



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE SUCRE
HOSPITAL UNIVERSITARIO "ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ"
POSTGRADO DE MEDICINA INTERNA
CUMANÁ. ESTADO-SUCRE

**INCIDENCIA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA EN PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA
COMUNIDAD EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO
PATRICIO DE ALCALÁ ENERO 2019-MAYO 2021**

Asesor por:

Dr. Romero, Jorge

CI: 8.696.853

Autor:

Dr. José Carlos Rodríguez Penott

CI: 21.095.370

Cumaná, NOVIEMBRE de 2021



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE SUCRE
HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ”
POSTGRADO DE MEDICINA INTERNA
CUMANÁ. ESTADO-SUCRE

**INCIDENCIA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA EN
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA
ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN EL HOSPITAL
UNIVERSITARIO ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ
ENERO 2019-MAYO 2021**

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar al título de
Especialista en Medicina Interna

Cumaná, NOVIEMBRE 2021

ACTA DE DEFENSA DE TRABAJO DE GRADO



VICERRECTORADO ACADÉMICO

CONSEJO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

Núcleo de: SUCRE

Postgrado en MEDICINA INTERNA

CEPNS - N°008/2022

ACTA DE DEFENSA DE TRABAJO DE GRADO

Nosotros, Dr. Jorge Romero, Dr. Amador Millán, Dra. María Marval, integrantes del Jurado Principal designado por la Comisión Coordinadora del Programa de Postgrado en MEDICINA INTERNA para examinar el Trabajo de Grado titulado:

INCIDENCIA CLINICO EPIDEMIOLOGICA EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO "ANTONIO PATRICIO DE ALCALA" ENERO 2019 MAYO 202.

Presentado por la Dr. José Carlos Rodríguez Penott, con cédula de identidad N° 21.095.370, para optar al grado de ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA. Hacemos constar que hemos examinado el mismo e interrogado al postulante en sesión privada celebrada hoy, 29/03/2022, a las 07:00 am, en el Auditorium ProEquipo Salud, Cumaná.

Finalizada la defensa del trabajo por parte del postulante, el Jurado decidió APROBARLO por considerar, sin hacerse solidario de las ideas expuestas por el autor, que el mismo se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado de la Institución.

En fe de lo anterior se levanta la presente Acta, que firmamos conjuntamente con el Coordinador de Postgrado en MEDICINA INTERNA.

En la ciudad de CUMANÁ a los VEINTINUEVE días del mes de MARZO del DOS MIL VENTIDOS.

Jurado Examinador:

Prof. Dr. Jorge Romero. (Tutor)

Prof. Dra. María Marval

Prof. Dr. Amador Millán.

Coordinador de Programa de Postgrado:

DR. CARLOS GUIMARE

AH N° 008/2022

Cumaná, 29/03/2022.

INCIDENCIA CLÍNICO-EPIDEMIOLOGICA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ ENERO 2019-MAYO 2021

Autor: José Carlos Rodríguez Penott. C.I: 21.095.370. Email: jcrpenott92@gmail.com. Telf. 0424-8129893. Dirección: Servicio de Medicina Interna, Hospital Antonio Patricio de Alcalá. Cumaná.

Asesor: Jorge Adalberto Romero Ojeda. C.I: 8.696.853. Email: jorgecapino@gmail.com. Telf. 0412-8400002. Dirección: Servicio de Medicina Interna, Hospital Antonio Patricio de Alcalá. Cumaná.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la incidencia de pacientes con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad en el servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá (HUAPA) desde enero 2019 hasta mayo 2021. **Métodos:** Se realizó un estudio tipo epidemiológico, prospectivo, de corte transversal donde se incluyeron las historias clínicas de 144 pacientes de ambos géneros, con edades comprendidas entre 18 y 86 años, en un tiempo estipulado de 29 meses, con diagnóstico clínico de neumonía adquirida en la comunidad. **Resultados:** predominó el sexo masculino en 67% de los pacientes, el grupo etario más afectado fue de 60 años en adelante en 59%, la comorbilidad de mayor prevalencia presentada en los pacientes fue la hipertensión arterial en un 22%, el síntoma más recurrente fue la disnea en 122 de los 144 pacientes, el antibiótico más indicado al momento del ingreso fue la levofloxacina en un 42%, y el menor tiempo de hospitalización lo presentaron aquellos pacientes que recibieron levofloxacina, con una media de hospitalización de 5.6 días. **Conclusiones:** el diagnóstico clínico de la neumonía adquirida en la comunidad es controversial, ya que la sintomatología presentada en esta patología se asemeja ha muchas otras entidades patológicas, por lo que dependerá del médico clínico, y sus conocimientos, además del empleo de un buen interrogatorio y las técnicas necesarias al momento del examen físico, saber identificar dichos síntomas para así poder realizar un diagnóstico oportuno. A su vez, el uso de antibióticos en este grupo de pacientes, dependerá mucho del nivel socio-económico, la edad, su ubicación demográfica, además de las comorbilidades que pudiesen presentar dichos pacientes, ya que, el manejo y control de las patologías asociadas, en conjunto con la elección correcta de un tratamiento empírico, disminuirá de manera considerable el riesgo de complicaciones y la estancia hospitalaria, trayendo consigo, un menor índice

de mortalidad y una disminución de insumos médicos y recursos económicos para la instituciones en las cuales son ingresados este tipo de pacientes

Palabras claves: neumonía, comorbilidad, antibiótico, sintomatología, patologías, tratamiento, empírico, mortalidad.

CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL INCIDENCE IN PATIENTS WITH DIAGNOSIS OF COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA AT THE ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ UNIVERSITY HOSPITAL JANUARY 2019-MAY 2021

Author: José Carlos Rodríguez Penott. C.I: 21.095.370. Email: jcrpenott92@gmail.com. Tel. 0424-8129893. Address: Internal Medicine Service, Hospital Antonio Patricio de Alcalá. Cumana.

Advisor: Jorge Adalberto Romero Ojeda. C.I: 8.696.853. Email: jorgecapino@gmail.com. Tel. 0412-8400002. Address: Internal Medicine Service, Hospital Antonio Patricio de Alcalá. Cumana.

ABSTRACT

Objective: To determine the incidence of patients with a diagnosis of community-acquired pneumonia in the Internal Medicine service of the Antonio Patricio de Alcalá University Hospital (HUAPA) from January 2019 to May 2021. Methods: A prospective epidemiological study of cross-section where the medical records of 144 patients of both genders were included, aged between 18 and 86 years, in a stipulated time of 29 months, with a clinical diagnosis of community-acquired pneumonia. Results: the male sex predominated in 67% of the patients, the most affected age group was 60 years and older in 59%, the most prevalent comorbidity presented in the patients was arterial hypertension in 22%, the most recurrent symptom It was dyspnea in 122 of the 144 patients, the most indicated antibiotic at the time of admission was levofloxacin in 42%, and the shortest hospitalization time was presented by those patients who received levofloxacin, with a mean hospitalization of 5.6 days. Conclusions: the clinical diagnosis of community-acquired pneumonia is controversial, since the symptoms presented in this pathology resemble many other pathological entities, so it will depend on the clinician, and his knowledge, in addition to the use of a good questioning and the techniques necessary at the time of the physical examination, knowing how to identify these symptoms in order to make a timely diagnosis. In turn, the use of antibiotics in this group of patients will depend a lot on the socio-economic level, age, demographic location, in addition to the comorbidities that these patients may present, since the management and control of associated pathologies , together with the correct choice of an empirical treatment, will considerably reduce the risk of complications and hospital stay, bringing with it a lower mortality rate and a decrease in medical supplies and economic resources for the institutions in which they are admitted this type of patient

Key words: pneumonia, comorbidity, antibiotic, symptoms, pathologies, treatment, empirical, mortality.

