



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA



# TRABAJO DE TITULACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

MÉDICA CIRUJANA

TEMA:

“NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, SEPTIEMBRE 2013 - FEBRERO 2014”.

Autoras:

MARÍA JOSÉ SOLÍS MACÍAS  
GLORIA MERCEDES ORMAZA BERMELLO

Directora

DRA. MELANIA ALCÍVAR GARCÍA Mgs.

PORTOVIEJO – MANABÍ – ECUADOR

2014

TEMA:

“NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, SEPTIEMBRE 2013 - FEBRERO 2014”.

## DEDICATORIA

La culminación de este trabajo se lo dedico a Dios por saberme guiar en los momentos más difíciles, por haberme dado la fuerza que necesite en los momentos de adversidades cuando sentía que me quería dar por vencida.

A mis padres que me apoyaron siempre y que con sacrificio y esfuerzo lograron que yo culminara con mi carrera.

A mis docentes que supieron ser verdaderos maestros y formarme como profesional, capacitándome para las adversidades que se puedan llegar a presentar.

A mis compañeros que fueron mis hermanos durante las guardias y con los que compartimos tantos buenos y malos momentos, saliendo adelante siempre juntos.

ORMAZA BERMELLO GLORIA MERCEDES

## DEDICATORIA

A Dios por permitirme despertar cada mañana y vivir el día a día, a mi familia por siempre estar presente apoyarme en todas mis decisiones y enseñarme a alcanzar mis metas con esfuerzo y empeño siendo humilde en la vida, a mis demás familiares por brindarme su amor y ayuda en todo momento.

MARÍA JOSÉ SOLÍS MACÍAS.

## AGRADECIMIENTO

Nuestro agradecimiento sincero en primer lugar a Dios por permitirnos finalizar esta etapa de nuestras vidas, dotándonos de sabiduría y fortaleza para poder superar las adversidades presentadas en el camino.

A la Universidad Técnica de Manabí, y en especial a los catedráticos de la Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina, quienes aportaron con conocimientos y moldearon nuestro perfil profesional.

A nuestro tribunal del trabajo de titulación, en especial a nuestra Directora Dra. Melania Alcívar García Mgs. por dedicarnos el tiempo y la guía para que nuestra investigación avance de acuerdo a las normas exigidas.

A todas las personas que de una forma u otra nos prestaron su colaboración y nos permitieron cristalizar esta meta tan anhelada.

MARÍA JOSÉ SOLÍS MACÍAS.

GLORIA MERCEDES ORMAZA BERMELLO.

## CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, DRA. MELANIA ALCÍVAR GARCÍA Mgs. tengo a bien certificar que el trabajo de titulación: “Neumonía Adquirida en la Comunidad en los pacientes atendidos en el área de emergencia del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, septiembre 2013 - febrero del 2014”. Ejecutada por: Solís Macías María José, Ormaza Bermello Gloria Mercedes se encuentra concluida en su totalidad.

El presente trabajo es original de las autoras y ha sido realizado bajo mi dirección y supervisión, habiendo cumplido con los requisitos reglamentarios exigidos para la elaboración del trabajo de titulación previo a la obtención del título de Médico Cirujano. Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.

---

DRA. MELANIA ALCIVAR GARCIA Mgs.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACION

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN  
DEL TRABAJO DE TITULACIÓN  
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA

TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA

“NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN LOS  
PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL  
HOSPITAL PROVINCIAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA,  
SEPTIEMBRE 2013 - FEBRERO 2014”.

Trabajo de titulación sometida a consideración del Honorable Consejo Directivo,  
requisito previo a la obtención del Título de:

MÉDICA- CIRUJANA  
APROBADO

---

Dra. Yira Vásquez Giler, MN.  
DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE  
LA SALUD

---

Dr. Jhon Ponce Alencastro, MDI  
PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE  
INVESTIGACIÓN FCS

---

Ab. Abner Bello Molina  
ASESOR JURIDICO

---

Dra. Melania Alcívar García, Mgs.  
DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACION

---

Dr. Walter Mecías Zambrano.  
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DEL TRABAJO  
DE TITULACION

---

Dr. Nexar Ganchozo Macías.  
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

---

Lcda. Nidia Macías Cedeño.  
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA:

“NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN LOS PACIENTES  
ATENDIDOS EN EL ÁREA DE EMERENCIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DR.  
VERDI CEVALLOS BALDA, SEPTIEMBRE 2013 - FEBRERO 2014”.

Trabajo de titulación sometido a consideración del Honorable Consejo Directivo,  
requisito previo a la obtención del Título de:

MÉDICA- CIRUJANA

APROBADO

.....

Dr. Walter Mecías Zambrano

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

.....

Dr. Nexar Ganchozo Macías

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

.....

Lcda. Nidia Macías Cedeño

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

## DECLARACIÓN DE AUTORIA

SOLÍS MACÍAS MARÍA JOSÉ Y ORMAZA BERMELLO GLORIA  
MERCEDÉS, egresadas de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina  
de la Universidad Técnica de Manabí, declaramos que:

El presente trabajo de titulación: “Neumonía Adquirida en la Comunidad en los  
pacientes atendidos en el área de emergencia del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos  
Balda, septiembre 2013 - febrero 2014”.es de nuestra completa autoría y ha sido  
realizado bajo absoluta responsabilidad, y con la supervisión del Director del trabajo,  
Dra. Melania Alcívar García, Mgs.

Toda responsabilidad con respecto a las investigaciones con sus respectivos  
resultados, conclusiones y recomendaciones presentadas en esta investigación,  
pertenecen exclusivamente a los autores.

.....

.....

SOLÍS MACÍAS MARÍA JOSÉ

GLORIA MERCEDÉS ORMAZA BERMELLO

## RESUMEN

La Neumonía Adquirida en la Comunidad puede definirse como una lesión inflamatoria pulmonar en respuesta a la llegada de microorganismos a la vía aérea distal y parénquima. Es una entidad muy frecuente en la práctica clínica con implicaciones sanitarias muy importantes por su frecuencia. Es por ello que se planteó una investigación de este problema para poder determinar la incidencia de neumonía adquirida en la comunidad en los pacientes atendidos en el área de emergencia del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, septiembre 2013 - febrero 2014". Se plantearon los siguientes objetivos: Uno General (Determinar la neumonía adquirida en la comunidad, en los pacientes atendidos en el área de emergencia del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, septiembre 2013 – febrero 2014.) y los específicos (Identificar los caracteres socio epidemiológicos de los usuarios en estudio, determinar los factores de riesgo de la neumonía adquirida en la comunidad, valorar la sintomatología presente en los usuarios diagnosticados con neumonía adquirida en la comunidad mediante la historia clínica, mejorar el manejo de los pacientes diagnosticados con neumonía adquirida en la comunidad mediante charlas a los médicos residentes y becarios de medicina del área de emergencia del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda.

La presente investigación fue un Estudio Prospectivo. La unidad de análisis fueron los 126 pacientes con neumonía adquirida en la comunidad atendidos en el área de emergencia del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda. Siendo la edad de mayor afectación entre los mayores de 65 años, sexo masculino, origen urbano, los factores de

riesgo que contribuyeron fueron la exposición al tabaco, humo, insecticida, nivel educativo básico y los cambios climáticos, mientras que los síntomas patognomónicos fueron la fiebre, tos y la disnea los cuales permitieron hacer el diagnóstico clínico.

**PALABRAS CLAVES:**

Neumonía adquirida en la comunidad, factores de riesgo, tabaquismo, tratamiento de emergencia.

## ABSTRACT

The Community Acquired Pneumonia may be defined as an inflammatory lung injury in response to the arrival of microorganisms to the distal airways and parenchyma. It is a common clinical practice with important health implications for their frequency entity. That is why an investigation of this problem was proposed to determine the incidence of community-acquired pneumonia in patients seen in the emergency area of the Provincial Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, September 2013 -. February 2014 "have raised the following objectives: One General (Determine community-acquired pneumonia in patients seen in the emergency area of the Provincial Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, September 2013 - February 2014.) and specific (Identify socio epidemiological characters of user study to determine the risk factors of pneumonia acquired in the community, assess the symptoms present in users diagnosed with community-acquired pneumonia by history, improve the management of patients diagnosed with pneumonia acquired in the community through lectures to medical residents and fellows in the area of emergency medicine Provincial Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda. This investigation was a prospective study. The unit of analysis were 126 patients with acquired pneumonia treated in the emergency area Provincial Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda. Being the most affected age among those over 65 years old, male, urban, risk factors were contributing exposure to snuff smoke, insecticide, basic education level and climate change, while pathognomonic symptoms were fever, cough and dyspnea which helped make the clinical diagnosis.

### KEYWORDS:

Community-acquired pneumonia, risk factors, smoking, emergency treatment.

## INDICE

|  |      |
|--|------|
| DEDICATORIA .....  | ii   |
| AGRADECIMIENTO.....  | iv   |
| CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN .....    | vi   |
| CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.....                   | vii  |
| DECLARACIÓN DE AUTORIA.....                                  | viii |
| RESUMEN.....   | ix   |
| CAPITULO I.....  | 1    |
| INTRODUCCIÓN .....   | 1    |
| JUSTIFICACIÓN .....  | 3    |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....                             | 5    |
| FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....                                | 6    |
| SUBPROBLEMAS .....   | 6    |
| OBJETIVOS .....  | 7    |
| OBJETIVO GENERAL.....  | 7    |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....                                   | 7    |
| CAPITULO II .....  | 8    |
| MARCO TEÓRICO.....   | 8    |
| VARIABLE INDEPENDIENTE .....                                 | 26   |
| VARIABLE DEPENDIENTE .....                                   | 27   |
| CAPITULO III.....  | 29   |
| DISEÑO METODOLÓGICO .....                                    | 29   |
| TIPO DE ESTUDIO .....  | 29   |
| CAMPO.....   | 29   |
| ÀREA.....  | 29   |
| ASPECTO.....   | 29   |
| DELIMITACIÒN ESPACIAL.....                                   | 29   |
| DELIMITACIÒN TEMPORAL .....                                  | 29   |
| LÌNEA DE INVESTIGACIÒN .....                                 | 29   |
| POBLACIÒN Y UNIVERSO .....                                   | 29   |
| FÒRMULA DE MUESTREO .....                                    | 30   |
| MUESTRA.....   | 30   |
| MODALIDAD DE INVESTIGACIÒN.....                              | 31   |
| CRITERIOS DE INCLUSIÒN .....                                 | 31   |
| CRITERIOS DE EXCLUSIÒN .....                                 | 31   |
| MÈTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÒN DE LA INFORMACIÒN..... | 31   |
| MÈTODOS .....  | 31   |
| INSTRUMENTOS PARA RECOLECCION DE INFORMACION.....            | 31   |
| FICHA DE ENCUESTA.....                                       | 31   |
| TÈCNICA PARA LA RECOLECCIÒN DE DATOS.....                    | 32   |

|  |    |
|--|----|
| INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS ..... | 32 |
| RECURSOS HUMANOS .....                     | 32 |
| RECURSOS FÍSICOS .....                     | 33 |
| RECURSOS INSTITUCIONALES .....             | 33 |
| RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN .....       | 34 |
| TABLA N° 1 .....                           | 35 |
| ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA N° 1 ..... | 36 |
| TABLA N° 2 .....                           | 37 |
| ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA N° 2 ..... | 38 |
| TABLA N° 3 .....                           | 39 |
| ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA N° 3 ..... | 40 |
| TABLA N° 4 .....                           | 41 |
| ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA N° 4 ..... | 42 |
| TABLA N° 5 .....                           | 43 |
| ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA N° 5 ..... | 44 |
| TABLA N° 6 .....                           | 45 |
| ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA N° 6 ..... | 46 |
| CAPITULO IV .....                          | 47 |
| CONCLUSIONES .....                         | 47 |
| RECOMENDACIONES .....                      | 49 |
| CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES VALORADO .....   | 50 |
| CAPITULO V .....                           | 53 |
| PROPUESTA .....                            | 53 |
| BIBLIOGRAFIA .....                         | 62 |
| ANEXOS .....                               | 67 |
| ANEXO# 1 .....                             | 68 |
| CONSENTIMIENTO INFORMADO .....             | 68 |
| ENCUESTA .....                             | 69 |
| IMAGEN 1 .....                             | 72 |
| VALORACION DE LOS PACIENTES .....          | 72 |
| IMAGEN 2 .....                             | 72 |
| IMAGEN 3 .....                             | 73 |
| IMAGEN 4 .....                             | 73 |
| IMAGEN 5 .....                             | 74 |
| IMAGEN 6 .....                             | 74 |
| IMAGEN 7 .....                             | 75 |
| IMAGEN 8 .....                             | 75 |
| IMAGEN 9 .....                             | 76 |

## CAPITULO I

### INTRODUCCIÓN

Según Diez (2011) “La Neumonía Adquirida en la Comunidad puede definirse como una lesión inflamatoria pulmonar en respuesta a la llegada de microorganismos a la vía aérea distal y parénquima. Es una entidad muy frecuente en la práctica clínica con implicaciones sanitarias muy importantes por su frecuencia”. A pesar de que actualmente se dispone de las herramientas suficientes para el diagnóstico y tratamiento de la misma, esta patología constituye un problema de salud pública, y es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, así lo demuestran las estadísticas a nivel mundial, en donde las infecciones de vías respiratorias bajas, entre las que se incluye dicha patología, constituyen una de las principales enfermedades en la lista de las primeras 30 causas de mortalidad a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud, a nivel global la coloca en el tercer lugar como causa de muerte después de la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular.

La infección respiratoria en especial esta patología, es una causa frecuente de consulta médica, cerca del 75% son inicialmente evaluadas y tratadas en los servicios de Urgencias hospitalarios. El interés y el reto en un manejo correcto de esta patología están basados en su alta incidencia, y en los costes que suponen sus cuidados y los tratamientos empíricos instaurados.

En los últimos años, la aparición de nuevas técnicas microbiológicas que hacen posible un mayor diagnóstico etiológico, y el descubrimiento de agentes

antimicrobianos que ofrecen nuevas opciones terapéuticas, han ayudado a la mejor aproximación diagnóstico-terapéutica.

A pesar de los avances conseguidos en las pruebas de diagnóstico etiológico, sólo en el 40 -60% de los casos se determina el agente causal. El tratamiento de los pacientes se prescribe habitualmente de forma empírica después de evaluar la severidad de la neumonía en cada caso, la etiología más frecuente, y la prevalencia de resistencias entre los microorganismos más comunes encontrados en el área de población en la que se encuentren. Varón F.A (2010). Recomendaciones sobre el diagnóstico y manejo de la neumonía adquirida en la comunidad en Colombia. *Revista de Neumología*, (22), 2-11.

En los últimos años se ha conseguido reconocer los principales factores pronósticos, lo que ha modificado el manejo de los pacientes, viendo más allá de lo que sucede en el momento de la valoración inicial y anticipándonos a lo que pueda ocurrir en el futuro. Esto ha influido en decisiones tan importantes como el ingreso hospitalario o el tipo de tratamiento antibiótico utilizado. A la vista de todos estos datos las distintas Sociedades de Expertos Europeas y Americanas (2010), han desarrollado guías de diagnóstico y tratamiento, para intentar unificar criterios de manejo de esta patología.

