres. Sin embargo al revisar los casos por edad del paciente, se observa que su presencia es mayor en los grupos de edades vulnerables como son los niños y adultos mayores conformando el 64,0% del total de casos atendidos. Entre las provincias de las cuales provienen la mayor cantidad de pacientes afectados por esta dolencia, se tiene a Guayas con el 20,3% de casos registrados, seguida de Pichincha con el 18,9% y por último Azuay con el 7,9%, para el resto de provincias este valor está por debajo del 5,0%. Sin embargo las provincias con mayor tasa de morbilidad son Morona Santiago 88,8, Napo 53,9, Cañar 52,9 y Pastaza 40,4 (tasa por cada 10.000 casos). Los meses de Enero a Mayo corresponden a la estación lluviosa o húmeda, época en la que existe la mayor frecuencia de lluvias en las regiones del país. La tasa bruta de mortalidad hospitalaria para esta infección respiratoria es de 30,2 mientras que la tasa neta de mortalidad hospitalaria fue de 23,0% (González, 2011).

Del total de casos atendidos con internación hospitalaria en el 2011, el 3,02 tuvieron una condición de egreso de fallecimiento lo que compone la tasa de letalidad hospitalaria. Del total de fallecidos, son los niños menores a los 5 años de edad los que conforman el 13,6% y los adultos mayores de 80 años y más de edad el 41,2%, llegando a obtener entre estos dos grupos etarios el 54,8% de los casos de fallecidos. (Saldías y Pérez, 2011)

Por otra parte aquellos pacientes que presentan alteraciones pulmonares tienen mayor predisposición para adquirir esta patología, como así también los pacientes fumadores crónicos o aquellos que tienen antecedentes de ingesta crónica de alcohol. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recientemente reportó que el tabaquismo causa el 9% de todas las muertes a nivel mundial (Jiménez, 2014).

La edad también se asocia con una mayor predisposición para adquirir esta patología y en la actualidad se reconoce a esta entidad como Neumonía del anciano y se refiere a los pacientes mayores de 65 años (Reyes, I., Venzant, M., García, M., y Miro, J., 2011).

Actualmente la NAC sigue siendo una enfermedad con alta morbimortalidad a pesar de los avances en la identificación de nuevos patógenos, nuevos métodos diagnósticos y antibióticos para su tratamiento. La mayoría de las NAC (17%) se tratan en forma ambulatoria con una tasa de mortalidad baja, que oscila entre el 1 y el 5% de los casos según los diferentes estudios, pero en las que requieren hospitalización, ésta llega al 30%. En un grupo de éstos pacientes (10%), la neumonía adquirida en la comunidad es lo suficientemente severa como para requerir un manejo inmediato en una Unidad de Terapia Intensiva (UTI). (Valdivia, C., 2012)

Los elementos pronósticos que se relacionan con una mayor morbimortalidad en la neumonía adquirida en la comunidad son múltiples. En un metaanálisis ya clásico se identificaron 11 factores que determinaban con un aumento de la mortalidad: el sexo masculino, la edad avanzada, la hipotermia, la diabetes mellitus, la taquipnea, la

hipotensión arterial, la enfermedad neurológica, la neoplasia, la leucopenia, la bacteriemia y la afectación radiológica multilobar. En este trabajo la mortalidad global fue del 13,7%, siendo más alta en los estudios que incluyeron pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos (Reyes et al., 2011).

Los factores asociados a mayor riesgo de muerte en el seguimiento a 30 días fueron: edad avanzada (≥ 75 años), neoplasia activa, confusión mental, hipotensión arterial, ausencia de fiebre o calofríos, disfunción renal, hipernatremia, acidosis metabólica, hipoalbuminemia, admisión a UCI y necesidad de ventilación mecánica. El riesgo de muerte fue más elevado en los pacientes con cuadro clínico breve (≤ 3 días) (Saldías, F., Viviani, P., Pulgar, D., Valenzuela, F., Paredes, S., Díaz, O., 2009).

Factores de gravedad, tales como la presencia de comorbilidades múltiples que afectan al sistema inmune como (cardiopatías, EPOC, diabetes, insuficiencia renal crónica, enfermedades neurológicas, neoplasias), malnutrición y demencia; sumado al cuadro clínico atípico u oligosintomático, que se han asociado a un retraso en el diagnóstico e inicio del tratamiento antimicrobiano; pueden afectar adversamente la evolución y pronóstico del paciente afectado con neumonía. Además en un estudio comunitario finlandés, que incluyó 4.175 adultos mayores de 60 años, se identificaron los siguientes factores de riesgo de adquisición de neumonía: alcoholismo (9,0%), asma bronquial (4,2%), inmunosupresión (3,1%), enfermedad pulmonar crónica (3,0%), cardiopatías (1,9%), institucionalización (1,8%) y edad avanzada (70 años en 1,5 %). Varios estudios han destacado la importancia de la edad, presencia de enfermedades crónicas y los trastornos de la deglución como factores de riesgo independiente de adquirir una infección pulmonar. (Moore, P., Ortega, J., Saldías, F., Oyarzún, A., 2011).