ÍNDICE

TEMA	Pág
ACTA DE DEFENSA DE TRABAJO DE GRADO	ii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	x
AGRADECIMIENTOS	xiii
DEDICATORIA	xiv
LISTA DE TABLAS	xv
LISTA DE GRÁFICOS	xvi
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVO GENERAL	11
OBJETIVOS ESPECIFICOS	11
MARCO METODOLOGICO	12
Tipo y diseño de la investigación:.....	12
Área de estudio:	12
Población y Muestra:	12
Criterios de inclusión	12
Criterios de exclusión	12
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	14
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	22
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	23
CONCLUSIONES	25
RECOMENDACIONES.....	26
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27
APÉNDICES	30
METADATOS.....	33

AGRADECIMIENTOS

A mi asesor Dr. Jorge Romero, por todo el apoyo, dedicación y paciencia para poder realizar este estudio de investigación juntos, además de todos los años brindando sus conocimientos para así ayudar a mi formación. Gracias Dr. Romero, mis más profundos respetos hacia usted, es un ejemplo a seguir.

Al Dr. Guaimare, jefe del postgrado, por todo su tiempo dedicado no solo hacia mi persona, si no hacia mis compañeros de postgrado, ha quienes nos trató con carácter, respeto, y nos guio como un padre en toda esta travesía.

A mis compañeros de postgrado, Dra. Jennifer Padrón, Dra. Luz Hernández y Dr. José Maestre, ha quienes conozco desde el inicio de mi carrera y con quienes entablé una relación que va más allá de la amistad.

A todo el personal del Hospital Antonio Patricio de Alcalá, que de alguna u otra forma me brindaron su apoyo.

DEDICATORIA

En primer lugar, a mi persona, que siempre me mantuve firme, que siempre creí en mí, que siempre encontré las fuerzas para seguir adelante cuando el camino hacia la superación personal se hacía cada vez más y más difícil, que nunca desistí y seguí luchando, que a pesar de todos los problemas siempre pude encontrar una solución, que usé las malas intenciones, el desprecio, la humillación y todo sentimiento negativo hacia mi persona como fuente de energía para así seguir adelante, y demostrar, que pese a todos los problemas y obstáculos que te puedas encontrar, el camino hacia la superación se construye con esfuerzo, constancia y creyendo en ti mismo.

A mi madre, Nellys María Rodríguez Penott, mujer que me acompañó desde el inicio de mi carrera en las ciencias médicas, que siempre me apoyo, que siempre me incentivó a ser mejor y seguir adelante, quien siempre me fomentó que no hay mejor arma para la vida que el estudio, que sufrió y padeció junto a mi durante todos y cada uno de los problemas presentados mediante mi formación académica, y que siempre me alentó a seguir adelante cuando la idea de desistir rondaba mi cabeza y salía de mi boca en reiteradas oportunidades. **Te amo madre, mi eterno amor.**

A parte de mi familia por apoyarme en los momentos que más ayuda necesité.

A la familia Rodríguez Medina, en especial a José Gregorio Rodríguez Medina y Yelihtza Del Valle García Barreto, con quienes tengo una hermosa y algo extraña amistad desde hace 16 años, personas que siempre estuvieron conmigo en mis momentos de alegría y tristeza, en salud y enfermedad, quienes siempre me tendieron su mano amiga sin importar las circunstancias, y que, en la actualidad, aún lo siguen haciendo, los considero mi familia. **Los amo, tienen un lugar especial en mi corazón.**

Angela María Alfonzo Guatache, Barbara Guevara, Roberto Marcano y Luimar Núñez, personas que tuve la dicha de conocer al momento de iniciar mi carrera, quienes llegaron en un momento especial de mi vida para hacerla más alegre y brindarme todo su apoyo cuando más lo necesité. **Muchas gracias por todo.**

LISTA DE TABLAS

TABLA N° 1 Distribución según el género de los pacientes ingresados con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad en el Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, Enero 2019-Mayo 2021	14
TABLA N° 2 Distribución según el grupo etario de los pacientes ingresados con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad en el Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, Enero 2019-Mayo 2021	15
TABLA N° 3 Distribución según comorbilidades de los pacientes ingresados con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad en el Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, Enero 2019-Mayo 2021.....	16
TABLA N° 4 Distribución según síntomas presentados al momento del ingreso de los 144 pacientes ingresados con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad en el Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, Enero 2019-Mayo 2021.....	18
TABLA N° 5 Distribución según antibióticos indicados al momento del ingreso en los pacientes con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad en el Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, Enero 2019-Mayo 2021	19
TABLA N° 6 Distribución según tiempo de hospitalización en relación al antibiótico utilizado en los pacientes ingresados con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad en el Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, Enero 2019-Mayo 2021	20

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1 Distribución según el género de los pacientes ingresados con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad en el Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, Enero 2019-Mayo 2021	14
GRÁFICO N° 2 Distribución según el grupo etario de los pacientes ingresados con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad en el Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, Enero 2019-Mayo 2021 ..	15
GRÁFICO N° 3 Distribución según comorbilidades de los pacientes ingresados con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad en el Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, Enero 2019-Mayo 2021...	17
GRÁFICO N° 4 Distribución según síntomas presentados al momento del ingreso de los 144 pacientes ingresados con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad en el Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, Enero 2019-Mayo 2021	18
GRÁFICO N° 5 Distribución según antibióticos indicados al momento del ingreso en los pacientes con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad en el Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, Enero 2019-Mayo 2021	19
GRÁFICO N° 6 Distribución según tiempo de hospitalización en relación al antibiótico utilizado en los pacientes ingresados con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad en el Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, Enero 2019-Mayo 2021	21

INTRODUCCIÓN

La neumonía es una infección del parénquima pulmonar. A pesar de ser una causa de morbilidad y mortalidad importante, a menudo se diagnostica con imprecisión, se trata de modo equivocado y se subestima. Históricamente, se clasificó como adquirida en la comunidad (CAP, *community-acquired pneumonia*), adquirida en el hospital (HAP, *hospital-acquired pneumonia*) o relacionada con un ventilador (VAP, *ventilator-associated pneumonia*). Recién se introdujo una cuarta categoría: la neumonía asociada con los cuidados para la salud (HCAP, *health care associated pneumonia*); esta categoría estaba destinada a abarcar aquellos casos de CAP que fueron causados por patógenos resistentes a múltiples fármacos (MDR, *multidrug-resistant*) por lo general asociados con HAP.⁽¹⁾

De acuerdo con informes de la Organización Mundial de la Salud, a nivel global las IVRB en el año 2008 ocasionaron la muerte a 3.46 millones de personas, lo que corresponde al 6.1% del total de muertes para ese año, colocándola en el tercer lugar como causa de muerte después de la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular. Las cifras para ese mismo rubro en los países de medianos recursos fueron 2.07 millones de muertes, que correspondió al 5.4% del total de muertes, colocándola en el cuarto lugar.⁽²⁾

La tasa global de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) varía de 8 a 15 por 1,000 personas por año. En general, hay una variación estacional, con mayor ocurrencia de casos durante los meses de invierno, y es más frecuente en hombres que en mujeres; asimismo, los niños y los adultos mayores padecen esta enfermedad de forma desproporcionada.⁽³⁾

La incidencia de neumonía en el mundo varía por país, sexo y edad, lo que afecta en los registros relacionados a la epidemiología, etiología, morbilidad, mortalidad, tasa de resistencia a antibióticos y costo económico de la enfermedad. La edad es un determinante importante de la frecuencia de neumonía, como lo demuestra la frecuencia elevada en los menores de 2 años y a partir de los 50 años, aunque la proporción varía dependiendo del país. ⁽⁴⁾

