

**NEUMONÍA BACTERIANA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD:
EPIDEMIOLOGÍA, CLÍNICA Y TRATAMIENTO, EN ADULTOS
MAYORES. SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL MINSA II-2
TARAPOTO. ENERO 2011 A OCTUBRE 2015**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN – TARAPOTO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA – TARAPOTO
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



INFORME FINAL DE TESIS:

**NEUMONÍA BACTERIANA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD:
EPIDEMIOLOGÍA, CLÍNICA Y TRATAMIENTO, EN ADULTOS
MAYORES. SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL MINSA II-2
TARAPOTO. ENERO 2011 A OCTUBRE 2015.**

TESISTA:

CÉSAR ABRAHAM SÁNCHEZ SÁNCHEZ

ASESORES:

**MÉD. DR. JORGE HUMBERTO RODRÍGUEZ GÓMEZ
MICROB. MSC. HERIBERTO ARÉVALO RAMÍREZ**


**TARAPOTO - PERÚ
2017**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN – TARAPOTO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA – TARAPOTO
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**NEUMONÍA BACTERIANA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD:
EPIDEMIOLOGÍA, CLÍNICA Y TRATAMIENTO, EN ADULTOS
MAYORES. SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL MINSA II-2
TARAPOTO. ENERO 2011 A OCTUBRE 2015**

COMITÉ DE TESIS:


Méd. Mg. Raúl Pablo Alegre Garayar
PRESIDENTE


Méd. Manuel Isaac Pérez Kuga
SECRETARIO


Méd. Fredy Huamán Hidalgo
MIEMBRO


Dr. Jorge Humberto Rodríguez Gómez
ASESOR

TARAPOTO - PERÚ
2017



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN – TARAPOTO
Unidad de Bibliotecas Especializadas y Biblioteca Central

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN NO EXCLUSIVO PARA PUBLICACIÓN
ELECTRÓNICA EN REPOSITORIO DIGITAL**

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: SÁNCHEZ SÁNCHEZ CÉSAR ABRAHAM	
DNI: 70385475	
Domicilio: Urb. Martínez De Compagñon Mz. Ñ Lt. 20 - Morales	
Teléfono: 942486590	Correo Electrónico: habras7@hotmail.com

2. DATOS ACADÉMICOS

Facultad	: MEDICINA HUMANA
Escuela Profesional	: MEDICINA HUMANA

3. DATOS DE LA TESIS

Título: “NEUMONÍA BACTERIANA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD: EPIDEMIOLOGÍA, CLÍNICA Y TRATAMIENTO, EN ADULTOS MAYORES. SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL MINSA II-2 TARAPOTO. ENERO 2011 A OCTUBRE 2015”
Año de Publicación: 2017

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN VERSIÓN ELECTRÓNICA

A través de la presente autorizo a la Unidad de Bibliotecas Especializadas y Biblioteca Central – UNSM-T, para que publique, conserve y sin modificarla su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en su Repositorio Institucional, su obra a texto completo el citado título (Resolución Rectoral N° 212-2013-UNSM/CU-R).

CÉSAR ABRAHAM SÁNCHEZ SÁNCHEZ
DNI 70385475

Fecha de recepción: ____/____/____

DEDICATORIA

Son tantos recuerdos y momentos bellos que pasé al lado de mis padres: **César Sánchez Zamora** y **Patricia Sánchez Trigozo**, igual a este episodio que logro en mi vida personal, por eso le dedico este triunfo a todas aquellas personas que de una u otra forma contribuyeron a que este logro fuera un éxito.

AGRADECIMIENTO

Un real reconocimiento a la Universidad Nacional de San Martín, por la oportunidad para llegar a ser un profesional de la salud, y asumir el compromiso de servicio de velar por la salud de la población.

A la plana docente de la universidad, quiénes dieron lo mejor de sí durante mi periodo de estadía en dicha casa superior de estudios, lo cual ha sido muy valioso para poder desarrollar esta investigación. Gracias por compartir sus conocimientos y ser grandes formadores.

A mis compañeros de estudio por la amistad y por el aliento permanente para llegar a la meta trazada.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	9
II.	OBJETIVOS.....	17
2.1.	Objetivo General	17
2.2.	Objetivos Específicos	17
III.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	18
3.1.	Tipo de investigación	18
3.2.	Nivel de investigación	18
3.3.	Diseño de investigación	18
3.4.	Cobertura de investigación.....	19
3.5.	Fuentes, técnicas e instrumentos de investigación	20
3.6.	Análisis e interpretación de datos.....	21
3.7.	Aspectos éticos	21
3.8.	Limitaciones.....	19
IV.	RESULTADOS.....	22
V.	DISCUSIÓN	28
VI.	CONCLUSIONES	32
VII.	RECOMENDACIONES	33
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
IX.	ANEXOS.....	38
	ANEXO 1: Gráficos según resultado de hoja de recolección de datos	39
	ANEXO 2: Hoja de recolección de datos.....	45
	ANEXO 3: Escala CURB-65	46

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Neumonía adquirida en la comunidad según Género en los pacientes atendidos en el hospital MINSa II-2 Tarapoto. Enero 2011-Octubre 2015.	22
Tabla 2: Neumonía adquirida en la comunidad según Edad en los pacientes atendidos en el hospital MINSa II-2 Tarapoto. Enero 2011-Octubre 2015.....	22
Tabla 3: Neumonía adquirida en la comunidad según Motivo de consulta en los pacientes atendidos en el hospital MINSa II-2 Tarapoto. Enero 2011- octubre 2015.	23
Tabla 4: Neumonía adquirida en la comunidad según Cuadro clínico en los pacientes atendidos en el hospital MINSa II-2 Tarapoto. Enero 2011-Octubre 2015.....	23
Tabla 5: Neumonía adquirida en la comunidad según Examen físico en los pacientes atendidos en el hospital MINSa II-2 Tarapoto. Enero 2011-Octubre 2015.....	24
Tabla 6: Neumonía adquirida en la comunidad según Recuento leucocitario en los pacientes atendidos en el hospital MINSa II-2 Tarapoto. Enero 2011-Octubre 2015.	24
Tabla 7: Neumonía adquirida en la comunidad según Número de lóbulos afectados en los pacientes atendidos en el hospital MINSa II-2 Tarapoto. Enero 2011-Octubre 2015.	25
Tabla 8: Neumonía adquirida en la comunidad según Patrón radiológico en los pacientes atendidos en el hospital MINSa II-2 Tarapoto. Enero 2011-Octubre 2015.....	25
Tabla 9: Neumonía adquirida en la comunidad según Escala de CURB-65 en los pacientes atendidos en el hospital MINSa II-2 Tarapoto. Enero 2011-Octubre 2015.....	25
Tabla 10: Neumonía adquirida en la comunidad según Tratamiento recibido en los pacientes atendidos en el hospital MINSa II-2 Tarapoto. Enero 2011-Octubre 2015.	26
Tabla 11: Neumonía adquirida en la comunidad según Estancia hospitalaria en los pacientes atendidos en el hospital MINSa II-2 Tarapoto. Enero 2011-Octubre 2015.	26
Tabla 12: Neumonía adquirida en la comunidad según Condición de egreso en los pacientes atendidos en el hospital MINSa II-2 Tarapoto. Enero 2011-Octubre 2015.	27

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Neumonía adquirida en la comunidad según género de los pacientes	39
Gráfico 2: Neumonía adquirida en la comunidad según Edad de los pacientes	39
Gráfico 3: Neumonía adquirida en la comunidad según Motivo de consulta de los pacientes	40
Gráfico 4: Neumonía adquirida en la comunidad según Cuadro clínico de los pacientes	40
Gráfico 5: Neumonía adquirida en la comunidad según Examen físico de los pacientes.	41
Gráfico 6: Neumonía adquirida en la comunidad según Recuento leucocitario de los pacientes.....	41
Gráfico 7: Neumonía adquirida en la comunidad según Número de lóbulos afectados de los pacientes.....	42
Gráfico 8: Neumonía adquirida en la comunidad según Patrón radiológico de los pacientes	42
Gráfico 9: Neumonía adquirida en la comunidad según Escala de CURB-65 de los pacientes.....	43
Gráfico 10: Neumonía adquirida en la comunidad según Tratamiento recibido de los pacientes.....	43
Gráfico 11: Neumonía adquirida en la comunidad según Estancia hospitalaria de los pacientes.....	44
Gráfico 12: Neumonía adquirida en la comunidad según Condición de egreso de los pacientes.....	44

RESUMEN

Objetivos: Conocer las características epidemiológicas, clínicas, y de tratamiento de la neumonía bacteriana adquirida en la comunidad en los adultos mayores. Servicio de medicina del hospital MINSA II-2 Tarapoto, periodo enero 2011- octubre 2015

Métodos: Para lo cual se hizo uso del diseño descriptivo simple, trabajándose con una muestra de 80 pacientes hospitalizados en el servicio de medicina.

Para el recojo de información se utilizó las historias clínicas de los pacientes, que cumplan con los criterios de inclusión.

Resultados: Predominó el sexo masculino, el grupo etario más afectado se encontró entre los 76-86 años de edad, el motivo de consulta fue dificultad respiratoria más tos, los síntomas principales fueron tos y disnea, el signo más frecuente fueron los crepitantes, el recuento leucocitario estuvo elevado en la mayoría de los pacientes, la radiografía de tórax mostró una predominancia por la localización lobar y patrón alveolar, una puntuación CURB-65 de 2 en el 100% de los pacientes, el medicamento más usado fue ceftriaxona, y la estancia hospitalaria fue de 1 a 6 días, el 81,3% fueron dados de alta curados, el resto padecía de enfermedades crónicas.

Conclusiones: La incidencia de la NAC fue de 36,25%, esto durante el año 2015 donde se presentaron 29 pacientes, siendo este año el que presentó más casos durante el tiempo contemplado en la investigación.

PALABRAS CLAVE: Neumonía, epidemiología, bacteriología.

ABSTRACT

Objectives: To know the epidemiological, clinical, and treatment characteristics of bacterial pneumonia acquired in the community in the elderly. Service of medicine of the hospital MINSA II-2 Tarapoto, period January 2013 - October 2015

Methods: For the use that was made of simple descriptive design, working with a sample of 80 patients hospitalized in the medical service. Patient records were used to collect information, which met the inclusion criteria.