3. JUSTIFICACIÓN

Debido a la alta tasa de incidencia y mortalidad de la neumonía adquirida en la comunidad, tanto a nivel mundial, internacional, nacional y local, siendo una enfermedad inflamatoria que afecta al parénquima pulmonar ocasionada por microorganismos extrahospitalarios, esta investigación se la realizará con el fin de establecer el conocimiento sobre los principales factores de riesgo que conllevan a dicha patología como son edad avanzada, ya que afecta principalmente a los adultos mayores de 65 años, el género masculino, comorbilidades asociadas (cardiopatías, EPOC, diabetes, insuficiencia renal crónica, enfermedades neurológicas, neoplasias), residencia en áreas geriátricas, tabaquismo, mal nutrición por otro lado, la pobreza, el aislamiento social y las malas condiciones de higiene en la que viven muchas personas. Actualmente se considera que la neumonía adquirida en la comunidad se ha convertido en un importante problema de salud en todo el mundo, siendo una de las afecciones respiratorias más frecuentes en nuestro medio, ya que es difícil conocer su incidencia exacta, muchos casos son diagnosticados y tratados de forma ambulatoria. Se estima que su incidencia a nivel mundial puede alcanzar entre los 25-40 casos por 1.000 habitantes al año, cifra seis veces superior a la de la población general, siendo más frecuentes en las personas residentes en instituciones geriátricas de larga estancia y más en varones que en mujeres.

Asimismo, la mortalidad por esta patología infecciosa se dobla a medida que avanza la edad. Es por ello que la NAC representa el 10% al 15% de las consultas por problemas respiratorios de los servicios de atención primaria a nivel mundial. A pesar del avance en los métodos de diagnóstico precoz y herramientas terapéuticas de las que se dispone actualmente, la NAC continúa siendo un serio problema epidemiológico en todo en el mundo. Por este motivo, su control es un punto de partida para la disminución de la morbilidad y mortalidad de la NAC. Es por ello la relevancia de este trabajo investigativo,

para de esta manera realizar medidas necesarias, evitando su propagación, por lo tanto hay que verificar el cumplimiento que tiene el personal de salud para tratar esta patología, aplicando el buen manejo de las normas de atención de bioseguridad que se mencionan en el manual propuesto por la OMS, y prevenir de esta manera la diseminación o proliferación de enfermedades respiratorias, con el fin de ayudar y brindar una excelente atención a pacientes que acuden con dichas patologías al servicio de clínica de esta institución. Además este estudio está destinado al nuevo personal de compañeras y compañeros de salud que ingresen a realizar las prácticas en el área de clínica de esta institución y así prevenir que sean víctimas de sus propios errores. Se espera además que los resultados de este estudio investigativo, sirva de referencia para futuras investigaciones relacionadas con el tema, de esta manera se estaría contribuyendo con la prevención de los factores de riesgo de la NAC y con el mejoramiento de la calidad de vida en los pacientes adultos mayores, siendo un importante aporte al sector de salud de la provincia de Loja.

Con estas bases de información he decidido llevar a cabo un estudio que permita determinar cuáles son los **Factores de riesgo asociados al desarrollo de la NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD** en los pacientes adultos mayores de 60 años, del área de clínica del hospital Isidro Ayora de Loja.

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- ❖ Determinar la incidencia y los principales factores de riesgo asociados al desarrollo de Neumonía Adquirida en la comunidad en los pacientes adultos mayores de 60 años de edad, del área de clínica del hospital Isidro Ayora de Loja, en el período comprendido entre mayo-octubre del 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ❖ Determinar la incidencia de la neumonía adquirida en la comunidad, en los pacientes adultos mayores de 60 años atendidos en el área de clínica del hospital Isidro Ayora de Loja.
- ❖ Identificar los principales factores de riesgo que influyen en la neumonía adquirida en la comunidad en los pacientes adultos mayores de 60 años.
- ❖ Relacionar la estadía hospitalaria del paciente con el factor de riesgo que presentó.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

5.1.1 Definición.

5.1.2 Etiología.

5.1.3 Etiología de la neumonía comunitaria en grupos específicos.

5.1.4 Fisiopatología.

5.1.5 Clasificación.

5.1.6 Factores de riesgo.

5.1.7 Clínica.

5.1.8 Diagnóstico microbiológico y exámenes complementarios.

5.1.9 Criterios para el diagnóstico de la neumonía.

5.1.10 Tratamiento.

5.1.11 Diagnóstico diferencial.

5.1.12 Factores pronósticos.

5.2 ADULTOS MAYORES

5.2.1 Definición.

5.2.2 Comorbilidades.

5.2.3 Calidad de vida.

5.3 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

6. METODOLOGÍA

5.2 Tipo de estudio

El presente trabajo investigativo es de tipo cuantitativo y transversal.