Varios estudios publicados en la Revista Médica de Madrid (2011) han demostrado que la adecuación de guías o recomendaciones terapéuticas, están asociadas con una menor mortalidad en los pacientes con esta patología. Esto pone en evidencia que la afluencia de pacientes con Neumonía Adquirida en la Comunidad en la emergencia del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda es copiosa tienen mayor incidencia de presentarse en la población de edad avanzada mayor de 65 años, sexo masculino.

## JUSTIFICACIÓN

La neumonía adquirida en la comunidad está definida como aquella infección del tejido pulmonar que surge en el seno de la población general, la aparición de gérmenes atípicos, la creciente resistencia de los antimicrobianos a estafilococo pneumoniae y la no despreciable morbilidad hacen indispensables la actualización en cuanto al manejo de esta entidad. Correa (2009).

Varios estudios de la Sociedad Española de Neumología señalan que la mortalidad global está en el 14%, con un 2% en la neumonía adquirida en la comunidad tratada de forma ambulatoria y de un 37% en los pacientes atendidos en la unidad de cuidados intensivos, el diagnóstico etiológico es del 40% al 60%, la tasa global varía entre 8-15 casos por cada 1000 personas cada año y tienden a ser más frecuentes en hombres, personas de raza negra, en quienes poseen factores de riesgo así como sujetos inmunodeprimidos, en quienes el riesgo es 40 veces mayor.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) 2010 reporta que el promedio de defunciones en países en vía de desarrollo es cercano a 700.000 personas cada año. El riesgo de contraer neumonía adquirida en la comunidad se ve fuertemente ligado a la prevalencia de la enfermedad en el ambiente que se presenta, se ve disminuida su incidencia en pacientes jóvenes con fácil acceso a buena atención médica primaria, mientras que es considerablemente aumentada en poblaciones con un pobre acceso a servicios de atención médica.

El objetivo de este estudio fue mostrar un panorama que estimule a los médicos residentes y becarios de medicina para que efectúen un correcto diagnóstico de la patología en estudio. Al realizar este trabajo se evidenció una gran frecuencia de pacientes que llegan a la emergencia del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda con cuadro clínico de procesos respiratorios entre los cuales el principal es la neumonía adquirida en la comunidad, dado que esta es la institución de mayor afluencia de personas de la provincia de Manabí.

Esta investigación fue factible de realizar porque se contó con una institución que prestó todas las facilidades para llevar a cabo el desarrollo del mismo, en lo institucional por que los miembros del equipo de salud: médicos residentes y becarios de medicina del área de emergencia de dicho hospital tuvieron la predisposición para colaborar en las acciones necesarias a realizar, en lo financiero porque contamos con los recursos económicos necesarios, en lo técnico se contó con el apoyo académico y legal porque esta abalizada por el reglamento interno de la entidad educativa.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de los progresos alcanzados en los últimos años en el manejo de las infecciones respiratorias, la neumonía adquirida en la comunidad continua siendo hoy en día una causa importante de morbimortalidad, estos hechos han motivado a la elaboración de numerosas guías de práctica clínica. La estadística indica que el 50% de las muertes por enfermedades respiratorias en adultos son atribuidas a esta patología.

En países desarrollados como Estados Unidos es la primera causa de muerte por enfermedad infecciosa y la séptima causa de todas las muertes. En los países en desarrollo como es el nuestro la Neumonía Adquirida en la Comunidad es una de las causas principales directas de decesos, El Instituto Nacional Ecuatoriano de Censos (INEC) 2010 nos muestra que se encuentra en segundo lugar de las diez principales causas de morbilidad, con una tasa de 23.7 por 10.000 habitantes. Teniendo como factores predisponentes las edades extremas de la vida de tal manera que en la población mayor de 65 años, se eleva alarmantemente llegando a 6.6 muertos por cada 1000 personas que acuden a las unidades de salud en busca de atención médica.

Es de importancia una correcta valoración y un diagnóstico oportuno en base a la clínica presente en estos pacientes mediante los conocimientos adecuados de los médicos residentes y becarios de medicina, y la confirmación por medios de los respectivos métodos de análisis radiológico y laboratorio en la sala de emergencias del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda para la ayuda y determinación de un correcto manejo ambulatorio o intra hospitalario, y así obtener un pronóstico favorable.

## FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿De qué manera la neumonía adquirida en la comunidad incide en los pacientes que acuden a la emergencia del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, Septiembre 2013 - Febrero 2014?

## SUBPROBLEMAS

¿Cuáles son los factores socio -epidemiológicos de los usuarios en estudio?

¿Cuáles son los factores de riesgo de la neumonía adquirida en la comunidad?

¿Cómo determinar la sintomatología presente en los pacientes diagnosticados con neumonía adquirida en la comunidad?

¿Cómo Mejorar el manejo de los pacientes diagnosticados con neumonía adquirida en la comunidad?

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Determinar la neumonía adquirida en la comunidad, en los pacientes atendidos en el área de emergencia del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, Septiembre 2013 - Febrero 2014.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar los caracteres socio - epidemiológicos de los usuarios en estudio.

Determinar los factores de riesgo de la neumonía adquirida en la comunidad.

Valorar la sintomatología presente en los pacientes diagnosticados con neumonía adquirida en la comunidad mediante la historia clínica.

Mejorar el manejo de los pacientes diagnosticados con neumonía adquirida en la comunidad mediante charlas a los médicos residentes y becarios de medicina del área de emergencia del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda.

## CAPITULO II

### MARCO TÉORICO

La neumonía es una inflamación del parénquima pulmonar debida a un agente infeccioso. Cuando afecta a la población general se denomina neumonía adquirida en la comunidad o extrahospitalaria, para diferenciarla, de las que aparecen en pacientes ingresados en un hospital, que tienen un espectro etiológico distinto y, en general, un peor pronóstico. La neumonía extrahospitalaria no es un proceso único, sino un grupo de infecciones causadas por diferentes microorganismos y que afecta a diferentes tipos de personas, lo que condiciona una epidemiología, una fisiopatología, un cuadro clínico y un pronóstico específico. Farreras, P y Rozman (2012).

La incidencia real es difícil de establecer porque una gran parte de los casos no llegan a ser diagnosticados con certeza. La mayoría de los estudios publicados solo proporcionan información sobre pacientes hospitalizados, lo que probablemente suponga menos de la mitad del total de casos de neumonía extrahospitalaria. En estudios poblacionales, la incidencia anual en adultos oscila entre 1,6 y 13,4 casos por cada 1000 habitantes, con tasas significativamente superiores en las edades extremas de la vida, en varones y durante el invierno. Farreras P, et al. (2012)

La incidencia es más elevada en los niños menores de 5 años de edad (36-40 episodios por 1000 niños al año), disminuyendo hasta los 11 a 16 episodios por 1000 niños al año en los pacientes de 5 a 14 años de edad. Constituye la principal causa de morbilidad respiratoria en el mundo aunque es 10 veces más frecuente en los países en

vías de desarrollo que en los desarrollados. “Neumonía Adquirida en la Comunidad”, *Manual de Neumología Pediátrica*, Rabow, M, (2011).

Es así también que en las unidades nosocomiales de nuestra localidad no se determina la neumonía como tal a tiempo y por esto se retarda su tratamiento con antibióticos, lo cual puede llegar a ser perjudicial para la salud y la favorable evolución de los pacientes.

Papadakis, et al. (2013) dedujeron que la neumonía extrahospitalaria es un trastorno frecuente, y en Estados Unidos cada año se diagnostican de cuatro a cinco millones de casos, de los cuales 25% necesitan hospitalización. Es la enfermedad infecciosa más temible en dicho país y ocupa el octavo lugar como causa de muerte, es así que en pacientes ambulatorios no graves es menor del 1%. En el caso de sujetos hospitalizados la mortalidad intrahospitalaria se acerca del 10 a 20% y la mortalidad anual (en personas mayores de 65 años) es mayor del 40%.

Lo que se corroboró en nuestra investigación al determinar que la mayor afluencia de usuarios de salud diagnosticados con neumonía adquirida en la comunidad era en mayores de 65 años.

Los hallazgos etiológicos dependen de la población y de la zona geográfica considerada, de la aparición de posibles epidemias, de la utilización de determinadas técnicas diagnósticas así como su calidad, y de la administración previa o no de antibiótico. En la mayoría de los estudios epidemiológicos no se puede demostrar una etiología específica en alrededor del 50% de los casos, a pesar del carácter prospectivo

de la mayoría de ellos y del empleo exhaustivo de diversos métodos diagnósticos. Más de un centenar de microorganismos pueden causar una neumonía extrahospitalaria, aunque solo un reducido número de ellos está implicado en la mayor parte de los casos. . Farreras P, et al. (2012).

El mecanismo más frecuente por el que el pulmón sufre la inoculación de microorganismos patógenos es la microaspiración del contenido orofaríngeo, proceso que se produce durante el sueño en personas que por lo demás están sanas. La colonización de la orofaringe por microorganismos patógenos como *Streptococcus pneumoniae*, puede dar lugar de esta forma a la llegada de una cantidad de microorganismos suficientes como para infectar el pulmón. Por el contrario, la aspiración macroscópica normalmente se produce solo en personas con alteraciones sensoriales, disminución del nivel de conciencia, alteraciones de los reflejos protectores tusígenos y nauseosos o reflujo gastroesofágico importante. La aspiración macroscópica que también puede hacer llegar un gran número de bacterias anaerobias a las vías respiratorias inferiores, es un importante factor que contribuye a la infección pulmonar por anaerobios y la formación de abscesos. Cecil y Golman, (2012)

El segundo mecanismo más frecuente de infección pulmonar es la inhalación de pequeñas gotitas aerolizadas suspendidas que tienen un tamaño variable entre 0,5 y 1 um y que pueden contener microorganismos. Dado el pequeño número de microorganismos transportados de esta forma, solo aquellos con elevada patogenicidad, como *mycobacterium tuberculosis*, *legionella pneumophila*, *yersinia pestis*, *bacillus anthracis* y algunas infecciones víricas se pueden transmitir por este mecanismo. Cecil, et al. (2012).

En definitiva, ante el diagnóstico de neumonía extrahospitalaria, siempre se debe pensar en el neumococo como microorganismo responsable y tener en cuenta además la situación epidemiológica local. En alrededor de un 15% de los casos puede aislarse más de un patógeno; la asociación de un virus con una bacteria es la más frecuente. La relativamente baja frecuencia de NAC por enterobacterias, *P. aeruginosa* y *S. aureus*, hace que solo se consideren como potencial patógenos causales en circunstancias especiales. . Farreras P, et al. (2012)

Con menor frecuencia, el pulmón puede infectarse como consecuencia de una infección hematógena. La neumonía hematógena se observa especialmente en la sepsis estafilocócica y la endocarditis del emicardio derecho, situaciones que son más frecuentes en adictos a drogas por vía intravenosa, y en las bacteriemias por gran negativos, especialmente en pacientes inmunodeprimidos. Algunas veces el pulmón también puede ser inoculado directamente por un traumatismo torácico penetrante por diseminación local a partir de un órgano próximo infectado (absceso hepático bacteriano o amebiano) o de una infección de los tejidos blandos contiguos. Cecil, et al. (2012).

La respuesta inflamatoria aguda que se desarrolla para asegurar la completa eliminación de los patógenos es la manifestación histológica de la neumonía. Consiste en una infiltración neutrofílica y en la exudación de proteínas plasmáticas que afecta preferentemente a los alveolos y que puede extenderse a unidades respiratorias adyacentes. Algunos microorganismos, especialmente anaerobios, *S. aureus* o *K. pneumoniae*, pueden producir necrosis con formación de abscesos, normalmente la

recuperación estructural del pulmón es total, aunque en algunos casos se pueden originar una fibrosis local residual. . Farreras P, et al. (2012).

En la práctica, toda condensación radiológica de reciente aparición y no atribuible a otra causa, acompañada de fiebre de menos de una semana de evolución, debe de considerarse y tratarse como una neumonía mientras no se demuestre lo contrario. Sin embargo el diagnóstico de neumonía no siempre es fácil. Existen otras enfermedades que cursan con fiebre e infiltrados pulmonares y que deben descartarse, especialmente si el cuadro clínico es de más de una semana. El diagnóstico de la NAC debe basarse en la existencia de una clínica compatible acompañando a determinados hallazgos radiológicos. Esto implica necesariamente la realización de una radiografía del tórax en proyecciones posteroanterior y lateral para poder realizar un diagnóstico fiable. Si además el paciente presenta derrame pleural, habrá que añadir una radiografía posteroanterior en decúbito lateral del lado afecto, debiendo realizarse una toracocentesis cuando el derrame supera 1cm en esta proyección radiológica. Rodríguez García, J.L (2012).

Identificar el patógeno responsable permite el tratamiento antimicrobiano dirigido. Algunos datos clínicos, epidemiológicos y radiológicos pueden ayudar a diferenciar pacientes con una mayor probabilidad de infección por ciertos microorganismos, pero ningún patrón clínico o radiológico es lo suficiente específico como para permitir diagnóstico etiológico, sobre todo en pacientes ancianos o con alguna enfermedad de base. La forma habitual de detección del agente responsable supone el empleo de distintos métodos microbiológicos. Su utilización dependerá fundamentalmente de la gravedad de la neumonía, de su evolución y de la respuesta al tratamiento. En general,

se deben emplear más técnicas diagnósticas cuanto más graves son las neumonías y poco o ninguna en las leves no hay ninguna prueba diagnóstica que permita identificar todos los patógenos potencialmente implicados en la etiología y todas tienen sus ventajas y limitaciones. . Farreras P, et al. (2012).

Para corroborar el diagnóstico de NAC son esenciales los datos de anamnesis y exploración física. Cuando estos sugieren un diagnóstico de neumonía debe confirmarse mediante una radiografía de tórax. Crapo, J.D, Karlinsky J.M, Glassroth J.L, King T.E (2007).

Radiografía posteroanterior y lateral de tórax: es útil para confirmar el diagnóstico, valorar la extensión de la lesión, detectar complicaciones (derrame pleural, cavitación) y descartar otras enfermedades que pueden cursar con síntomas similares. Jiménez L, Montero, J. (2010).

La presentación clínica radiológica permite diferenciar dos grandes síndromes:

Síndrome Típico: se trata de un cuadro agudo de corta duración caracterizado por fiebre elevada, escalofríos, tos productiva y dolor torácico pleurítico. Semiológicamente es fácil de detectar por la presencia de soplo tubarico y/o de crepitantes. En la radiología se detecta una condensación (raramente varias) homogénea y bien delimitada. Es una forma de presentación habitual del neumococo, aunque otras bacterias piógenas se presentan de manera similar. Rodríguez G, et al. (2012).