Results: Predominantly male, the most affected age group was found to be 76-86 years old, the reason for consultation was respiratory distress but cough, the main symptoms were cough and dyspnoea, the most frequent sign were crepitants, Found leukocytosis in most patients, chest X-ray showed predominance by lobar localization and alveolar pattern, a 2-point CURB-65 score in 100% of patients, the most commonly used drugs were ceftriaxone, and the stay Hospital was from 1 to 6 days, 81.3% were given high healed, the rest suffered from chronic diseases.

Conclusions: The incidence of NAC was 36.25%, during the year 2015, where 29 patients were present, this year present the most cases during the time contemplated in the investigation.

KEYWORDS: Pneumonia, epidemiology, bacteriology.

I. INTRODUCCIÓN

A pesar de los avances tecnológicos para hacer diagnósticos y la aparición de nuevas y efectivas terapias, la neumonía bacteriana sigue siendo una importante fuente de morbimortalidad en el adulto mayor.(1)

La Organización Mundial de la Salud define a la Neumonía bacteriana Adquirida de la Comunidad, como una infección de los pulmones provocada por una gran variedad de microorganismos adquiridos fuera del ámbito hospitalario y que determinan la inflamación del parénquima pulmonar y de los espacios alveolares.(2).

En varios estudios como referencia mundial se encontró que la incidencia anual en adultos oscila entre 1,6 y 13,4 casos por cada 1000 habitantes, teniendo como referente importante de presentación en las edades extremas y en varones.(3)

En los países industrializados, la neumonía es la cuarta causa de muerte en las personas mayores de 65 años y es la primera causa de muerte por infecciones en el anciano. La mitad de todos los casos de neumonía bacteriana se ven en los mayores de 65 años, y esto se explica, porque tienen una menor reserva respiratoria, una mayor incidencia de enfermedades concomitantes (Como enfisema, diabetes y enfermedad coronaria) y una capacidad inmunológica disminuida.(1,4)

En el Perú durante el año 2009, se estimó un 19,4% de casos de NAC en la población adulta mayor, para luego en el 2012 encontrarse un 23,6%, a esto se

suma la tasa de mortalidad alcanzada que representa 9,1% de estos casos, esto nos confirma la importancia de identificar cuáles son los principales factores de riesgo asociados a la aparición de nuevos casos de esta patología.(3)

Si bien es cierto la mayoría de los casos de neumonía bacteriana adquirida en la comunidad son tratados de forma ambulatoria y tienen una letalidad baja menos del 1%, pero las que requirieren hospitalización se asocian a una tasa de letalidad más alta, siendo esta de aproximadamente el 15%, y es la población adulta mayor los que en su mayoría conforman este grupo epidemiológico. (3)

La etiología de la Neumonía bacteriana Adquirida en la Comunidad para un paciente previamente sano es diferente a la de aquel mayor de 65 años con enfermedad crónica y debilitante previa (EPOC, Diabetes, Alcoholismo, Insuficiencia Renal Crónica, Cardiopatía).(5)

De manera general, en todos los escenarios de atención, *Streptococcus pneumoniae* es el principal patógeno respiratorio aislado en la NAC bacteriana del adulto mayor, siendo responsable de 16% de los casos tratados en el medio ambulatorio y de alrededor de 80% de los casos admitidos al hospital y la UCI.(5)

Por otra parte, en los estudios diseñados específicamente para buscar agentes causales, en el 40-50% de los casos no se identifica el patógeno respiratorio, lo que pone de manifiesto las dificultades de los métodos diagnósticos. Sin embargo, en todos los entornos de atención, el *Streptococcus pneumoniae* es el principal patógeno respiratorio aislado en la neumonía comunitaria del adulto mayor. Se estima que un tercio de los casos son ocasionados por un conjunto de microorganismos: *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, virus respiratorios (influenza, parainfluenza, sincitial

respiratorio y adenovirus), *S aureus*, bacilos Gram negativos entéricos, *Legionella sp* y anaerobios estrictos, cada uno de los cuales es responsable, en general, de menos de 10% de los casos. La distribución de los microorganismos varía escasamente en los tres entornos de atención: ambulatorio, sala de cuidados generales y UCI. Entre las excepciones destaca una mayor frecuencia de infección por bacilos Gram negativos, *S aureus* y *Legionella sp* en la UCI y de *Chlamydia pneumoniae* en el medio ambulatorio. (23)

En el Perú, el *S. pneumoniae* es uno de los patógenos más importantes asociados con neumonía, sin embargo, puede también ocasionar enfermedades no invasivas como otitis media aguda y sinusitis. El estado de portador es importante no solo porque es la condición inicial para desarrollar una enfermedad neumocócica invasiva, sino también porque proporciona la base para la expansión horizontal de este patógeno en la población, y su estudio puede proporcionar información valiosa sobre las cepas circulantes en una comunidad. (6)

La tríada "clásica" de la neumonía neumocócica caracterizada por el comienzo brusco de tos con esputo, fiebre y escalofríos estaba presente en 30% de los pacientes.(7)

Debe sospecharse neumonía en un paciente con tos (con o sin expectoración), fiebre, aumento de la frecuencia respiratoria, dolor torácico y signos de condensación en el examen físico del tórax (8)

El comienzo puede ser agudo o insidioso. El primero es característico de las neumonías llamadas "típicas" de etiología bacteriana y particularmente neumocócica. En la mayoría se presenta: Fiebre alta (80%), escalofrío (40%) tos

con expectoración purulenta, dolor de tipo pleurítico (30%) y franco compromiso del estado general. (8)

En general no existe ninguna característica, signo clínico, o combinación de ellos, que permita deducir una determinada etiología o diferenciar la NAC de otras infecciones de vías aéreas bajas con suficiente fiabilidad. Sin embargo, la infección por *S. pneumoniae* es más recuente en pacientes de edad avanzada, con enfermedades subyacentes o con un comienzo súbito, fiebre alta y dolor torácico de características pleuríticas. (9)

La infección pulmonar de etiología bacteriana requiere de la colonización previa de las vías aéreas superiores (portadores) con posterior aspiración de secreciones contaminadas. También se describe la forma de diseminación hematógena a partir de dicha colonización, u otro foco infeccioso a distancia (oído medio, articulación). Alrededor de un 50% de sujetos sanos tienen aspiraciones de secreciones orofaríngeas durante el sueño, aunque los mecanismos de defensa del pulmón en la mayoría de los casos logran evitar la colonización e infección de las vías respiratorias inferiores. (10)

En los adultos mayores, la función mucociliar de las vías aéreas superiores e inferiores esta disminuida. Con la involución del timo, las funciones de los linfocitos disminuyen. También presentan una disminución de la respuesta inmune específica, especialmente las de la inmunidad celular con: Niveles reducidos de trombopoyetina, disminución de la hipersensibilidad retardada, perdida de la memoria inmunológica de los linfocitos T, menor número de linfocitos CD4, mayor número de linfocitos CD8, disminución de la producción y de los receptores de interleuquina-2, y alteraciones de la función de los linfocitos citotóxicos. (11)

En el proceso fisiopatológico se distinguen fases bien establecidas como son: Congestiva, en donde la infección comienza en forma de proceso inflamatorio exudativo intraalveolar, para luego volverse lobular, y finalmente lobar. A las 12-24 horas de evolución se observa edema inflamatorio con gran vasodilatación capilar y abundante exudado de líquido seroso en los alveolos. Luego de 2-3 días de evolución ocurre la hepatización roja que es la coloración roja oscura y endurecimiento en la zona afectada, en este caso los alveolos están ocupados por exudados coagulados, con gran cantidad de fibrina y glóbulos rojos, y neumococos.(12)

Luego a los 4-5 días de evolución comienza la etapa de hepatización gris, con los alveolos repletos de exudados fibrinoso y abundante neutrófilos y capilares exangües. Desde los 6-12 días ocurre la organización que es la reaparición de los macrófagos en el exudado como primer signo de resolución, fibrinólisis, fagocitosis de neumococos y de estos corpúsculos de grasa de los macrófagos. Tras la resolución y regeneración del epitelio alveolar, la zona afectada del pulmón vuelve a realizar el intercambio gaseoso en unos 14 días en promedio. (12)

Aunque algunos autores han señalado el interés de las manifestaciones a la hora de predecir la posible etiología, muchos estudios clínicos han demostrado que no se puede establecer la causa de la neumonía con exactitud por los signos y síntomas de presentación. Por ello esta separación clásica entre neumonía típica y atípica de la NAC por los síntomas y/o hallazgos radiológicos ha ido perdiendo vigencia. La tendencia actual se dirige a clasificar la NAC según la gravedad del cuadro clínico, valorando conjuntamente además de los datos clínicos y radiológicos, los factores de riesgo para etiología no habitual y la gravedad inicial,

lo que permite decidir la necesidad de hospitalización o no y su tratamiento empírico inicial. (7)

La radiografía de tórax frontal y lateral debe ser uno de los exámenes de rutina en el diagnóstico y evaluación de los pacientes con NAC. Esto permite confirmar el diagnóstico clínico y establecer su localización, extensión y gravedad, además permite diferenciar la neumonía de otras patologías, detectar posibles complicaciones, y puede ser útil en el seguimiento de los pacientes de alto riesgo. Sin embargo, los hallazgos de la radiografía de tórax son inespecíficos y pueden ser ocasionados por múltiples enfermedades infecciosas y no infecciosas que afectan el parénquima pulmonar. De este modo, el diagnóstico de neumonía debe estar sustentado en un cuadro clínico compatible (fiebre, tos, expectoración, escalofríos, dolor torácico, disnea) asociado a la presencia de infiltrados radiográficos de aparición reciente. (24)

Una vez establecido el diagnóstico clínico-radiográfico de neumonía adquirida en la comunidad (NAC), es recomendable intentar precisar el diagnóstico etiológico, mediante pruebas de laboratorio adecuadas, en los momentos oportunos y dependiendo de la disponibilidad de exámenes microbiológicos de cada centro. (25)

Sin embargo, la sensibilidad y especificidad de los exámenes microbiológicos son sólo moderadas y, a menudo, no contribuyen al manejo inicial del paciente con NAC. Así, en un estudio realizado en el país de Chile se encontró que de los 463 adultos inmunocompetentes con NAC, ingresados en un hospital en el área de medicina, sólo se pudo determinar la etiología en 25% de los casos. 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. (25)

El tratamiento debe iniciarse precozmente: en las primeras 2 horas desde el diagnóstico.