En 2019 fueron responsables de un total de 278.700 fallecimientos en Estados Unidos y 191.400 en Japón, los dos países de la OCDE más afectados por este tipo de enfermedades. Asimismo, estos dos países se encontraban en los primeros puestos de los rankings de defunciones por diversas enfermedades respiratorias como neumonía, gripe, asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).⁽⁵⁾

La carga de la muerte por neumonías en Venezuela es mayoritariamente de los adultos, 8 de cada 10 neumonías, y el 54 % se atribuye a los mayores de 65 años, y ocupando las principales casillas de muerte de los adultos y la tercera edad, los hallazgos son compatibles con la experiencia en otros países. La alta mortalidad en los pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes nos indica que el comportamiento es similar al que ocurre en otros países como Chile, EE.UU, Cuba, Canadá y Colombia. ⁽⁶⁾⁽⁷⁾

El desarrollo de la neumonía depende fundamentalmente de la interacción entre las enfermedades de base de los pacientes, su estado inmunitario-nutricional y el medio en el que se encuentren. En diversos estudios se ha encontrado que la edad en sí no tiene un peso significativo una vez se corrigen estos factores, especialmente la comorbilidad. ⁽⁸⁾

El agente causal más frecuente es *S. pneumoniae*, seguido de *H. influenzae*. La proporción de casos de neumonía comunitaria en ancianos cuya etiología

se debe a bacilos gram negativos y bacterias atípicas (L. pneumophila, M. pneumoniae y C. burnetti) es baja, en general menos de un 5% para los primeros y un 1% para los segundos.⁽⁹⁾

Aquellas personas con cuadros de neumonía a repetición, tienen una mortalidad más elevada a largo plazo en comparación con aquellas personas que no presentan cuadros repetitivos de dicha patología.

El mal pronóstico de los pacientes con cuadro de neumonía dependerá de la presentación clínica y la edad del paciente.

Dentro de estos factores de predicción de mal pronóstico tenemos los siguiente:

- Afectación de 3 o más lóbulos
- Mala situación funcional basal
- Frecuencia respiratoria >30resp/min
- Shock
- Presentación sin fiebre
- Sospecha de aspiración
- Hipoxemia grave
- Alteración del estado mental
- Leucocitosis >14.900
- Rápida extensión radiológica
- Inmunodepresión
- Insuficiencia renal aguda
- Puntuación APACHE II >22
- Proteína C reactiva >100
- Hipoalbuminemia

- Disfagia
- Descompensación de/o enfermedad aguda extrapulmonar
- Retraso en el inicio del tratamiento >8 horas desde el diagnóstico

A su vez, contamos con la escala CURB-65, avalado por la British Thoracic Society, la cual es una escala de predicción de mortalidad en pacientes con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad, la cual evalúa el estado mental, los niveles de urea, frecuencia respiratoria, presión arterial y la edad, dando así, una puntuación de 1 punto a cada uno de estos factores.

Una vez tenemos la sumatoria de todos estos factores, se califica de la siguiente manera:

- 0 puntos: bajo riesgo, tratamiento ambulatorio (mortalidad 0,6%)
- 1 punto: bajo riesgo, tratamiento ambulatorio (mortalidad 2,7%)
- 2 puntos: riesgo intermedio, hospitalización de corta estancia o tratamiento con supervisión estricta (mortalidad 6,8)
- 3 puntos: neumonía grave, amerita hospitalización (mortalidad 14%)
- 4 puntos: neumonía muy grave, amerita hospitalización con alta probabilidad de ingreso en UCI (mortalidad 27,8%)
- 5 puntos: neumonía severa, amerita ingreso en UCI (mortalidad 57%)

Aunque el envejecimiento del sistema inmunológico ha sido objetivo de numerosos artículos, no existen estudios que demuestren una correlación significativa entre el envejecimiento inmunológico y una mayor incidencia o mortalidad de la neumonía. A pesar de ello, no se ha objetivado un aumento de incidencia de infecciones tradicionalmente asociadas a alteraciones en la inmunidad celular, como *P. carinii*, *Nocardia* o *Cytomegalovirus*.

El tratamiento antimicrobiano en pacientes con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad se establece principalmente de forma empírica,

tras valorar la sintomatología del paciente, la presentación clínica, el medio en el que se desenvuelve y el microorganismo más frecuente en dicha área.

La antibioticoterapia debe iniciarse de forma temprana, 8 horas antes desde el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad, para así, reducir la mortalidad y la estancia hospitalaria.

El tratamiento antimicrobiano será empírico principalmente dentro de las primeras horas de hospitalización, y se intentaran cubrir aquellos agentes causales de mayor prevalencia, una vez identificado el agente causal mediante pruebas específicas de laboratorio, el tratamiento será específico según agente causal de la neumonía comunitaria.

Streptococcus pneumoniae: Moxifloxacina 400 mg/día oral o iv o Gatifloxacina 400 mg/día oral, Amoxicilina 750-1.000 mg cada 8 h oral, Eritromicina 500 mg cada 6 h oral o iv, Claritromicina 500 mg cada 12 h oral, Cefuroxima 500 mg cada 12 h oral o 750 mg cada 8 h iv, Ceftriaxona 1-2 g/día iv o Cefotaxima 1 g cada 8 h iv. Duración del tratamiento: 7-10 días.

Mycoplasma pneumoniae y *Chlamydia pneumoniae*: Eritromicina 500 mg cada 6 h oral o iv, Claritromicina 500 mg cada 12 h oral, Tetraciclina 500 mg cada 6 h oral, Azitromicina 500mg/día oral. Duración del tratamiento: 14 días (excepto con Azitromicina que se recomiendan 5 días).

Legionella saprófita: Claritromicina 500 mg cada 12 h oral, Levofloxacina 500 mg cada 12 h oral o 1.000 mg/día iv, Moxifloxacina 400 mg/día oral o iv o Gatifloxacina 400 mg/día oral, asociado a Rifampicina 600 mg cada 12 h oral. Duración del tratamiento: 14-21 días.

H. influenzae no productor de betalactamasa: Amoxicilina 750-1.000 mg cada 8 h oral. *H. influenzae* productor de betalactamasa: Amoxicilina-ácido clavulánico 500/125 mg cada 8 h o 875/125 mg cada 12 h oral, Cefuroxima

750 mg cada 8 h iv o 500 mg cada 12 h oral, Ceftriaxona 1-2 g/día iv o Cefotaxima 1 g cada 8 h iv. Duración del tratamiento: 10-14 días.

Bacilos Gram negativos entéricos: Cefotaxima 1-2 g cada 8 h iv o Ceftriaxona 1-2 g/día iv. Duración del tratamiento: 14-21 días.

Pseudomonas aeruginosa: Ceftazidima 2 g cada 8 h iv o Piperacilina/Tazobactam 4,5 g cada 8 h iv, asociado a Ciprofloxacina 500-750 mg cada 12 h oral o iv. Duración del tratamiento: 14-21 días.

Staphylococcus aureus meticilino sensible: Cloxacilina 500-1.000 mg cada 6 h oral o iv.