Síndrome Atípico: se caracteriza por una clínica más subaguda y de tipo general con fiebre sin escalofríos, cefalea, mialgias, artralgias, acompañando a una tos

particularmente molesta de varios días de duración. Los hallazgos semiológicos son variables pero en general tienden a minimizar los hallazgos radiológicos (disociación clínico radiológica). La radiología es variable, pero con mayor tendencia a la afectación multifocal: infiltrados múltiples, y en algunas ocasiones con imágenes de tipo intersticial. El síndrome atípico es característico de *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia psittaci*, *Coxiella burnetti*, diversos virus respiratorios y probablemente de *Clamydophila pneumoniae*. Rodríguez G, et al. (2012).

Existe un tercer síndrome, indeterminado, que incluye a los pacientes que no se pueden clasificar en ninguno de los dos tipos anteriormente descritos. Esta presentación indeterminada no sería superponible al denominado síndrome mixto que algunos autores habían considerado como característico de *Legionella pneumophila*. Rodríguez G, et al. (2012).

En la actualidad, la clasificación de la NAC en típica o atípica es controvertida, ya que puede inducir a error; por ello se recomienda tipificarla en función de la gravedad, la cual determina el manejo ambulatorio u hospitalario del proceso. Jiménez M, et al. (2010).

Pulsioximetría y gasometría arterial: inicialmente se realiza pulsioximetría para determinar la relación del pulso arterial con la saturación de oxígeno mientras la gasometría se reserva para los pacientes con comorbilidad cardiorrespiratoria y cuando la saturación arterial de oxígeno sea inferior al 92%. Jiménez M, et al. (2010).

Hematimetría con fórmula y recuento leucocitarios: es frecuente observar leucocitosis neutrofílica con desviación a la izquierda, y son datos de mayor gravedad la leucocitosis mayor de 30.000 ul o leucocitopenia menor de 4.000 ul. Jiménez M, et al. (2010)

Bioquímica sanguínea: con determinación de glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, alanina aminotransferasa (ALT), aspartato aminotransferasa (AST) y proteína C reactiva (PCR). No suele haber alteraciones significativas, aunque una alteración de los electrolitos, la glucosa o los parámetros que definen la función hepática o renal ensombrece el pronóstico. La elevación de la PCR puede utilizarse como marcador de mal pronóstico y fallo terapéutico. Jiménez M, et al. (2010)

En aquellos pacientes que requieren ingreso hospitalario deben cursarse desde urgencias las peticiones Gram y Cultivo de esputo, antígenos en orina para neumococo y legionella, y dos hemocultivos (que se deben extraer precozmente para no retrasar la antibioticoterapia). Jiménez M, et al. (2010).

El estudio del esputo puede ser útil en pacientes escogidos, pero el 40% no pueden generar una muestra de esputo favorable y la tinción de gram y el cultivo no poseen sensibilidad para detectar las causas más comunes de neumonía. Dado que los resultados en el paciente mejoran cuando el antibiótico inicial contra el microorganismo afectante es adecuado. Papadakis et al. (2013).

Crapo et al. (2007) señalaron que teniendo en cuenta el impacto económico y social de la neumonía, la decisión relativa al lugar de la asistencia inicial tiene gran

importancia en el tratamiento del proceso. Por lo general, se debe determinar su gravedad para definir la necesidad de hospitalización del paciente y sean elaborados diversos modelos para orientar la decisión del ingreso. Sin embargo, ninguna regla es absoluta; la decisión de ingresar a un sujeto debe basarse en planteamientos tanto médicos como sociales.

Según Jiménez Murillo et al. (2010) Los criterios de ingreso incluyen los siguientes parámetros: circunstancias que imposibiliten un tratamiento ambulatorio, como problemas sociales psiquiátricos, adicción de drogas, etc, neumonía con criterios de gravedad (CURB65 MAYOR DE 1), necesidad de medicación intravenosa o de ventilación mecánica no invasiva, los pacientes que ingresan en hospitalización convencional (Fine: III-IV o CURB65: 2-3), o en una unidad de cuidados intensivos (UCI) (Fine: V, o CURB65:4-5).

#### Estratificación de riesgo

Las diferentes guías de tratamiento de la NAC estratifican el riesgo de morir dentro de los 30 días del diagnóstico de neumonía o el riesgo de que la evolución sea de curso complicado. Los dos modelos más utilizados son el Pneumonia Severity Index (PSI) y el CURB65.

El Pneumonia Severity Index combina 20 variables clínicas, radiológicas y de laboratorio para clasificar a los pacientes en 5 grupos de riesgo de mortalidad a corto plazo, recomendando en función de dicho riesgo, tratamiento ambulatorio (clases I-II), observación en Urgencias 24 horas (clase III) o ingreso hospitalario, incluso en UCI (clases IV-V). Esta escala ha sido ampliamente validada en su predicción de mortalidad

y es especialmente útil para detectar a pacientes con bajo riesgo de mortalidad. Sin embargo infravalora la gravedad en jóvenes y no toma en cuenta los factores socio-personales de cada enfermo. Requiere además rellenar una extensa tabla de datos y no es una escala puramente clínica ya que necesita de técnicas de laboratorio. Por todo ello se han desarrollado modelos predictivos más sencillos. (“Neumonía”, *Manual de Neumología*, 2010, pág. 179-186)

Pacientes riesgo clase I  $\leq$  50 años: sin condiciones comórbidas (neoplasia, enfermedad hepática, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad cerebrovascular o enfermedad renal). Signos vitales estables o estado mental normal

Pacientes riesgo clase II a V: puntaje asignado sobre las bases demográficas: edad, sexo y residencia geriátrica o comorbilidades: neoplasia, enfermedad hepática, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad cerebrovascular o enfermedad renal o hallazgos físicos: estado mental alterado, taquipnea, taquicardia, hipotensión sistólica, hipotermia o hipertermia o laboratorio o hallazgos radiológicos: acidemia, urea elevada, hiponatremia, hiperglucemia, anemia, hipoxemia o derrame pleural.

El modelo CURB65 es una escala diseñada para valorar la gravedad de la enfermedad más que la probabilidad de mortalidad. Se basa en una valoración de 5 aspectos: confusión, urea, frecuencia respiratoria, presión arterial y edad  $>$  65 años (La escala se denomina CURB65, por las iniciales en inglés de cada uno de los aspectos registrados) y permite estratificar a los pacientes en 5 categorías de gravedad. Así, se aconseja el ingreso con una puntuación de 2 o más puntos, valorando el ingreso en UCI con valores superiores a 3. La gran ventaja de este modelo es su simplicidad. Incluso

hay una versión validada para uso ambulatorio sin la determinación de urea denominada CRB65 en la que se aconseja ingreso a los pacientes con 1 o más puntos. Este modelo parece más útil que el PSI para identificar pacientes con riesgo más elevado. Aunque no ha sido tan bien validada para poblaciones diferentes como el PSI, cada vez se dispone de más evidencia de que el CURB-65 e incluso el CRB-65 ofrecen similares comportamientos predictivos que el PSI. (“Neumonía”, *Manual de Neumología*, 2010, pág. 179-186)

Por eso el consenso ATS/IDSA de 2007 favorece el uso del modelo CURB65. Aunque no han sido validados en estudios prospectivos, el consenso IDSA/ATS de 2007 establece como criterios para ingreso en UCI la presencia de un criterio mayor (necesidad de ventilación mecánica o shock séptico que requiera drogas vasoactivas) o de tres criterios menores (frecuencia respiratoria  $\geq 30$  rpm, relación PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>  $\leq 250$ ; infiltrados multilobares, confusión, BUN  $\geq 20$  mg/dl, leucopenia, trombocitopenia, hipotermia o hipotensión que requiera aporte de líquidos). (“Neumonía”, *Manual de Neumología*, 2010, pág. 179-186).

Normalmente, se debe someter a observación a los pacientes con factores de riesgos múltiples de un desenlace desfavorable o de descompensación de una enfermedad crónica; también debe ingresar los que precisan tratamientos que no pueden administrarse fácilmente en el marco domiciliario (Oxígeno, líquidos intravenosos, monitorización cardiaca). Crapo et al. (2007).

Los factores de riesgo de un desenlace desfavorable en adultos incluye una frecuencia respiratoria por encima de 30/min, una tensión arterial sistólica inferior a

90mmhg una tensión arterial diastólica inferior a 60mmhg, la presencia de neumonía multilobular, confusión, nitrógeno úrico sanguíneo por encima de 19,6mg/dl, PaO<sub>2</sub> menor de 60mmhg, PaCO<sub>2</sub> por encima de 50mmhg, acidosis respiratoria o metabólica y los signos de septicemia sistémica. De este modo la decisión de ingreso continúa siendo un verdadero juicio clínico, y ha de ser tomada teniendo en cuenta numerosas características clínicas y sociales. Crapo et al. (2007).

Entre los factores de riesgo para el desarrollo de NAC en la infancia se incluye: prematuridad, no recibir lactancia materna, mal nutrición, bajo nivel socioeconómico, exposición pasiva al humo del tabaco, asistencia a guardería, existencia de infecciones respiratorias recurrentes en el año anterior y antecedentes de episodios de sibilancias o de otitis media. Rabow et al. (2011).

Crapo et al. (2007) determinaron que según la regla de British Thoracic Society (BTS) afirma que el riesgo de muerte aumenta de 9 a 21 veces cuando aparece al menos 2 de los siguientes criterios: Frecuencia respiratoria mayor de 30/min, TA diastólica menor de 60mmhg, nitrógeno ureico sanguíneo superior a 19.6mg/dl y confusión.

Un factor que puede potenciar el proceso de decisión de ingreso es la valoración de la hipoxia, que originaría el ingreso de todos los pacientes con una saturación de oxígeno inferior a 90% de la ambiental, suponiendo que no se encuentre recibiendo oxigenoterapia prolongada. Crapo et al. (2007).

Dadas las limitaciones de las pruebas microbiológicas para identificar el microorganismo causal en un número significativo de casos, la selección inicial del tratamiento antimicrobiano se basa, en general, en la presunción de los patógenos que

más probablemente son los causantes de la infección, si se atiende fundamentalmente a los patrones epidemiológicos específicos de cada área geográfica, a la gravedad del cuadro clínico y a la existencia o no de factores que sugieran la implicación de microorganismos menos frecuentes o con mayor probabilidad de resistencias antimicrobianas. Farreras et al. (2012).

Una de las primeras decisiones consiste en determinar dónde se va a tratar al paciente. Esta decisión está condicionada por la evolución del cuadro clínico en las primeras horas, el riesgo de muerte o complicaciones, la presencia de morbilidades asociadas y su estabilidad, por las características psicosociales del enfermo y por la disponibilidad de recursos para la atención domiciliaria. Farreras et al. (2012)

Debido a que solo en aproximadamente el 50% de los casos se determina la etiología de la neumonía extrahospitalaria y el diagnóstico puede tardar un día o dos, el médico debe iniciar un tratamiento empírico adecuado en función de los microorganismos que tienen mayor probabilidad de participar en la infección pulmonar. Cuando sea posible debe iniciarse un tratamiento empírico lo antes posible después del diagnóstico, inmediatamente en el contexto ambulatorio y en el servicio de urgencias si se ingresa al paciente el tratamiento antimicrobiano se basa en la gravedad de la enfermedad y debe cubrir ampliamente los microorganismos más probables. Cecil, et al. (2012).

Jiménez M, et al. (2010) describe que la administración del tratamiento antibiótico empírico antes de transcurridas 4 horas desde el diagnóstico, siguiendo las recomendaciones de las guías de práctica clínica, reduce la morbimortalidad y la estancia hospitalaria.

La neumonía sin criterios de ingreso incluye los siguientes parámetros: medidas generales, Ingesta abundante de líquidos, aproximadamente 3 litros día. Tratamiento antipirético, analgésico y antiinflamatorio si el paciente presenta dolor pleural importante. Como antipirético y analgésico, puede emplearse paracetamol en dosis de 1 gr cada 6 horas por vía oral o metamizol magnésico en dosis de 575 mg cada 8 horas por vía oral, 2 gr cada 8 horas por vía intramuscular; y como antiinflamatorio y analgésico ibuprofeno 600 mg cada 8 horas vía oral. Jiménez M, et al. (2010).

El tratamiento antibiótico empírico de elección se basa en la administración de una fluorquinolona por vía oral durante 7- 10 días, moxifloxacino en dosis de 400 mg en 24 horas o levofloxacino en dosis de 500 mg cada 24 horas. Jiménez M, et al. (2010).

La neumonía con criterios de ingreso incluye los siguientes parámetros: canalización de una vía venosa periférica con un abocath del n 18, iniciando la perfusión con suero fisiológico a un ritmo de 21 gotas por min, modificable en función del estado de hidratación del paciente y su riesgo cardiovascular. Jiménez M, et al. (2010).

Oxigenoterapia, si hay insuficiencia respiratoria, mediante mascarilla tipo Venturi o mascarilla con reservorio, en concentraciones que oscilan entre el 28 y el 50% o mediante gafas nasales a un flujo de 2 a 4 lt por min, para conseguir una SaO<sub>2</sub> superior al 90%. Si no se consigue, se realiza VMNI en una unidad de monitorización respiratoria o en una UCI. Jiménez M, et al. (2010).

Antipiréticos, si la temperatura es superior a 38 C. puede administrarse paracetamol por vía intravenosa en dosis de 1 gr cada 6 horas perfundido en 15 minutos, o

metamizol magnésico en dosis de 2 gr cada 6 horas por vía intravenosa por lo cual se diluye una ampolla del preparado comercial en 100 ml de suero fisiológico o glucosado al 5% y se perfunde en 20 min. Jiménez M, et al. (2010).

Amoxicilina- ácido clavulánico o cefalosporina de tercera generación (ceftriaxona o cefotaxima), más un macrólido como claritromicina, durante 10 a 14 días por vía intravenosa. En dosis de una vial de 2 gr más 200 mg cada 8 horas por vía intravenosa o una cefalosporina de tercera generación como ceftriaxona en dosis de 2 gr cada 24 horas o cefotaxima en dosis de 1 gr cada 6 horas. Jiménez M, et al. (2010).

Claritromicina en dosis de 500 mg cada 12 horas o monoterapia con levofloxacino en dosis de 500 mg cada 24 horas por vía intravenosa durante 10 a 14 días. Jiménez M, et al. (2010).

Tratamiento de NAC en Niños: no debe utilizarse antibióticos en los casos en los que mediante la historia clínica, la exploración y pruebas complementarias (hemograma, PCR, antígenos víricos, etc.) se llegue al diagnóstico de NAC atípica de etiología vírica. En los casos en que la NAC sea indeterminada está indicado iniciar el tratamiento antibiótico de forma empírica. El manejo de la NAC típica o indeterminada es ambulatorio. Existen una serie de factores de riesgo de complicación, mal manejo ambulatorio y/o gérmenes resistentes que deben ser tenidos en cuenta: <12 meses, enfermedad de base: malnutrición, inmunodeficiencia, fibrosis quística, bronquiectasia, cardiopatía, nefropatía, diabetes y ambiente socio sanitario deficiente. En cuanto a la elección de antibiótico, debe basarse más en el diagnóstico clínico-radiológico que en la edad del paciente. Gascón J, (2008).