Antes de elegir el tratamiento se debe valorar: La gravedad de la NAC, la etiología más probable y la prevalencia de la resistencia antibiótica en nuestro medio. En referente a este se ha establecido 4 grupos o escenarios para terapéutica, teniendo en cuenta el cuadro clínico del paciente, si necesita hospitalización, si presenta enfermedades concomitantes o si se encuentra en UCI. (13)

Grupo 1: pacientes bajo 65 años de edad, sin comorbilidad de manejo ambulatorio. Tratamiento: amoxicilina 1 gramo cada 8 horas vía oral durante 7 días.

Grupo 2: pacientes sobre 65 años de edad y/o con comorbilidad de manejo ambulatorio. Tratamiento: amoxicilina/ácido clavulánico 500/125 mg cada 8 horas ó 875/125 mg cada 12 horas, o cefuroxima 500 mg cada 12 horas vía oral durante 7 días.

Grupo 3: pacientes hospitalizados en sala de cuidados generales que tienen criterios de gravedad moderada. Tratamiento: ceftriaxona 1-2 g/día o cefotaxima 1 g cada 8 horas EV durante 7-10 días.

Grupo 4: pacientes con neumonía comunitaria grave que deben ser manejados en la UCI. Tratamiento: ceftriaxona 2 g/día o cefotaxima 1 g cada 8 horas EV asociado a eritromicina 500 mg cada 6 h, levofloxacino 500-1.000 mg/día, o moxifloxacino 400 mg/día EV durante 10-14 días. En presencia de alergia o fracaso

de tratamiento con agentes betalactámicos y/o serología positiva para Mycoplasma, Chlamydia o Legionella sp se recomienda agregar: eritromicina 500 mg cada 6 h EV o VO, claritromicina 500 mg cada 12 h VO, o azitromicina 500 mg/día VO. (26)

En consecuencia, a través de la presente investigación se ha pretendido, recoger con objetividad información real sobre sintomatología, signos, tratamiento, así como el estado con que se da alta a los pacientes, es por esto que se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las características epidemiológicas, clínicas, y de tratamiento de la neumonía bacteriana adquirida en la comunidad en los adultos mayores del servicio de medicina del hospital Minsa II-2 Tarapoto periodo enero 2011 Octubre 2015?

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Conocer las características epidemiológicas, clínicas, y de tratamiento de la neumonía bacteriana adquirida en la comunidad en los adultos mayores. Servicio de medicina del hospital MINSA II-2 Tarapoto, periodo enero 2011 - octubre 2015.

2.2. Objetivos Específicos

1. Determinar la incidencia de la neumonía bacteriana adquirida en la comunidad en los pacientes adultos mayores internados en el servicio de medicina de acuerdo al estudio realizado.
2. Reconocer las principales manifestaciones clínicas de la neumonía bacteriana adquirida en la comunidad en los pacientes adultos mayores internados en el servicio de medicina.
3. Describir el tratamiento administrado en los pacientes con neumonía bacteriana adquirida en la comunidad del presente estudio.
4. Analizar la aplicación de la escala CURB-65, para el diagnóstico y pronóstico de los pacientes adultos mayores diagnosticados con neumonía bacteriana adquirida en la comunidad del presente estudio.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo de investigación

El presente trabajo de investigación realizado fue de tipo básico según su naturaleza, descriptivo según el número de variables analíticas, de corte transversal según el número de mediciones de la variable de estudio, observacional según la intervención del investigador, retrospectivo según la planificación de la investigación, cuantitativa según el enfoque de estudio. (24)

3.2. Nivel de investigación

Descriptivo

3.3. Diseño de investigación

La investigación se realizó con de todos los pacientes mayores de 65 años a más de edad diagnosticados de neumonía de etiología bacteriana adquirida en la comunidad, que cumplan con los criterios de inclusión establecidos.

La información se recolectó mediante una hoja de encuesta sobre las variables establecidas, junto a estas se utilizó una escala para valorar el pronóstico y la gravedad de esta patología, los datos obtenidos fueron vertidos en una base de datos y graficados mediante diagramas. Finalmente se asoció el cuadro de neumonía de etiología bacteriana adquirida en la comunidad en adultos mayores con las características epidemiológicas, clínicas, y tratamiento.

3.4. Cobertura de investigación

Universo

Adultos mayores internados en el servicio de medicina del hospital Minsa II-2 Tarapoto periodo Enero 2011 octubre 2015.

Población

Todos los adultos mayores con diagnóstico de NAC, que fueron internados en el servicio de medicina del hospital MINSA II-2 Tarapoto periodo enero 2011 octubre 2015.

Muestra

La muestra estudiada correspondió a todos los pacientes hospitalizados que recibieron el tratamiento antibiótico para la NAC en el hospital MINSA II – 2 Tarapoto, conformada por 80 pacientes comprendidos entre 65 y 98 años de edad, en el periodo de tiempo que contempló esta investigación.

La muestra fue de tipo censal, pues se seleccionó el 100% de la población al considerada un número manejable de sujetos. Fueron incluidos pacientes tanto del sexo femenino como masculino, que permanecieron internados por un determinado periodo de tiempo, según su evolución.

Criterios de Inclusión

Se incluyó a todos los pacientes adultos mayores que cumplieron los criterios diagnósticos, sin comorbilidades y que al alta tuvieron como diagnóstico Neumonía bacteriana Adquirida en la Comunidad que fueron hospitalizados en el servicio de medicina del hospital Minsa II-2 Tarapoto periodo enero 2011 - octubre 2015.

Criterios de Exclusión

Los pacientes menores de 65 años, historias clínicas incompletas, pacientes que solicitaron el alta antes de terminar tratamiento, y que no sea capaz de entender la información

3.5. Fuentes, técnicas e instrumentos de investigación

El instrumento utilizado para este estudio fue estructurado y precodificado, para posteriormente ser llenado con información de las historias clínicas de los pacientes, dicho instrumento estuvo constituido por 10 rubros: información general del paciente, sintomatologías, signos, laboratorio, escala CURB – 65, tratamiento recibido, número de lóbulos afectados y patrón radiológico. (Anexo 2)

Escala CURB-65

Se usó la escala curb-65 para establecer el grado de severidad, y la necesidad de tratamiento para los casos de neumonía adquirida en la comunidad. Esta escala se basa en 5 variables que nos permiten estatificar al paciente en 3 grupos de menor a mayor riesgo de mortalidad, las variables de las cuales consta son: Confusión, la cantidad de urea en sangre, frecuencia respiratoria, presión arterial, edad en base a los 65 años. (23) (ANEXO 3)

3.6. Análisis e interpretación de datos

Los datos fueron extraídos de la ficha de recolección de datos y cargados en el programa SPSS versión 24 a fin procesar la información. Con estos datos se realizaron los gráficos de barras, y además se obtuvo la estadística descriptiva en términos de frecuencias absolutas y relativas.

3.7. Aspectos éticos

Durante la investigación se tuvo en cuenta los principios éticos dirigidos al respeto de la persona humana, protegiéndolas contra un daño, o situaciones incómodas que pudieran surgir, se mantuvo el anonimato y la confidencialidad de los datos. El principio de justicia se tuvo en cuenta considerando que todas las personas tuvieron la oportunidad de participar del estudio. El beneficio que reciben los participantes fue la oportunidad del conocimiento a fin de ofrecer cuidados adecuados a las personas y por consecuencia trabajo con seguridad a los prestadores de servicio que se encuentran en el área crítica.

3.8 Limitaciones

Los registros incompletos de los datos en las historias clínicas del hospital MINSA II-2 Tarapoto.

Limitación a la accesibilidad a las historias clínicas.

IV. RESULTADOS

Tabla 1: Neumonía adquirida en la comunidad según **Género** en los pacientes atendidos en el hospital MINSA II-2 Tarapoto. Enero 2011-Octubre 2015.

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	33	41,3%
Masculino	47	58,8%
Total	80	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

En lo que respecta a la Tabla N° 01, se aprecia que de los 80 pacientes; 33 (41.3%) corresponde al género femenino y 47 (58.8%) corresponde al género masculino. Además se encuentran en una proporción de 1.42/1 de casos a favor del sexo masculino.

Tabla 2: Neumonía adquirida en la comunidad según **Edad** en los pacientes atendidos en el hospital MINSA II-2 Tarapoto. Enero 2011-Octubre 2015.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
65 – 75 años	32	40,0%
76 – 86 años	33	41,3%
87 – 98 años	15	18,8%
Total	80	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Según Tabla N° 02, se aprecia que de los 80 pacientes; 32 (40%) se ubican entre los 65 y 75 años de edad; 33 (41.3%) se ubican entre 76 y 86 años y 15 (18.8%) se ubican entre los 87 y 98 años de edad. En consecuencia las edades

comprendidas desde los 65 a 86 años, corresponden al 81.3% del total de los casos estudiados.

Tabla 3: Neumonía adquirida en la comunidad según **Motivo de consulta** en los pacientes atendidos en el hospital MINSA II-2 Tarapoto. Enero 2011- octubre 2015.

Motivo de consulta	Frecuencia	Porcentaje
Dificultad respiratoria	15	18,8%
Dificultad respiratoria + tos	37	46,3%
Dificultad respiratoria + dolor torácico	28	35,0%
Total	80	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Según la Tabla N° 03, podemos notar que, de 80 pacientes, 15 (18.8%) presentó dificultad respiratoria, 37 (46.3%) presentó dificultad respiratoria más tos y 28 (35%) presentó dificultad respiratoria más dolor torácico.

Tabla 4: Neumonía adquirida en la comunidad según **Cuadro clínico** en los pacientes atendidos en el hospital MINSA II-2 Tarapoto. Enero 2011-Octubre 2015.