5.3 Área de estudio

El lugar a desarrollar el presente trabajo investigativo, es el HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LOJA, ubicado en el Sector Urbano; centro de la ciudad de Loja.

5.4 Universo

Son todos los pacientes adultos mayores de 60 años de edad, atendidos en el área de clínica del hospital Isidro Ayora de Loja, en el período Mayo-Octubre del 2015.

5.5 Criterios

5.5.2 Criterios de inclusión

- Pacientes que hayan sido hospitalizados en el servicio de clínica.
- Pacientes que tengan 60 años o más.

5.5.3 Criterios de exclusión

- Pacientes inmunodeprimidos.
- Pacientes menores de 60 años.

5.5.4 Criterios éticos

- Factibilidad y pertinencia del estudio.
- Confidencialidad, preservar la información obtenida.
- Manejo de riesgos, se relaciona con beneficencia, no maleficencia y manejo de los datos proporcionados.

5.6 Métodos, técnicas y procedimiento

Para realizar la presente investigación primero debo certificar en la biblioteca de la facultad de medicina de la Universidad Nacional de Loja que mi proyecto de tesis no haya sido realizado antes, para poder ejecutarlo. Luego se enviará un oficio al coordinador de la

carrera para que me dé pertinencia al tema de investigación, designe director de tesis e iniciar con el desarrollo del proyecto de tesis. Luego se validará el formulario de preguntas en el hospital del seguro. Después se enviará un oficio al director del hospital Isidro Ayora de Loja, para que me facilite realizar la investigación y así mismo acceder a la información de los pacientes por medio de la historia clínica de los mismos que han sido hospitalizados en el área de clínica durante el período señalado, para de esta manera proceder a la recolección de datos, mediante la aplicación del formulario, para cumplir con los objetivos planteados, que consta en el anexo. La misma que contiene datos generales, diagnóstico, factores de riesgo, y días de estada hospitalaria de los pacientes ingresados.

La información recolectada se la sistematizará, analizará y representará en tablas y figuras en Excel. Luego se realizarán las conclusiones y recomendaciones en base a los resultados obtenidos.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Neumonía	Es un proceso inflamatorio del parénquima pulmonar, ocasionado por microorganismos adquiridos fuera del ambiente hospitalario.	Biológica	Características clínicas	SI NO
Edad	Es la expresión en números del tiempo que ha vivido una persona o de los años cumplidos de la misma.	Tiempo	Años cumplidos	Cuantitativa, en edades de más de 60 años, en este estudio.
Género	Características fenotípicas que diferencian hombres de mujeres	Biológica	Fenotipo	Cualitativa dicotómica Masculino o Femenino
Tabaquismo	Es la práctica de fumar o consumir tabaco en sus diferentes formas y posibilidades.	Tiempo	Numero de tabacos consumidos	SI NO
Residencia en áreas geriátricas	Es una casa u domicilio en donde habitan o viven los	Tiempo	Años de estancia. En	SI NO

	adultos mayores.		<p>casa propia.</p> <p>En un asilo.</p> <p>Con algún familiar. Otros</p>	
Enfermedades crónicas	Son enfermedades de larga duración y de progresión lenta.	Biológica	<p>Diabetes M.</p> <p>EPOC</p> <p>Cardiopatías</p> <p>Insuficiencia renal</p> <p>Enfermedades neurológicas</p> <p>Neoplasias.</p> <p>Malnutrición</p>	<p>SI</p> <p>NO</p>
Días de estada hospitalaria	Es el total de días que el paciente permaneció hospitalizado en el establecimiento y corresponde al número de días transcurridos entre la fecha de ingreso y la fecha de egreso.	Tiempo	Días de estada hospitalaria	<p>Cuantitativo,</p> <p>1-5 días</p> <p>6-10 días</p> <p>11-15 días</p> <p>Más de 16 días</p>

PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

RECURSOS NECESARIOS

Talento humano

- ✓ Director de tesis
- ✓ Tesista: CARINA PIEDAD QUEZADA RUEDA.
- ✓ Pacientes.
- ✓ Médicos tratantes.
- ✓ Residentes del área de clínica.

