



**Escuela de Enfermería
Ciclo de Licenciatura
Sede FCM**



TESINA

Tema:

“Reincidencia de pacientes adultos mayores con neumonías en el servicio de clínica médica de Hospitales Privados de Mendoza”

Autores:

Huanca Quecaña, Jonathan, Eduardo.

Martínez, Jonatan Ismael.

Mendoza, Febrero 2016.

“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser duplicado, copiado, ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores ”.

Acta de Aprobación

Tribunal examinador:

Presidente:

Vocal 1:

Vocal 2:

Integrantes de Equipo Tutorial

Profesor:

Profesor:

Profesor:

Trabajo Aprobado el: .../.../....

Resumen

Tema: “Reincidencias de pacientes adultos mayores con neumonía”

Autores: Huanca, Jonathan; Martínez Jonatan.

Lugar: Servicio de Clínica Médica de Hospitales Privado, Mendoza, 2015.

Introducción: La neumonía continua siendo una de las enfermedades infecciosas más frecuentes con una tasa considerable de hospitalización y mortalidad en la población de niños menores de 5 años y adultos mayores de 65 años en Argentina, siendo estos últimos los más vulnerables. A partir de percibir dicha vulnerabilidad en este determinado grupo etario en el quehacer diario de nuestra profesión, es que los autores hemos decidido focalizarnos en determinar la causa por la que se da una mayor frecuencia de internaciones a causa de esta patología en nuestros adultos mayores que llegan al servicio de clínica médica del hospital mencionado anteriormente.

Objetivo: identificar factores recurrentes vinculados a la problemática de reingresos en internación de pacientes adultos mayores con problemas de las vías respiratorias asociadas a neumonía.

Método: Es un estudio de tipo descriptivo retrospectivo. El universo de estudio estaba constituido por 200 pacientes que fueron diagnosticadas con patologías respiratorias que ingresaron a las salas de dicho Hospital, de ellos se extrajo una muestra del 68% la cual representara a 136 pacientes con neumonía.

Resultados: Del total de la población de estudio, de 136 pacientes se obtuvieron los siguientes resultados: En cuanto al sexo, se aprecia en el gráfico, que el sexo masculino fue el más afectado con neumonía con un 52% y el restante lo representan el sexo femenino con un 48%. En cuanto a su edad, cabe destacar que esta patología afecta con mayor predominio en un 36% que oscila en un rango entre 80-89 años, un 34% entre los 70-79 años, un 15% entre los 90-99 años, un 12% entre los 65-69 años y un 3% en personas mayores a 100 años. En cuanto a pacientes vivos y fallecidos, se resalta que un 59% siguen vivos gracias a un tratamiento adecuado, el 23% correspondió a mujeres fallecidas y el 18% restante a los hombres fallecidos. En cuanto a pacientes internados, externados y reingresados, del total de 136 pacientes internados corresponde al 100%, el 71% representan los pacientes externados y un 29% los pacientes que reingresaron por la misma patología. Resumiendo, del total del 100% de la muestra de los pacientes se destaca que el 29% reingresaron por la misma patología.

Conclusiones: Así también podemos destacar que los reingresos se debieron en su mayor caso a neumonía, la cual estaba asociada principalmente a enfermedades crónicas multiorgánicas que asociadas generan un gran índice de mortalidad en ambos sexos.

Recomendaciones: Poner en conocimiento y recomendar la aplicación de la vacuna antigripal cada otoño y la vacuna antineumocócica. Ofrecer asesoramiento e información al paciente y su familia previa al alta respondiendo las dudas que pudieran surgir.

Palabras claves: Neumonía, reingresos, edad, vacunación.

Agradecimientos

En primer lugar los autores queremos agradecer a todo el equipo docente del ciclo de Licenciatura en Enfermería, principalmente a la dedicación y esfuerzo brindado por la Lic. Reyes María R., docente de la cátedra, sin los cuales este estudio no hubiese llegado a buen término y al seguimiento por parte de la tutora de cátedra Lic. Fernández Ana por su apoyo y seguimiento.

En segundo lugar, el autor Martínez Jonatan, agrádesese a sus padres, por incentivarne a seguir estudiando y poder lograr mis metas a ser un gran profesional en el futuro. A Damaris, Yasmin y Mariela, mis hermanas, por entenderme y estar siempre a mi lado cuando las necesite. A mi gran amigo Alex por estar siempre apoyándome.

En tercer lugar, el autor Huanca Quecaña Jonathan, agradece a sus padres, Rita y Juan por ser los pilares en mi vida, por el apoyo, confianza y esfuerzo brindados. A mis hermanas Noelia, Madelém y Rosario por servir de estímulo para seguir adelante y no bajar los brazos. A Paola, mi pareja, por su afecto, apoyo incondicional y positivismo durante toda esta etapa.

Para finalizar hacemos un agradecimiento extensivo a todos los que colaboraron con esta investigación.

Prólogo

Esta tesis propone determinar cuáles son las causas que promueven el reingreso de pacientes externados por neumonía luego de haber recibido el tratamiento correspondiente en el Hospital Privado Clínico. A lo largo de esta investigación se buscara conocer cómo es que los pacientes externados luego de un tratamiento prolongado para neumonía reinciden por la misma patología.

Índice General

Advertencia:	I
Acta de aprobación:	II
Resumen.....	III
Agradecimientos.....	IV
Prologo	VI
Capítulo I	
Introducción:	2
Descripción del Problema:	3 - 4
Formulación y/o Planteo del Problema:	5
Objetivos Generales y Específicos:	6
Justificación:	7
Marco Teórico:	8
Sección A (etapas de la vida).....	9 - 21
Sección B (etiopatogenia de enfermedades respiratorias),.....	22 - 27
Sección C (neumonía en el adulto mayor).....	28 - 33
Capítulo II	
Diseño Metodológico:	34
Hipótesis.....	35
Operacionalización de variables.....	35
Capítulo III	
Análisis y presentación de Datos:	38 - 47
Resultados conclusión y propuestas.....	48 - 51
Bibliografía:	52

Anexos:	54
Tabla Matriz.....	55

Índice de Tablas y Gráficos

Tabla y grafico n° 1.....	40
Tabla y grafico n° 2.....	41
Tabla y grafico n° 3.....	42
Tabla y grafico n° 4.....	43
Tabla y grafico n° 5.....	44
Tabla y grafico n° 6.....	45
Tabla y grafico n° 7.....	46
Tabla y grafico n° 8.....	47

CAPITULO I
Planteo del Problema

Introducción

La neumonía continua siendo una de las enfermedades infecciosas más frecuentes con una tasa considerable de hospitalización y mortalidad en la población de niños menores de 5 años y adultos mayores de 65 años en Argentina¹, siendo estos últimos los más vulnerables. A partir de percibir dicha vulnerabilidad en este determinado grupo etario en el quehacer diario de nuestra profesión, es que los autores hemos decidido focalizarnos en determinar la causa por la que se da una mayor frecuencia de internaciones a causa de esta patología en nuestros adultos mayores que llegan al servicio de clínica médica del Hospital Privado de Mendoza ubicado en calle Pedro B Palacios 1254 (Lavalle), 5500, Mendoza, Argentina.

Si bien las enfermedades de las vías respiratorias altas y bajas son una de las causas de mortalidad en Argentina, es más que justificable desde nuestro punto de vista rever factores causales e incidentes a dichas problemáticas sanitarias y el estado actual de los grados de virulencia e incidencias de dichas patologías en la comunidad geronte. Esta investigación corresponde que se haga para beneficiar principalmente a la comunidad y a las instituciones y así de manera colateral brindar prevención y cuidados de forma colectiva sobre enfermedades respiratorias sobre todo en la época invernal; todo ello evitaría una saturación sanitaria, hospitales desbordados y además disminuiría la tasa de mortalidad.

Dicha saturación mencionada anteriormente se ve reflejada en la actualidad, y más preocupante aun es la situación de reingresos de pacientes que fueron dados de alta una vez estabilizados y sacados de su estado de convalecencia; al reencontrarnos con ellos es casi imposible auto preguntarse “¿qué fue lo que llevo a dichos paciente a una recaída?”, y las respuestas pueden de alguna manera muy sencilla delimitarse a múltiple factores que serán descriptos en el presente estudio.

¹ Página web “Sitio andino, Infecciones Respiratorias, lunes 14 de noviembre de 2011”.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Durante nuestra labor diaria se han identificado que existen problemáticas de aumento de la incidencia en reingresos de pacientes adultos mayores, de ambos sexos, por las mismas patologías crónicas que los llevó a su estado de convalecencia.

En este caso puntual, se trabajara con enfermedades de las vías respiratorias bajas, principalmente neumonía (Pneumonía); de la que los pacientes ya habían sido estabilizados y posteriormente dados de alta en el servicio de Clínica Médica del Hospital Privado de Mendoza ubicado en la ciudad de Mendoza.

Esta problemática generalmente presenta aumentos significativos durante la época de invierno (del 21 de junio a 21septiembre), pero actualmente esta patología se está manifestando durante todo el año.

Como el personal de enfermería pasa el mayor tiempo de su labor dedicado al cuidado del paciente; se ha observado a diario que estos ingresan al servicio con una mala higiene, nutrición inadecuada, deshidratados ya sea porque viven solos o en asilos de ancianos dejando evidente que no se les brinda la atención que deben recibir, además en la sala de internación cuando el paciente expectora secreciones mucopurulentas el acompañante no cuenta con el hábito de higiene y lavado de manos. Es en este caso que debemos hacer prevención y evitar la propagación de infecciones.

Se presume que los reingresos se producen por diversos factores como una inadecuada obediencia de las indicaciones por parte de los familiares, del paciente cuando es dado de alta, falta de responsabilidad del entorno familiar en cuanto a las visitas periódicas que debe realizar el paciente en el seguimiento del tratamiento.

También se observan malos hábitos como fumar, mayor incidencia por la edad o pacientes inmunocomprometidos sumado a ellos otras patologías de características crónicas como Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Asma, Fibrosis Pulmonar y Tuberculosis.

Nosotros debemos aconsejar al paciente y a su familiar que continúen con el tratamiento que asistan a su médico de cabecera al menos una vez al mes a realizarse sus controles periódicos; que se coloque las vacunas correspondientes para su recuperación rápida y evitar nuevas recaídas.

FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las causas de que haya una mayor incidencia de reinternaciones en pacientes adultos mayores con Neumonía en el servicio de Clínica Médica del Hospital Privado de Mendoza durante el segundo trimestre de 2015?

OBJETIVOS GENERALES:

- Identificar factores recurrentes vinculados a la problemática de reingresos en internación de pacientes adultos mayores con problemas de las vías respiratorias asociadas a Neumonía.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Reconocer los problemas reales y potenciales que promueven el reingreso de pacientes adultos mayores por neumonía.
- Conocer la mortalidad y su relación con la edad.
- Renovar información sobre las incidencias por neumonías y su epidemiología en la población adulto mayor de ambos sexos.