En general todos los neonatos febriles deberán ser hospitalizados y sometidos a una evaluación completa de la posible etiología bacteriana, debe iniciarse tratamiento antibiótico con ampicilina junto a cefotaxima o gentamicina, para cubrir patógenos sospechosos incluidos estreptococcus del grupo B, escherichia coli y listeria. Rabow, et al. (2011).

Los lactantes afebriles sin gran afectación general pueden ser tratados con macrólidos. En pacientes ambulatorios entre 3 meses y 5 años de edad la amoxicilina oral a 80- 90 mg kg día dividida en 2- 3 dosis día es efectiva contra la mayor parte de neumococos y se considera la primera línea de tratamiento. Rabow, et al. (2011).

Los pacientes controlados ambulatoriamente deberán ser valorados a las 24 a 48 horas del diagnóstico, la amoxicilina más ácido clavulánico es otro de los antibióticos de elección, sobre todo en los casos que se sospeche de infección por influenzae, las alternativas en alérgicos a la penicilina incluyen los macrólidos. Rabow, et al. (2011)

En pacientes ambulatorios mayores de 5 años de edad, los macrólidos son el tratamiento de elección dadas la prevalencia de patógenos atípicos a esta edad. La eritromicina, claritromicina y azitromicina tienen una eficacia similar. “Neumonía Adquirida en la Comunidad”, Rabow, et al. (2011).

En pacientes hospitalizados la elección del antibiótico también dependerá de la edad y del patógeno sospechoso, pueden utilizarse ampicilina, ampicilina- sulbactam y cefalosporinas.

La duración del tratamiento vía oral en caso de NAC típica deberá de ser de 7 a 10 días y de 10 a 14 días en caso de NAC atípica. En aquellos casos que requieran ingresos hospitalarios, deberá mantenerse el antibiótico vía parenteral hasta 24 – 48 horas después de desaparecer la fiebre y descender los RFA, continuando antibiótico vía oral hasta completar 7-10 días. Manual Práctico de Pediatría, Gascón Jiménez, (2008).

En general el cuadro clínico suele mejorar en 2 -3 días y por tanto, la pauta antibiótica seleccionada no debería modificarse antes de las primeras 72 horas, a no ser que se produzca un deterioro clínico significativo o se obtenga nueva información clínica o microbiológica. Según la causa de la neumonía y las características del huésped, la fiebre persiste entre 3 y 6 días y la tos, alrededor de 1 semana. Los estertores crepitantes se pueden auscultar durante más de 1 semana en un tercio de los pacientes y, cuando la evolución es favorable, la leucocitosis desaparece al cuarto día. Farreras et al. (2012).

Los signos radiológicos regresan mucho más lentamente, e incluso pueden empeorar durante los primeros días. Solo en la mitad de los pacientes se observa la resolución radiológica completa a las 2 semanas. El termino fallo de tratamiento o falta de respuesta se emplea para definir una situación en la que se produce una respuesta clínica inadecuada a pesar del tratamiento antibiótico. Farreras et al. (2012).

En pacientes hospitalizados se observan 2 patrones: progresión y deterioro clínico, que habitualmente ocurre en las primeras 72 horas y ausencia o retraso en la consecución de criterios de estabilidad clínica. En este sentido conviene recordar que

una cuarta parte de los pacientes tarda más de 6 días en alcanzar estos criterios. Cecil, et al. (2012).

Aunque la mayor parte de los pacientes recuperan su actividad normal en una semana, la mortalidad global de los pacientes con neumonía extrahospitalaria que requieren ingreso en el hospital se estima en torno al 10% - 15% en general, la mortalidad aumenta con la edad. También se relaciona con determinadas enfermedades acompañantes, como la diabetes mellitus o las neoplasias, y el deterioro del estado mental. Crapo et al. (2007).

VARIABLE INDEPENDIENTE: NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

| CONCEPTUALIZACION  | DIMENSION                      | INDICADOR           | ESCALA           |
|--|--------------------------------|---------------------|------------------|
| Inflamación del parénquima pulmonar causada por un agente infeccioso adquirido fuera del ambiente hospitalario | Factores socio epidemiológicos | Edad                | Menor de 12 años |
|  |                                |                     | 12-22 años       |
|  |                                |                     | 23-33 años       |
|  |                                |                     | 24-44 años       |
|  |                                |                     | 45-55 años       |
|  |                                |                     | 55-65 años       |
|  |                                |                     | Mayor de 65 años |
|  |                                | Genero              | Masculino        |
|  |                                |                     | Femenino         |
|  |                                | Lugar de residencia | Urbano           |
|  |                                |                     | Rural            |
|  |                                |                     | Marginal         |
|  |                                | Instrucción         | Ninguno          |
|  |                                |                     | Primario         |
|  |                                |                     | Secundario       |
|  |                                |                     | Superior         |
| Estado civil   | Soltero                        |                     |                  |
|  | Casado                         |                     |                  |
|  | Viudo                          |                     |                  |
|  | Divorciado                     |                     |                  |
|  | Unión libre                    |                     |                  |

| VARIABLE DEPENDIENTE: PACIENTES  |                    |              |  |                    |
|--|--------------------|--------------|--|--------------------|
| CONCEPTUALIZACION  | DIMENSION          | INDICADOR    | ESCALA   |                    |
| Toda persona física que adquiere el derecho de utilizar bienes o servicios de salud. | Factores de riesgo | Tabaco       | Siempre ( ) A veces ( ) Rara Vez ( ) Nunca ( ) |                    |
|  |                    | Humo         | Siempre ( ) A veces ( ) Rara Vez ( ) Nunca ( ) |                    |
|  |                    | Insecticidas | Siempre ( ) A veces ( ) Rara Vez ( ) Nunca ( ) |                    |
|  | Cuadro Clínico     | Fiebre       |  | Menor de 39°C      |
|  |                    |              |  | Mayor de 39°C      |
|  |                    | Tos          |  | Productiva         |
|  |                    |              |  | No productiva      |
|  |                    | Disnea       |  | Pequeños esfuerzos |
|  |                    |              |  | Medianos esfuerzos |
|  |                    |              | Grandes esfuerzos                              |                    |

VARIABLE DEPENDIENTE: PACIENTES.

| CONCEPTUALIZACION | DIMENSION      | INDICADOR                    | ESCALA   |
|-------------------|----------------|------------------------------|--|
|                   | Cuadro Clínico | Dolor torácico               | Siempre ( ) A veces ( ) Rara Vez ( ) Nunca ( ) |
|                   |                | Cefalea                      | Leve   |
|                   |                |                              | Moderada                                       |
|                   |                |                              | Intensa  |
|                   |                | Deterioro del estado general | Consiente                                      |
|                   |                |                              | Inconsciente                                   |

## CAPITULO III

### DISEÑO METODOLÓGICO

#### TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio fue de tipo descriptivo, analítico y prospectivo.

CAMPO: Educativo.

ÀREA: Medicina.

ASPECTO: Neumonía adquirida en la comunidad.

#### DELIMITACIÒN ESPACIAL

La investigación se desarrolló en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda ubicado entre la calle 12 Marzo y Rocafuerte.

#### DELIMITACIÒN TEMPORAL

La presente investigación se desarrolló durante el periodo septiembre 2013 - febrero 2014.

#### LÌNEA DE INVESTIGACIÒN

Enfermedades del medio ambiente y medio hospitalario.

#### POBLACIÒN Y UNIVERSO

El universo lo constituyeron 400 pacientes atendidos en la sala de emergencia del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo, Septiembre 2013 - Febrero -2014.

## FÓRMULA DE MUESTREO

n: muestra.

N: población.

P: Nivel de ocurrencia o probabilidad a favor.

Q: Nivel de no ocurrencia o probabilidad en contra.

e: Margen de error.

Z: Nivel de confiabilidad o confianza.

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{e^2}$$

$$(Z)^2 \times P \cdot Q + N \cdot e^2$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 400}{(0.05)^2}$$

$$(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 + 300 \times (0.05)^2$$

$$n = 3.84 \times 100$$

$$3.84 \times 0.5 \times 0.5$$

$$n = 0.96 + 2$$

$$n = 384$$

$$2.96$$

$$n = 129.7$$

## MUESTRA

La muestra estuvo integrada por 126 Pacientes los cuales cumplieron los criterios establecidos de la neumonía adquirida en la comunidad los otros tres pacientes tuvieron un diagnostico presuntivo; pero no cumplieron dichos criterios, fueron escogidos de forma aleatoria, atendidos en la sala de emergencia del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, Septiembre 2013 - Febrero 2014

MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN: Bibliográfica y de campo.

#### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad atendidos en la sala de emergencia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo.

#### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes con serología VIH positivos o SIDA, pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, pacientes con diagnóstico de micosis pulmonar, pacientes con diagnóstico de neumonía por otras causas.

#### MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

##### MÉTODOS:

Científico

Clínico

Estadístico

#### INSTRUMENTOS PARA RECOLECCION DE INFORMACION

FICHA DE ENCUESTA: Constó de preguntas obteniéndose a través de las mismas la información correspondiente, respetando el derecho a la confidencialidad, mediante el consentimiento informado.

HISTORIA CLINICA PERSONALIZADA: Para establecer el estado de salud del paciente.  
Se utilizó el programa anti-plagio URKUND para corroborar la autenticidad de la investigación.

## TÉCNICA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Con el respectivo permiso de las autoridades del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda; se hizo uso de una ficha estructurada para recolectar la información de los pacientes que presentaron neumonía adquirida en la comunidad.

La información fue obtenida y procesada con ayuda del programa de Excel, aquella que proporcionó los respectivos porcentajes facilitando así la tabulación de datos. Para los datos cuantificados se emplearon gráficas y cuadros estadísticos para de esta manera interpretar y analizar los resultados de la investigación y se dio respuesta a la problemática establecida corroborando los objetivos proyectados.

## INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### RECURSOS HUMANOS

Director de Tesis.

Autoridades de la institución educativa.

Pacientes con neumonía adquirida en la comunidad

Médicos residentes, becarios de medicina del Hospital.

Tribunal de revisión del proyecto.

Autoras del proyecto.

#### RECURSOS FÍSICOS

Cámara digital.

Revistas.

Folletos.

Fichas bibliográficas

Computadoras y material informático.

Cuadernos.

Hojas de papel Bond.

Impresora.

Tinta de impresora.

Scanner.

Libros.

Pen Drive.

#### RECURSOS INSTITUCIONALES

Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda de la Ciudad de Portoviejo.

Universidad Técnica de Manabí.

## RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

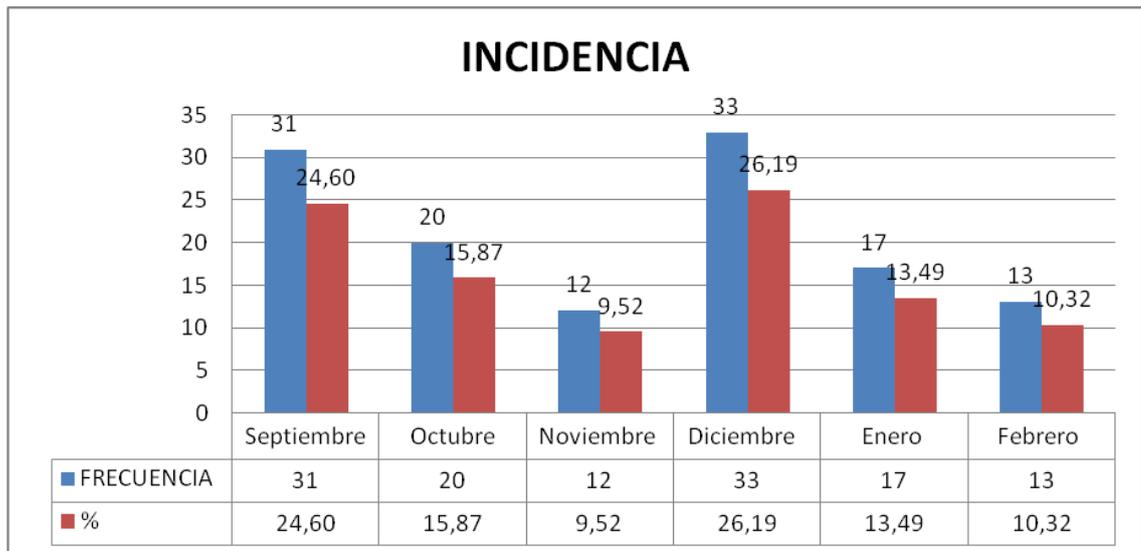
TABLA N° 1

DISTRIBUCIÓN DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, SEPTIEMBRE 2013 - FEBRERO 2014.

| MESES        | FRECUENCIA | %             |
|--------------|------------|---------------|
| Septiembre   | 31         | 24,60         |
| Octubre      | 20         | 15,87         |
| Noviembre    | 12         | 9,52          |
| Diciembre    | 33         | 26,19         |
| Enero        | 17         | 13,49         |
| Febrero      | 13         | 10,32         |
| <b>Total</b> | <b>126</b> | <b>100,00</b> |

Fuente: Subproceso de Emergencia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda  
Elaborado por: I/M María José Solís Macías -- I/M Gloria Mercedes Ormaza Bermello

GRÁFICO # 1



## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA N ° 1

En relación a la incidencia de la neumonía adquirida en la comunidad se determinó que en el mes de diciembre tuvo su mayor presentación con 26,19%, seguido del mes de septiembre con un 24,60% , mientras que al mes de noviembre le correspondió un menor porcentaje del 9,52%, lo que coincide con estudio como el de Jiménez M, et al. (2010).donde los cambios de estación climática influyen directamente en la presentación de patologías de origen pulmonar.