Staphylococcus aureus meticilino resistente: Vancomicina 1 g cada 12 h iv. Duración del tratamiento: 14-21 días. ⁽¹⁰⁾

Para decidir el cambio de antibioticoterapia endovenosa a via oral, se deben tener en cuenta los siguientes criterios de estabilidad:

- Frecuencia cardiaca <100 lat/min
- Presión arterial sistólica > de 90 mmHg
- Frecuencia respiratoria < 24 resp/min
- Temperatura corporal <38°C
- Ausencia de alteraciones del estado neurológico
- Tubo digestivo sin alteraciones y capaz de ingerir antibióticos vía oral
- SaO₂ > del 90%
- Comorbilidades compensadas
- Ausencia de factores psicosociales que contraindiquen el manejo ambulatorio. ⁽¹¹⁾

En el diagnóstico diferencial hay que incluir a la tuberculosis, embolia pulmonar, insuficiencia cardíaca, atelectasia pulmonar, daño pulmonar por fármacos y radioterapia, neumonitis por hipersensibilidad, sarcoidosis, neumonía eosinofílica, neoplasias, bronquitis aguda, exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, exacerbación del asma, pleuritis, edema pulmonar. Los hallazgos radiológicos son inespecíficos, por tanto, el diagnóstico de la neumonía adquirida en la comunidad debe estar sustentado por un cuadro clínico compatible y la exclusión de otras patologías con imágenes radiológicas similares. ⁽¹²⁾

Para facilitar el manejo de los factores pronósticos en neumonía, es conveniente agruparlos en distintas categorías:

- variables sociodemográficas (edad, lugar de procedencia, factores sociales)
- historia clínica (presencia de comorbilidad, estado mental alterado, fiebre, tos, disnea, escalofríos, dolor torácico)
- Examen físico (hipotensión arterial, taquipnea, hipotermia, hipertermia, confusión mental)
- Radiografía de tórax (infiltrados radiográficos multilobares o bilaterales, presencia de cavitación o efusión pleural)
- Exámenes de laboratorio (hipoxemia, hipercapnia, nitrógeno ureico elevado, anemia, leucopenia, leucocitosis, glicemia elevada)
- Microbiológicos (hemocultivos positivos, infección pulmonar por bacilos gramnegativos entéricos o *S. aureus*) ⁽¹³⁾

Edad: varios estudios han demostrado la asociación entre la edad avanzada y el riesgo de muerte en el hospital.

Comorbilidad: la presencia de cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad cerebrovascular con secuela motora o deterioro psicoorgánico severo, diabetes mellitus, enfermedad respiratoria crónica (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, bronquiectasias), cáncer, insuficiencia renal crónica, alcoholismo y enfermedad hepática crónica son factores predictores de mortalidad en neumonía del adulto.

Frecuencia respiratoria: sin considerar la edad del enfermo, la presencia de taquipnea constituye uno de los indicadores más confiables de gravedad de la neumonía en los análisis univariados y multivariados.

Estado mental: el estado mental alterado ha sido identificado como un factor de riesgo independiente de muerte en varios estudios. A pesar de esto, el compromiso de conciencia cuantitativo y/o cualitativo constituye un excelente predictor pronóstico en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad.

Presión arterial: la hipotensión arterial sistólica < 90 mmHg o diastólica < 60 mmHg y la presencia de shock séptico en la admisión al hospital constituyen factores independientes de mal pronóstico en el análisis multivariado de varios estudios.

Oxigenación: la hipoxemia y la administración de oxígeno con una FiO_2 mayor de 0,5 para mantener una adecuada oxigenación tisular son indicadores de mal pronóstico. La insuficiencia respiratoria aguda grave y la necesidad de ventilación mecánica en la admisión a la unidad de cuidados intensivos o durante la evolución también son factores predictores de mortalidad.

Radiografía de tórax: los infiltrados radiográficos bilaterales, el compromiso de más de dos lóbulos pulmonares, la presencia de cavitación y derrame pleural constituyen factores de mal pronóstico. En el hospital y la unidad de

cuidados intensivos, la rápida progresión de los infiltrados radiográficos está asociada a mayor riesgo de complicaciones y muerte.

Leucocitos/Leucopenia: la presencia de leucopenia (menos de 4.000 leucocitos/mm³) o leucocitosis (mayor de 20.000 leucocitos/mm³) en la admisión al hospital se han asociado a mortalidad elevada en el análisis univariado.

Función renal: el nitrógeno ureico elevado en la admisión al hospital ha sido descrito como un factor de mal pronóstico en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad en los análisis univariados y multivariados, probablemente reflejando el deterioro de la perfusión tisular.

Microbiología: la neumonía bacteriémica con hemocultivos positivos tiene dos a tres veces mayor riesgo de muerte. La neumonía ocasionada por bacilos gramnegativos entéricos, *Staphylococcus aureus* y *Pseudomonas aeruginosa* suelen tener complicaciones durante la evolución y mayor letalidad. La infección pulmonar por *Legionella saprofítica*, es causa frecuente de neumonía grave y hospitalización en la unidad de cuidados intensivos.⁽¹³⁾

Debido a lo descrito anteriormente, se decide realizar un trabajo de investigación con la finalidad de determinar la incidencia de pacientes con diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad, en el servicio de medicina interna del hospital universitario “Antonio Patricio De Alcalá”, y así poder evidenciar la evolución de estos pacientes teniendo en cuenta el tratamiento médico indicado, días de hospitalización, comorbilidades y complicaciones durante su hospitalización. Conocer el adecuado manejo de estos pacientes es importante para brindar un tratamiento oportuno, eficaz,

disminuir el riesgo de complicaciones, los días de hospitalización y así mejorar la forma en la cual se manejan estos pacientes.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia de pacientes con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad en el servicio de Medicina Interna desde enero 2019 hasta mayo 2021.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Establecer las características demográficas de la población en estudio: genero, grupo etario, tiempo de hospitalización
2. Identificar las comorbilidades asociadas
3. Mencionar los antibióticos utilizados
4. Determinar el tiempo de hospitalización
- 5.

MARCO METODOLOGICO

Tipo y diseño de la investigación:

Se realizó un estudio tipo epidemiológico, prospectivo, de corte transversal donde se incluyeron 144 pacientes de ambos géneros, con edades comprendidas entre 18 y 92 años, con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad.

Área de estudio:

Servicio de Medicina Interna y observación de adultos del Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, todos los pacientes ingresados con diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad desde Enero 2019 hasta Mayo 2021.

Población y Muestra:

La misma se encuentra constituida por 144 pacientes con diagnóstico clínico de Neumonía Adquirida en la Comunidad desde Enero 2019 hasta marzo 2021.

Criterios de inclusión

-
- Pacientes mayores de 18 años
- Pacientes ingresados en el periodo sujeto al estudio
- Pacientes con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad

Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 18 años

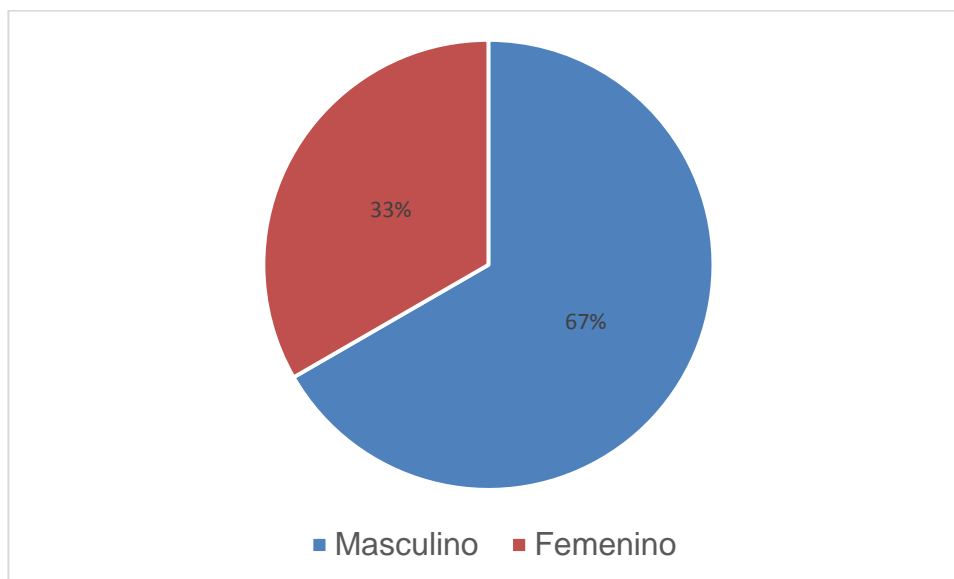
- Pacientes que no se encuentren en el periodo sujeto al estudio
- Pacientes con patologías respiratorias distintas a la mencionada en el estudio
- Pacientes con diagnóstico positivo para neumonía por SARS-CoV-2