JUSTIFICACIÓN

Hemos elegido este tema ya que consideramos más que importante, como promotores de la sanidad, examinar factores causales e incidentales a dichas problemáticas sanitarias y el estado actual de virulencia e incidencias de dichas patologías en la comunidad, para evitar o reducir en lo posible el reingreso de pacientes con neumonía, ya que según estadísticas nacionales es la sexta causa de muerte en Argentina y provoca una apreciable morbimortalidad, especialmente entre las personas mayores.

Esta investigación se realiza con el objetivo de beneficiar a los pacientes, su grupo familiar sin dejar de lado a las personas de la comunidad y a las instituciones, así de manera colateral brindaríamos prevención y cuidados a la comunidad en su totalidad sobre enfermedades respiratorias principalmente en época invernal; todo ello evitaría una saturación del sistema sanitario la cual mejoraría la relación costo/ beneficio para la institución, se evitarían hospitales desbordados y disminuiría la tasa de mortalidad.

Además de beneficiar a pacientes, grupo familiar, comunidad, instituciones sanitarias y profesionales de la salud. También se pretende brindar asesoramiento, impartir educación e información a familiares y comunidad sobre buenos hábitos higiénicos-nutricionales para lograr una buena respuesta al tratamiento, a la asistencia y a la rápida recuperación.

Aconsejar que dejen de fumar y cumplir en lo posible con algunas medidas preventivas (tales como las campañas de vacunación antigripal y de lucha contra el tabaquismo) que pudieran incidir en una reducción de la frecuencia de neumonía, así como la vacunación Antineumococcica sistemática con la vacuna polisacárida 23- valente para todas las personas mayores de 65 años de nuestro país.

Marco Teórico

SECCION A

Cambios fisiológicos del adulto mayor

ADULTOS MAYORES, VEJEZ O ANCIANIDAD

Corresponde al periodo que va desde los 65 años en adelante, hasta que la persona fallece. No existe una fecha límite, ya que cada organismo es diferente y ha tenido diversas condiciones de vida, el medio ambiente que lo rodea no es el mismo, e incluso, las enfermedades que lo afectan varían. Sin embargo, hay registros que señalan que las personas más longevas han alcanzado los 120 años.

Este período final implica un deterioro de todas las actividades orgánicas. Resulta imposible combatir el paso del tiempo, el que dejará importantes huellas en todos los sistemas corporales, incluso en aquellas personas con una excelente calidad de vida. Entre los sistemas que sufren un mayor deterioro durante la vejez destacan el excretor (el funcionamiento de los riñones) y el respiratorio, así como también se ve disminuida la capacidad de funcionamiento del hígado y el corazón.

También en esta etapa los intestinos reducen su tamaño y el proceso de eliminación y absorción de nutrientes se vuelve cada vez más difícil.

Además, las arterias presentan, generalmente, importantes depósitos de colesterol en sus paredes (ateromas) que, poco a poco, las van obstruyendo. Esto obstaculiza una buena circulación, existiendo el riesgo de accidentes cardiovasculares (trombosis, infartos, problemas de presión arterial, entre otros). Además, a medida que envejecemos, el cerebro se deteriora. Las neuronas comienzan a morir, por lo que es posible detectar una disminución en la capacidad de reacción y en el desarrollo intelectual del adulto mayor.

Casi normalmente, con el paso de los años, muchas personas pierden talla y estatura. Esto se debe al acortamiento de la columna vertebral (producido, fundamentalmente, por la disminución del grosor de los discos intervertebrales), a la inclinación de los hombros y a la continua pérdida de masa muscular.

Envejecimiento Celular

El envejecimiento es definido como “la serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos”. Se caracteriza por la pérdida progresiva con el tiempo de la capacidad de reserva del organismo y de adaptación ante los cambio (fig. 1-1). Los mecanismos homeostáticos responsables de mantener el equilibrio ante cambios internos y/o externos funcionan en el anciano con mayor lentitud, disminuyendo progresivamente su sensibilidad y amplitud, produciéndose respuestas más recortadas hasta llegar a un punto sin retorno de desestructuración completa en el que su acción es imposible, produciéndose la muerte. En esencia, el proceso de envejecimiento es universal, intrínseco, progresivo y deletéreo.

Según J.G.Evans², los cambios producidos por la edad están condicionados por diferentes factores, y las diferencias observadas entre poblaciones adultas y ancianas se pueden agrupar en tres grupos desde el punto de vista epidemiológico:

1. Envejecimiento verdadero: es secundario a factores intrínsecos del individuo (genéricos y constitucionales) y a factores ambientales de su entorno.
2. Seudoenvejecimiento: secundario a la diferencia entre los grupos estudiados (sobre todo en estudio transversales, que son los más frecuentes) y a la situación que el anciano ocupa en la sociedad (situación de pérdida continuas).
3. Envejecimiento asociado: incluye las adaptaciones compensadoras, que aparecen en el individuo para minimizar los efectos del envejecimiento, situadas muchas de ellas a nivel psicológico (uso de ayudas para suplir los fallos de memoria, más lentitud a la hora de resolver problemas para disminuir la probabilidad de cometer errores, etc.).

² CORNNACHIONE, M. A; EVANS, J. E & Colaboradores. “Psicología del desarrollo. Vejez, aspectos biológicos, psicológicos y sociales”. Editorial Brujas. 2^{da} Edición.2008

Características Fisiológicas Generales

El envejecimiento es el resultado de interacciones compleja entre factores genéticos y ambientales (dieta, ejercicio, hábitos tóxicos, situación social) que producen cambios heterogéneos en el individuo: el proceso de envejecimiento no es sincrónico ni armónico, está relacionado con numerosos procesos y es poligénico

El envejecimiento es un fenómeno universal, va a afectar a todos los individuos y a todos sus órganos y sistemas. No obstante, estos cambios van a tener grandes variaciones individuales: no todas las personas envejecen igual y al mismo ritmo, y ocurre lo mismo entre los diferentes órganos y sistemas dentro de un organismo.

El envejecimiento debe considerarse como una alteración del proceso de adaptación del individuo a su medio, produciéndose un declive fisiológico progresivo. Existen notables diferencias entre individuos; así, la edad cronológica (años) y la edad fisiológica considerada en términos de función no siempre coinciden, y la apariencia física y el estado de salud a menudo desmienten la edad cronológica.

El control de la homeostasia requiere que se mantenga intacta la función integrada de órganos y sistemas para una correcta actuación biológica del organismo, manteniendo la persistencia de la competencia fisiológica, poniendo en marcha fenómenos compensadores, que aseguran la integridad del individuo anciano. El organismo tiene una gran reserva que garantiza su correcto funcionamiento, pero la acumulación de noxas agresivas a lo largo del tiempo hace que disminuya esta capacidad de reserva

En reposo no existe una marcada diferencia entre personas jóvenes y ancianas, pero en situaciones que alteran el equilibrio y hacen necesaria la entrada en funcionamiento de mecanismos reguladores para recobrar la situación basal, el individuo anciano presenta una respuesta más lenta y le cuesta más volver al punto inicial: es decir, el anciano tiene disminuida su capacidad de reacción ante el estrés.

Así, por ejemplo, los ancianos son menos resistentes al frío y al calor por el progresivo deterioro de sus mecanismos termorreguladores y tienen disminuida la capacidad para adaptarse a la hipoxia, traumatismos, ejercicio, trabajo físico y estrés emocional, situaciones representativas de adaptación que requieren ajustes fisiológicos complejos

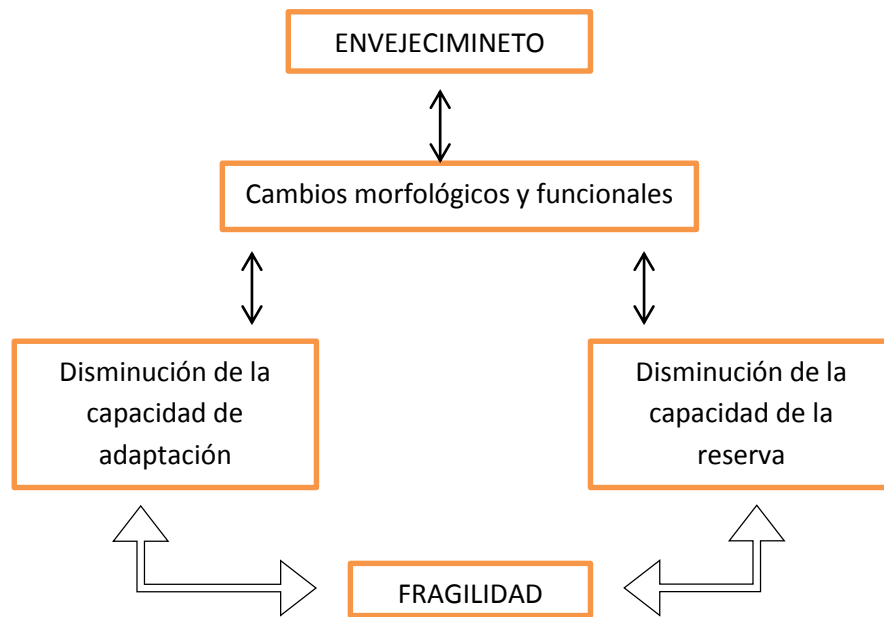


Figura 1-1. Fisiología del envejecimiento.

Modificaciones Morfológicas

A un anciano se lo puede identificar por su aspecto exterior: canas, arrugas, alteraciones de la postura, de la marcha, etc. Estas modificaciones tan aparentes son solo la punta del iceberg de las alteraciones que el paso del tiempo produce en el individuo que envejece. Con la edad se producen alteraciones de la composición corporal, como son disminución de la masa celular y aumento de la grasa del organismo, con pérdida de peso en la mayoría de los órganos de nuestra economía (el hígado pierde 400g; el cerebro 200 g, y el riñón 50 g), produciéndose una disminución progresiva de la función (1% anual de promedio) a partir del momento de “máxima vitalidad” a los 30 años (entendiendo por vitalidad la capacidad individual para hacer frente a los requerimientos

biológicos) y apareciendo, según van avanzando los años, una mayor vulnerabilidad frente a las agresiones.

En la tabla 1-1 se recogen los principales cambios morfológicos.