Cuadro Clínico	Frecuencia	Porcentaje
Tos	80	100,0%
Espujo	73	91,3%
Fiebre	67	83,8%
Escalofríos	64	80,0%
Disnea	80	100,0%
Dolor pleural	41	51,3%

Fuente: Ficha de recolección de datos

La Tabla N°04, tenemos que los 80 pacientes (100%) presentaron tos; en lo referente al espujo, 73 (91,3%) lo presentó, con respecto a la fiebre, 67 (83,8%) presentó este síntoma, sobre la presencia del escalofrío, se encontró en 64 (80%)

de los pacientes, en el caso de la Disnea, se encontró que 80 (100%) de los pacientes la presentó, finalmente en lo referente al dolor pleural, 41 (51.3%) presentó este síntoma como parte del cuadro clínico. Como conclusión, se observa que la triada clásica de la NAC: Tos con esputo, fiebre, escalofríos se presentó con una frecuencia elevada.

Tabla 5: Neumonía adquirida en la comunidad según **Examen físico** en los pacientes atendidos en el hospital MINSA II-2 Tarapoto. Enero 2011-Octubre 2015.

Signos	Frecuencia	Porcentaje
Crepitantes	76	98,7%
Aumento de vibraciones vocales	56	72,7%
Matidez	44	57,1%

Fuente: Ficha de recolección de datos

La Tabla N° 05, tenemos que, en lo referente a la presencia de crepitantes, 76 (98,7%) presentó el signo y 4 (1,3%) no lo presentó; con respecto a las vibraciones vocales; 56 (72,7%) presentó este signo y 24 (27,3%) no lo presentó; finalmente sobre la presencia de matidez, 44 (57,1%) presentó este signo y 36 (42,9%) no presentó dicho signo.

Tabla 6: Neumonía adquirida en la comunidad según **Recuento leucocitario** en los pacientes atendidos en el hospital MINSA II-2 Tarapoto. Enero 2011-Octubre 2015.

Leucocitosis	Frecuencia	Porcentaje
Si	70	87,5%
No	10	12,5%
Total	80	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

La Tabla N° 06, se observa que de los 80; 70 (87.5%) presentó leucocitosis y 10 (12.5%) no registró.

Tabla 7: Neumonía adquirida en la comunidad según **Número de lóbulos afectados** en los pacientes atendidos en el hospital MINSA II-2 Tarapoto. Enero 2011-Octubre 2015.

N° de lóbulos afectados	Frecuencia	Porcentaje
Lobar	67	83,8%
Multilobar	13	16,3%
Total	80	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

La Tabla N° 07, se aprecia que 67 (83.3%) presentó una afectación lobar y 13 (16,3%) presentó una afectación multilobar.

Tabla 8: Neumonía adquirida en la comunidad según **Patrón radiológico** en los pacientes atendidos en el hospital MINSA II-2 Tarapoto. Enero 2011-Octubre 2015.

Patrón radiológico	Frecuencia	Porcentaje
Alveolar	80	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

La Tabla N° 08, se nota que el 100% presentó un patrón radiológico de tipo alveolar.

Tabla 9: Neumonía adquirida en la comunidad según **Escala de CURB-65** en los pacientes atendidos en el hospital MINSA II-2 Tarapoto. Enero 2011-Octubre 2015.

Escala CURB-65	Frecuencia	Porcentaje
Grupo 1 (0 – 1 Punto)	00	0.00%
Grupo 2 (2 Puntos)	80	100.00%
Grupo 3 (3 a más puntos)	00	0.00%
Total	80	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos

La Tabla N° 09, tenemos que los 80 pacientes, el 100% se ubicó en el grupo 2; es decir que todos los pacientes se encontraron en el nivel de riesgo moderado, y que necesitaban hospitalización para el respectivo tratamiento.

Tabla 10: Neumonía adquirida en la comunidad según **Tratamiento recibido** en los pacientes atendidos en el hospital MINSA II-2 Tarapoto. Enero 2011-Octubre 2015.

Tratamiento recibido	Frecuencia	Porcentaje
Ceftriaxona	67	83,3%
Ceftriaxona + clindamicina	5	6,3%
Ceftriaxona + ciprofloxacino	8	10,0%
Total	80	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

La Tabla N° 10, se nota que de los 80 pacientes, 67 (83,3%) fueron tratados con ceftriaxona; 8 (610%) fueron tratados con ceftriaxona más ciprofloxacino y 5 (6,3%) fueron tratados con ceftriaxona más clindamicina.

Tabla 11: Neumonía adquirida en la comunidad según **Estancia hospitalaria** en los pacientes atendidos en el hospital MINSA II-2 Tarapoto. Enero 2011-Octubre 2015.

Estancia hospitalaria	Frecuencia	Porcentaje
1 a 6 días	69	86,3%
7 a 10 días	11	13,8%
Total	80	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

La Tabla N° 11, hace referencia a la estancia hospitalaria de los pacientes, donde se observa que del total; 69 (86,3%) estuvieron hospitalizados de 1 a 6 días y 11 (13,8%) estuvieron hospitalizados de 7 a 10 días.

Tabla 12: Neumonía adquirida en la comunidad según **Condición de egreso** en los pacientes atendidos en el hospital MINSA II-2 Tarapoto. Enero 2011-Octubre 2015.

Condición de egreso	Frecuencia	Porcentaje
Curado	65	81,3%
Mejorado	15	18,8%
Total	80	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Según Tabla N° 12, referente a la condición de egreso de los pacientes, se nota que de los 80, 15 (18.8%) egresó en condición de mejorado y 65 (81.3 %) egresó en condición de curado.

V. DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo general conocer las características epidemiológicas, clínicas, y de tratamiento de la neumonía bacteriana adquirida en la comunidad en los adultos mayores. Sobre todo, se estudió aspectos importantes de esta patología, que se clasificaron por género, por grupo etario, además se hizo uso de escalas para clasificar la gravedad de la neumonía adquirida en la comunidad.

De los resultados obtenidos en la investigación se puede deducir que:

El sexo ligeramente predominante en la población estudiada fue el masculino, que fueron en total 47(58.,8%) con respecto al número de pacientes del sexo femenino 33(41,3%), esto concuerda con otros estudios publicados que indican un predominio del sexo masculino, como en Barcelona-España (14) donde se encontró 54,8% del sexo masculino, caso parecido también se encontró en Buenos aires - Argentina (15) en donde el sexo masculino representó el 56.66% del total de casos estudiados, en ambos estudios se constata que los varones presentaron más factores de riesgo para padecer NAC.

En lo referente al grupo etario, se encontró que los pacientes más afectados fueron los que se encontraban con una edad comprendida entre los 76 a 86 años alcanzado el 41.3% de los casos que se encontró en este estudio, el cual coincide con el trabajo realizado en Cuenca - Ecuador (2), donde se encontró un 63.8% dentro de las edades de 82 a 86 años. Como se puede apreciar ambos estudios, se demuestra que la mayor afectación se desarrolla en edad ya avanzadas, esto

debido a los cambios fisiológico que se manifiestan en los adultos mayores, como es el caso de la disminución de la respuesta inmune mediada por los linfocitos T como se manifiesta en Lima - Perú (11).

Las manifestaciones clínicas que encontramos con mayor frecuencia fueron la tos y la disnea (100%), seguida del esputo (91.3%), luego la fiebre (83,8), seguido de los escalofríos (80%), y finalmente el dolor pleural (51.3%). La Habana – Cuba (16), encontró como principales síntomas a la fiebre y disnea (100%), seguidas por escalofríos, tos, esputo. Por otra parte, en Buenos aire - Argentina (15) encontró como principal síntoma la disnea (93.3%), seguida de fiebre, tos, expectoración. Como se puede observan en ambos estudios el síntoma de fiebre se encontró entre los síntomas más frecuentes, caso contrario a lo que sucedió en nuestra investigación, y esto puede deberse como ya se mencionó anteriormente, a la disminución de la respuesta inmunológica de los adultos mayores y la malnutrición como señala también en Ciudad Victoria – México (17).

Con respecto al examen físico se encontró que los crepitantes estuvieron presente con un 98.7%, seguidos del aumento de las vibraciones vocales con 72.7%, y finalmente la matidez con un 57.1%. Esto se acerca a lo encontrado en León – Nicaragua (5), donde el signo con mayor frecuencia de presentación fue los crepitantes con unos 98%, seguidos por la matidez con 88%, y por último el aumento de las vibraciones vocales con 86% de todos los casos.

En cuento a los días de hospitalización se puedo encontrar que el 72.5% de los pacientes estuvieron hospitalizados entre 1 a 6 días. Caso parecido se encontró en el trabajo desarrollado en Cuenca – Ecuador (2) en donde los días de estancia hospitalaria fueron mayores entre 1 a 4 días durante los cuales recibieron tratamiento endovenoso. Cabe recalcar que en ambos trabajos de investigación la

mayoría de pacientes cuenta con una escala de CURB-65 de dos puntos los cuales hacen referencia a que fueron paciente de bajo riesgo de complicaciones.

En los exámenes de laboratorio se encontró que el 87,5% de los pacientes presentaron recuento de leucocitos elevados. Lo cual concuerda con lo encontrado en Buenos aire - Argentina (15) en donde el 63.3% del total de pacientes presentaron leucocitosis, de igual manera. En revisiones sobre el tema se marcó como criterio importante a la leucocitosis para establecer la necesidad de hospitalización de los pacientes, como es el caso de una elevación severa de su valor, por encima de los 15000, es así como se manifiesta en Ciudad Victoria – México (17).

En lo referente al tratamiento antibiótico que se administró, ceftriaxona fue utilizada en el 83,3% de los pacientes, cabe recalcar que el medicamento fue elegido de acuerdo al estado general de paciente, las comorbilidades, y la experiencia del médico tratante y de los agentes específicos más comunes en esa área, además guías y revisión del tema, tales como en Barcelona - España (18), en donde indica que dicho antibiótico puede ser administrado en pacientes que se encuentran hospitalizados en un ambiente común, asociado a un macrólido, como también en pacientes en unidad de cuidados intensivos. Caso contrario que se encontró en el trabajo en Ciudad de México - México (19) en donde refiere que como tratamiento empírico recomienda el uso de una fluoroquinolona con cobertura respiratoria como monoterapia o la combinación de un betalactámico y un macrólido.