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Tabla y Gráfico N° 1

Distribución según el género de los pacientes ingresados con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad en el Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, Enero 2019-Mayo 2021

Variable	Categoría	N	%
Sexo	Masculino	96	67%
	Femenino	48	33%
-	Total	144	100%

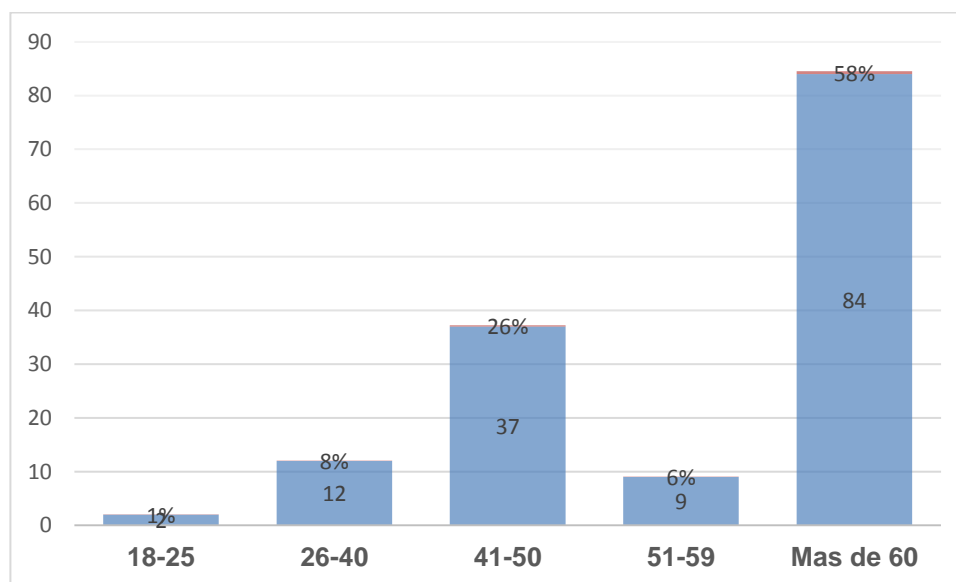


Fuente: Oficina de Registro Médico y Estadística del Hospital Antonio Patricio de Alcalá, Enero 2019-Mayo 2021

Tabla y Gráfico N° 2

Distribución según el grupo etario de los pacientes ingresados con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad en el Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, Enero 2019-Mayo 2021

Variable	Categoría	N	%
Grupo Etario	18-25 años	2	1%
	26-40 años	12	8%
	41-50 años	37	26%
	51-59 años	9	6%
	Más de 60 años	84	59%
	TOTAL	144	100%

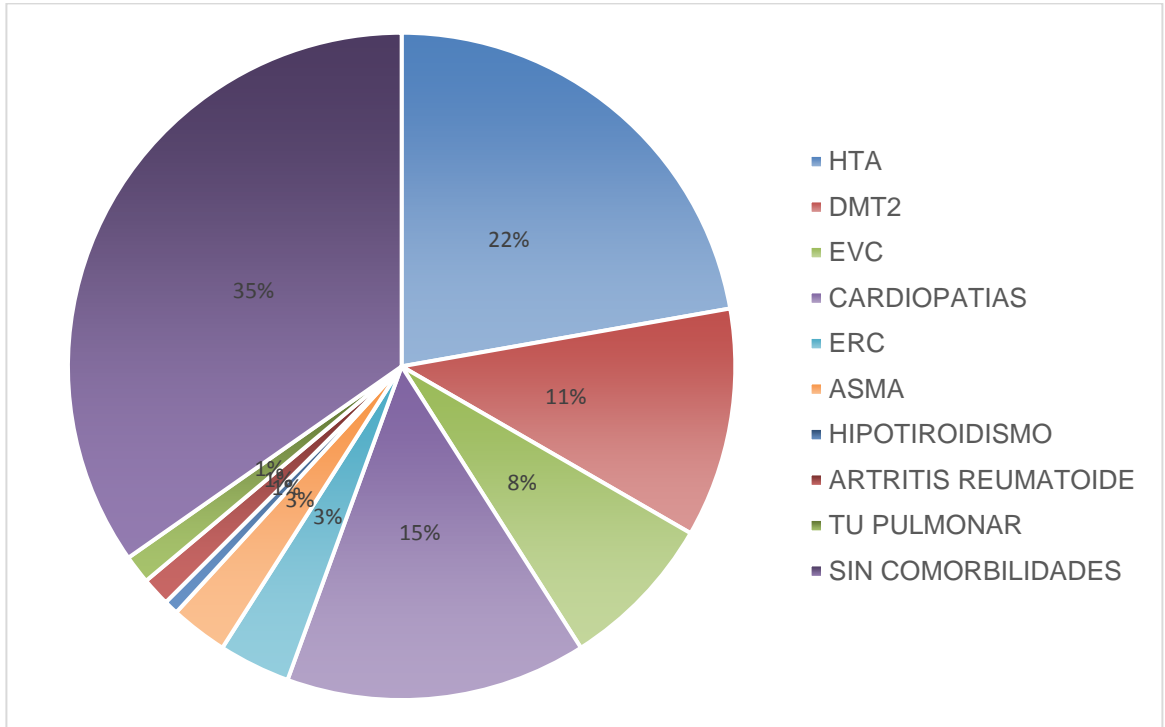


Fuente: Oficina de Registro Médico y Estadística del Hospital Antonio Patricio de Alcalá, Enero 2019-Mayo 2021

Tabla y Gráfico N° 3

Distribución según comorbilidades de los pacientes ingresados con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad en el Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, Enero 2019-Mayo 2021

Variable	Categoría	N	%
Comorbilidades	Hipertensión Arterial	32	22
	Diabetes Mellitus Tipo 2	16	11
	Evento Vascular Cerebral	11	8
	Cardiopatías	21	15
	Enfermedad Renal Crónica	5	3
	Asma	4	3
	Hipotiroidismo	1	1
	Artritis Reumatoide	2	1
	TU Pulmonar	2	1
	Sin Comorbilidades	50	35
	Total	144	100

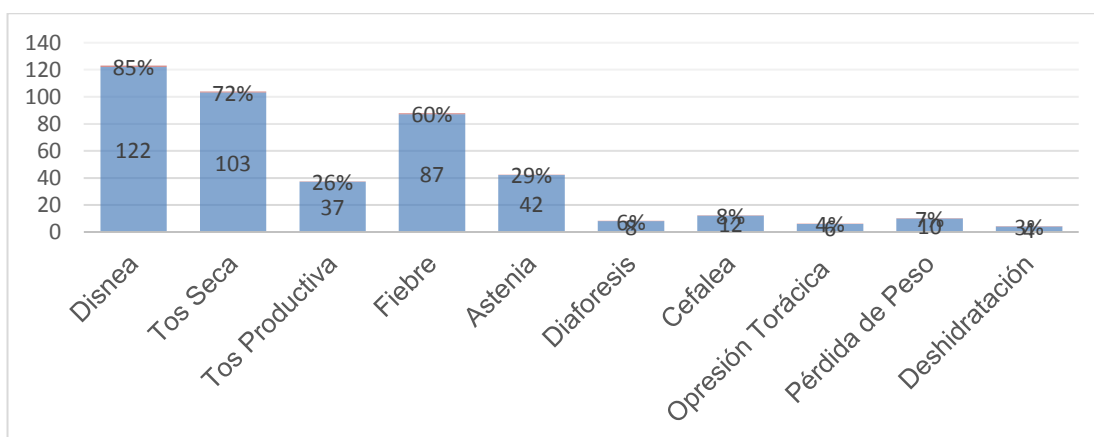


Fuente: Oficina de Registro Médico y Estadística del Hospital Antonio Patricio de Alcalá, Enero 2019-Mayo 2021