<p>Cambios en la composición corporal</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminuye el agua corporal total y la masa magra. ▪ Aumenta la masa corporal.
<p>Modificaciones de la estatura</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2,5 – 7,5 cm. ▪ Disminución de la altura de los discos intervertebrales. ▪ Aumento de la cifosis. ▪ Alteración de la lordosis sacrolumbar.
<p>Piel y faneras</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pelo cano. ▪ Piel laxa. ▪ Arrugas. ▪ Pecas. ▪ Hipertriosis. ▪ Alteraciones vasculares. ▪ Alteraciones degenerativas.
<p>Marcha</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminución del braceo. ▪ Aumento de la base de sustentación. ▪ Cambios posicionales.
<p>Otros cambios</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminución del diámetro anteroposterior torácico. ▪ Aumento del diámetro biacromial. ▪ Aumento del diámetro pélvico.

Tabla 1-1. Modificaciones del aspecto corporal en ancianos

Modificaciones De Los Sistemas de Control.

En este apartado se incluyen aquellos sistemas responsables del equilibrio funcional del conjunto del organismo y de los distintos aparatos que lo conforman (tabla 1-2)

Sistemas	Morfológicas	Funcionales
Inmunitario	Involución del timo	<p>Disminuyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Factores tímicos. ▪ Células T de cooperación. ▪ Linfocitos citolíticos. <p>Aumentan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Células T supresoras. ▪ Proporción de células B/células T. ▪ Tolerancia tisular a injertos. ▪ Enfermedades autoinmunes. <p>Cambian:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Características de las células B. ▪ Producción de anticuerpos.
Nervioso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminución de peso. ▪ Aumento de: <ul style="list-style-type: none"> - las circunvoluciones. - el tamaño de los ventrículos - el espacio pericerebral. ▪ Reducción de: <ul style="list-style-type: none"> - neuronas. - dendritas y espinas dendríticas ▪ Alteraciones neurofibrilales. ▪ Angiopatía. 	<p>Variación de flujo cerebral</p> <p>Alteración del metabolismo neuronal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - reducción del consumo de oxígeno. - reducción del consumo de glucosa. <p>Alteración de neurotransmisores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - disminución de noradrenalina. - disminución de acetilcolina. - aumento de la monoaminoxidasa.
Endocrino	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Involución pancreática. ▪ Involución del tiroides. 	<p>Disminución de tolerancia a la glucosa.</p> <p>Disminución de la T3 o triyodotironina.</p> <p>Disminución de la renina.</p> <p>Disminución de la aldosterona.</p> <p>Disminución de estrógenos-andrógenos.</p> <p>Aumento de noradrenalina.</p> <p>Aumento de la vasopresina.</p> <p>No se modifican:</p> <ul style="list-style-type: none"> - adrenalina. - cortisol. - T4, THS. - TSH, ACTH, GH.

Tabla 1-2. Modificaciones morfológicas y funcionales por envejecimiento de los sistemas de control

Modificaciones De Los Sistemas Órganos.

En este apartado se incluyen el conjunto de aparatos en cierto modo ejecutantes de las órdenes emanadas de los sistemas de control (tabla 1-3).

Por lo general, el envejecimiento afecta la estimulación y la respuesta de los sentidos. Muchas veces, los adultos mayores pierden la sensibilidad del gusto y el olfato. Asimismo, asoman importantes problemas de audición. Los sonidos pueden sentirse distorsionados, de modo que se hace dificultosa la comunicación, la mala recepción de algunos sonidos se debe a la degeneración de la cóclea y a la exposición, durante años, a sonidos fuertes, que aceleran el deterioro.

A nivel visual, también son recurrentes los trastornos que alteran la normal visualización del entorno, además hay cambios estructurales que afecta la eficiencia ocular a la hora de enfocar algunos objetos cercanos. Incluso, la visión puede ser anormal, producto de la degeneración de la mácula (zona central de la retina) o por una catarata. Esta última enfermedad es característica de la vejez y corresponde a la pérdida de la transparencia del cristalino, estructura biconvexa del ojo que se encuentra entre el iris y el cuerpo vítreo, producto del cambio gradual de las fibras de proteínas que lo componen.

Si analizamos bien estas breves descripciones de las etapas de la vida del ser humano o ciclo vital del ser humano, se advierte dos etapas en el que los individuos están, casi vulnerables al medio circundante, y estas son la etapa neonatal y la etapa de adultos mayores o vejez.

Sistema	Morfológicas	Funcionales
Cardiovascular	Fibrosis del ventrículo izquierdo Depósito de sustancia amiloide miocárdica Aterosclerosis	Se mantienen Volemia. Fracción de eyección. Frecuencia cardíaca. Aumentan Poscarga. Tiempo de contracción sistólica. Disminuyen Llenado diastólico temprano.
Respiratorio	Elasticidad pulmonar Actividad de los cilios Alteración del colágeno Alteraciones vasculares Rigidez torácica	Aumentan Volumen residual. Espacio muerto fisiológico. Disminuyen Capacidad vital. Volumen de reserva espiratorio.
Digestivo	Alteraciones de: - dentadura - motilidad esofágica - motilidad gástrica	Disminuyen Actividad motora. Secreción hormonal. Se mantiene absorción.
Renal	Disminución de peso Glomérulos Aterosclerosis	Disminuyen Flujo renal. Filtrado glomerular. Aclaramiento de creatinina. Dilución-concentración.
Locomotor	Disminución de masa ósea Disminución de masa muscular	Aumenta Fragilidad ósea. Disminuyen Contractilidad y tono muscular. Extensibilidad y elasticidad muscular.

Vista	Arco senil Tamaño pupilar Alteración de conos y bastones	Disminuyen Poder de acomodación. Agudeza visual. Adaptación a la oscuridad.
Oído	Lesión de células sensoriales cocleares Lesión de células ganglionares Obstrucción de la trompa de Eustaquio Atrofia del conducto auditivo externo	Disminuyen Audición de frecuencias altas. Discriminación.

Tabla 1-3. Modificaciones de los sistemas de órganos.

Psicología Del Envejecimiento

Las personas de 65 años de edad o mayores realizan aportaciones valiosas a la sociedad como miembros activos de la familia, voluntarios y participantes activos en la fuerza de trabajo. Aunque la mayoría de las personas mayores tienen una buena salud mental, muchas corren el riesgo de presentar trastornos mentales, enfermedades neurológicas o problemas de consumo de sustancias, además de otras afecciones, como la diabetes, la hipoacusia o la artrosis. Por otra parte, a medida que envejecemos aumentan las probabilidades de que padezcamos varias afecciones al mismo tiempo.

Los principales cambios que se producen son a nivel cognitivo y de personalidad, entendiendo que el envejecimiento es un proceso complejo, diferente de un individuo a otro y de una generación a otra. Sometido a factores culturales, se trataría en última instancia de un proceso adaptativo y progresivo en el que interviene factores biológicos, psicológicos y sociales. La variedad más que las semejanzas, van a caracterizar esta etapa evolutiva. La forma de afrontar este proceso dependerá en gran medida de la aceptación de la vida anterior, y esto, a su vez, del grado de madurez psicológica alcanzado, de la personalidad, de la biografía, del tipo de relaciones interpersonales y del desarrollo intelectual.

Cambios cognitivos

Los cambios asociados al envejecimiento han sido objeto de numerosos estudios, basados inicialmente en modelos deficitarios de la inteligencia para pasar a modelos actuales relacionados con procesos cognitivos. Los principales puntos en los que hay acuerdo generalizado son:

1. No parece haber un patrón uniforme y universal de declive cognitivo. Mientras unas funciones se deterioran otras se mantiene o incluso pueden aumentar.
2. Gran variedad interindividual.
3. Los factores generacionales relacionados con factores históricos, económicos y sociales tiene más peso que la mera edad. De ahí los problemas derivados de trasladar un determinado valor en pruebas cognitivas de un joven a un anciano.

4. Los cambios cognitivos asociados al envejecimiento nos solo tiene un sustrato biológico, sino que factores biográficos, estilos de vida, nivel cultural y laboral, enfermedades médicas, déficit sensoriales, etc. Influirán de forma primordial.

Entre las alteraciones de las funciones cognitivas destacan el enlentecimiento global de los procesos mentales, disminución de la capacidad de aprendizaje, con respecto a la inteligencia, el coeficiente intelectual no parece disminuir con la edad, aunque se considera que hay una alteración de la inteligencia fluida (resolución de nuevos problemas), conservándose la inteligencia cristalizada (vocabulario, conocimientos generales). Asimismo, se observa un deterioro del pensamiento abstracto con déficit en formación de conceptos, orientación visual-espacial, sobre todo en situaciones no familiares, y menor eficacia en las estrategias de planificación de situaciones complejas (funciones ejecutivas)

Según la OMS³, la proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Según se calcula, entre 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 900 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años. Los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer.

Más de un 20% de las personas que pasan de los 65 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan en la población anciana un 17,4% de los años vividos con discapacidad. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad.

Los trastornos de ansiedad afectan al 3,8% de la población de edad mayor y los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas, casi al 1%; asimismo, aproximadamente una cuarta parte de las muertes por daños autoinfligidos corresponden a personas de 60 años de edad o mayores. Es frecuente que los

³ Sitio web OMS <http://www.who.int>

problemas por abuso de sustancias psicotrópicas en los ancianos se pasen por alto o se diagnostiquen erróneamente.

El personal sanitario y los propios ancianos no reconocen los problemas de salud mental en su verdadera dimensión, y el estigma de las enfermedades mentales propicia que las personas sean aún más reacias a buscar ayuda

SECCION B

Etiopatogenia de Enfermedades Respiratorias

Las enfermedades agudas del aparato respiratorio se presentan en su gran mayoría como infecciones, por lo cual en la actualidad se refiere a ellas como infecciones respiratorias agudas.

Las infecciones respiratorias agudas son un complejo y heterogéneo grupo de enfermedades causadas por diversos agentes que afectan cualquier punto de las vías respiratorias. Entre las enfermedades broncopulmonares ocupan un lugar destacado las infecciones que engloban cuadros de gravedad, tanto por su frecuencia como por ser en conjunto el grupo etiológico que más se ha beneficiado de los actuales tratamientos.

En la etiología por un lado tenemos los predisponentes endógenos de tipo local, como alteraciones anatómicas previas, congénitas o adquiridas, de las vías altas, árbol traqueo bronquial y pulmones, que de un modo u otro disminuyen la capacidad defensiva del aparato respiratorio.

La frecuencia con la que aparecen estas asociaciones con afecciones de las vías altas ha permitido incluso la descripción de un síndrome seno-pulmonar en la que hay sinusitis crónica, con frecuencia de defectos nasales que obligan a respirar por la boca, hiperplasia de todo el tejido linfático faringo - amigdalario.

Hay también factores predisponentes de tipo regional como ocurre con las cardiopatías que producen estasis pulmonar crónica y con los defectos de ventilación ocasionados por afecciones del tórax óseo o muscular, del cuello, mediastino y abdomen.