La escala CURB-65 fue utilizada para clasificar a los pacientes de acuerdo al riesgo de mortalidad, dicha clasificación se dio en tres grupos, de los cuales el 100% de los pacientes se encontraron en el grupo dos, lo que significa un riesgo

bajo para la mortalidad, sin embargo, necesita ingreso hospitalario, pero por corto tiempo, además algo que corrobora esto fue que durante el tiempo de la investigación no se encontraron paciente que hayan fallecido , por otra parte en la investigación desarrollada en Viña del Mar - Chile (20), en donde el 34,8% del total de pacientes se ubicó en grupo 1, y el 23,6% se ubicó en el grupo dos, en este caso el promedio de días de estancia fue de 7,9 días. Por otro lado en Trujillo - Perú (21) realizó una investigación para determinar el uso de la escala CURB-65 como predictor de mortalidad en pacientes ancianos con NAC, donde encontró que valores de 1, 2, 3 puntos en dicha escala los porcentajes de sobrevivientes fueron mayores, con valores de 4 puntos las frecuencias fueron iguales, y con valores de 5 puntos las frecuencias son mayores para pacientes fallecidos.

En lo referente a la radiografía simple de tórax los resultados arrojan que el 100% presentó un infiltrado del tipo alveolar, algo parecido a lo encontrado en León - Nicaragua (22), en donde el 60% de los pacientes presentaron un infiltrado alveolar. Por otra parte, Madrid – España (9) hizo una revisión de la normativa de la sociedad española de neumología y cirugía de tórax, en donde mencionó que la presencia de un infiltrado en la radiografía de tórax en un paciente con manifestaciones clínicas compatibles con NAC es el patrón oro para el diagnóstico de esta enfermedad. Debido a que las manifestaciones clínicas de la NAC son inespecíficas, la radiografía de tórax es obligada para establecer su diagnóstico, localización, extensión, posibles complicaciones.

VI. CONCLUSIONES

1. La incidencia de la NAC fue de 36,25%, esto durante el año 2015 donde se presentaron 29 pacientes, siendo este año el que presentó más casos durante el tiempo contemplado en la investigación.
2. Dentro de la sintomatología y los hallazgos semiológicos la tos, la disnea ambos con un 100% y los crepitantes con 98,7% ocuparon el primer lugar.
3. El antibiótico que se administró en mayor frecuencia fue ceftriaxona con 83,3%, de esta manera concluimos que los pacientes pertenecen al grupo 3 en lo referente a la terapéutica recomendada.
4. Todos los pacientes obtuvieron una puntuación de 2, lo cual los ubicó en el segundo grupo, de riesgo intermedio, además con una probabilidad del 9.2% de mortalidad.
5. Durante la investigación no se encontró pacientes fallecidos debido a la NAC.

VII. RECOMENDACIONES

1. A los miembros que conforman la comunidad de salud del Hospital Minsa II-2 Tarapoto, asumir su labor con vocación de servicio, de tal manera que sean capaces de vigilar, detectar, analizar, evaluar y dictar normativas que orienten un tratamiento más apropiado ante las enfermedades que constituyen los principales motivos de consulta en el hospital en referencia.
2. Incentivar y ampliar el campo de la investigación sobre el tema que permita una visión objetiva del problema.
3. Buscar estrategias que integren a los médicos en formación con los médicos especialistas y expertos sobre el tema para formar equipos de salud encaminados a educar, intercambiar conocimientos, detectar y corregir las posibles fallas existentes en el manejo de esta enfermedad de la neumonía.
4. Capacitar y actualizar a los médicos con las diferentes guías de recomendaciones de las principales Sociedades Científicas siempre y cuando sean utilizadas con juicio crítico y adaptadas a nuestra realidad.
5. Abogar y buscar los medios para que se cumplan cada uno de los indicadores de calidad de atención tanto aquellos concernientes al clínico como a los paraclínicos sobre todo en las primeras horas de hospitalización del paciente con neumonía adquirida en la comunidad.

6. Garantizar la actuación interdisciplinaria de internistas, neumólogos, infectólogos, microbiólogos con el propósito de integrar acciones que faciliten y eliminen cada una de las barreras que se interponen en la valoración y atención integral del paciente, y a la vez disminuir los costos por hospitalización que genera esta afección a las instituciones dispensadoras de salud en nuestra región y el país.

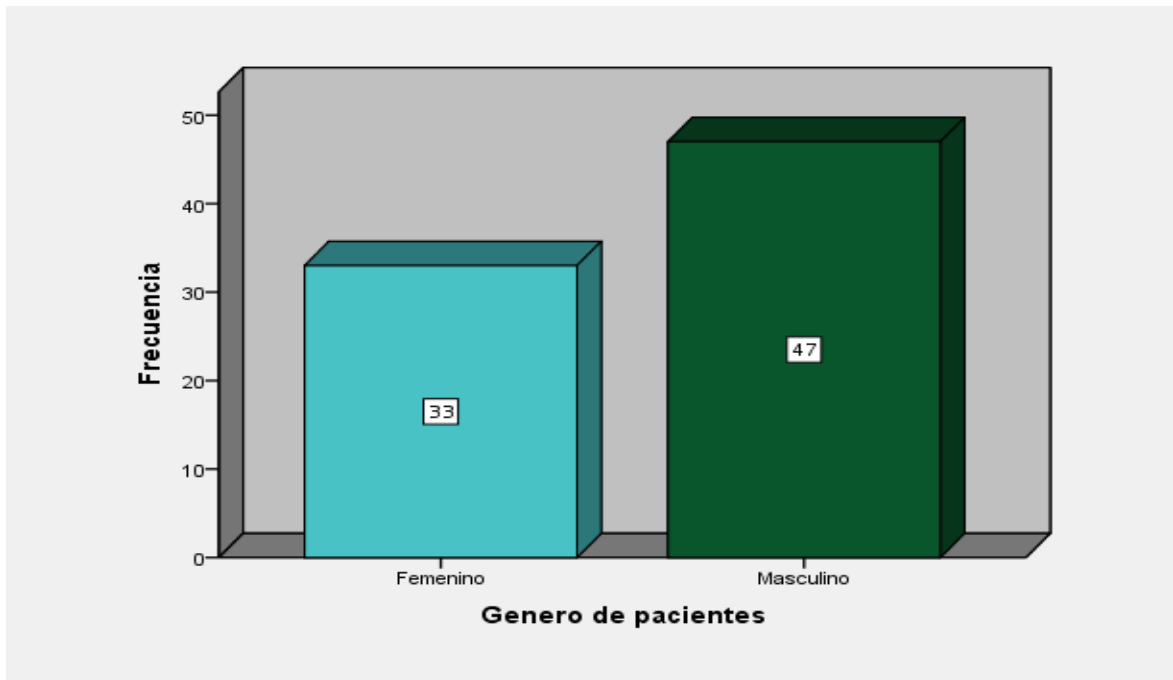
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de salud. Situación epidemiológica de las infecciones respiratorias agudas (IRA), neumonías y SOB en el Perú, hasta la Se 39-2013. Lima: Perú, 2013. [Fecha de acceso de 26 abril de 2015]. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/boletin.php?subaction=showfull&id=1259267936&archive=&start_from=&ucat=1&
2. Hugalde R. "Neumonía Adquirida en el Paciente Adulto Mayor" Hospital Universitario del Rio Unidad Geriátrica Periodo de la Investigación Enero-Diciembre 2010. [Tesis de Pregrado]. Cuenca-Ecuador: Universidad del Azuay; 2011.
3. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico (Lima). Lima: Dirección General de Epidemiología, Red Nacional de Epidemiología; 2012. [Fecha de acceso de 26 abril de 2015]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2012/35.pdf>
4. Fauci A, Braunwald E, Kasper D, et al. Harrison Manual de Medicina. 17va ed. México: Mc Graw Hill; 2010: 764-768
5. García N. Neumonía adquirida en la comunidad en pacientes ingresados a la sala de medicina interna del hospital escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el periodo de junio del 2003 a enero del 2005. [Tesis para especialidad]. León: Universidad nacional autónoma de Nicaragua facultad de ciencias médicas; 2005.
6. Moreno R, Riquelme R. Etiología de la neumonía adquirida en la comunidad en el adulto inmunocompetente. Revista Chilena de Infectología 2005; 22 (1):18-25.