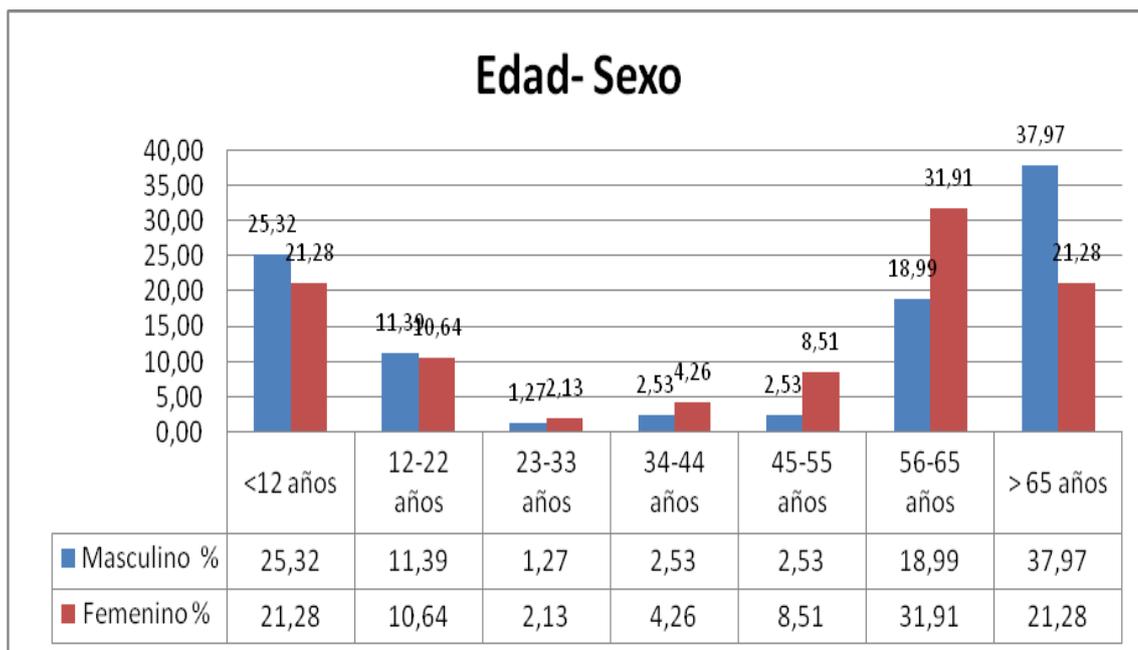
TABLA N º 2

RELACIÓN EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD ATENDIDOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, SEPTIEMBRE 2013 - FEBRERO DEL 2014.

| Sexo         | Masculino |               | Femenino  |               |
|--------------|-----------|---------------|-----------|---------------|
| Edad         | F         | %             | F         | %             |
| <12 años     | 20        | 25,32         | 10        | 21,28         |
| 12-22 años   | 9         | 11,39         | 5         | 10,64         |
| 23-33 años   | 1         | 1,27          | 1         | 2,13          |
| 34-44 años   | 2         | 2,53          | 2         | 4,26          |
| 45-55 años   | 2         | 2,53          | 4         | 8,51          |
| 56-65 años   | 15        | 18,99         | 15        | 31,91         |
| > 65 años    | 30        | 37,97         | 10        | 21,28         |
| <b>Total</b> | <b>79</b> | <b>100,00</b> | <b>47</b> | <b>100,00</b> |

Fuente: Subproceso de Emergencia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda  
Elaborado por: I/M María José Solís Macías -- I/M Gloria Mercedes Ormaza Bermello

GRÁFICO # 2



## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA N° 2

La relación que existió entre la edad y el sexo de los paciente con neumonía determino que su edad de mayor presentación fue en mayores de 65 años de sexo masculino con el 37.97%, seguido de los 56 a 65 años sexo femenino con un 31.91 % siendo el sexo masculino el más afectado, de estos casos lo que coincide con publicaciones como la de Farreras et al. (2012) en el cual la incidencia anual en adultos oscila entre 1,6 y 13,4 casos por cada 1000 habitantes, con tasas significativamente superiores en las edades extremas de la vida y en varones.

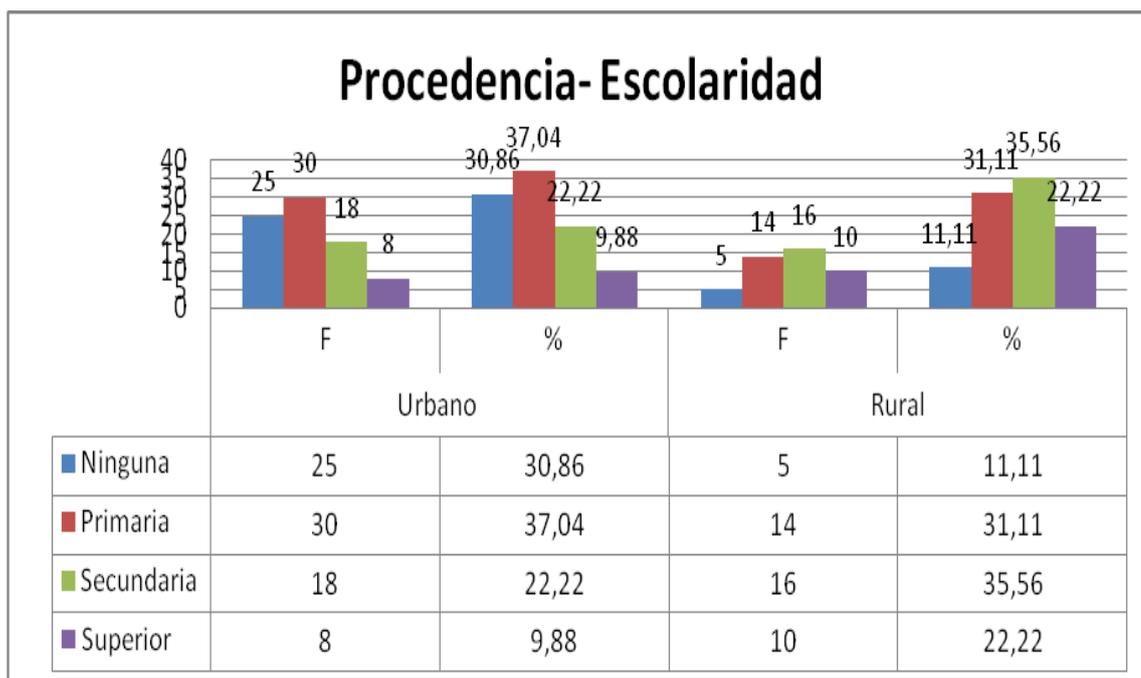
TABLA N° 3

RELACIÓN PROCEDENCIA Y ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD ATENDIDOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, SEPTIEMBRE 2013 - FEBRERO 2014.

| Procedencia        | Urbano |        | Rural |        |
|--------------------|--------|--------|-------|--------|
|                    | F      | %      | F     | %      |
| <b>Escolaridad</b> |        |        |       |        |
| <b>Ninguna</b>     | 25     | 30,86  | 5     | 11,11  |
| <b>Primaria</b>    | 30     | 37,04  | 14    | 31,11  |
| <b>Secundaria</b>  | 18     | 22,22  | 16    | 35,56  |
| <b>Superior</b>    | 8      | 9,88   | 10    | 22,22  |
| <b>Total</b>       | 81     | 100,00 | 45    | 100,00 |

Fuente: Subproceso de Emergencia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda  
Elaborado por: I/M María José Solís Macías -- I/M Gloria Mercedes Ormaza Bermello

GRÁFICO # 3



### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA N ° 3

La relación que se estableció entre la procedencia y la escolaridad determinó que la mayor procedencia era de origen urbano asociado a un nivel de educación primaria con un 37,04 %, seguido de origen rural con un nivel de educación secundaria con un 35,56%, lo que fue un ente que influyo para adquirir la neumonía en la comunidad por poco conocimiento sobre los factores de riesgo, lo que coincide con publicaciones como la de Farreras et al. (2012) en donde la procedencia de origen urbano especialmente zonas marginales, es un factor que incide directamente precipitando la infección por los múltiples contactos que se dan por la elevada frecuencia de pacientes con esta patología.

TABLA N° 4

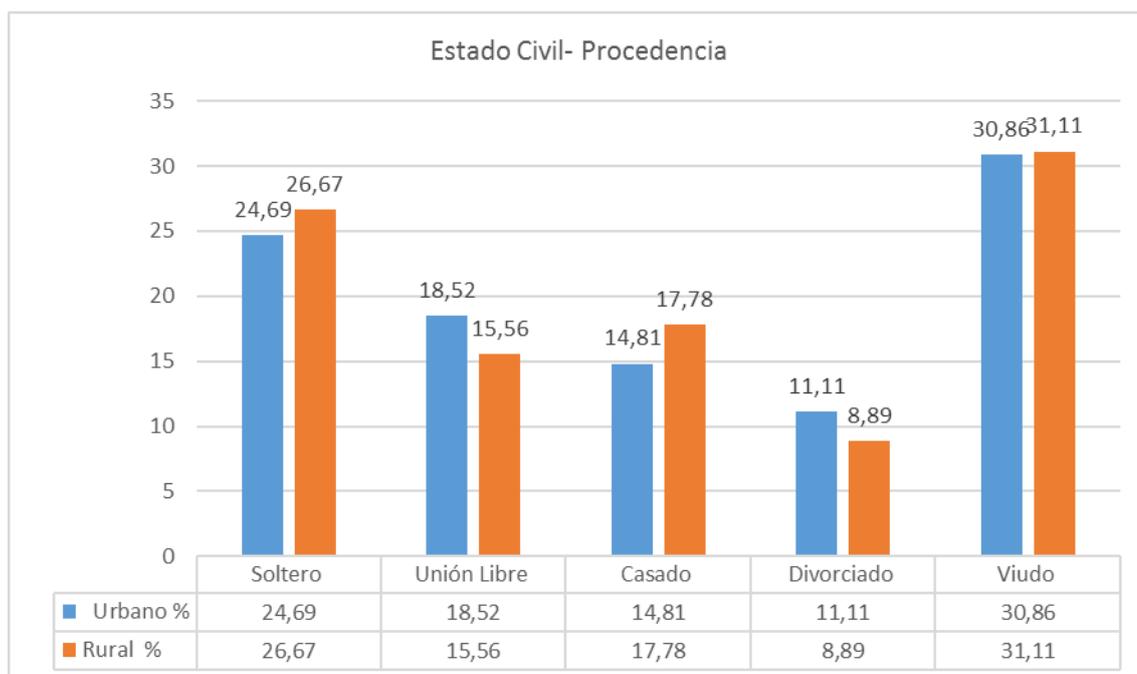
RELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN ATENDIDOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, SEPTIEMBRE 2013 - FEBRERO DEL 2014.

| Procedencia         | Urbano |        | Rural |        |
|---------------------|--------|--------|-------|--------|
|                     | F      | %      | F     | %      |
| <b>Estado Civil</b> |        |        |       |        |
| <b>Soltero</b>      | 20     | 24,69  | 12    | 26,67  |
| <b>Unión Libre</b>  | 15     | 18,52  | 7     | 15,56  |
| <b>Casado</b>       | 12     | 14,81  | 8     | 17,78  |
| <b>Divorciado</b>   | 9      | 11,11  | 4     | 8,89   |
| <b>Viudo</b>        | 25     | 30,86  | 14    | 31,11  |
| <b>Total</b>        | 81     | 100,00 | 45    | 100,00 |

Fuente: Subproceso de Emergencia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: I/M María José Solís Macías -- I/M Gloria Mercedes Ormazá Bermello

GRÁFICO # 4



#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA N ° 4

La relación que se estableció entre el estado civil y la procedencia determinó que el 31,11% eran de estado civil viudo y de procedencia urbano, seguido de 26,67% de estado civil soltero, lo cual coincide con publicaciones como las de Cecil, et al. (2012) en la que manifiesta que se encontró relación entre estado civil siendo los pacientes viudos, que procedían de áreas urbano marginales los más afectados con cifras de 46-58 casos por cada 1000 habitantes anualmente, frente a los solteros con un frecuencia menor a estos con cifras de 20-40 casos por cada mil habitantes al año.

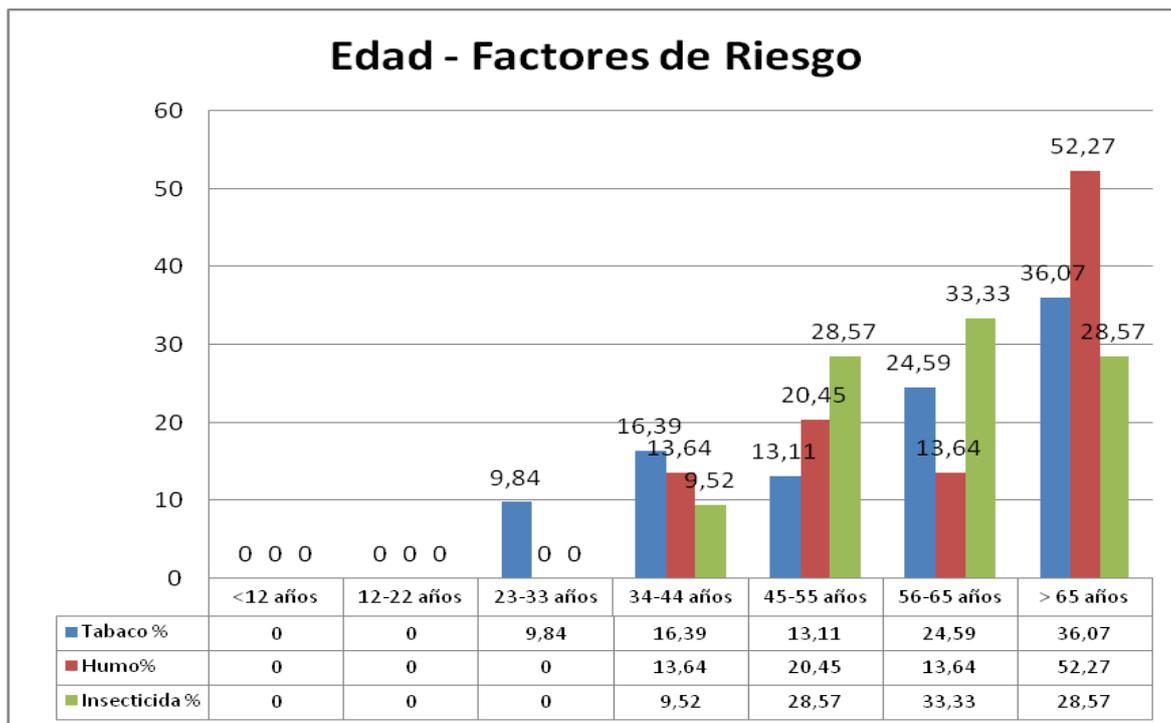
TABLA N° 5

RELACIÓN EDAD Y FACTORES DE RIESGO EN LOS PACIENTES CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD ATENDIDOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, SEPTIEMBRE 2013 - FEBRERO 2014.

| Edad         | Tabaco    | %          | Humo      | %          | Insecticida | %          |
|--------------|-----------|------------|-----------|------------|-------------|------------|
| <12 años     | 0         | 0          | 0         | 0          | 0           | 0          |
| 12-22 años   | 0         | 0          | 0         | 0          | 0           | 0          |
| 23-33 años   | 6         | 9,84       | 0         | 0          | 0           | 0          |
| 34-44 años   | 10        | 16,39      | 6         | 13,64      | 2           | 9,52       |
| 45-55 años   | 8         | 13,11      | 9         | 20,45      | 6           | 28,57      |
| 56-65 años   | 15        | 24,59      | 6         | 13,64      | 7           | 33,33      |
| > 65 años    | 22        | 36,07      | 23        | 52,27      | 6           | 28,57      |
| <b>Total</b> | <b>61</b> | <b>100</b> | <b>44</b> | <b>100</b> | <b>21</b>   | <b>100</b> |

Fuente: Subproceso de Emergencia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda  
Elaborado por: I/M María José Solís Macías -- I/M Gloria Mercedes Ormazza Bermello

GRÁFICO # 5



## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA N ° 5

La relación que se estableció entre la edad y los factores de riesgo determinó que los pacientes con exposición al humo tuvieron tasas superiores de 52,27%, seguido del hábito del tabaco con un 36,07% en pacientes mayores de 65 años, mientras que los más afectados con exposición a insecticidas fueron los pacientes de 56 a 65 años con un 33,33%, lo que coincide con las publicaciones de Farreras et al. (2012) en donde la neumonía adquirida en la comunidad frecuentemente afecta a fumadores, a personas mayores de 65 años especialmente ancianos y a enfermos crónicos o en tratamiento con glucocorticoides.