Los microorganismos llegan al aparato respiratorio fundamentalmente por inhalación; muchas veces colonizan las vías respiratorias altas. La infección del tracto respiratorio inferior se inicia con esta colonización, seguida de la aspiración de pequeños volúmenes de secreciones contaminadas dentro de los pulmones. Otros son de tipo general producen una disminución de defensas orgánicas (caquexia, desnutrición, agotamiento) etc. Entre los factores predisponentes exógenos tenemos: el frío tanto general como local que produce reacciones vasomotoras bronquiales y disminuyen la acción de las células ciliadas de su mucosa.

Otras causas actúan por irritación local especialmente el tabaco, humo, polvo.

Los microorganismos patógenos pueden venir del exterior por contagio, pero a veces la infección es solamente resultado del agravamiento de la virulencia, éstas pueden deberse a grandes infecciones exógenas.

La acción de los microorganismos puede ser simple, limitada a uno de ellos, o mixta cuando hay asociación de varios.

Entre las infecciones de las vías respiratorias encontramos.

Las infecciones de las vías aéreas superiores que son las patologías que se originan por encima de la glotis, se dan con mayor frecuencia en invierno debido a la mayor probabilidad de transmisión, ya que las personas permanecen más tiempo en ambientes cerrados con mayor hacinamiento y las micro gotas contagiosas mantienen su humedad por más tiempo en el ambiente frío, pueden ser leves, algunas son crónicas y otras agudas.

Se puede mencionar, según Longo D. L⁴, que entre las afecciones de las vías aéreas superiores, las más frecuentes son:

- Resfriado o Nasofaringitis.
- Amigdalitis y adenoiditis.
- Faringitis.

RESFRIADO O NASOFARINGITIS:

También conocida como catarro común o coriza, son las infecciones más frecuentes de las personas. El contagio se produce por vía aérea o por contacto directo con secreciones infectadas. En la mayoría de los casos se produce por virus, en cambio, las bacterias son poco frecuentes. Las manifestaciones clínicas más comunes son febrícula o fiebre, escalofríos y mialgias.

AMIGDALITIS Y ADENOIDITIS:

Es una infección de estos tejidos linfáticos, generalmente las bacterias que con mayor frecuencia la producen son el Estreptococo del grupo A. Entre los signos y síntomas encontramos dolor faríngeo, fiebre, ronquidos y disfagia. La

⁴ LONGO, D.L.; Kasper, D.L. & Colaboradores. "Principios de Medicina Interna de Harrison". Editorial: Mc Graw – Hill. Vol.1 - 18ª Edición. México.2012.

adenoiditis causa respiración por la boca, halitosis, otalgia, disfonía, sibilancias y tos irritativa constante.

FARINGITIS:

Es la inflamación de la mucosa que reviste la faringe, en el 70% de los casos es de origen viral. Las infecciones virales no complicadas suelen ceder entre los 3 y 10 días de su inicio. Las causadas por bacterias son más graves en la etapa aguda y tiene complicaciones de mayor gravedad (sinusitis, otitis media, mastoiditis, etc.). La clínica se manifiesta por fiebre, irritación de la mucosa faríngea, amígdalas inflamadas con exudado purulento, aumento de tamaño y sensibilidad de ganglios linfáticos cervicales, disfonía, tos y rinitis.

Las infecciones de las vías aéreas inferiores se caracterizan por que afecta al parénquima pulmonar, es una de las causas principales de enfermedades respiratorias y mortalidad en niños y adultos de todo el mundo. A continuación podemos citar que las enfermedades que ocurren con mayor frecuencia son:

- Tuberculosis Pulmonar
- EBPOC: Bronquitis Crónica, Enfisema Pulmonar, Asma.
- Neumonía

TUBERCULOSIS PULMONAR:

Es una enfermedad infecciosa que afecta principalmente al parénquima pulmonar, por vía hematógena puede desplazarse a otras partes del cuerpo, incluyendo meninges, riñones, huesos y ganglios linfático, es causada por el Mycobacterium Tuberculosis, es un bacilo ácido alcohol resistente (BAAR) Entre los signos y síntomas encontramos fiebre, fatiga, anorexia, pérdida de peso, diaforesis nocturna, dolor torácico, tos persistente (seca y luego productiva), hemoptisis.

EBPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)

Es un trastorno en el que hay obstrucción al flujo de aire por Enfisema, bronquitis crónica o ambos. Dicha obstrucción puede ser progresiva e irreversible, entre los signos y síntomas más comunes encontramos disnea, tos (seca o productiva),

disnea al esfuerzo, pérdida de peso, utilización de músculos accesorios, hipoxemia, cianosis.

BRONQUITIS CRÓNICA

Es la presencia de tos productiva durante tres meses del año en dos años consecutivos. El tabaquismo es el principal factor de riesgo, otros factores incluyen ser fumador pasivo, contaminación ambiental y exposición ocupacional, la clínica se manifiesta por tos crónica y productiva, la tos puede exacerbarse por el frío, la humedad y los irritantes pulmonares, disnea al esfuerzo o en reposo, taquipnea, hipoxemia, hipoxia, cianosis. Las personas que lo padecen son más susceptibles a infecciones recurrentes ya sea por bacterias, virus u hongos.

ENFISEMA PULMONAR

Es la distensión anormal de los espacios aéreos distales a los bronquiolos terminales con destrucción de las paredes alveolares. Es la etapa final de un proceso que evoluciona lentamente durante años y es irreversible, el tabaquismo es la principal causa del enfisema. Sus signos y síntomas son disnea al esfuerzo, en casos graves en reposo, taquipnea, tos seca o productiva, esputo purulento, sibilancias, fiebre, tórax en tonel, pérdida de peso, utilización de músculos accesorios.

ASMA

Es una enfermedad inflamatoria crónica que produce hiperactividad de las vías respiratorias, edema de mucosa y producción de moco, la sintomatología se evidencia por tos seca o productiva, disnea, sibilancias, opresión torácica, hipoxemia, hipoxia, cianosis, taquicardia, diaforesis. El asma difiere de otras enfermedades pulmonares obstructivas por ser una patología reversible, ya sea en forma espontánea o con tratamiento a largo plazo.

NEUMONIA:

Es una inflamación del parénquima pulmonar causada por agentes microbianos (bacterias, hongos, parásitos y virus).

Según Shifren. A.⁵ se clasifica en:

Neumonía Adquirida en la Comunidad: dentro de ésta o durante las primeras 48 Hs. de internación. El agente causal más común es el *Streptococcus Pneumoniae*. Se manifiesta por tos productiva, fiebre, disnea, taquipnea, taquicardia, dolor torácico, estado mental alterado, tensión arterial < 90/60 mm Hg. A esto se le suma herpes simple, bacteriemia e infiltrados en lóbulos superiores o inferiores. Se presenta con mayor frecuencia en invierno afectando generalmente a personas mayores de 65 años.

Neumonía Intrahospitalaria: puede dividirse en Neumonía Nosocomial que comienzan después de las 48hs de internación y es la principal causa de muerte por todas las infecciones nosocomiales; y en Neumonía Asociada al Respirador que se produce en los pacientes que necesitan ventilación mecánica y se da en más de 48hs después de la intubación de la tráquea e inicio de la ventilación mecánica. Es la infección nosocomial más letal.

Neumonía en pacientes Inmunocomprometidos: los estados de inmunocompromiso se presentan con el uso de corticoides u otros agentes inmunosupresores, quimioterapia, desnutrición, S.I.D.A, trastornos genéticos inmunitarios.

Neumonía por Broncoaspiración: entrada de sustancias exógenas orofaríngeas, normalmente de las vías superiores, puede ocurrir en la comunidad o en el hospital, o también por aspiración de contenido esofágico/gástrico, o inhalación de químicos exógenos o gases irritantes.

Entre los factores de riesgo más comunes encontramos las enfermedades concomitantes como insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad hepática crónica, insuficiencia renal crónica, diabetes mellitus, alcoholismo, tabaquismo, E .P.O.C, S.I.D.A y Fibrosis Quística.

⁵ SHIFREN, A. "Manual Washington de Especialidades Clínicas: Neumonología". Editorial: Wolters Kluwer Health. España.2014

Sección C

Neumonía en el adulto mayor

Como en la anterior sección se mencionó, la neumonía es una inflamación del parénquima pulmonar, causada por agentes etiológicos ya sea virus o bacterias.

Según estudios internacionales la Neumonía en edad avanzada causa serios problemas en la salud pública. La morbilidad y mortalidad es mayor en adultos mayores que en los adultos jóvenes. Esta se complica cuando las personas tienen enfermedades asociadas o defectos en los mecanismos de defensa⁶.

Según la revista española de geriatría y gerontología “la incidencia de la neumonía aumenta de modo que entre los 65 y 74 años se calcula en 10/1.000 habitantes por año y en mayores de 85 de 29.4/1.000 habitantes; en los últimos 10 años se ha producido un incremento en el diagnóstico de la neumonías en las altas de ancianos (54.941 altas en 2000 vs 69.154 altas en 2010)”⁷. Estos datos son bastantes relevantes y hasta preocupantes, las cifras en Argentina no son en menos, según el artículo de medicina publicado en Buenos Aires, en Argentina es la 6ª causa de muerte en general y la 5ª causa en mayores de 60 años.

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. 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 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.

⁶GONZALEZ MONTANER, L.J. & GONZALEZ MONTANER, P.J. TÍTULO: “Infecciones Pleuropulmonares”. AÑO: 2001, Abril. EDITORIAL: Hexal. Vol. 2. PAÍS; Ciudad: Argentina, Bs. As.

⁷TORRES,O.H.; GIL, E.; PACHO C & RUIZ D.: “Actualización de la neumonía en el anciano” AÑO: 2012, EDITORIAL: El Sevier, Revista española de Geriatría y Gerontología 2013;48(2):72-78

Cambios en la respuesta inmune del adulto mayor

En este grupo etario, la función mucociliar de las vías aéreas superiores e inferiores está disminuida. Con la involución del timo, la función de los linfocitos disminuye (tienen una proliferación disminuida frente a mitógenos y antígenos), También presentan una disminución de la respuesta inmune específica, especialmente las de la inmunidad celular: hay niveles reducidos de trombopoyetina, disminución de la hipersensibilidad retardada (menor proliferación de linfocitos T), pérdida de la memoria inmunológica de los linfocitos T menor número de linfocitos CD4, mayor número de linfocitos CD8 (supresores), disminución de la producción y de los receptores de interleuquina, y alteraciones de la función de los linfocitos citotóxicos. En lo que respecta a los neutrófilos, su quimiotaxis y ataque oxidativo también disminuyen, mientras que la función de los macrófagos no está afectada. Los niveles de inmunoglobulinas no cambian con la edad pero se ha notado que la cantidad de respuesta contra ciertos patógenos específicos sí declina. Estos cambios sugieren que la respuesta a las inmunizaciones es más pobre en los ancianos. La mayoría de los casos de neumonía bacteriana se debe a microaspiración de la flora bacteriana que coloniza la orofaringe, algo que se ve con mayor frecuencia en los ancianos. Estos pacientes presentan muchas condiciones neurológicas que pueden alterar el nivel de conciencia y causar disfagia o alteraciones en la deglución. Con el uso de marcadores radioactivos, se ha encontrado, que el 70% de ancianos con neumonía adquirida en la comunidad (NAC) tienen evidencia de microaspiración silente. Los ancianos también tienen una mayor colonización orofaríngea causada por su alta frecuencia de enfermedades periodontales, uso de antiácidos, desnutrición y frecuentes hospitalizaciones o admisiones a instituciones geriátricas.