Tabla y Gráfico N° 4

Distribución según síntomas presentados al momento del ingreso de los 144 pacientes ingresados con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad en el Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, Enero 2019-Mayo 2021

Variable	Categoría	N	%
Síntomas	Disnea	122	85
	Tos Seca	103	72
	Tos Productiva	37	26
	Fiebre	87	60
	Astenia	42	29
	Diaforesis	8	6
	Cefalea	12	8
	Opresión Torácica	6	4
	Pérdida de peso	10	7
	Deshidratación	4	3

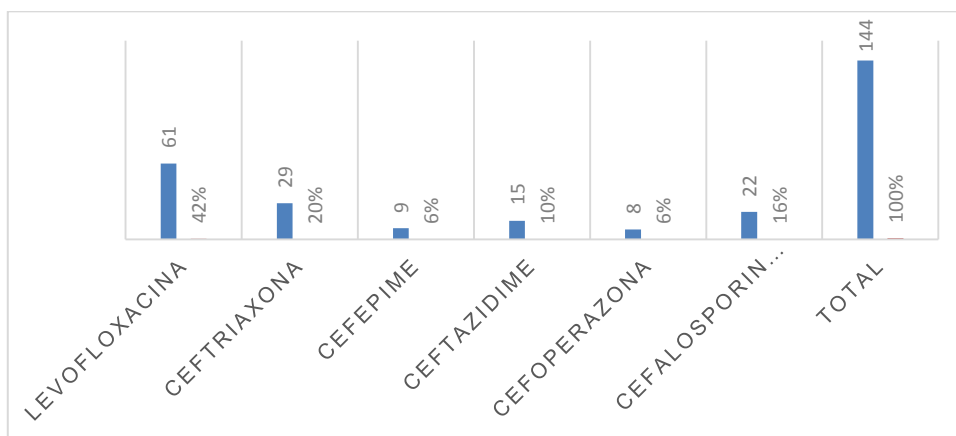


Fuente: Oficina de Registro Médico y Estadística del Hospital Antonio Patricio de Alcalá, Enero 2019-Mayo 2021

Tabla y Gráfico N° 5

Distribución según antibióticos indicados al momento del ingreso en los pacientes con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad en el Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, Enero 2019-Mayo 2021

Variable	Categoría	N	%
Antibióticos	Levofloxacina	61	42
	Ceftriaxona	29	20
	Cefepime	9	6
	Ceftazidima	15	10
	Cefoperazona	8	6
	Cefalosporina de 3era Generación + Azitromicina	22	16
	Total	144	100%

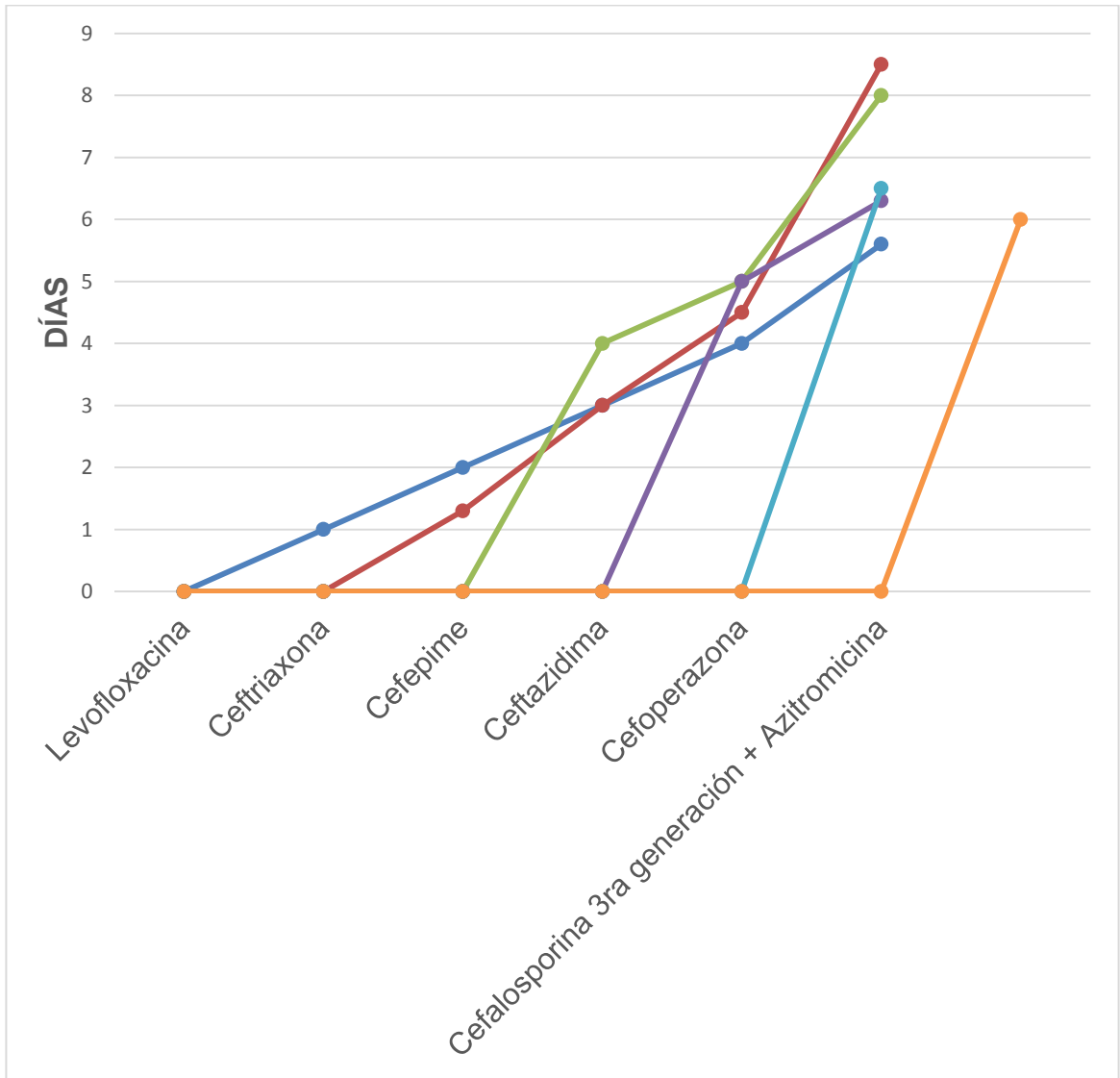


Fuente: Oficina de Registro Médico y Estadística del Hospital Antonio Patricio de Alcalá, Enero 2019-Mayo 2021

Tabla y Gráfico N° 6

Distribución según tiempo de hospitalización en relación al antibiótico utilizado en los pacientes ingresados con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad en el Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, Enero 2019-Mayo 2021

Variable	Antibiótico	Media de tiempo de hospitalización
Media de Hospitalización	Levofloxacina	5.6 días
	Ceftriaxona	8.5 días
	Cefepime	8 días
	Ceftazidima	6.3 días
	Cefoperazona	6.5 días
	Cefalosporina de 3era Generación + Azitromicina	6 días



Fuente: Oficina de Registro Médico y Estadística del Hospital Antonio Patricio de Alcalá, Enero 2019-Mayo 2021

ANALISIS DE RESULTADOS

Según las características demográficas de la población quedan descritas de la siguiente manera: en relación al género, 96 pacientes pertenecen al sexo masculino y 48 al sexo femenino (ver tabla N° 1), con respecto al grupo etario, se observó predominio entre los 60 años y más con 59%, seguido de 41-49 años con 26% (ver tabla N°2), la comorbilidad de mayor prevalencia en los pacientes sujetos al estudio fue la hipertensión arterial en 32 pacientes, seguida de las cardiopatías en 21 pacientes (ver tabla N°3), en cuanto a los síntomas presentados al momento del ingreso, los más frecuentes fueron la disnea en el 85% de los pacientes, seguido de tos seca en el 72% de los pacientes (ver tabla N°4), en cuanto al antibiótico utilizado, tenemos que la Levofloxacina fue utilizada en el 42% de los pacientes, seguido de la Ceftriaxona en el 20% de los pacientes (ver tabla N°5).