Material bibliográfico

- ✓ Libros, Revistas, Periódicos, Tesis, Web, Fotocopias.

Material tecnológico

- ✓ Computador
- ✓ Cámara digital
- ✓ Flash memory

Material de escritorio

- ✓ Papel bond
- ✓ Esferos
- ✓ Libreta de apuntes

PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

CONCEPTO	Total (USD)
Transporte y salidas	400,00
Materiales y suministros	180,00
Materiales bibliográficos y fotocopias	300,00
Recursos humanos	100,00
Varios imprevistos	200,00
Total	1.180

Todos los fondos de la investigación serán financiados con fondos propios del autor.

BIBLIOGRAFIA

Álvarez-Sala Walther, J. L., Villena Garrido, V., Rodríguez Hermosa, J.L., Rodríguez de Castro, F., Pere Casan, C. (2010 Octubre). *NEUMOLOGIA CLÍNICA*. 3era edición. Editorial medica panamericana.

Álvarez Gutiérrez, F. J., Díaz Baquero, A., Medina Gallardo, J. F. y Romero Falcón, A. (2010). *Neumonías adquiridas en la comunidad*.

Arancibia F., y Díaz O. (2011). *Neumonía grave del adulto adquirida en la comunidad*. Revista chilena de infectología. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182005000400007&script=sci_arttext.

Aguilar Escrivá a. (2009). *Estudio de la neumonía adquirida en la comunidad en el hospital de la ribera, adecuación de la guía clínica y validación de índices pronóstico*. Tesis Doctoral. Obtenido de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10038/aaguilar.pdf?sequence=1>

Dr. ALISTE, C., V.H. (2010). *Neumonía del adulto adquirida en la comunidad*. Obtenido http://www.clinicalascondes.com/area-academica/pdf/MED_18_2/3-neumonia_del_adulto.pdf.

DR. BAUTISTA JIMENEZ, R., J. (2014). *Frecuencia de factores de riesgo de neumonía adquirida en la comunidad en adultos mayores en un hospital de segundo nivel*. Instituto mexicano del seguro social. Delegación Veracruz sur. Hospital general regional no. 1. “Lic. Ignacio Garcia Tellez”. Orizaba Veracruz. Obtenido de <http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Protocolo-Ruben.pdf>

Carreño Rodríguez V., Noblecilla Grunauer H. (2015). *Determinación de la prevalencia, etiología y factores de riesgo para neumonía adquirida en la comunidad*,

mediante exámenes clínico, laboratorial e imagenológico en pacientes adultos mayores. hospital homero castanier. 2013 - 2014. Tesis de Grado presentado como requisito parcial para optar por el título de Especialista en Geriátrica Clínica. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4729/1/T-UCE-0006-130.pdf>

Díaz F., A., Labarca L., J., Pérez C., C., Ruiz C., M., y Wolff R., M. (2010). *Tratamiento de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad.* Revista chilena de enfermedades respiratorias. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071773482005000200008&script=sci_arttext&tlng=en

Díaz A, Calvo M, Obrien A, Farías G, Mardonez J, Saldías F. (2011). *Utilidad clínica de los hemocultivos en pacientes hospitalizados por neumonía adquirida en la comunidad.* Revista Médica de Chile; 130: 993-1000.

Díaz Parodi, G.I., Musacchio, H.M. (2010). *Evaluación de predictores clínicos de bacteriemia en adultos hospitalizados por neumonía adquirida en la comunidad.* Revista Panamericana de Salud Pública. Obtenido de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011000600002

Delgado, R.F y Tahbub, K.S. (2010). *Incidencia de la Neumonía Adquirida en la Comunidad en el Hospital Militar H.D II "Libertad".* Obtenido de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/574/1/T-UCSG-PRE-MED-29.pdf>

Díez, J.M., Álvarez-Sala, J., L. (2013). *Factores pronósticos en la neumonía adquirida en la comunidad.* Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872006001200013.

García Passigli, A. (2010). *TRATADO DE NEUMOLOGÍA*. 1era edición. Editorial medica panamericana.

González Juárez, F., Suárez Núñez, J., F. (2008). *Diagnóstico y tratamiento en neumología*. Editor, El Manual Moderno.

Gutiérrez-Rodríguez, R., Soto-Arquiñigo, L. (2013). *Manejo y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad*.