Agentes etiológicos

A pesar de los grandes adelantos en los laboratorios de microbiología, en la actualidad, todavía es bastante difícil aislar los agentes etiológicos de una NAC. En los estudios más completos y exigentes, sólo se llega a identificar al agente etiológico en el 50% de los casos, .En todos los grupos de edad el agente más

frecuente es el *Streptococcus Pneumoniae*, que causa entre el 20 al 30% de las NAC en ancianos. Otros agentes incluyen (el orden es variable según diversos estudios) *Haemophilus Influenzae* no tipificable, *Legionella Pneumophila*, *Chlamydia Pneumoniae* y bacilos gram negativos. Existe un número desproporcionado de casos de neumonía por *Legionella* en los ancianos y que usualmente se asocia a cuadros más severos. Se ha estimado que la neumonía por anaerobios ocurre en 20 a 30%, el *Mycoplasma Pneumoniae*, un agente común de NAC en jóvenes, ataca en epidemias y puede causar enfermedad severa en ancianos. La NAC por *Staphylococcus aureus* puede causar enfermedad muy severa, especialmente si aparece como una súper infección asociada a infecciones virales (como la influenza). Se ha observado que aproximadamente el 90% de los pacientes que fallecen por neumonía bacteriana secundaria a infección por influenza son mayores de 65 años. Algunos autores consideran que los agentes gram negativos son más frecuentes en los ancianos debido quizás a sus hospitalizaciones más frecuentes y a su mayor prevalencia de diabetes, alcoholismo e incontinencia urinaria o fecal.

Consideraciones clínicas

Como sucede con otras condiciones médicas del anciano, la NAC puede presentarse de una manera atípica. En lugar de quejarse de síntomas respiratorios, ellos pueden presentarse con alteraciones cognitivas, con deterioro funcional, confusión, caídas, exacerbación de otras enfermedades de fondo (Como bronquitis crónica o angina) o con anormalidades metabólicas como hiponatremia o insuficiencia renal. En un estudio en pacientes ancianos (edad promedio 78 años), los síntomas más frecuentes encontrados fueron disnea (71 %), tos (67%) y fiebre (64%) pero en ellos se observó una mayor incidencia de confusión aguda que en los jóvenes (45% versus 29%). Sólo el dolor pleurítico se asoció a neumonía causada por un agente "típico". El resto de síntomas fue inespecífico porque no se correlacionó con ningún agente etiológico en particular.

Debido a la baja sospecha clínica, el 40% de pacientes no fue diagnosticado en la primera visita y en el 62% el tratamiento se retrasó 72 horas. También es importante resaltar que sólo el 16% de los pacientes ancianos estaban bien nutridos. En otro estudio en ancianos con neumonía bacteriana por neumococo, solamente el 48% tuvieron síntomas respiratorios al inicio. Cerca de un tercio de los pacientes tuvo un recuento normal de leucocitos.

Pronostico

Los ancianos con NAC tienen mayores probabilidades de ser hospitalizados, de requerir cuidados intensivos, de permanecer más tiempo hospitalizados y de fallecer. Existen numerosos estudios que han analizado los factores que incrementan la mortalidad en pacientes con NAC. Las guías de tratamiento británicas hacen énfasis en cuatro factores de riesgo: una frecuencia respiratoria de más de 30 por minuto, presión diastólica menor de 60 mm Hg, urea mayor de 19,6 mg/dl y alteración del estado mental. La presencia de dos o más de estos factores al ingreso aumentan la mortalidad 36 veces. Otros factores que aumentan el riesgo de muerte son hipoxemia, presencia de infiltrados bilaterales o multilobulares, hipotermia, enfermedades concomitantes (neurológicas, diabetes, neoplasia) y bacteriemia. Algunos estudios indican que la edad avanzada en forma aislada podría contribuir negativamente al pronóstico, y esto después de reajustar por la presencia de otras enfermedades concomitantes. “En un análisis de 85 estudios acerca de riesgo de muerte por NAC, se estimó que el riesgo, de morir por neumonía aumentaba 1,05 veces por cada década más de vida. En un estudio prospectivo de más de 10.000 personas mayores de 65 años, se asoció una mayor mortalidad por la edad y a enfermedades crónicas como diabetes mellitus, insuficiencia cardiaca, tabaquismo, alteración cognitiva y un deterioro en las actividades de la vida diaria”⁸.

⁸ CAMPOS, M. A & PEREYRA A. “Neumonía en el Adulto Mayor”. Revista de Medicina Internacional. Vol. 15. 2002

Tratamiento de la NAC en el adulto mayor

Para muchos autores, el tratamiento de la NAC debe ser empírico, debe administrarse muy temprano y debe basarse en factores epidemiológicos, edad, comorbilidades y exposición. En principio, las guías de tratamiento para el anciano son iguales que las usadas en adultos más jóvenes. Es importante recordar que el administrar tempranamente los antibióticos, dentro de las primeras 8 horas, en el hospital se asocia a una menor mortalidad a los 30 días. El tratamiento empírico debe ser administrado de inmediato y con antibióticos que tengan buena ventilación pulmonar y una alta biodisponibilidad. Siempre se recomienda que todos los médicos tratantes deban estar familiarizados con el patrón de resistencia bacteriana de su comunidad. La prevalencia del neumococo resistente a penicilina se ha incrementado exponencialmente en los últimos 15 años tanto en los países industrializados como en América Latina, con cifras que varían entre 20 y 50% según el país. Estas cepas tienen mutaciones de las proteínas ligadoras de penicilina y como no son productoras de beta lactamasas, ellas son resistentes a los antibióticos asociados a inhibidores de beta lactamasas. Los factores de riesgo para adquirir cepas resistentes de neumococo incluyen edad mayor de 65 años, uso de antibióticos beta lactámicos en los últimos 3 meses, alcoholismo, inmunosupresión, corticoterapia, tener otras comorbilidades y haber estado expuestos a niños en guarderías infantiles. Diversas sociedades de neumólogos e infectólogos han establecido, pautas de tratamiento para el paciente con NAC.

La vacuna multivalente contra el neumococo debe administrarse a todas las personas mayores de 65 años y a todo adulto con diabetes y/o enfermedad cardiopulmonar crónica. Se recomienda una segunda dosis después de 5 años. La vacuna contiene antígenos de 23 cepas de neumococo responsables del 80% de las neumonías por este agente. La eficacia clínica de la vacuna en los ancianos es moderada pero comparable epidemiológicamente con la eficacia que se ve en la población general.

Capítulo II
Diseño Metodológico

HIPOTESIS:

Suponemos que la Neumonía predomina más su incidencia en adultos mayores institucionalizados o no y aumentan los casos de esta patología; si los pacientes presentan enfermedades crónicas asociadas.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

- Edad.
- Sexo.
- Mortalidad.
- Reingreso.
- Internaciones.
- Altas.

Se analizan también antecedentes de riesgo como:

- EPOC.
- Bronquitis
- Diabetes
- Insuficiencia Renal Crónica.
- Edema Agudo de Pulmón.
- Insuficiencia Respiratoria Aguda.
- Derrame Pleural
- Tumor de Pulmón.

DISEÑO METODOLÓGICO:

Criterios de Selección:

- **Criterios de Inclusión:**
 - a. Integralmente los pacientes que fueron diagnosticados con Neumonía.
 - b. Sexo: Femenino y Masculino.
 - c. Edad: mayores de 65 años.

- **Criterios de Exclusión:**
 - a. EPOC
 - b. Bronquitis
 - c. Insuficiencia Respiratoria

TIPO DE ESTUDIO:

El estudio utilizado en esta investigación es de tipo Descriptivo Retrospectivo. Nosotros trabajamos con registros de Historias Clínicas, según el periodo de internación, externación y reingresos de adultos mayores con Neumonía. Apoyándonos en estadísticas establecidas por la institución durante el segundo trimestre del año 2015.

ÁREA DE ESTUDIO:

El estudio se realizó en el Hospital Privado Clínico, ubicado en calle Pedro B. Palacios 1254, de la provincia de Mendoza.

UNIVERSO:

El universo de nuestra investigación serán 200 pacientes que fueron diagnosticados con patologías respiratorias en el servicio de guardia y luego derivados a clínica médica del Hospital Privado Clínico.

MUESTRA:

La presente investigación tomara como muestra solo el 68% del universo que equivale a 136 pacientes con Neumonía.

UNIDAD DE ANALISIS:

Pacientes del Hospital Privado,

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

El método de recolección de datos utilizado fue a través de registros, con fichas y base de datos de Historias Clínicas.

FUENTE DE INFORMACIÓN:

- Fuentes Secundarias: información a través de archivos electrónicos (registros de Historias Clínicas del Hospital).

Análisis y Presentación de Datos

ANALISIS Y PRESENTACION DE LOS DATOS:

Se recolectaron todos los datos obtenidos a través de las estadísticas. Se recopiló la información y se representan los datos en tablas o gráficos para apreciarlos con mayor claridad.

TABLA N° 1.