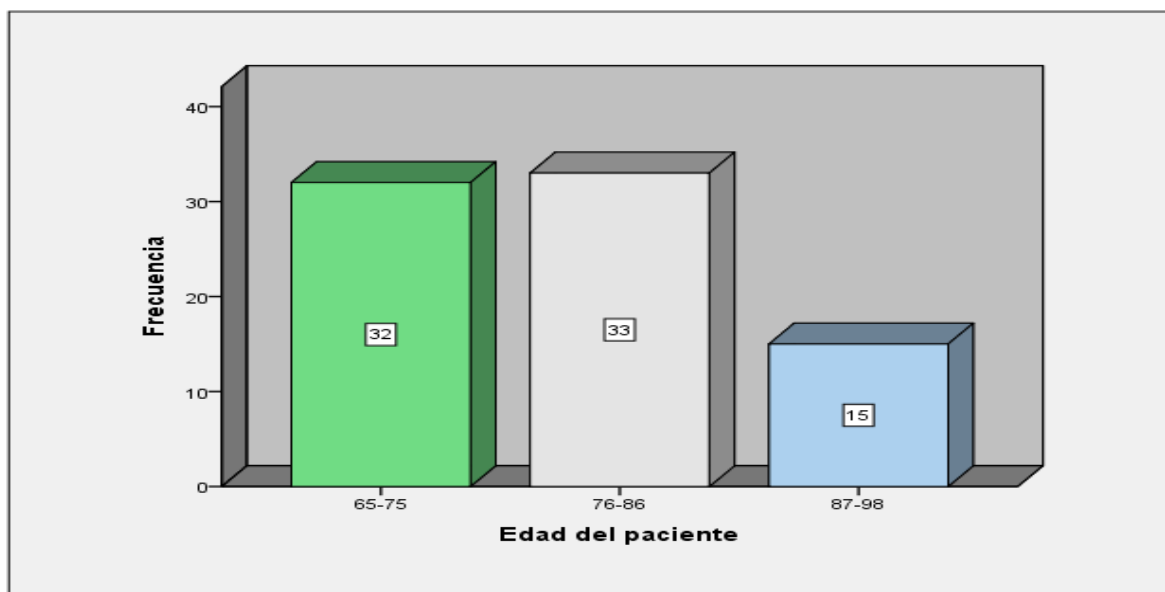
7. Saldías P, Mardóñez J, Marchesse M, Viviani P, Farías G, Díaz A. Neumonía adquirida en la comunidad en el adulto hospitalizado. Cuadro clínico y factores pronósticos. Rev. méd. Chile 2002; 130(12): 1373-1382.
8. Gil R, Fernández P, Sabbagh E. Diagnóstico clínico-radiológico de la neumonía en el adulto adquirida en la comunidad. Rev. Med. Chilena 2005;22(1):26-31.
9. Menéndez R, Torres A, Aspa J, et al. Neumonía adquirida en la comunidad. Nueva normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Rev. Med. Española 2010;46(10): 543-558
10. Moreno L. Neumonía Bacteriana Adquirida en la Comunidad. Rev. Med. Argentina 2006; 40(11):80-100
11. Campos M. Neumonía en el Adulto Mayor. Rev. Per. Soc. Med. Int 2002; 15(4):25-40
12. González M. Clinopatología del aparato respiratorio. [Diapositivas]. México:2011. 50 diapositiva.
13. Díaz A, Labarca J, Pérez C, Ruiz M, Wolff M. Tratamiento de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad. Rev Chil Enf Respir 2005; 21(2): 117-131
14. Herrera S. Estacionalidad de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) y su influencia con el clima. [Tesis doctoral]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona;2010.
15. Romero N, Seleme M, Salas E. NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN ANCIANOS. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina 2007; 168.
16. Aleaga Y, Serra M, Cordero G. Neumonía adquirida en la comunidad: aspectos clínicos y valoración del riesgo en ancianos hospitalizados. Rev. Med. Cubana Salud Publica 2015;41(3): 413-426.
17. García T, Villalobos J, Trabado M. Neumonía comunitaria en el adulto mayor. Rev. Med. México 2013,6(1): 12-17.

18. Torres O, Gil E, Pacho C, et al. Actualización de la neumonía en el anciano. Rev. Med. Española de Geriatria y Gerontología 2013; 48(2): 72-78.
19. Cea E, Atlagich G, Núñez M, et al. Neumonía grave del adulto adquirida en la comunidad manejada en sala de cuidados generales en un hospital público. Rev. MED. Chilena de enfermedades respiratorias 2013; 20(1): 9-13.
20. Gálvez C. Aplicabilidad de la escala Curb-65 como factor predictivo en la mortalidad de pacientes con neumonía adquirida en la comunidad. [Tesis para grado de bachiller en medicina humana]. Trujillo. Universidad Nacional de Trujillo; 2012.
21. Hernández R, Fernández C, Baptista P, Metodología de la Investigación. 4ª Ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2006: 89-99
22. Armiñanzas C. La escala CURB-65 como índice pronóstico inicial en la enfermedad no quirúrgica [Tesis doctoral]. Santander: Universidad de Cantabria; 2012.
23. Sociedad Chilena de enfermedades respiratorias. Manejo de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad. Resumen del consenso nacional. Chile.2005;133(8): 953-967
24. Virginia Sánchez H, Marissa Gonzales L, et al. Neumonía adquirida en comunidad. Factores de riesgo en el adulto mayor. Rev. Med. Mexicana de salud 2002; 40(5): 387-392
25. Jiménez P, Clavo M, et al. Diagnóstico microbiológico de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad. Rev. Med. Chilena de infectología 2005; 22(1):32-38
26. Díaz A, Labarca J, Pérez C, Ruiz M, Wolff M. Tratamiento de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad. Rev Chil Enf Respir 2005; 21(2): 117-131.

IX. ANEXOS

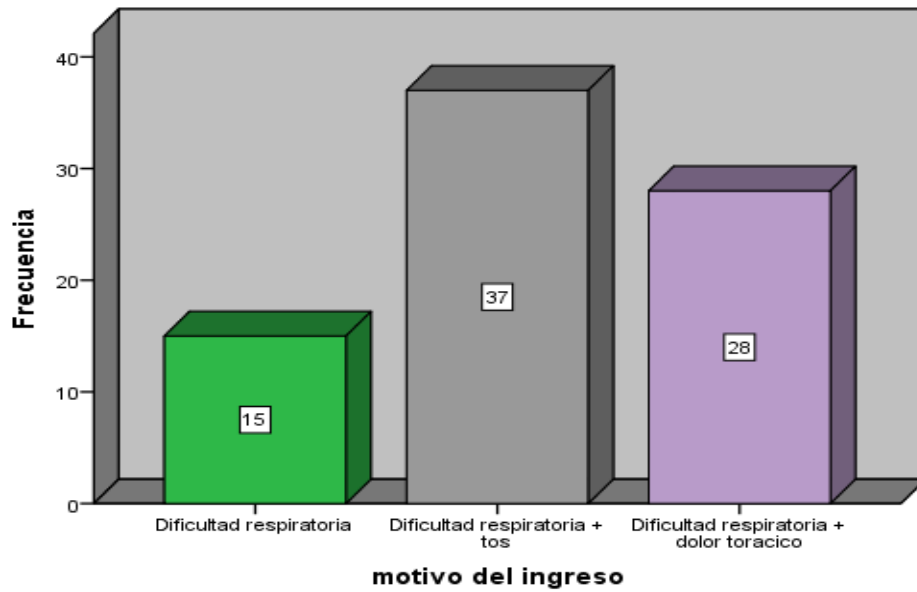
ANEXO 1: Gráficos según resultado de hoja de recolección de datos**Gráfico 1:** Neumonía adquirida en la comunidad según género de los pacientes

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 2: Neumonía adquirida en la comunidad según **Edad** de los pacientes

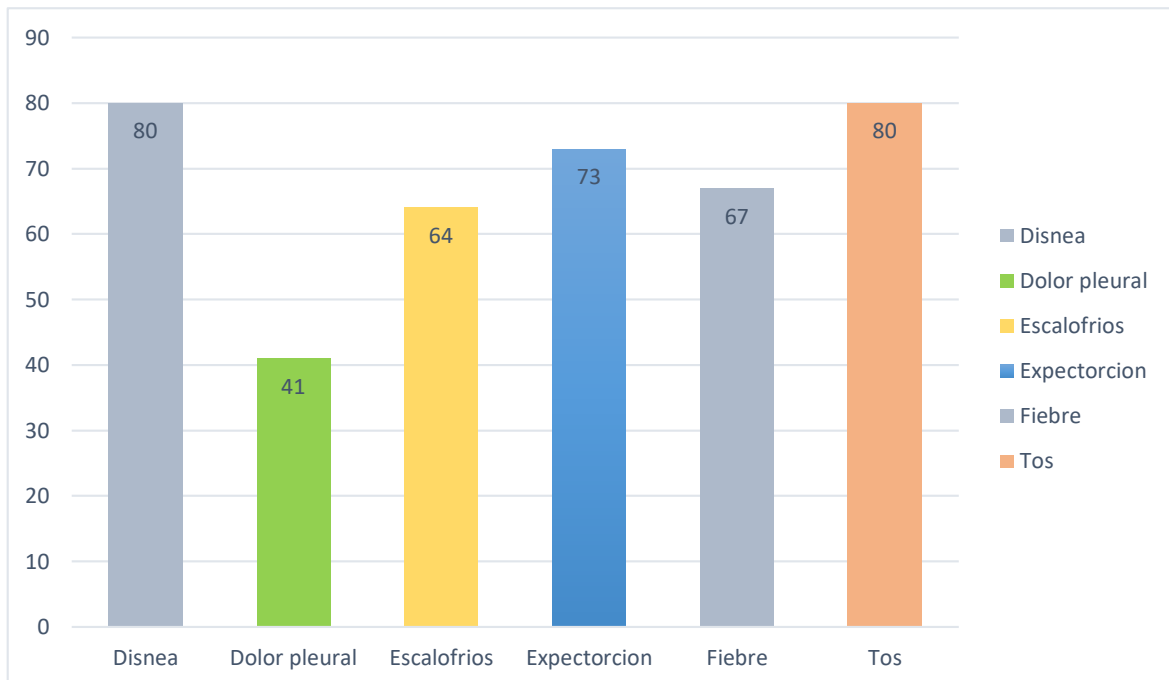
Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 3: Neumonía adquirida en la comunidad según **Motivo de consulta** de los pacientes