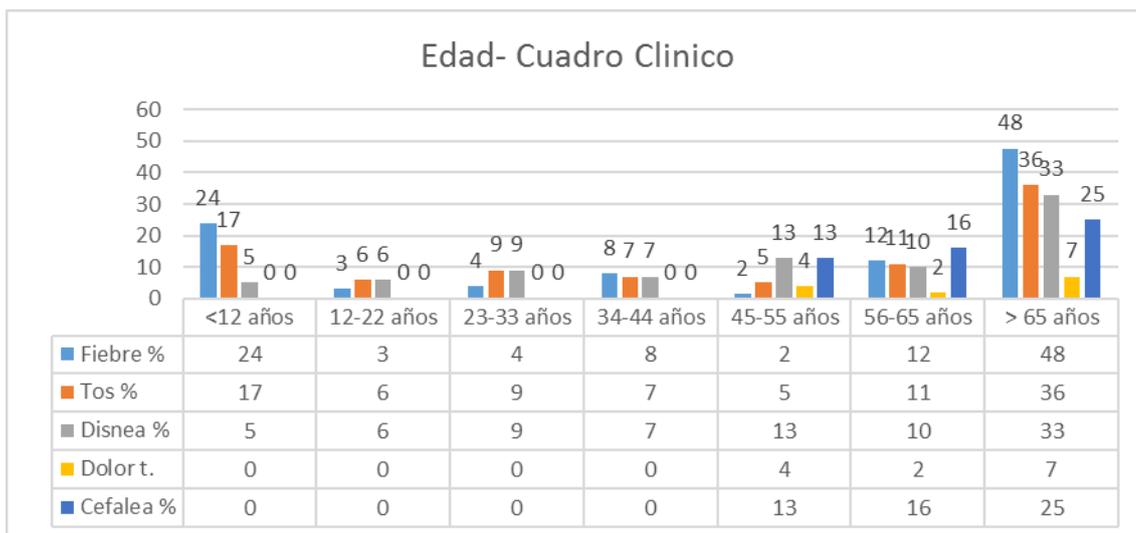
TABLA N°6

RELACIÓN ENTRE EDAD Y CUADRO CLINICO EN LOS PACIENTES CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD ATENDIDOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, SEPTIEMBRE 2013 - FEBRERO DEL 2014.

| Edad         | Fiebre     | %          | Tos        | %         | Disnea     | %         | Dolor t.  | %         | Cefalea   | %         |
|--------------|------------|------------|------------|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| <12 años     | 30         | 24         | 22         | 17        | 6          | 5         | 0         | 0         | 0         | 0         |
| 12-22 años   | 4          | 3          | 8          | 6         | 8          | 6         | 0         | 0         | 0         | 0         |
| 23-33 años   | 5          | 4          | 11         | 9         | 11         | 9         | 0         | 0         | 0         | 0         |
| 34-44 años   | 10         | 8          | 9          | 7         | 9          | 7         | 0         | 0         | 0         | 0         |
| 45-55 años   | 2          | 2          | 6          | 5         | 17         | 13        | 5         | 4         | 16        | 13        |
| 56-65 años   | 15         | 12         | 14         | 11        | 12         | 10        | 2         | 2         | 20        | 16        |
| > 65 años    | 60         | 48         | 45         | 36        | 42         | 33        | 9         | 7         | 32        | 25        |
| <b>Total</b> | <b>126</b> | <b>100</b> | <b>115</b> | <b>91</b> | <b>105</b> | <b>83</b> | <b>16</b> | <b>13</b> | <b>68</b> | <b>54</b> |

Fuente: Subproceso de Emergencia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda  
Elaborado por: I/M María José Solís Macías -- I/M Gloria Mercedes Ormaza Bermello

GRÁFICO # 6



## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA N °6

La relación que se estableció entre la edad y las manifestaciones clínicas determinó que los síntomas más comunes fueron: la fiebre con un porcentaje de 100%, seguido de la tos que se presentó en el 91% del total de los pacientes, la disnea con 83%, la cefalea con un 54% el dolor torácico un 13% del total de pacientes, la edad de mayor aparición de los síntomas fue en mayores de 65 años con un 48%, lo que coincide con publicaciones de Jiménez M, et al. (2010). donde el cuadro clínico agudo se caracteriza por presentar síntomas como: fiebre elevada, escalofríos, tos productiva y dolor torácico pleurítico, principalmente en mayores de 65 años.

## CAPITULO IV

### CONCLUSIONES

Una vez concluida la investigación sobre la neumonía adquirida en la comunidad en los pacientes atendidos en el área de emergencia del hospital provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, Septiembre 2013 - Febrero del 2014 se obtuvieron las siguientes conclusiones:

Se determinó que la población de estudio fue de 400 pacientes de los cuales 126 usuarios presentaron neumonía adquirida en la comunidad, siendo Diciembre el mes donde hubo mayor afluencia de pacientes con un 26.19%, seguido del mes de Septiembre con un 24.60%

La edad que tuvo mayor incidencia esta patología fue en > 65 años con 37.97% en hombres, seguido por pacientes de 56 - 65 años con un 31.91 % en mujeres. Se estableció que los pacientes provenientes de zonas urbanas con un nivel de educación primaria tuvieron las cifras más elevadas con un 37.04%.

Se observó que los pacientes de estado civil viudo, de procedencia urbana obtuvieron una mayor frecuencia de esta patología en 31.11%, seguido de los usuarios con estado civil soltero de zona rural con un porcentaje de 26.67%.

Los factores de riesgo que contribuyeron fueron la exposición al humo, con un 52.27 %, el tabaco 36.07%, siendo la edad de mayor incidencia en los pacientes mayores de 65 que contribuyo a la aparición de los procesos respiratorios.

Los síntomas patognomónicos fueron: fiebre con un porcentaje de 100%, seguido de la tos que se presentó en el 79%, la disnea con 63%, cefalea 54%, dolor torácico 13% del total de pacientes, la edad de mayor aparición de los síntomas fue en mayores de 65 años con un 48% que permitieron realizar un diagnóstico clínico presuntivo de la neumonía adquirida en la comunidad.

## RECOMENDACIONES

En base a las conclusiones realizadas se recomendó lo siguiente:

Concientizar a los médicos residentes y becarios de medicina sobre los beneficios de un diagnóstico y tratamiento oportuno de esta patología.

Aplicar las respectivas guías de manejo clínico de la neumonía adquirida en la comunidad en la sala de emergencia para agilizar y dar mayor eficacia y eficiencia para el mejor manejo de estos pacientes.

A los pacientes evitar el consumo del tabaco en relación a los factores de riesgo de esta patología.

Recomendamos a las autoridades del Hospital mejorar la infraestructura de la emergencia incluida un área de aislamiento para el manejo de los pacientes con esta patología.

Implementar programa de concientización para disminuir la exposición al humo y el consumo del tabaco en lugares públicos y privados.

Recomendamos la entrega de folletería o adquisición de material de audiovisual para educación médica de la comunidad.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES VALORADO

| ACTIVIDADES   | Meses |     |     |     |    |     | RECURSOS A UTILIZAR      |   |                            | Costos |
|---|-------|-----|-----|-----|----|-----|--------------------------|---|----------------------------|--------|
|   | Sep   | Oct | Nov | Dic | En | Feb | Humano                   | Materiales                              | Otros                      |        |
| Organización y selección de la Información recopilada para la presentación al Director del trabajo de titulación.   |       |     |     |     |    |     | Autores de Investigación | Hojas de papel<br>Fotocopias e Internet | Alimentación y transporte  | 150.00 |
| Elaboración de instrumentos y Recolección de información y presentación al Director de trabajo de titulación.   |       |     |     |     |    |     | Autores de Investigación | Lapiceros, marcadores<br>CDs, cuadernos | Imprevistos y Transporte   | 100.00 |
| Definición de hallazgos y elaboración del informe Preliminar para la presentación del Director del trabajo de titulación y Tribunal de Evaluación y Seguimiento |       |     |     |     |    |     | Autores de Investigación | Copias                                  | Transporte e Imprevistos   | 80.00  |
| Tabulación de resultados y elaboración del informe final para la presentación al Director del trabajo de titulación.  |       |     |     |     |    |     | Autores de Investigación | Copias                                  | Transporte e imprevistos   | 100.00 |
| Revisión y corrección final del trabajo de titulación por parte del Director y Tribunal de Evaluación y Seguimiento   |       |     |     |     |    |     | Autores de Investigación | Impresión<br>Trascripción               | Empastado, derechos, otros | 200,00 |
| Aprobación del Director De Trabajo de titulación y Miembros del Tribunal.   |       |     |     |     |    |     | Autores de Investigación | Especies y valores                      | Alquiler de Infocus        | 50.00  |
|   |       |     |     |     |    |     | TOTAL                    |   |                            | 680,00 |

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| Meses 2013<br><br>Semanas                                  | Septiembre |   |   |   | Octubre |   |   |   | Noviembre |   |   |   | Diciembre |   |   |   | Enero |   |   |   | Febrero |   |   |   | Marzo |   |   |   |
|--|------------|---|---|---|---------|---|---|---|-----------|---|---|---|-----------|---|---|---|-------|---|---|---|---------|---|---|---|-------|---|---|---|
|  | 1          | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 |
| Elaboración del Proyecto                                   | X          |   |   |   |         |   |   |   |           |   |   |   |           |   |   |   |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |
| Aprobación del proyecto                                    | X          |   |   |   |         |   |   |   |           |   |   |   |           |   |   |   |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |
| Primera reunión con el Tribunal del trabajo de titulación. |            |   |   |   | X       |   |   |   |           |   |   |   |           |   |   |   |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |
| Estructuración de la justificación                         |            |   |   |   | X       |   |   |   |           |   |   |   |           |   |   |   |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |
| Planteamiento del problema                                 |            |   |   |   | X       |   |   |   |           |   |   |   |           |   |   |   |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |
| Revisión de objetivos generales y específicos              |            |   |   |   | X       |   |   |   |           |   |   |   |           |   |   |   |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |
| Segunda reunión con el Tribunal del trabajo de titulación. |            |   |   |   |         |   |   |   |           | X |   |   |           |   |   |   |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |
| Revisión de marco teórico y referencial                    |            |   |   |   |         |   |   |   |           | X |   |   |           |   |   |   |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |
| Diseño Metodológico  |            |   |   |   |         |   |   |   |           | X |   |   |           |   |   |   |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |
| Tercera reunión con el Tribunal del trabajo de titulación. |            |   |   |   |         |   |   |   |           |   |   |   | X         |   |   |   |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |
| Revisión de Operacionalización de las Variables            |            |   |   |   |         |   |   |   |           |   |   |   | X         |   |   |   |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |
| Cuarta reunión con Tribunal del trabajo de titulación.     |            |   |   |   |         |   |   |   |           |   |   |   |           |   |   |   |       | X |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |
| Elaboración de Cuestionario                                |            |   |   |   |         |   |   |   |           |   |   |   |           |   |   |   |       | X |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |



## CAPITULO V

### PROPUESTA

IMPLEMENTAR ACTIVIDADES DE CHARLAS DIRIGIDAS A LOS MÉDICOS RESIDENTES Y BECARIOS DE MEDICINA DEL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA.

### INTRODUCCIÓN

La Neumonía Adquirida en la Comunidad puede definirse como una lesión inflamatoria pulmonar en respuesta a la llegada de microorganismos a la vía aérea distal y parénquima. Es una entidad muy frecuente en la práctica clínica con implicaciones sanitarias muy importantes por su frecuencia, según lo describe Diez, M. (2011).

A pesar de que actualmente se dispone de las herramientas suficientes para el diagnóstico y tratamiento de la misma, esta patología constituye un problema de salud pública, y es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, así lo demuestran las estadísticas a nivel mundial, en donde las infecciones de vías respiratorias bajas, entre las que se incluye dicha patología, constituyen una de las principales enfermedades en la lista de las primeras 30 causas de mortalidad a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS), a nivel global la coloca en el tercer lugar como causa de muerte después de la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular.

La infección respiratoria en especial la Neumonía Adquirida en la Comunidad, es una causa frecuente de consulta médica, cerca del 75% son inicialmente evaluadas y tratadas en los servicio de Urgencias hospitalarios. El interés y el reto en un manejo correcto de esta patología están basado en su alta incidencia, y en los costos que suponen sus cuidados y los tratamientos empíricos instaurados.

De ahí la importancia de implementar actividades de charlas dirigidas al personal de salud: médicos residentes y becarios de medicina a cerca de los factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad.

#### ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

Las actividades de charlas educativas en ciclos continuos estarán dirigidas al personal de médico residentes y becarios de medicina que laboran en la sala emergencia del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, para que ellos brinden a estos pacientes la información necesaria sobre los factores de riesgo y las complicaciones con el objetivo de disminuir la incidencia y mejorar así la atención médica.

Los pacientes serán los beneficiados porque al conocer las medidas preventivas, y reconocer los signos de alarma pueden acudir inmediatamente a la unidad hospitalaria y de esta manera evitar las complicaciones que puedan presentarse.

Las familias de las pacientes también serán beneficiadas al evitar los gastos elevados que representa el tratamiento de las pacientes con neumonía adquirida en la comunidad, todo lo cual influirá positivamente en el aspecto emocional.

Ya que este trabajo tiene un valor práctico, el programa preventivo que será diseñado, podrá ser utilizado en otros hospitales de la provincia.