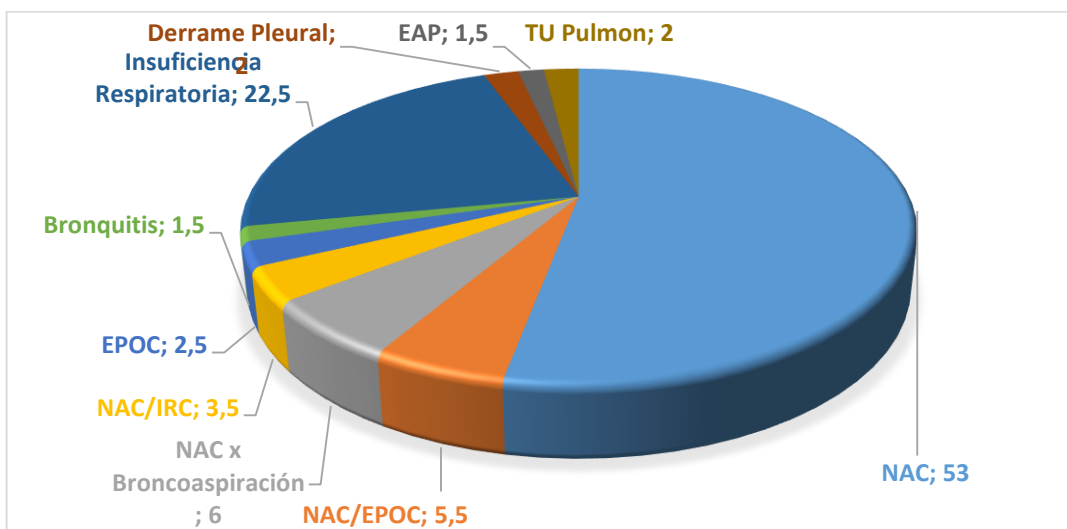
TÍTULO: Diagnostico de los pacientes que ingresaron en el Hospital Privado, durante el 2° trimestre del 2015.

Patologías	FA	FR	FP
NAC	106	0,53	53
NAC/EPOC	11	0,055	5,5
NAC por Broncoaspiración	12	0,06	6
NAC/IRC	7	0,035	3,5
EPOC	5	0,025	2,5
Bronquitis	3	0,015	1,5
Insuficiencia Respiratoria	45	0,225	22,5
Derrame Pleural	4	0,02	2
EAP	3	0,015	1,5
TU Pulmón	4	0,02	2
Total	200	1	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de registros de Historias clínicas de pacientes con Neumonía del Hospital Privado en el segundo semestre del 2015.

GRAFICO N° 1.

TÍTULO: Diagnostico de los pacientes que ingresaron en el Hospital Privado, durante el 2° trimestre del 2015.



ANÁLISIS: De acuerdo a los datos obtenidos se verifica que los pacientes que ingresaron al Hospital Privado un 53 % fue por NAC, el 22,5% fue por Insuficiencia Respiratoria Aguda, el 6% fue de NAC por Broncoaspiración, el 5,5% fe de NAC/EPOC, el 3,5% fue de NAC/IRC, el 2,5 % fue de EPOC, el 2 % fue entre Derrame Pleural y Tumor de Pulmón, el 1,5 % entre Bronquitis y Edema Agudo de Pulmón.

TABLA N° 2.

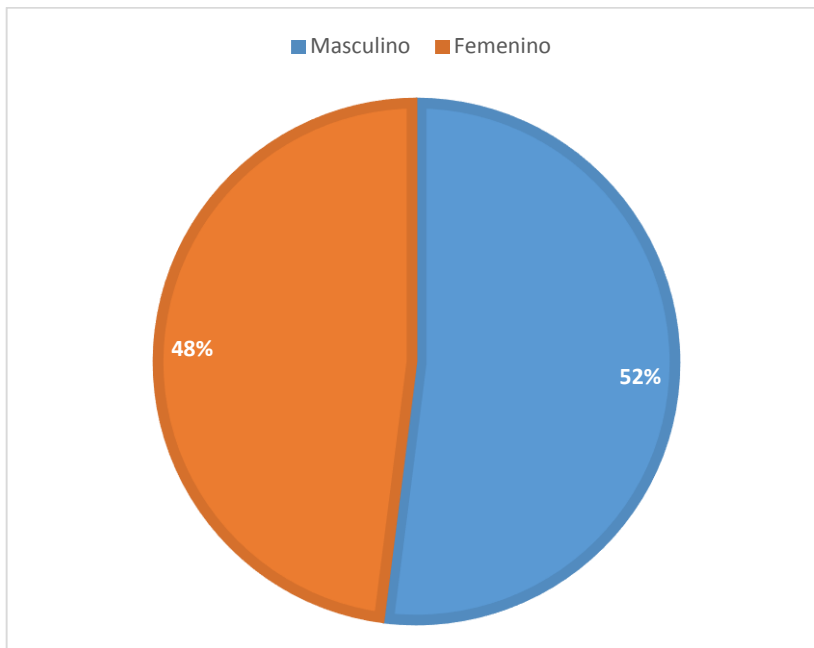
TÍTULO: Sexo de los pacientes que presentaron Neumonía en el Hospital Privado, durante el 2° trimestre del 2015.

Sexo	FA	FR	FP
Masculino	71	0,52	52
Femenino	65	0,48	48
Total	136	1	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de registros de Historias clínicas de pacientes con Neumonía del Hospital Privado en el segundo semestre del 2015.

GRAFICO N° 2.

TÍTULO: Sexo de los pacientes que presentaron Neumonía en el Hospital Privado, durante el 2° trimestre del 2015.



ANÁLISIS: El 52% más afectado por Neumonía fue el sexo masculino, mientras que el 48 % fue el sexo femenino.

TABLA N° 3.

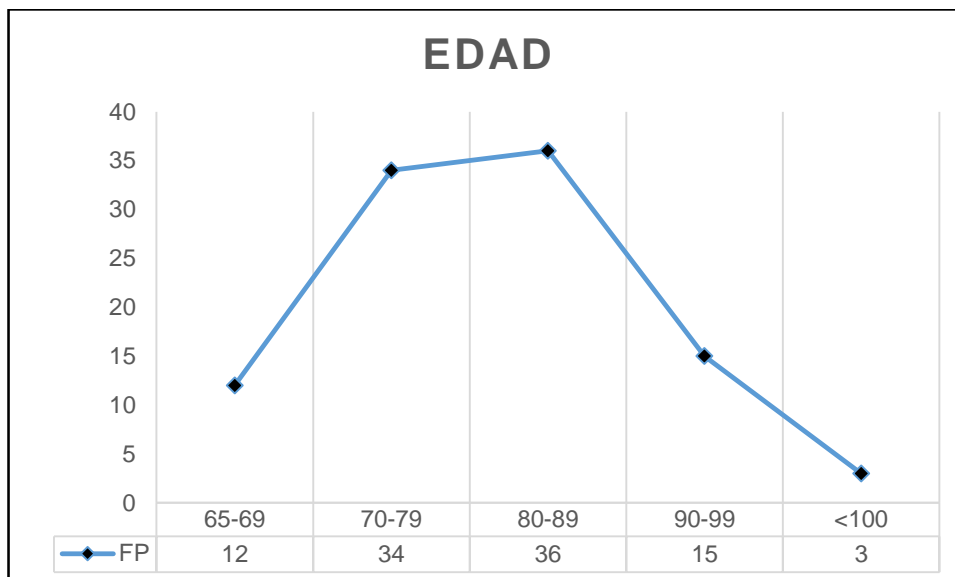
TÍTULO: Edad de los pacientes que ingresaron por Neumonía en el Hospital Privado, durante el 2° trimestre del 2015.

Edad	FA	FR	FP
65-69	17	0,12	12
70-79	46	0,34	34
80-89	49	0,36	36
90-99	20	0,15	15
<100	4	0,03	3
Total	136	1	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de registros de Historias clínicas de pacientes con Neumonía del Hospital Privado en el segundo semestre del 2015.

GRAFICO N° 3.

TÍTULO: Edad de los pacientes que ingresaron por Neumonía en el Hospital Privado, durante el 2° trimestre del 2015.



ANÁLISIS: Podemos observar que del total de 136 pacientes con Neumonía, el 36% corresponde a adultos mayores en un rango entre 80-89 años, el 34% corresponde a adultos mayores entre 70-79 años, el 15% corresponde a adultos mayores entre 90-99 años, el 12% corresponde a adultos mayores comprendidos entre los 65-69 años y el 3% corresponde a adultos mayores, mayores de 100 años.

TABLA N° 4.

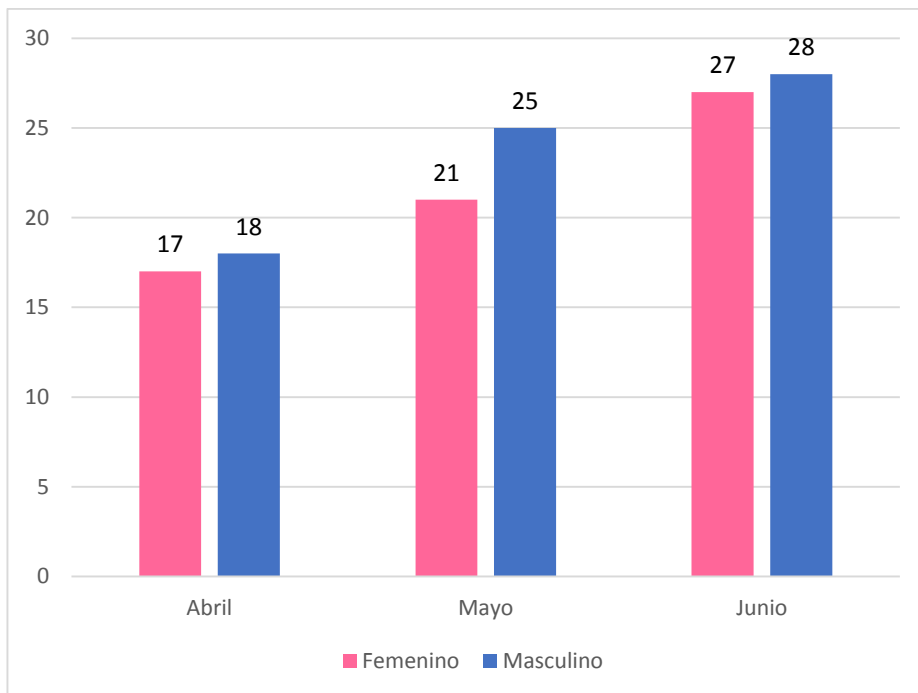
TÍTULO: Sexo de los pacientes que presentaron Neumonía durante Abril, Mayo y Junio del 2015.

Sexo	Meses			
	Abril	Mayo	Junio	Total
Femenino	17	21	27	65
Masculino	18	25	28	71
Total	35	46	55	136

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de registros de Historias clínicas de pacientes con Neumonía del Hospital Privado en el segundo semestre del 2015.

GRAFICO N° 4.

TÍTULO: Sexo de los pacientes que presentaron Neumonía durante Abril, Mayo y Junio del 2015.



ANÁLISIS: Observamos que durante el mes de Junio hubo mayor incidencia de Neumonía un 28% fue de sexo masculino y un 27 % de sexo femenino. Durante el mes de Mayo el 25 % fue de sexo masculino y el 21 % de sexo femenino. Y por último el mes de Abril fue un 18% sexo masculino y un 17 % sexo femenino.

TABLA N° 5.