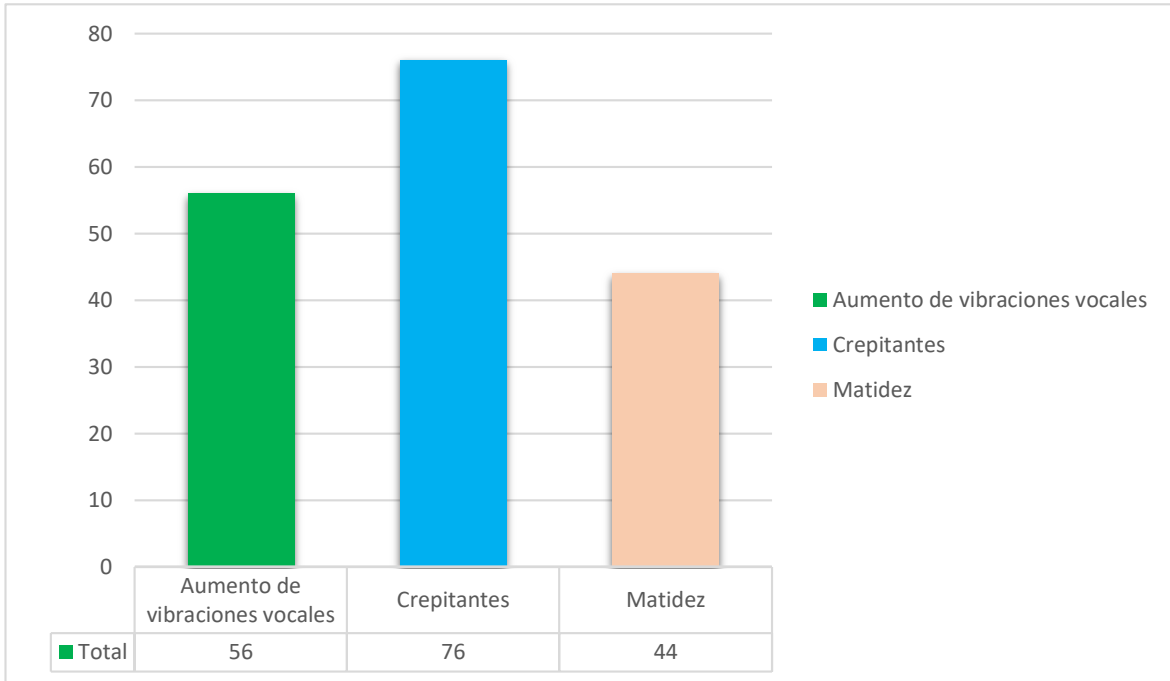
Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 4: Neumonía adquirida en la comunidad según **Cuadro clínico** de los pacientes



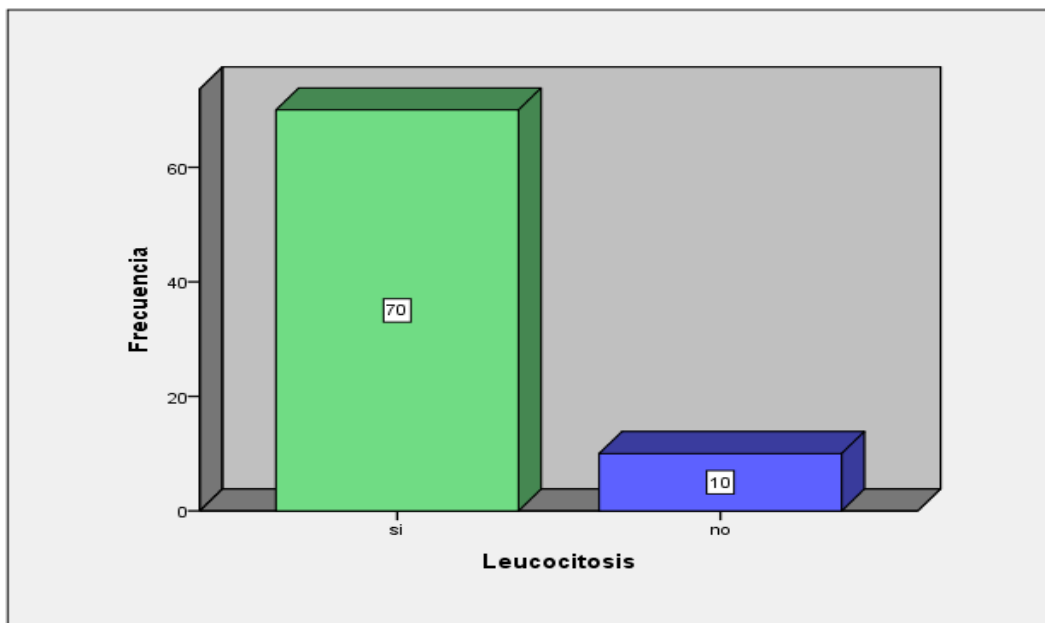
Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 5: Neumonía adquirida en la comunidad según **Examen físico** de los pacientes



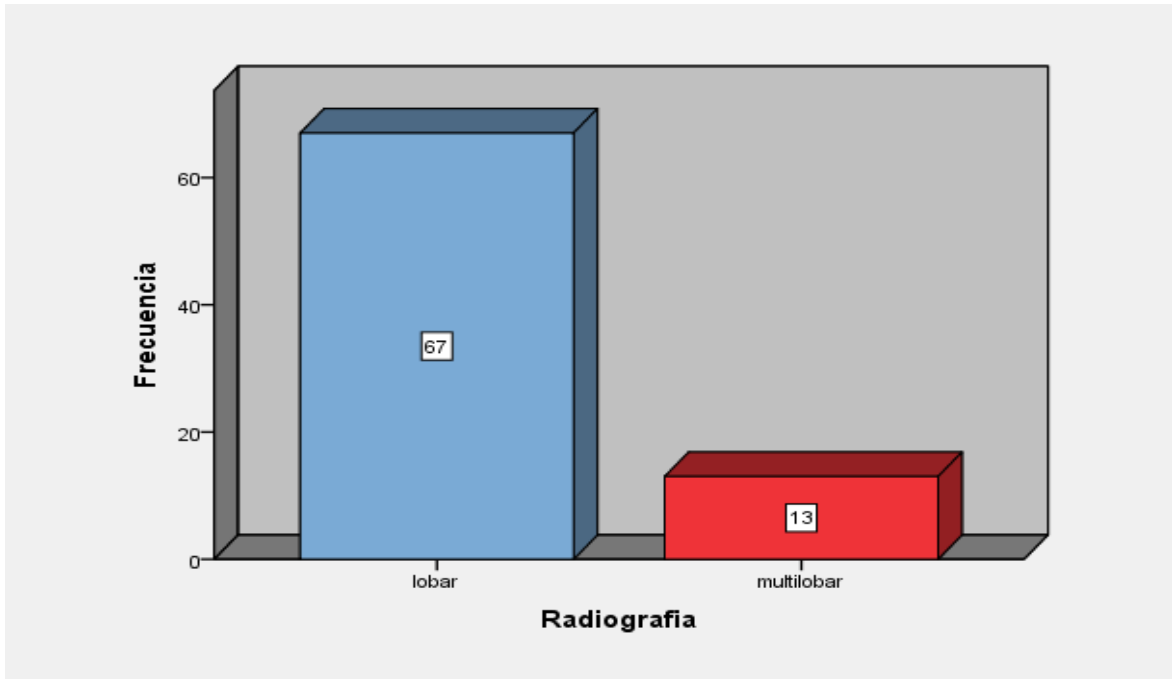
Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 6: Neumonía adquirida en la comunidad según **Leucocitosis** de los pacientes



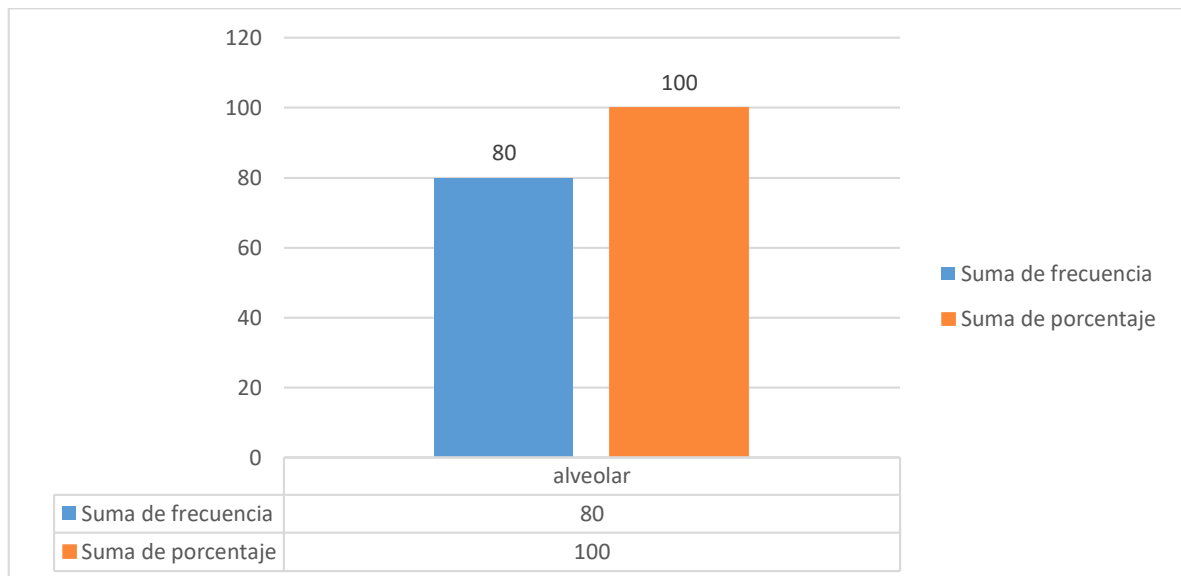
Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 7: Neumonía adquirida en la comunidad según **Número de lóbulos afectados** de los pacientes



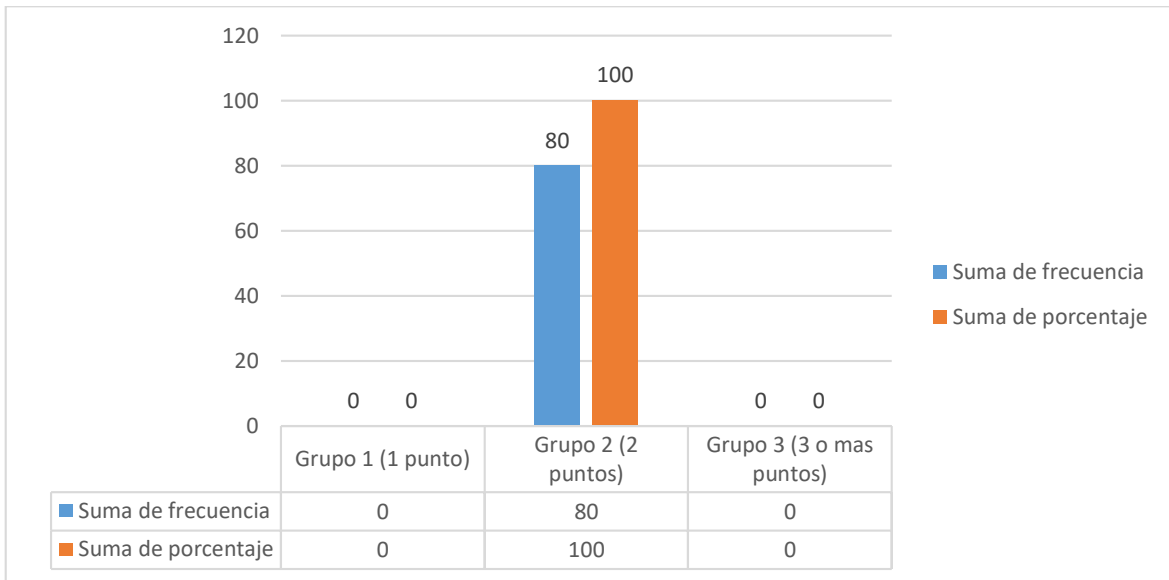
Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 8: Neumonía adquirida en la comunidad según **Patrón radiológico** de los pacientes