## OBJETIVOS DE LA PROPUESTA

### OBJETIVO GENERAL:

Mejorar el manejo de los pacientes diagnosticados con neumonía adquirida en la comunidad mediante charlas a los médicos residentes y becarios de medicina del área de emergencia del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

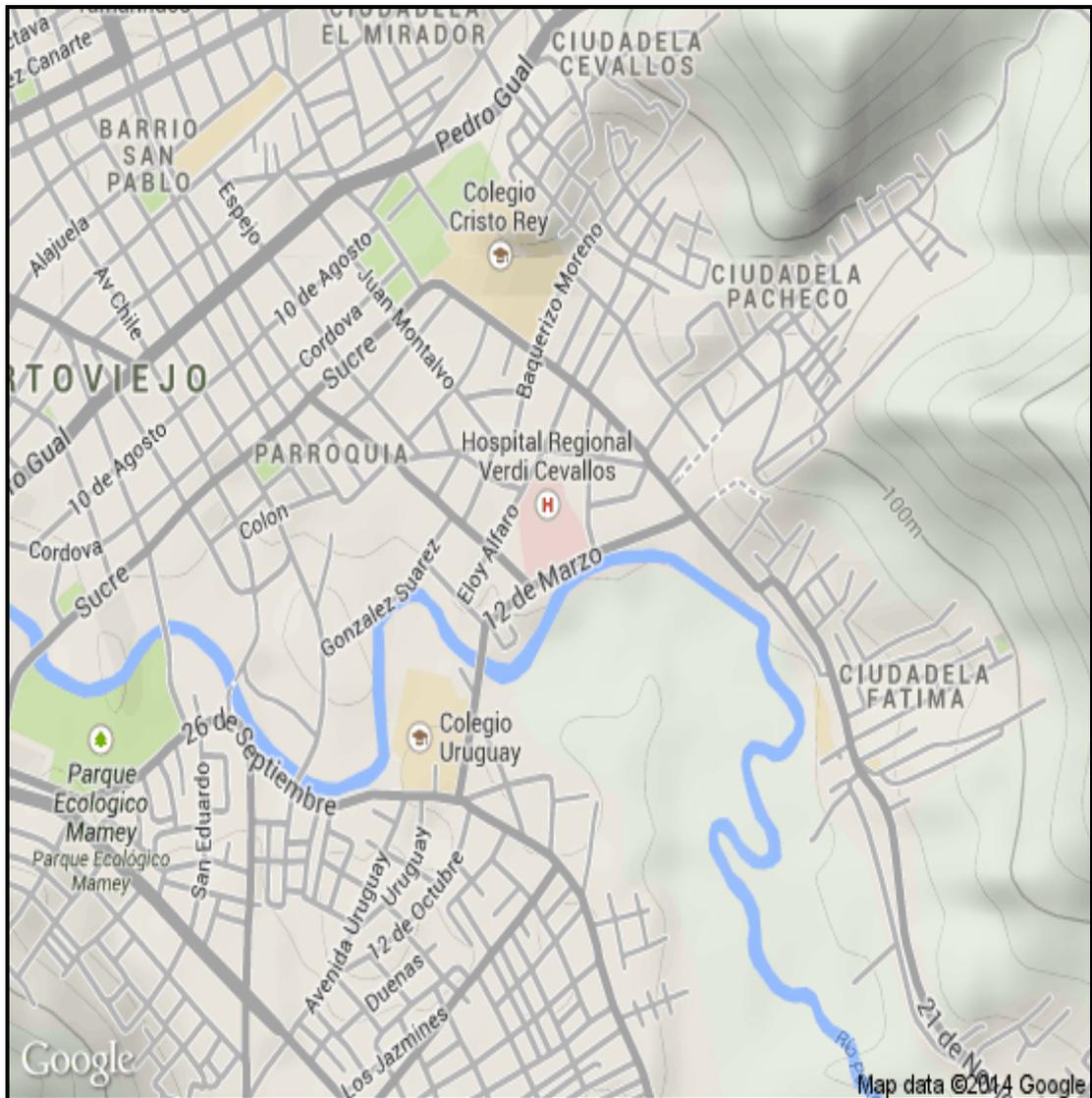
Determinar con casos prácticos el grado de comprensión sobre las charlas impartidas en el Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda y los beneficios de su aplicación adecuada.

Verificar si las charlas y entrega de trípticos a los médicos residentes y becarios de medicina del área de emergencias del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda contribuyeron para reforzar sus conocimientos.

Interrelacionar criterios y experiencias impartidos en el proyecto.

## CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA

### DATOS GENERALES



Institución: Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

Ubicación: Calle 12 de Marzo y Rocafuerte

Tiempo en que se impartirá la propuesta: Atención diaria en la sala de emergencias del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.

Fecha de Elaboración: Octubre del 2013

## PRESENTACIÓN GENERAL DEL PROGRAMA

**Finalidad:** Poner en práctica este programa para mejorar las condiciones de salud de los pacientes mediante la aplicación de charlas sobre las medidas preventivas dirigidas a médicos residentes y becarios de medicina que labora en el área de emergencia del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda

**Orientación:** Esta problemática fue abordada desde nuestra posición sociocultural en donde, el hombre mediante la educación recibida es copartícipe de su propia salud y de la salud social.

**Los Contenidos:** Nuestro programa reflejó las características de los pacientes y de los factores de riesgo que conllevan a su aparición.

**Tema 1:** Medidas preventivas y su influencias sobre la neumonía adquirida en la comunidad

**Tema 2:** Factores de riesgo en la neumonía adquirida en la comunidad

**Tema 3:** Aplicación de los protocolos de atención establecidos por el Ministerio de Salud Pública.

**Metodología:** En nuestro programa nos apoyamos en el aprendizaje grupal de los médicos residentes y becarios de medicina combinando charlas educativas con talleres impartidos por las investigadoras.

**Criterios de Evaluación:** Antes de ser aplicado el programa va a ser sometido a una crítica y discusión por otros profesionales de salud para que sea perfeccionado.

Durante su ejecución se analizó:

El grado de comprensión sobre las charlas impartidas en el Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda y los beneficios de su aplicación adecuada.

La participación de los médicos residentes y becarios de medicina del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda fue íntegra con el cumplimiento de las actividades antes propuestas.

Luego de su ejecución:

Se realizó una autoevaluación por parte del grupo de salud en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda quienes recomendaron que las charlas se debieran complementar con visitas domiciliarias con el objetivo de pesquisar nuevos pacientes que se unan a este grupo.

En la evaluación del grupo se observó la responsabilidad de cada uno de los integrantes con una participación activa de los mismos.

## INTRODUCCIÓN A CADA UNA DE LAS UNIDADES

En nuestro proyecto de educación se trataron varios temas que fueron de importancia para mejorar la atención brindada por parte de los médicos residentes y becarios de medicina del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda a los usuarios de salud.

Entre los temas los que tuvieron mayor importancia fueron las repercusiones clínicas en los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad, su correcto diagnóstico y

tratamiento oportuno, se contó con la participación de un grupo integral de especialistas (Emergenciólogo y Neumólogo) quienes con sus experiencias y conocimientos nos dieron una pauta para encontrar soluciones viables y reales de esta problemática.

## OBJETIVOS DE LA UNIDAD

Que el grupo de facilitadores:

Estructuren una propuesta sobre prevención de la neumonía adquirida en la comunidad en los pacientes atendidos en la emergencia con el aval del MSP y que puedan ser aplicadas en otros hospitales.

Mientras que los participantes:

Estructuren un marco referencial para que puedan evaluar los componentes del proyecto.

Delimiten el campo en donde se va a trabajar analizando la realidad de la comunidad con sus limitantes.

Se introduzca a la comunidad a participar activamente en el proyecto.

Se puedan resolver todos los problemas o conflictos que se hayan presentado durante la ejecución del proyecto.

## PROFESIONALES RESPONSABLES DE LA PROPUESTA

Emergenciólogo

Neumólogo

Investigadoras

## RECURSOS MATERIALES

Técnicos.

Computador.

Cámara Fotográfica.

Materiales de escritorio

Encuesta

Internet

Económicos.

Autogestión

### CRONOGRAMA DE LA PROPUESTA

| Meses 2013<br><br>Semanas             | Septiembre |   |   |   | Octubre |   |   |   | Noviembre |   |   |   | Diciembre |   |   |   | Enero (2014) |   |   |   | Febrero |   |   |   |
|---------------------------------------|------------|---|---|---|---------|---|---|---|-----------|---|---|---|-----------|---|---|---|--------------|---|---|---|---------|---|---|---|
|                                       | 1          | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4 | 1            | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 |
| Planteamiento de la propuesta         |            | X |   |   |         |   |   |   |           |   |   |   |           |   |   |   |              |   |   |   |         |   |   |   |
| Reunión de Grupo.                     |            |   |   |   |         |   |   | X | X         | X | X | X | X         | X | X | X | X            | X | X | X | X       | X | X | X |
| Elaboración de pasos.                 |            |   |   |   |         |   |   |   | X         | X | X | X | X         | X | X | X | X            | X | X | X |         |   |   |   |
| Reunión con el personal de salud      | X          | X | X | X | X       | X | X | X | X         | X | X | X | X         | X | X | X | X            | X | X | X | X       | X | X | X |
| Aplicación y desarrollo de Propuesta. |            |   |   |   |         |   |   |   |           |   |   |   |           |   |   |   |              |   | X |   |         |   |   |   |

## BIBLIOGRAFIA

ABREU Suárez G. 2009. Factores de riesgo en las infecciones respiratorias agudas

ÁLVAREZ Cintes R. 2009. Afecciones Respiratorias más frecuentes; en Temas de Medicina General Integral. Edit Ciencias Médicas, La Habana; (2); 449- 514.

ALVEZ. F. 2009. Infecciones por estreptococo beta hemolítico del grupo A. *Pediatría Integral*; 5(3): 263-84.

ARTICULO NEUMOLOGIA (2013) *Cir Tórax* vol.72 Suplemento 1

BAKER M D. 2009. Evaluation and management of infants with fever. *Pediatr Clin North Am*; 46:1061- 72.

BATISTA, MR y Feal, CP. 2009. Las infecciones respiratorias agudas: un problema siempre emergente, *RESUMED*; 11(2): 63-6.

BENGUIGUI Y. 2009. Bases técnicas para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de las IRA en el primer nivel de atención infecciones respiratorias en adultos

CRAPO, Karlinsky, Glassroth, King, Baum's (2007) *Neumonía aguda de la comunidad..Neumologia* 7ma edición Pag 447

DIEZ Miguel Rodolfo Álvarez Salas Walter .2011 Neumonía adquirida en la comunidad. Manual de Neumología Clínica .Segunda Edición

DEL CASTILLO Martín F, García de Miguel MJ, García S. 2009. Manejo racional de la Neumonía aguda de la comunidad. An Esp Pediatr; 51: 609- 16.

DEPARTAMENTO DE MICROBIOLOGÍA de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid (2011).

ERSON MH. 2009. Acute respiratory infection control program. Summary overview, programs and plans. Geneva: World Health Organization

FARRERAS– Rozman. (2012). Neumonía adquirida en la comunidad. Medicina Interna 17 edición volumen 1 pág. 701.

GONZÁLEZ Valdés JA, Abreu Suárez G, Rojo CM, Razón Behar R. ; 2009. Infecciones respiratorias agudas Pediatría. T. III. La Habana: Editorial Ciencias Médicas

GONZÁLEZ Ochoa E. 2009. Prescripción de antibióticos para infecciones respiratorias agudas en adultos Bol Of Sanit Pan; 119(6):481-93.

GURKAN F, Kirol A, Dagli E, Karakoc F. 2009. The effect of passive smoking on the development of respiratory syncytial virus bronchiolitis. *Eur J Epidemiol*, 16: 465- 468

ICKERING LK, Morrow AL. 2009. Child care and communicable diseases. En: Nelson W. *Textbook of Pediatrics*. 15th edition, W.B.Saunders Company 1028-30.

JIMÉNEZ Murillo, Montero Pérez, (2010). Neumonía adquirida en la comunidad. *Medicina de Urgencias y Emergencias*, 4ta Edición pág. 284

JURADO Ortiz A. 2008. Obstrucción aguda de la vía aérea inferior. En: *Emergencia Pediátrica*. Madrid Ergon, 57- 62.

KUPPERMAN N. 2009; Occult bacteriemia in young febrile children. *Pediatr Clin North Am* 46: 1073-1107.

KURI-Morales P, Galván F, Cravioto P, Rosas LA, Zárraga, Tapia-Conyer R. 2009 Mortality due to influenza and pneumonia in México between

MINSAP. 2009. *Anuario Estadístico Cuba*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; Disponible en: <http://bvs.sld.cu/cgibin/wxis/anuario>

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. 2009. Programa Integral de Atención y Control de las IRA. La Habana:

MOLD, JE. 2009. Infections of the upper respiratory tract. En: Nelson W. Textbook of Pediatrics. 15th edition, W.B. Saunders Company; 1187-93.

MOREJÓN, GM. 2009. Artículo de revisión. Neumonía adquirida en la comunidad. Enfoque actualizado. RESUMED; 11(2): 109- 15.

PÉREZ Pérez G, Navarro. 2009. Manejo de las Neumonías de la comunidad. An Esp. Pediatr; supl 123:17- 24.

ROBAINA Suárez G, Campillo Molieva. 2009. Morbilidad y manejo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. Revista Cubana de Pediatría; 75(3).

RODRIGUEZ Garcia, (2012) . Neumonía adquirida en la comunidad. Diagnóstico y Tratamiento Medico 4ta edición Pag 295

SOCIEDADES DE EXPERTOS EUROPEAS Y AMERICANAS (2010), Neumonía adquirida en la comunidad

TANZ R R. 2009. Convenient Schedule and short course treatment of acute streptococcal pharyngitis. Pediatr Infect Dis J; 19: 569- 70.

VEJAR Leonardo M. 2009. Programa de prevención y control de las enfermedades respiratorias agudas de la infancia. Santiago de Chile: Pan Am J Public Health

HANSELL David M, Armstrong, P, Lynch, D, McAdams,H, 2008, Tórax, 7ma edición

Pag 183

CECIL Jeffry M, Goldman, Lee, 2013, Tratado de Medicina Interna, 24va edición, Pag

543

PAPADAKIS, Maxine A, McPHEE, S, 2013, Diagnóstico clínico y tratamiento, 52va

edición, Pag 427-446

SOCIEDAD DE NEUMOLOGIA PEDIATRICA, Manuela de Neumologia Pediátrica,

Rabow, M, 2011, Pag. 227-229

# ANEXOS

## ANEXO# 1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

De la manera más respetuosa, nosotras las investigadoras, le solicitamos su colaboración para que nos conteste unas preguntas; que nos permita recolectar datos sobre usted y su salud porque presenta un diagnóstico de Neumonía adquirida en la comunidad.

Este tipo de estudio se realiza para poder saber más sobre su enfermedad y así poder encontrar mejores tratamientos, estudios de diagnóstico, parámetros de seguimiento para personas con dicha patología.

Su participación es completamente voluntaria; si no desea hacerlo su médico continuará con su atención habitual y su negativa no le traerá ningún inconveniente.

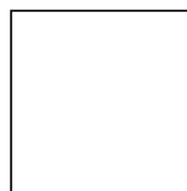
Lea toda la información que se le ofrece en este documento y haga todas las preguntas que necesite al investigador que se lo está explicando, antes de tomar una decisión.

A CONTINUACIÓN COLOQUE SUS NOMBRES COMPLETOS, FIRMA O HUELLA DIGITAL Y NUMERO DE CEDULA PARA CONTINUAR CON LA PRESENTE ENCUESTA SI ESTA USTED DE ACUERDO.