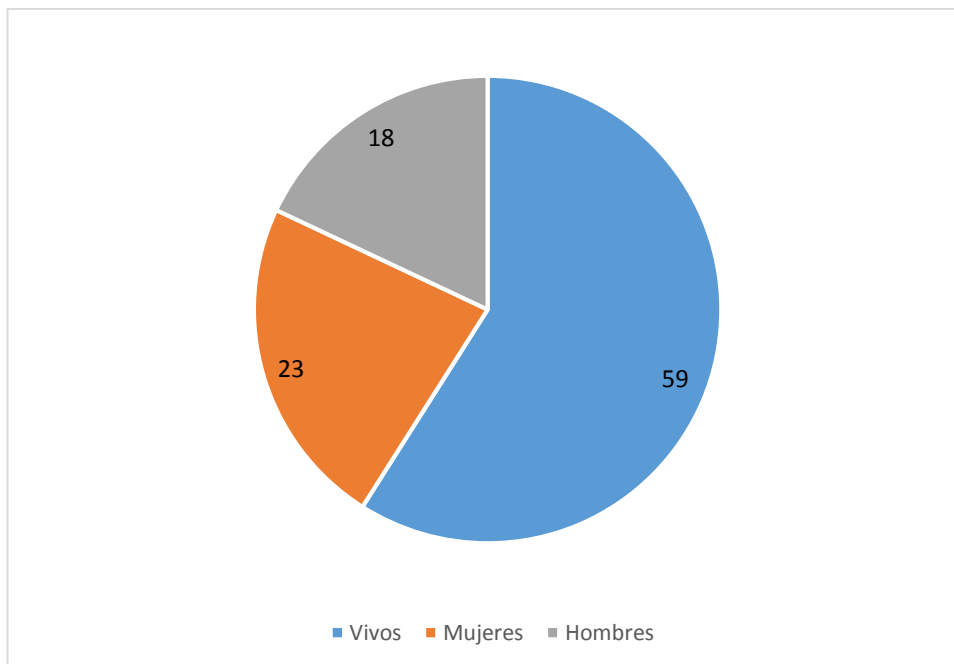
TÍTULO: Fallecimientos y pacientes vivos que presentaron Neumonía durante Abril, Mayo y Junio del 2015.

Vivos/ Muertos	FA	FR	FP
Supervivientes	81	0,59	59
Mujeres Fallecidas	31	0,23	23
Hombres Fallecidos	24	0,18	18
Total	136	1	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de registros de Historias clínicas de pacientes con Neumonía del Hospital Privado en el segundo semestre del 2015.

GRAFICO N° 5.

TÍTULO: Fallecimientos y pacientes vivos que presentaron Neumonía durante Abril, Mayo y Junio del 2015.



ANÁLISIS: En este gráfico de tortas observamos que hay un 23% de mortalidad femenina y un 18% de mortalidad masculina sobre un 59% de pacientes sobrevivientes de un total de 136 personas.

TABLA N° 6.

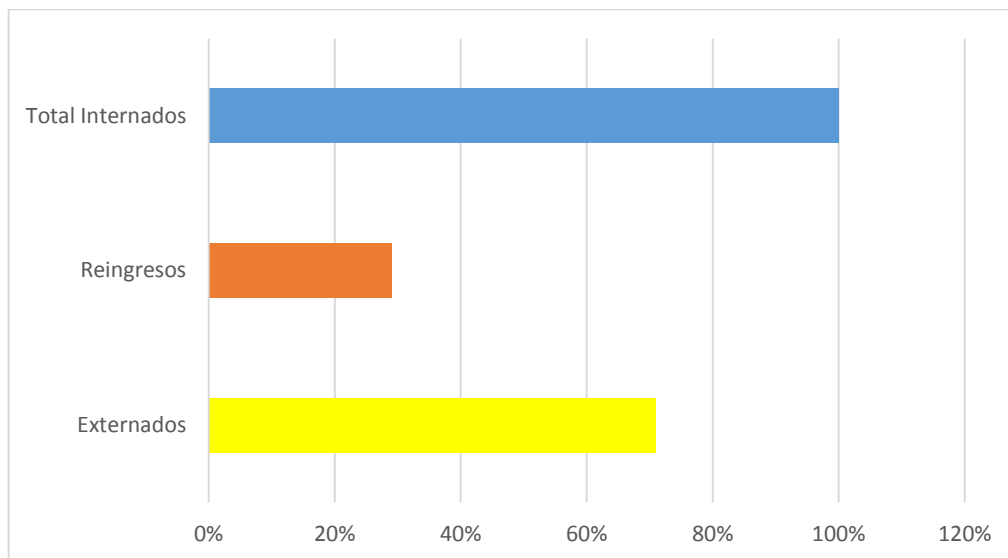
TÍTULO: Pacientes internados, externados y reingresos que presentaron Neumonía durante Abril, Mayo y Junio del 2015.

PACIENTES	FA	FR	FP
Externados	96	0,71	71%
Reingresos	40	0,29	29%
Total Internados	136	1	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de registros de Historias clínicas de pacientes con Neumonía del Hospital Privado en el segundo semestre del 2015.

GRAFICO N° 6.

TÍTULO: Pacientes internados, externados y reingresos que presentaron Neumonía durante Abril, Mayo y Junio del 2015.



ANÁLISIS: En este grafico observamos que hay un 71% de pacientes externados y un 29% de pacientes reingresados sobre un total de 100% de pacientes internados de un total de 136 personas.

Tablas Bivariadas

TABLA N° 7:

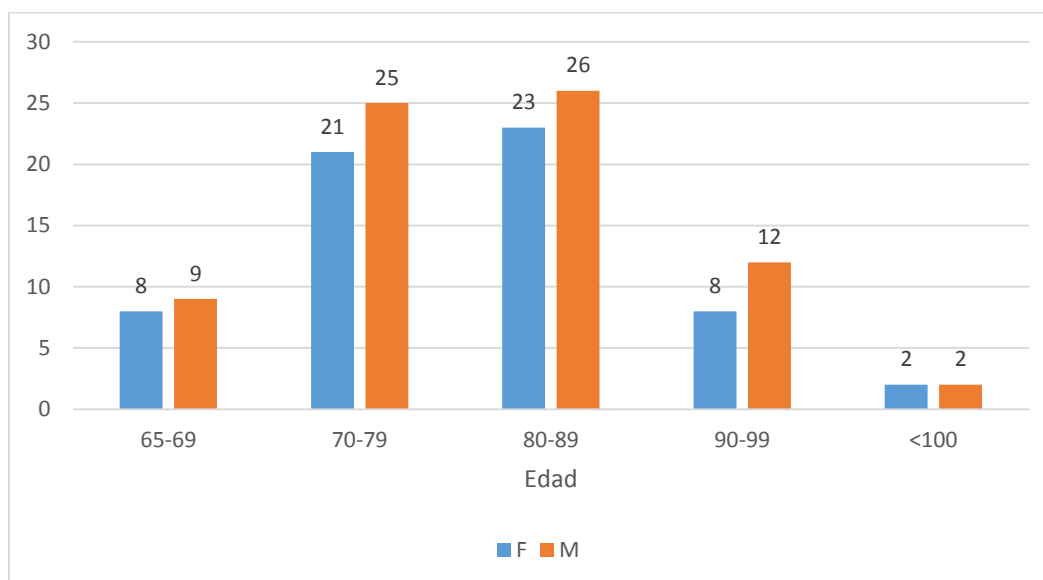
TÍTULO: Relación entre la edad y sexo de los pacientes que presentaron Neumonía en el Hospital Privado, durante el 2° trimestre del 2015.

Edad \ Sexo	Sexo		Total
	F	M	
65-69	8	9	17
70-79	21	25	46
80-89	23	26	49
90-99	8	12	20
<100	2	2	4
Total	65	71	136

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de registros de Historias clínicas de pacientes con Neumonía del Hospital Privado en el segundo semestre del 2015.

GRAFICO N° 7.

TÍTULO: Relación entre la edad y sexo de los pacientes que presentaron Neumonía en el Hospital Privado, durante el 2° trimestre del 2015.



ANÁLISIS: Como observamos en el eje vertical se observan la cantidad de personas de ambos sexos y en el eje horizontal observamos la edad de los pacientes que presentaron neumonía en el Hospital Privado, durante el 2° trimestre del 2015. Se visualiza que entre la edad de 80-89 años hay más predominio por esta patología.

TABLA N° 8:

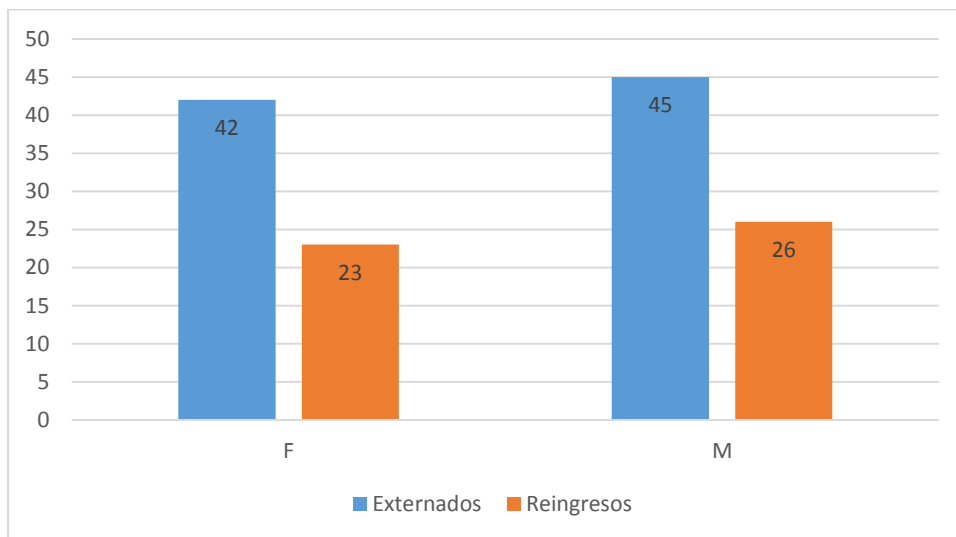
TÍTULO: Relación entre la sexo, pacientes externados, y reingresos que presentaron Neumonía en el Hospital Privado, durante el 2° trimestre del 2015.

Pacientes Sexo	Externados	Reingresos	Total
Femenino	42	23	65
Masculino	45	26	71
Total	96	40	136

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de registros de Historias clínicas de pacientes con Neumonía del Hospital Privado en el segundo semestre del 2015.

GRAFICO N° 8.

TÍTULO: Relación entre sexo, pacientes externados, y reingresos que presentaron Neumonía en el Hospital Privado, durante el 2° trimestre del 2015.



ANALISIS: Como observamos en el eje vertical se observan la cantidad de pacientes que fueron externados y reingresados; y en el eje horizontal observamos el sexo de los pacientes que presentaron neumonía en el Hospital Privado, durante el 2° trimestre del 2015. Se visualiza que en el sexo masculino hubo más reingresos que en el femenino.