Al evaluar el tiempo de hospitalización en relación al antibiótico utilizado, destacó que la media de hospitalización con Levofloxacina fue de 5.6 días, seguido de la combinación de Cefalosporina de 3era generación + Azitromicina con una media de 6 días (ver tabla N°6).

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

1. Observamos en el gráfico #1 relacionado al género, el 67% de los pacientes ingresados en Enero 2019-Mayo 2021 correspondieron al sexo masculino con una relación 2:1 en relación al sexo femenino, dato similar obtenido en un estudio realizado por Stefanie Astudillo ⁽¹⁴⁾ en el “Hospital Vitarte” en 2016, en el distrito de Ate, Perú, en un período de estudio de 2 años, donde el 52% de los pacientes fueron hombres y el 48% mujeres.
2. En el segundo gráfico relacionado con el grupo etario, se obtuvo que el rango de edad con mayor prevalencia en aquellos pacientes ingresados con diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad fue en aquellos con más de 60 años (58%), dato similar obtenido en un estudio realizado por Stefanie Astudillo⁽¹⁴⁾ en el “Hospital Vitarte” en 2016, en el distrito de Ate, Perú, en un período de estudio de 2 años, donde el grupo etario mayormente afectado pertenecía a aquellos mayores de 65 años (74,7%).
3. En el gráfico #3, donde se nombran aquellas comorbilidades presentadas en los pacientes ingresados con diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad, observamos que, la comorbilidad de mayor frecuencia presentada es la Hipertensión Arterial (22%), seguida de las Cardiopatías (15%), y en tercer lugar la Diabetes Mellitus (11%), datos que guardan relación con el estudio realizado por De Roux y colaboradores⁽¹⁵⁾, y Marrie⁽¹⁶⁾, donde las patologías de mayor prevalencia fueron las Cardiopatías y la Diabetes Mellitus.
4. En el gráfico #4, destaca la sintomatología presentada por los 144 pacientes al momento del ingreso en el área hospitalaria, observándose que los síntomas principales observados al momento del de su ingreso fueron la disnea presentada en 122 pacientes , 103 presentaron tos seca y 87 fiebre, dichos resultados guardan concordancia con un estudio realizado en el “Hospital San José De Chica”, en el año 2016, Perú⁽¹⁷⁾, en

donde el síntoma mayormente presentado fue la disnea en el 88.24% de los pacientes, fiebre en el 82.35% de los pacientes, y en 3er lugar, la tos en 79.41% de los pacientes.

5. En el gráfico #5 se pudo observar la tendencia en cuanto al antibiótico utilizado según disponibilidad en la institución al momento del ingreso de los pacientes, observándose que en primer lugar según indicación al momento del ingreso tenemos la levofloxacin con 42%, en segundo lugar, ceftriaxona con 20% y, en tercer lugar, la combinación de cefalosporina de 3era generación + azitromicina con 16%.
6. Se evidenció en el gráfico #6 que el tiempo de hospitalización según el antibiótico utilizado en los pacientes al momento del ingreso, varió en los diferentes grupos, donde el menor tiempo hospitalización logró observarse en aquellos que recibieron levofloxacin con una media de 5,6 días, en segundo lugar, aquellos que recibieron cefalosporina de 3era generación + Azitromicina con una media de 6 días, y en tercer lugar aquellos que recibieron Ceftazidima con una media de 6,3 días.

CONCLUSIONES

1. El sexo predominante fue el sexo masculino con una relación 2:1.
2. El grupo etario mayormente afectado fueron aquellos mayores de 60 años en un 59%.
3. Las comorbilidades de mayor prevalencia en aquellos pacientes ingresados con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad fueron la hipertensión arterial, las cardiopatías y la diabetes mellitus.
4. La sintomatología de mayor prevalencia en los pacientes al momento del ingreso fueron la disnea, la tos seca y la fiebre.
5. El antibiótico más indicado al momento del ingreso fue la levofloxacina, seguido la ceftriaxona, y, por último, la combinación de una cefalosporina de 3era generación + azitromicina.
6. El menor tiempo de hospitalización fue observado en aquel grupo de pacientes los cuales recibieron levofloxacina, en segundo lugar, aquellos que recibieron una cefalosporina de 3era generación en combinación con azitromicina, y en 3 lugar aquellos que recibieron ceftazidima.

RECOMENDACIONES

- ✓ Definir en nuestro medio un protocolo para la estratificación de riesgo al momento del ingreso de los pacientes con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad, y así, tomar conducta de forma rápida y eficaz, para disminuir el riesgo de complicaciones y la estancia hospitalaria.
- ✓ Realizar estudios analíticos para identificar factores asociados en la demora al momento de indicar y administrar el tratamiento adecuado, con el objetivo de disminuir la instancia hospitalaria en los pacientes ingresados en el área de observación y el servicio de Medicina Interna, con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad.
- ✓ Presentar a las autoridades competentes los resultados de este y otros trabajos realizados, que sustenten la relación directa que guardan la alta estancia hospitalaria, en relación a la reducida disponibilidad de antibióticos, la falta de insumos y equipos necesarios, con el pobre resultado que estamos teniendo con este grupo de pacientes, y así, realizar una mejor planificación y logística de insumos destinados al Servicio de Medicina Interna.
- ✓ Promover la creación de un programa de patologías respiratorias, para así, tener un mejor control y seguimientos de dichos pacientes.
- ✓ Promover el cumplimiento de asistencia a consultas para seguimiento de patologías respiratorias, para así, disminuir la cantidad de pacientes hospitalizados, prevenir complicaciones y disminuir la morbilidad en las áreas de hospitalización.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Mandell LA, Wunderink RG. Neumonía. In: Jameson J, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J. eds. *Harrison. Principios de Medicina Interna, 20e*. McGraw Hill; 2018.
- 2) World Health Organization. 2014. The 10 leading causes of death in the world, 2012. Fact sheet No. 310. Updated May 2014. Access date: August 14, 2012. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index.html>.
- 3) Welte T, Köhnlein T. Global and local epidemiology of community-acquired pneumonia: the experience of the CAPNETZ Network. *Semin Respir Crit Care Med* 2009;30(2):127-135. doi: 10.1055/s-0029-1202941.
- 4) Jokinen C, Heiskanen L, Juvonen H, et al. Incidencia of community-acquired pneumonia in the population of four municipalities in Eastern Finland. *Am J Epidemiol* 1993;137(3):977-988
- 5) <https://es.statista.com/estadisticas/589493/numero-de-muertes-por-neumonia-en-determinados-paises-de-la-ocde/>
- 6) Dinstrans K, Andrade L, Sánchez E, Mendoza J. Neumonía adquirida en la comunidad en adultos en el curso de la campaña de invierno 2003 en el Hospital San Juan de Dios 23. *Rev Chil Enf Respir.* 2005;21:15-22.
- 7) Agudelo C, Díaz P, Sanabria O, Ovalle M, Moreno J, Castañeda E, et al. Vigilancia por el laboratorio de *Streptococcus pneumoniae* aislado de procesos invasores en población mayor de 5 años, 1998-2001. Instituto Nacional de Salud Colombiano. Informe Quincenal Epidemiológico Nacional 2002;7(12):177-192
- 8) Riquelme R, Torres A, el-Elbiary M, Mensa J, Estruch R, Ruiz M, Angrill J, Soler N. Community-acquired pneumonia in the elderly: A multivariate analysis of risk and prognostic factors. *Am J Respir Crit Care Med* 1996;154: 1450-5.