NOMBRE COMPLETOS:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

FIRMA:



## ENCUESTA

ENCUESTA SOBRE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN LOS  
PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL  
PROVINCIAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA EN EL PERIODO DE  
SEPTIEMBRE DEL 2013 A FEBRERO DEL 2014

### CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES

#### EDAD

Menor de 12 años  12-22 años  23-33 años

24-44 años  45-55 años  56-65 años

Mayor de 65 años

#### SEXO

Masculino  Femenino

#### PROCEDENCIA

Urbana  Rural

## INSTRUCCIÓN

Ninguno       Primaria       Secundaria       Superior

## ESTADO CIVÍL

Soltero       Casado       Unión Libre       Divorciado

Viuda

## FACTORES DE RIESGO

### TABACO

Siempre ( )      A veces ( )      Rara Vez ( )      Nunca ( )

### HUMO

Siempre ( )      A veces ( )      Rara Vez ( )      Nunca ( )

### INSECTICIDAS

Siempre ( )      A veces ( )      Rara Vez ( )      Nunca ( )

## CUADRO CLINICO

### FIEBRE

Mayor de 39°C

Menor de 39°C

### TOS

Productiva

No productiva

### DISNEA

Pequeños esfuerzos

Medianos esfuerzos

Grandes esfuerzos

### DOLOR TORÁCICO

Siempre ( )

A veces ( )

Rara Vez ( )

Nunca ( )

### CEFALEA

Leve

Moderada

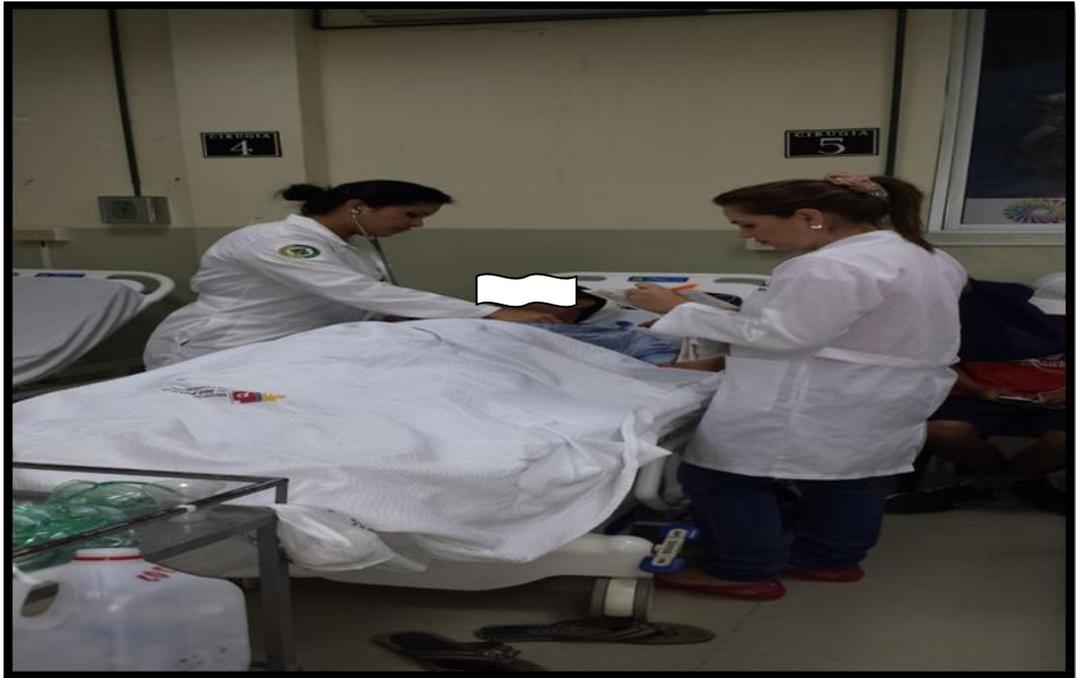
Intensa

### DETERIORO DEL ESTADO GENERAL

Consiente

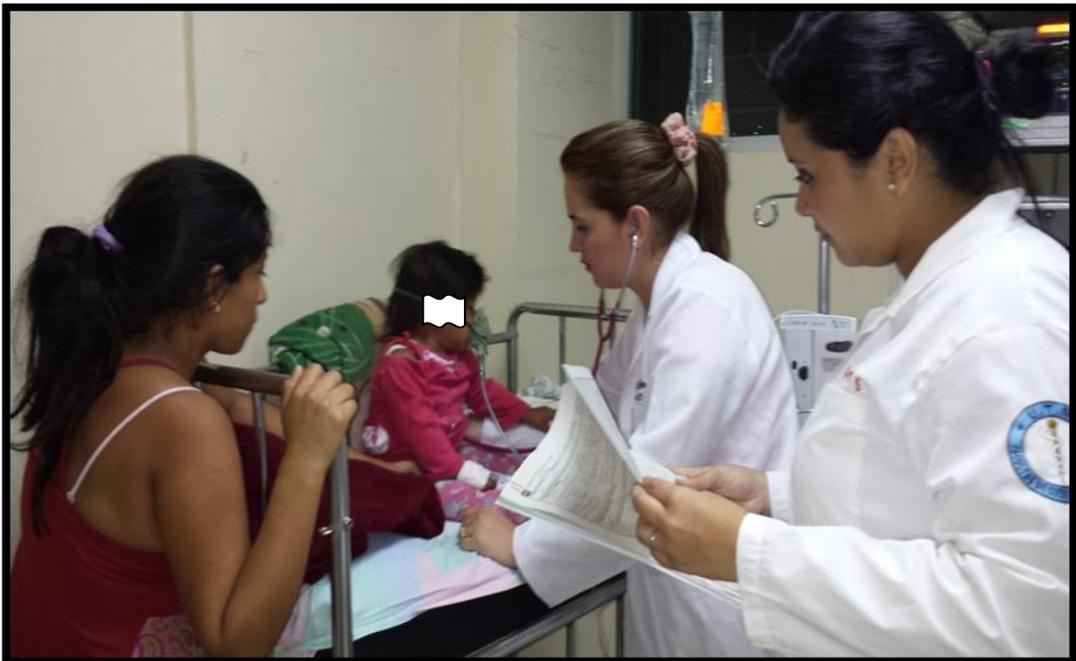
Inconsciente

IMAGEN 1  
VALORACION DE LOS PACIENTES.



EXAMINANDO AL USUARIO CON NEUMONIA ADQUIRIDA (09/10/2013-HORA: 10:00)

IMAGEN 2



EXAMINANDO A UNA NIÑA EN LA EMERGENCIA DE PEDIATRIA (4 /11/ 2013)

IMAGEN 3  
RECOLECTANDO LOS DATOS EN ESTADISTICA



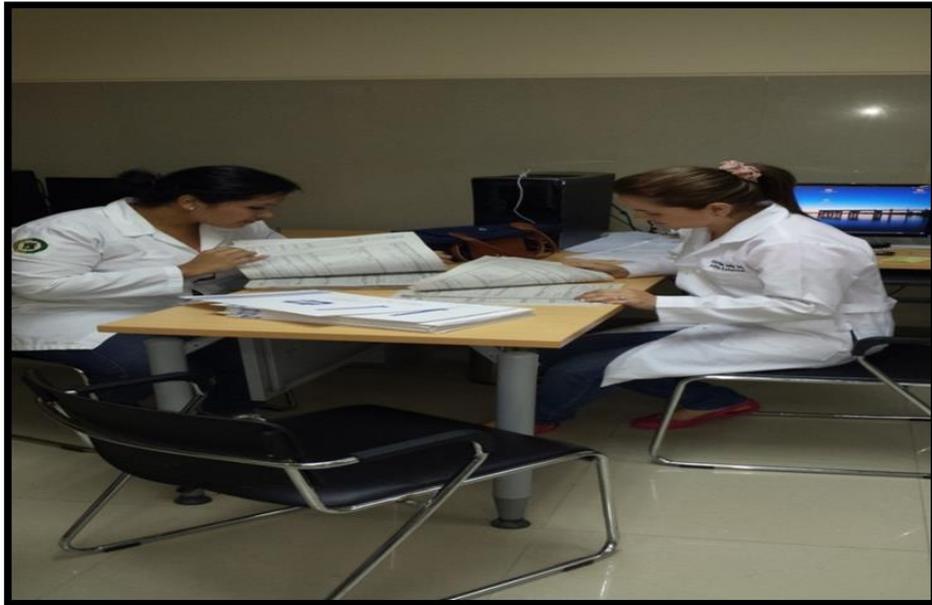
REVISANDO LAS HISTORIA CLINICAS DE LOS USUARIOS (20 /02/ 2014)

IMAGEN 4



REVISANDO LAS HISTORIA CLINICAS DE LOS USUARIOS (20/02/2014 HORA: 09:00)

IMAGEN 5  
TABULACION DE DATOS



INTREPRETANDO LOS DATOS OBTENIDOS DE LAS HISTORIAS CLINICAS (25/02/2014-  
HORA: 10:00).

IMAGEN 6  
BRINDANDO CHARLAS SOBRE LA PROPUESTA



EXPLICANDO LAS CARACTERISTICAS DE LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA  
COMUNIDAD(14/01/ 2014- HORA: 16:00)

IMAGEN 7



IMAGEN 8



EXPLICANDO LAS CARACTERISTICAS DE LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD(14/01/ 2014 -HORA: 16:00)

IMAGEN 9  
MEDICOS RESIDENTES DE LA EMERGENCIA



PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN EL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL  
DR.VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO (14/01/2014 HORA: 16:00)

NOMINA DEL PERSONAL DE SALUD DE LA EMERGENCIA DEL  
HOSPITAL "DR. VERDI CEVALLOS BALDA"  
QUE ASISTIO A LA CHARLA SOBRE EL MANEJO DE LOS  
PACIENTES CON NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.

FECHA: 14 DE ENERO DEL 2014  
HORA: 16:00

Julio A. Caballero Rezabalq      Médico Residente  
Gina Carolina Villegas Uaquez      Médico Residente  
Abel Giler Soamanta      Med Residente

Vilma Elizabeth Rodriguez Velez      Med Residente.  
Fernando Leon Acesto  
Miguel Antonio Leon Uiedo

Diego Villavicencio Cerón.

Patricia Cordero Vergiles  
Yandry Ponce Menéndez  
Magaly Leon Ching  
Lissette Sabando Lebrun.  
R/R 6/6

Dr. ~~Julio A. Caballero Rezabalq~~  
Médico Residente  
REG. MSP. L. 45 F. 40-N  
INSPI. N° 13-08-741-2013

Dr. ~~Gina Carolina Villegas Uaquez~~  
MÉDICO CIRUJANO  
REG. MSP. L. 45 F. 58 N° 26  
REG. MSP. Libro: 28  
Folio: 24 No. 21

Dr. ~~Vilma Elizabeth Rodríguez Velez~~  
MÉDICO CIRUJANO  
REG. MSP. L. 45 F. 51 N° 153  
INSPI. 13-08-785-2013

HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA  
SERVIDOR PÚBLICO

Dr. ~~Miguel Antonio Leon Uiedo~~  
MÉDICO CIRUJANO  
REG. MSP. L. 45 F. 58 N° 26  
REG. MSP. L. 45 F. 51 N° 153  
R.U.C.: 131047849-8

Diego Villavicencio Cerón  
MÉDICO GENERAL  
Libro: 1 Folio: 43 No. 128  
Reg. SEREBOT 1006-12-11-99422

Dr. Patricia Cordero Vergiles  
MÉDICO CIRUJANO  
Libro: 1 Folio: 41 N° 12035

Dr. Yandry Ponce Menéndez  
MÉDICO CIRUJANO  
Libro: 1 Folio: 41 N° 12035

Dr. Lissette Sabando Lebrun  
MÉDICO CIRUJANO  
REG. MSP. L. 45 F. 78 No. 233  
REG. MSP. L. 45 F. 78 No. 233

## Medidas preventivas



- \* Aplicación anual de las vacunas de influenza
- \* Evitar el hacinamiento
- \* Disminuir las comorbilidades
- \* Disminuir los factores de riesgo

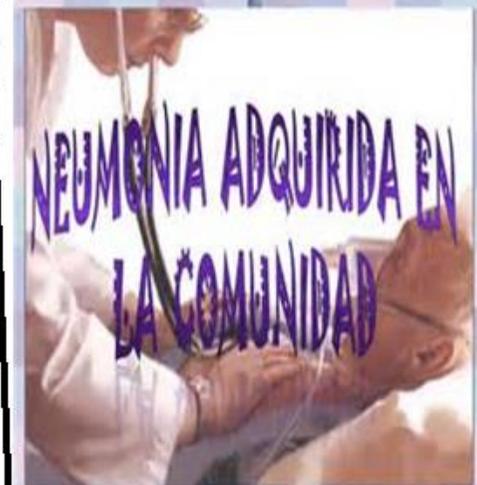
## Criterios de egreso

- \* Paciente sin síntomas respiratorios
- \* Mejoría de su estado nutricional



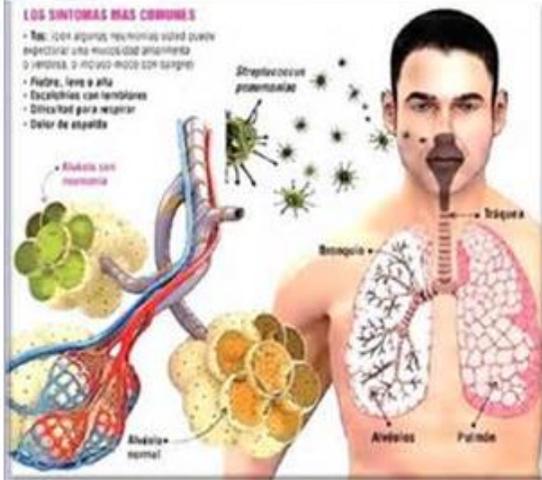
## PROPUESTA

GENERAR ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA ATENCIÓN POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD A LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIJO



IM/ MARIA JOSE SOLIS MACIAS  
IM/GLORIA MERCEDES ORMAZA BERMELLO

# Neumonía



Aquella infección del tejido pulmonar que surge en el seno de la población general, la aparición de gérmenes atípicos, la creciente resistencia de los antimicrobianos a estafilococo pneumoniae y la no despreciable morbilidad hacen indispensables la actualización en cuanto al manejo de esta entidad.

## Signos y síntomas

Tos

Fiebre

Expectoración

Disnea

Dolor torácico

## Factores de riesgo



Edad extremas

Sexo masculino

Inmunosupresión

Enfermedades crónicas degenerativas

Desnutrición

## Que hacer en una Neumonía

- Acudir inmediatamente al hospital más cercano
- Oxigenoterapia
- Ingreso hospitalario
- Instaurar antibioticoterapia de amplio espectro
- Valoración del neumólogo
- Mejorar estado nutricional



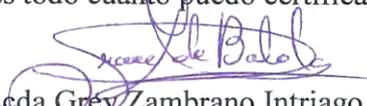
**MG. GREY ZAMBRANO INTRIAGO**  
**Licenciada en Castellano y Literatura**  
**DOCENTE FACULTAD DE CIENCIAS HUMANÍSTICAS Y**  
**SOCIALES**

**CERTIFICACIÓN**

Tengo a bien certificar que el trabajo de tesis titulado **Neumonía adquirida en la comunidad en los pacientes atendidos en el área de emergencia del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, septiembre 2013-2014** perteneciente a las egresadas **Solís Macías María José con C.C. # 1313161554** y **Ormaza Bermello Gloria Mercedes con C.C. # 1312867359** ha sido revisado de manera minuciosa, mismo que no presenta errores de sintaxis ni faltas ortográficas.

Las interesadas pueden hacer uso de la presente certificación como a bien tuviere.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

  
Lcda. Grey Zambrano Intriago, Mg.  
**Docente FCHS**

Portoviejo, 11 de julio de 2014