CAPITULO III

Resultado, Conclusión y Propuesta.

RESULTADOS

Examinando el presente trabajo de esta investigación de un total de 136 pacientes, determinamos con los resultados obtenidos los siguientes ítems:

- En cuanto al sexo, se aprecia en el gráfico, que el sexo masculino fue el más afectado con neumonía con un 52% y el restante lo representan el sexo femenino con un 48%.
- En cuanto a su edad, cabe destacar que esta patología afecta con mayor predominio en un 36% que oscila en un rango entre 80-89 años, un 34% entre los 70-79 años, un 15% entre los 90-99 años, un 12% entre los 65-69 años y un 3% en personas mayores a 100 años.
- En cuanto a pacientes vivos y fallecidos, se resalta que un 59% siguen vivos gracias a un tratamiento adecuado, el 23% correspondió a mujeres fallecidas y el 18% restante a los hombres fallecidos.
- En cuanto a pacientes internados, externados y reingresados, del total de 136 pacientes internados corresponde al 100%, el 71% representan los pacientes externados y un 29% los pacientes que reingresaron por la misma patología.

Resumiendo, del total del 100% de la muestra de los pacientes se destaca que el 29% reingresaron por la misma patología, además podemos agregar que la neumonía afecta principalmente al sexo masculino en edades que abarcan los 80 a 89 años.

CONCLUSIÓN

Concluimos que esta patología es altamente letal, y que la incidencia fue mayor durante el mes de Junio. Afecta con mayor frecuencia a adultos mayores de sexo masculino.

Así también podemos destacar que los reingresos se debieron en su mayor caso a neumonía, la cual estaba asociada principalmente a enfermedades crónicas multiorgánicas que asociadas generan un gran índice de mortalidad en ambos sexos. Pero también durante la investigación pudimos identificar que existen factores externos los cuales no pudieron ser medibles y que se encontraban relacionados con las condiciones de habitabilidad domiciliaria o residencias geriátricas, falta de asistencia a los controles médicos y seguimientos del régimen terapéuticos.

PROPUESTAS

- Concientizar y recomendar la aplicación de la vacuna antigripal cada año y la vacuna antineumocócica.
- Ofrecer asesoramiento e información al paciente y su familia previa al alta respondiendo las dudas que pudieran surgir.
- Remarcar la importancia sobre acudir a su médico de cabecera para llevar una correcta evolución de su patología y o enfermedades asociadas.
- Proponer un nuevo relevamiento estadístico para el siguiente año o cada dos años para reevaluar cambios positivos o negativos en los índices obtenidos.

BIBLIOGRAFIA:

- ✓ LONGO, D.L.; Kasper, D.L. & Colaboradores. “Principios de Medicina Interna de Harrison”. Editorial: Mc Graw – Hill. Vol.1 - 18° Edición. México.2012.
- ✓ BRUNERR, L.S. & SUDDTHAR, D.H. “Enfermería Médico-Quirúrgica”. Editorial: MC Graw – Hill Interamericana. Vol. I – 10° Edición. México. 2005.
- ✓ GONZALEZ MONTANER, L.J. & GONZALEZ MONTANER, P.J. “Infecciones Pleuropulmonares”. Editorial: Hexal. Vol. 2. Argentina. 2001.
- ✓ TORRES, O. H.; GIL, E.; PACHO C & RUIZ D. “Actualización de la neumonía en el anciano”. Editorial: El Sevier. 2013. Revista española de Geriátría y Gerontología.
- ✓ CAMPOS, M. A & PEREYRA A. “Neumonía en el Adulto Mayor”. Revista de Medicina Internacional. Vol. 15. 2002.
- ✓ VEGA, J.L. & BUENO, B. “Desarrollo Adulto y Envejecimiento”. Editorial: Síntesis. Madrid – España.1995.
- ✓ RODRIGUEZ, A.; ROLLI, R. & Colaboradores. “Neumonía adquirida de la comunidad”. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina - N° 132 – Octubre 2003. Pág.: 7-14.
- ✓ SHIFREN, A. “Manual Washington de Especialidades Clínicas: Neumonología”. Editorial: Wolters Kluwer Health. España.2014.
- ✓ PAREJA, RAÚL. “Curso de Epidemiología”. Enfermería 3° año. 2010. FCM. UNC. Mendoza.
- ✓ CORNNACHIONE, M. A; Evans, J. E & Colaboradores. “Psicología del desarrollo. Vejez, aspectos biológicos, psicológicos y sociales”. Editorial Brujas. 2^{da} Edición.2008

Paginas virtuales:

- ✓ www.who.int
- ✓ Página web “sitio andino, infecciones respiratorias, lunes 14 de noviembre de 2011”
- ✓ Página web “Diario LA PRENSA”, jueves 30 de abril 2015.

- ✓ www.resvistaciencia.com
- ✓ www.scielo.cl

Anexos

TABLA MATRIZ

Internados	Sexo	Edad	Mes internado	Externados	Reingresos	Vive
1	M	65-69	Abril	1		No
2	F	80-89	Mayo	1		No
3	F	80-89	Junio	1		Si
4	F	70-79	Junio	1		Si
5	F	70-79	Junio	1		No
6	M	70-79	Mayo	1		Si
7	F	90-99	Abril	1		Si
8	M	80-89	Junio	1		No
9	F	90-99	Mayo		1	Si
10	F	65-69	Junio	1		Si
11	M	65-69	Abril	1		Si
12	F	80-89	Junio	1		No
13	M	70-79	Junio	1		Si
14	F	80-89	Abril	1		Si
15	M	70-79	Junio	1		Si
16	M	90-99	Mayo	1		No
17	F	80-89	Mayo	1		Si
18	F	70-79	Mayo	1		Si
19	F	80-89	Mayo	1		No
20	M	80-89	Junio	1		Si
21	M	70-79	Junio	1		Si
22	M	65-69	Mayo	1		No
23	F	80-89	Abril		1	No
24	M	65-69	Abril	1		Si
25	F	90-99	Abril	1		No
26	M	70-79	Junio	1		Si
27	M	80-89	Junio	1		No
28	F	70-79	Junio	1		No
29	M	90-99	Mayo		1	Si
30	F	70-79	Mayo	1		Si
31	F	65-69	Junio	1		No
32	M	80-89	Junio	1		No
33	F	80-89	Junio		1	Si
34	M	70-79	Abril	1		No
35	M	70-79	Junio	1		No
36	M	80-89	Mayo	1		Si
37	F	80-89	Junio	1		Si
38	M	70-79	Abril	1		No
39	F	80-89	Mayo	1		No
40	F	65-69	Junio	1		Si
41	M	65-69	Junio	1		Si
42	M	70-79	Abril	1		Si
43	F	70-79	Junio	1		Si
44	F	90-99	Mayo	1		Si
45	M	70-79	Junio	1		Si
46	M	80-89	Mayo	1		Si

TABLA MATRIZ

47	M	80-89	Junio		1	No
48	F	65-69	Abril	1		Si
49	M	70-79	Abril	1		Si
50	F	90-99	Mayo	1		Si
51	M	70-79	Junio	1		Si
52	F	70-79	Junio	1		No
53	M	80-89	Mayo	1		No
54	F	80-89	Junio		1	Si
55	M	80-89	Abril	1		Si
56	F	70-79	Abril	1		Si
57	M	80-89	Junio	1		No
58	M	90-99	Abril	1		Si
59	F	80-89	Mayo	1		No
60	M	65-69	Mayo		1	Si
61	F	80-89	Junio	1		No
62	M	70-79	Mayo	1		Si
63	F	70-79	Junio	1		No
64	M	65-69	Abril	1		Si
65	M	80-89	Mayo		1	No
66	F	70-79	Junio	1		No
67	F	80-89	Junio	1		Si
68	M	90-99	Junio	1		Si
69	M	70-79	Abril		1	No
70	F	70-79	Mayo	1		No
71	F	80-89	Junio	1		Si
72	M	80-89	Mayo	1		Si
73	M	90-99	Mayo		1	Si
74	M	70-79	Junio	1		Si
75	M	65-69	Mayo	1		No
76	M	80-89	Abril		1	Si
77	F	80-89	Abril	1		No
78	M	<100	Junio		1	Si
79	F	80-89	Junio		1	Si
80	M	65-69	Mayo	1		Si
81	F	80-89	Mayo		1	Si
82	M	80-89	Junio		1	Si
83	F	70-79	Junio		1	No
84	M	80-89	Abril	1		Si
85	M	80-89	Mayo		1	Si
86	M	70-79	Junio	1		Si
87	F	70-79	Mayo	1		Si
88	F	70-79	Junio		1	Si
89	M	90-99	Mayo	1		Si
90	F	80-89	Mayo	1		Si
91	M	65-69	Abril	1		Si
92	M	90-99	Junio	1		Si
93	F	70-79	Abril	1		No

TABLA MATRIZ

94	M	70-79	Mayo	1		Si
95	M	80-89	Junio		1	Si
96	M	<100	Mayo	1		No
97	M	90-99	Mayo	1		Si
98	F	80-89	Junio		1	No
99	F	80-89	Abril	1		Si
100	F	80-89	Mayo		1	No
101	M	70-79	Abril	1		Si
102	M	90-99	Junio	1		No
103	M	80-89	Mayo		1	No
104	F	70-79	Junio		1	Si
105	F	70-79	Abril	1		No
106	F	70-79	Junio		1	No
107	M	<100	Mayo		1	Si
108	M	90-99	Junio		1	No
109	F	80-89	Mayo	1		No
110	F	70-79	Junio	1		Si
111	M	90-99	Junio		1	Si
112	M	70-79	Mayo	1		Si
113	F	80-89	Mayo	1		No
114	M	65-69	Junio		1	No
115	M	65-69	Mayo		1	Si
116	F	80-89	Abril		1	Si
117	M	80-89	Junio		1	No
118	M	70-79	Abril		1	Si
119	F	70-79	Mayo		1	No
120	M	<100	Abril	1		Si
121	M	80-89	Junio	1		No
122	F	70-79	Junio	1		Si
123	F	70-79	Abril	1		No
124	M	90-99	Mayo		1	No
125	M	70-79	Junio		1	Si
126	M	90-99	Mayo	1		Si
127	F	70-79	Abril		1	Si
128	F	80-89	Abril		1	No
129	F	90-99	Abril		1	Si
130	F	80-89	Abril	1		Si
131	M	70-79	Abril		1	No
132	F	90-99	Mayo	1		No
133	F	80-89	Mayo		1	Si
134	F	65-69	Abril	1		No
135	F	80-89	Mayo	1		No
136	F	70-79	Junio	1		No