Guzzi, L., Lopardo, G., Espinola, L., Cecilia Niccodemi, M., Barcelona, L., Ramírez, J. y grupo CAPO. (2013). *Mortalidad en pacientes con neumonía provenientes de geriátrico: estudio caso-control*.

González, M. (2011). *Neumonía: Principal Causa de Morbilidad en el Ecuador*. Revista de análisis. Obtenido de <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis8.pdf>.

López, H., Zitto, T. (2010). *Neumonía adquirida en la comunidad en pacientes adultos*. Revista médica de infectología.

Menéndez, R., Torres, A., Aspa, J., Capelastegui, A., Prat, C., y Rodríguez de Castro, F. (2010). *Neumonía adquirida en la comunidad*. Arch Bronconeumol. Nueva normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica; 46:543-58 - Vol. 46 Núm.10 DOI: 10.1016/j.arbres.2010.06.014.

Moreno, B., R., y Riquelme, O., R. (2012). *Etiología de la neumonía adquirida en la comunidad en el adulto inmunocompetente*. Revista chilena de infectología. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071610182005000400003&script=sci_arttext.

Moore, P., Ortega, J., P., Saldías, F., Oyarzún, M., A. (2011). *Manejo de la neumonía comunitaria del adulto mayor en el ámbito ambulatorio*. Rev Méd Chile; 134: 1568-1575.

Organización mundial de la salud. (2013). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Obtenido de

http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf

Dr. Reyes Salazar, I., S., Dra. Venzant Massó, M., Dra. García Céspedes, M., E. y Dr. Miro Rodríguez, J. (2011). *Actualización del diagnóstico de la neumonía adquirida en la comunidad*. Artículo de revisión. Obtenido de

http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol15_7_11/san12711.pdf.

Dra. Rodríguez Martínez, Z., R., Dra. Hernández Piard, M. (2012). *Neumonía adquirida en la comunidad: caracterización clínico-epidemiológica*.

Smith, E., Hricik, J. (2012 Agosto). *Manual de neumología clínica*. 3era edición. Editorial medica panamericana.

Shifren, A. (2014). *Manual Washington de Especialidades Clínicas. Neumología*. 1era edición. Editorial Lippincott Williams & Wilkins.

Saldías P, F., Pérez C., C. (2011). *Manejo de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad*. Rev Méd Chile; 133: 953-967. Obtenido de <http://scielo-test.scielo.cl/pdf/rmc/v133n8/art13.pdf>.

Saldías, P.F., y Pavié, G.J. (2013). *Evaluación de la gravedad en la neumonía del adulto adquirida en la comunidad*. Rev. chil. Infectol. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182005000400006&script=sci_arttext

Saldías P. F., Díaz P.O. (2014), *Evaluación y manejo de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad*. Rev. med. clin. Condes. Obtenido de https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/3%20abril/17-Dr.Saldias.pdf

Valdivia C., G., (2012). *Epidemiología de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad*. Rev Chil Infect; 22 (Supl 1): S11-S17. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182005000400002.



ANEXO 1

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

Para realizar el formato de esta encuesta se tomó como referencia un estudio sobre Frecuencia y Factores de riesgo de la neumonía en el adulto mayor, realizado por el DR. Rubén Jesús Bautista Jiménez en el año 2014.

Factores de riesgo asociados al desarrollo de la neumonía adquirida en la comunidad en adultos mayores de 60 años en el hospital Isidro Ayora de Loja, en el período comprendido entre mayo – octubre del 2015.

Datos generales:

Apellidos y nombres:..... CI:.....

Historia clínica #

Diagnóstico de ingreso.....

Factores de riesgo:

1.- Edad:.....años

2.- Sexo:

Femenino

Masculino

3.-Residencia:

Urbana

Rural

4.- Usted fuma cigarrillo.

Si

No

4.1.- Con qué frecuencia fuma

Todos los días

1 vez a la semana

1 vez al mes

De vez en cuando

4.2.- Que cantidad de cigarrillos fuma.

1-5 cigarrillos

Media cajetilla

Una cajetilla

5.- Usted tiene alguna de las siguientes enfermedades crónicas como:

Diabetes mellitus Si No

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) Si No

Cardiopatías Si No

Insuficiencia renal Si No

Malnutrición Si No

Neoplasias Si No

Enfermedades neurológicas Si No

5.1.- Desde hace que tiempo presenta las enfermedades.

1-5 años

6-10 años

11-15 años

Más de 16 años

6.- Fecha de ingreso hospitalario

Día-----mes-----año-----

7.- Fecha de egreso hospitalario

Día-----mes-----año-----

8.- Días de estada hospitalaria.

1-5 días

6-10 días

11-15 días

Más de 16 días