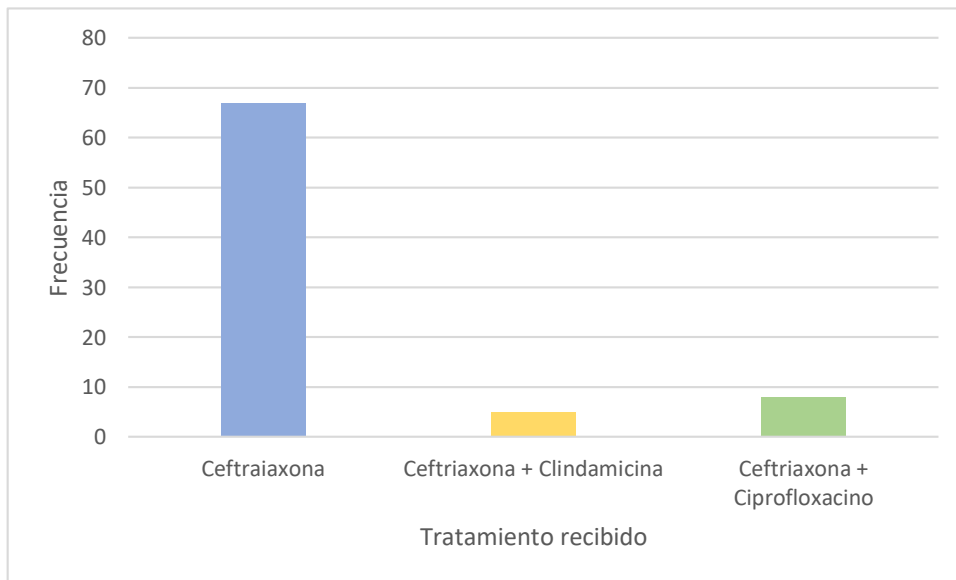
Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 9: Neumonía adquirida en la comunidad según **Escala de CURB-65** de los pacientes



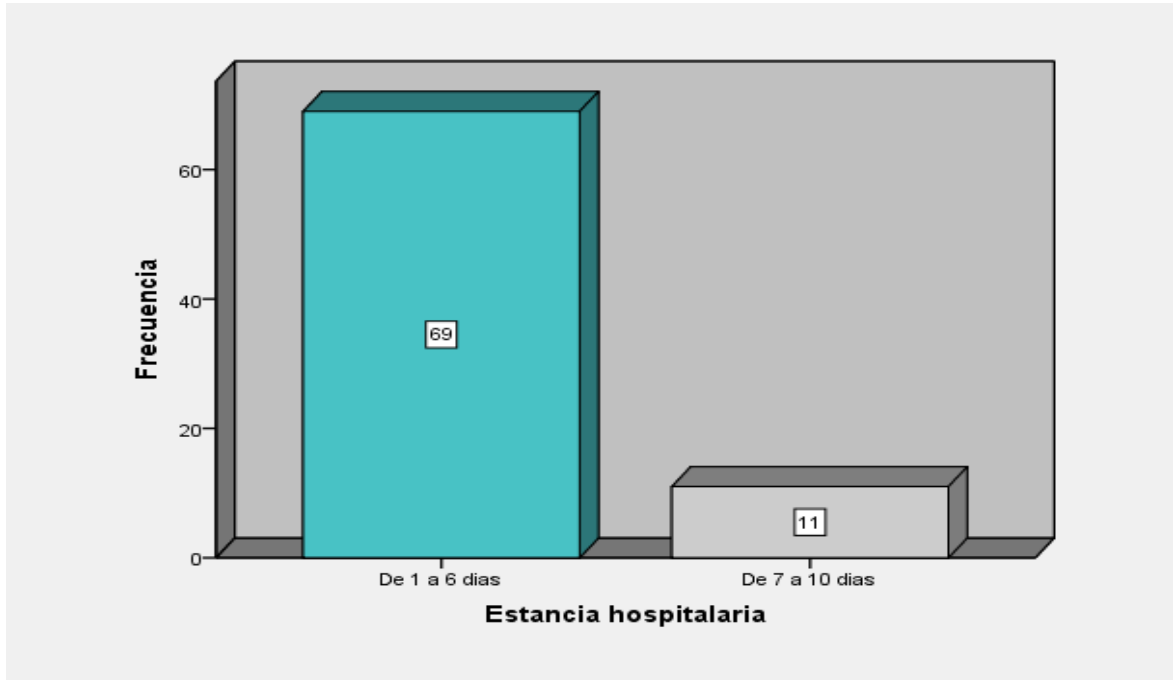
Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 10: Neumonía adquirida en la comunidad según **Tratamiento recibido** de los pacientes.



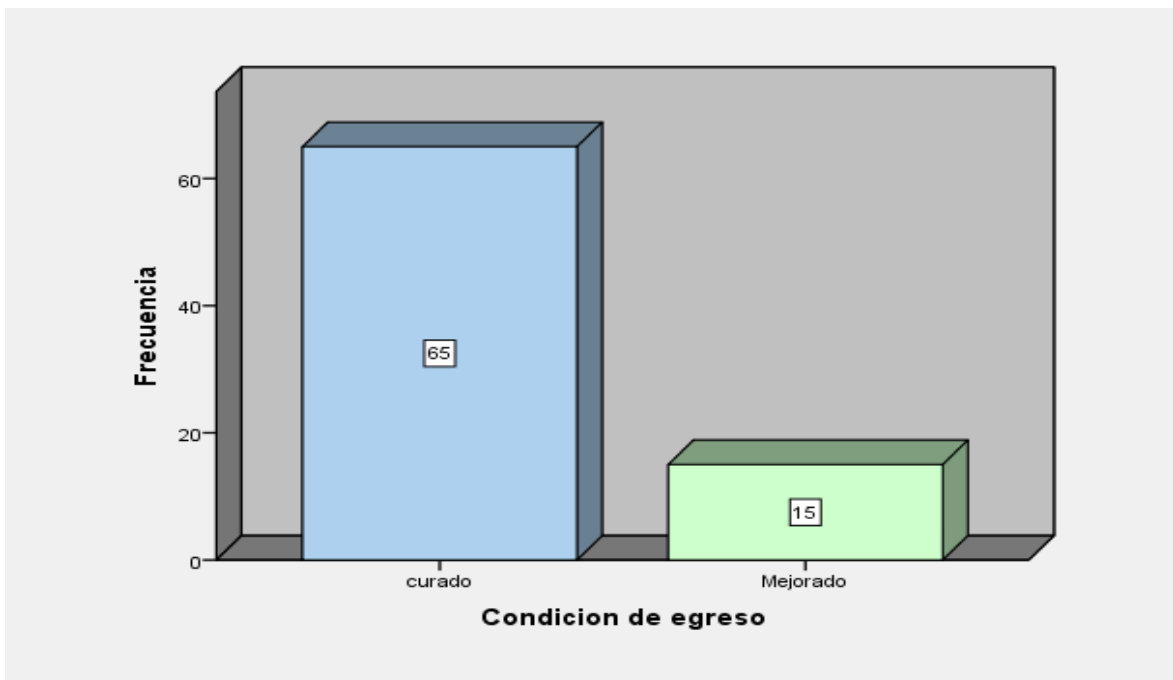
Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 11: Neumonía adquirida en la comunidad según **Estancia hospitalaria** de los pacientes



Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 12: Neumonía adquirida en la comunidad según **Condición de egreso** de los pacientes



Fuente: Ficha de recolección de datos

ANEXO 2: Hoja de recolección de datos

Servicio ingresado: Medicina () Expediente #: _____

Causa de ingreso o consulta: _____

Nombres y apellidos: _____ Sexo 1=M; 2=F Edad: _____

Dirección: _____ Tratamiento: _____

Condición de Egreso: _____ Estancia Hospitalaria: _____

HALLAZGOS CLINICOS

Tos 1=SI 2=NO

Expectoración 1=SI 2=NO

Fiebre 1=SI 2=NO

Escalofríos 1=SI 2=NO

TORAX:

Disnea 1=SI 2=NO

Dolor pleurítico 1=SI 2=NO

EXAMEN DE LABORATORIO:

Leucocitosis 1=SI _____

G.B.

EXAMEN FISICO:

Crepitantes 1=SI 2=NO

Aumento vibraciones (vocales) 1=SI 2=NO

Matidez 1=SI 2=NO

RADIOGRAFIA PA

Unilobar: _____

Multilobar: _____

RX-Tórax.***HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS***

Anexo 3: Escala CURB-65

CARACTERÍSTICAS	PUNTUACIÓN
CONFUSION	1
UREA >44 mg/dl	1
FRECUENCIA RESPIRATORIA \geq 30/min	1
PRESION ARTERIAL (SBP < 90 mmHg or DBP < 60 mmHg)	1
EDAD \geq 65 AÑOS	1

- GRUPO 1 (0 - 1 puntos): riesgo de mortalidad a los 30 días bajo (1,5%): candidato a Tratamiento domiciliario.
- GRUPO 2 (2 puntos): riesgo de mortalidad a los 30 días intermedio (9,2%): tratamiento Supervisado en hospital: ingreso de corta estancia.
- GRUPO 3 (3 o más puntos): riesgo de mortalidad alta (22%): manejo hospitalario como Neumonía severa, si 4-5 puntos valorar UCI.