- 9) Fernández-Sabé N, Carratalá J, Rosón B, Dorca J, Verdaguer R, Manresa F, Gudiol F. Community-acquired pneumonia in very elderly patients. Causative organisms, clinical characteristics and outcomes. *Medicine* 2003; 82: 159-69.
- 10) Saldías P, F., Pérez C., C. (2011). Manejo de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad. *Rev Méd Chile*; 133: 953-967. Obtenido de <http://scielo-test.scielo.cl/pdf/rmc/v133n8/art13.pdf>.
- 11) Díaz F., A., Labarca L., J., Pérez C., C., Ruiz C., M., y Wolff R., M. (2010). Tratamiento de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071773482005000200008&sc=ript=sci_arttext&tlng=en
- 12) Dr. ALISTE, C., V.H. (2010). Neumonía del adulto adquirida en la comunidad. Obtenido de http://www.clinicalascondes.com/area academica/pdf/MED_18_2/3-neumonia_del_adulto.pdf.
- 13) Saldías, P.F., y Pavié, G.J. (2013). Evaluación de la gravedad en la neumonía del adulto adquirida en la comunidad. *Rev. chil. Infectol.* Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071610182005000400006&sc=ript=sci_arttext
- 14) ASTUDILLO RUNIN S. Prevalencia de Neumonía Adquirida en la Comunidad en el “Hospital Vitarte” en el periodo Julio 2013- Julio 2015
- 15) de Roux A, Marcos MA, Garcia E, Mensa J, Ewig S, Lode H, Torres A. Viral community-acquired pneumonia in non immunocompromised adults. *Chest*. 2004; 125:1343-51.
- 16) Marrie TJ. Community-acquired pneumonia in the elderly. *Clin Infect Dis* 2000; 31: 1066-78.
- 17) M.C. Alipio. Características sociodemográficas en pacientes geriátricos con neumonía adquirida en la comunidad, atendidos en

el "HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA". JULIO – DICIEMBRE
2016, Pag 29.

APÉNDICES

APÉNDICE N° 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
N° DE HISTORIA	
EDAD	
SEXO	
FECHA DE INGRESO	
TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN	
ANTIBIÓTICOS UTILIZADOS	
LEVOFLOXACINA	
CEFTRIAXONA	
CEFEPIME	
CEFTAZIDIMA	
CEFOPERAZONA	
CEFALOSPORINA DE 3ERA GENERACION + AZITROMICINA	
COMORBILIDADES	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	
DIABETES MELLITUS	
CARDIOPATÍAS	
ASMA	
EVENTO VASCULO CEREBRAL	
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	
HIPOTIROIDISMO	
ARTRITIS REUMATOIDE	
TU PULMONAR	
SIN COMORBILIDADES	

SÍNTOMAS	
DISNEA	
TOS SECA	
TOS PRODUCTIVA	
FIEBRE	
CEFALEA	
ASTENIA	
DIAFORESIS	
OPRESIÓN TORÁCICA	
DESHIDRATACIÓN	
PERDIDA DE PESO	

APÉNDICE N° 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

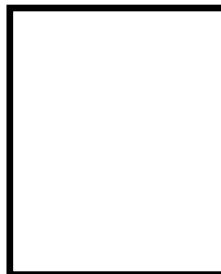
Yo _____, titular de la cédula de identidad _____, residenciado(a) _____, declaro que he sido informado(a) del estudio que llevará a cabo el Dr. JOSÉ CARLOS RODRÍGUEZ PENOTT, C.I: 21.095.370 y asesorado por el Dr. JORGE ADALBERTO ROMERO OJEDA, C.I: 8.696.853, sobre **INCIDENCIA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ**, con la finalidad de conocer la utilidad y la aplicación de dichos resultados en dicha patología.

Cumaná, ___ días del mes del ____ año 20__

Teléfono: _____

Firma: -----

Huella dactilar pulgar derecho



METADATOS

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

Título	INCIDENCIA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ
Subtítulo	

Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código CVLAC / e-mail	
RODRÍGUEZ PENOTT JOSÉ CARLOS	CVLAC	21.095.370
	e-mail	JCRPENOTT92@GMAIL.COM
	e-mail	
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	

Palabras o frases claves:

Especialistas, formación, capacitación, reglamento, postgrado.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

Líneas y sublíneas de investigación:

Área	Sub área
Medicina	Medicina Interna

Resumen (abstracto):

Introducción: La neumonía es una infección del parénquima pulmonar. A pesar de ser una causa de morbilidad y mortalidad importante, a menudo se diagnostica con imprecisión, se trata de modo equivocado y se subestima.

Objetivo: Determinar la incidencia de pacientes con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad en el servicio de Medicina Interna desde enero 2019 hasta mayo 2021.

Métodos: Se realizó un estudio tipo epidemiológico, prospectivo, de corte transversal donde se incluyeron 144 pacientes de ambos géneros, con edades comprendidas entre 18 y 92 años, con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad.

Resultados: el 67% de los pacientes ingresados en Enero 2019-Mayo 2021 correspondieron al sexo masculino con una relación 2:1 en relación al sexo femenino. El rango de edad con mayor prevalencia en aquellos pacientes ingresados con diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad fue en aquellos con más de 60 años (58%). La comorbilidad de mayor frecuencia presentada es la Hipertensión Arterial (22%), seguida de las Cardiopatías (15%), y en tercer lugar la Diabetes Mellitus (11%). los síntomas principales observados al momento del de su ingreso fueron la disnea presentada en 122 pacientes , 103 presentaron tos seca y 87 fiebre.

Conclusión: El diagnóstico y tratamiento de la neumonía requiere de práctica, experiencia y conocimientos, además de la buena realización del examen físico y el interrogatorio, la interpretación de los exámenes de laboratorios y estudios imagenológicos son una herramienta principal para el diagnóstico de la misma y la elección del tratamiento oportuno, adecuado y eficaz.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/6

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código CVLAC / e-mail	
ROMERO OJEDA JORGE ADALBERTO	ROL	C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>
	CVLAC	8.696.853
	e-mail	jorgecapino@gmail.com
	e-mail	
	ROL	C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> J <input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	
	ROL	C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> J <input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	

Fecha de discusión y aprobación:

Año	Mes	Día
2022	03	29

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6

Archivo(s):

Nombre de archivo	Tipo MIME
P.G. Rodríguez P, José C.	Application/word

Alcance:

Espacial: _____ (Opcional)

Temporal: _____ (Opcional)

Título o Grado asociado con el trabajo:

Medicina Interna

Nivel Asociado con el Trabajo: Especialización

Área de Estudio: Medicina, Postgrado Medicina Interna

Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado: Universidad de
Oriente

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CU N° 0975

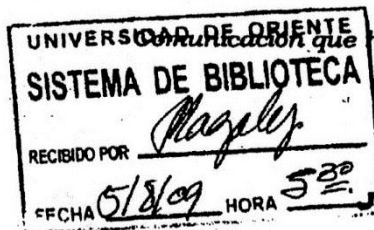
Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Letdo el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.



Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

JUAN A. BOLAÑOS CUMPELO
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/maruja

Apartado Correos 094 / Telfs: 4008042 - 4008044 / 8008045 Telefax: 4008043 / Cumaná - Venezuela

Artículo 41 del REGLAMENTO DE TRABAJO DE PREGRADO (vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009) : “los Trabajos de Grado son de la exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente, y sólo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien deberá participarlo previamente al Consejo Universitario para su autorización”.



JOSÉ RODRÍGUEZ

AUTOR



JORGE ROMERO

ASESOR