Artículo Original

Perfil clínico, epidemiológico y radiológico de la neumonía en el adulto mayor. Servicio de Geriatría del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, Julio 2010-Julio 2011.

Clinical, epidemiological and radiological of pneumonia in the elderly. Service Geriatric Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, July 2010-July 2011.

Romero–Ramírez Laura Rosa[1,a], Merchol–Díaz María Ofelia[1,a], Zeña–Ramos, Katherine[1,a], Díaz–Vélez Cristian[1,2,b]

RESUMEN

Objetivo: *Describir el perfil clínico, epidemiológico y radiológico de la neumonía en el adulto mayor. Servicio de Geriatría del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, Julio 2010 – Julio 2011.* ***Material y Método:*** *Estudio descriptivo transversal, se evaluaron 56 historias clínicas de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de neumonía en el periodo Julio 2010 – Julio 2011.* ***Resultados:*** *población de pacientes mayormente de sexo femenino (73,2%) y un grupo etáreo de 86 a 90 años (41,1%), la mayoría con infrapeso (62,5%) y dependencia física (69,6%).La forma de atención principalmente fue como ingreso referido (55,4%) y lugar de ingreso por emergencia (78,6%). En el perfil clínico, la comorbilidad respiratoria más importante fue EPOC (26,79%) y la HTA (62,5%). La neumonía adquirida en la comunidad fue la más frecuente con 73% de los casos, siendo la forma severa la predominante (66,1%). Los signos y síntomas más frecuentes fueron fiebre (94,75%), tos (94,64%) y expectoración (83,93%). Radiológicamente, se muestra predominio del patrón alveolar y de extensión bilateral (ambos con 48,21%).* ***Conclusiones:*** *Los adultos mayores con neumonía son de mayor frecuencia de procedencia de Chiclayo, sexo femenino, 86 a 90 años, con infrapeso, dependencia física y no presentan vacunación contra Influenza ni contra Neumococo, referido por emergencia, comorbilidad respiratoria de EPOC y no respiratoria de hipertensión arterial. La fiebre, tos, expectoración fueron los signos y síntomas más frecuentes y radiológicamente predominio del patrón alveolar y extensión bilateral.*

Palabras Clave: *Neumonía, Adulto mayor, Clínica, Epidemiología, Radiología (**Fuente:** DeCS-BIREME).*

ABSTRACT

Objetive: To describe the clinical, radiological and epidemiological profile of pneumonia in the elderly. Service Almanzor Aguinaga Asenjo Geriatrics National Hospital, July 2010 - July 2011. **Material and Methods:** Descriptive study of 56 case histories elderly patients diagnosed with pneumonia was evaluated in the period July 2010 - July 2011. **Results:** patient population predominantly female (73.2 %) and age group 86-90 years (41.1%) , most of underweight (62.5 %) and physical dependence (69.6%) . the form of care was mainly referred as income (55.4%) and place of emergency admission (78.6 %). In the clinical profile, the most important respiratory comorbidity was COPD (26.79%) and hypertension (62.5 %). The community-acquired pneumonia was the most common with 73 % of cases, the severe form being the predominant (66.1%) . The most common signs and symptoms were fever (94.75 %), cough (94.64 %) and cough (83.93 %). Radiologically , prevalence of bilateral alveolar pattern and extension (both 48.21 %) is shown. **Conclusions:** Older adults with pneumonia are more frequent source of Chiclayo , female, 86 to 90 years , with underweight , physical dependence and have no vaccination against influenza and pneumococcus , referred by emergency respiratory comorbidity of COPD and non-respiratory of hypertension. Fever, cough, sputum were the most frequent signs and symptoms and radiological prevalence of bilateral alveolar pattern and extension.

Key Words: Pneumonia, Senior Adult, Clinical Epidemiology and Radiology (**Source:** MeSH-NLM).

INTRODUCCIÓN

Una de las características demográficas del siglo XXI es el envejecimiento poblacional, fenómeno se viene desarrollando en forma progresiva en los países desarrollados y en vías de desarrollo, siendo estos últimos en donde se está realizando con mayor velocidad. El proceso de envejecimiento

1. Universidad San Martín de Porres-Filial Norte. Chiclayo-Perú.
2. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Chiclayo-Perú.
a. Estudiante de Medicina.
b. Médico Epidemiólogo Clínico y Auditor Médico.

poblacional resulta de la mejora en las condiciones de salud de las personas, la disminución de la tasa de mortalidad general y el aumento de la esperanza de vida al nacer. De esta forma hay una mayor cantidad de adultos mayores, es así que en el periodo 1950-2000, mientras la población total del mundo creció cerca de 141%, la población de mayores de 60 años aumento aproximadamente en 218%, y los mayores de 80 lo hicieron en cerca de 385%[1].

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. En el Perú, la tercera edad se inicia a partir de los 65 años y a nivel nacional la población del adulto mayor es de 34,88% (INEI, 2010) y en Lambayeque 9,4% (2008)[5].

En el contexto de América Latina, el Perú se encuentra en pleno proceso de transición demográfica, donde el comportamiento de la tasa de fecundidad es moderada y la de mortalidad se califica como moderada-baja, similares características se presentan en países como Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Venezuela y República Dominicana[1]. En Sudamérica el 8% de la población es mayor de 65 años y en Perú se estima que en el año 2025 las personas adultas mayores llegarían a los 4 millones 429 mil, es decir, el 12,4% de la población total peruana y debido al crecimiento de este grupo poblacional, existe mayor demanda por su parte en los centros y establecimientos de salud, en la consulta externa, urgencias y emergencias hospitalarias[2].

En la Red Asistencial Lambayeque de EsSalud el 15,1% de los asegurados son adultos mayores y este grupo poblacional utilizó el 40,10% de todas las hospitalizaciones y el 36,76% de las consultas externas que se realizaron en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, en el año 2010 y asimismo, consume aproximadamente el 49% de los fármacos prescritos en la institución[3].

El proceso de envejecimiento condiciona a cambios anatómicos y fisiológicos, predisponiendo a estas personas a adquirir infecciones con más frecuencia. Dentro de estas enfermedades y en este grupo poblacional del adulto mayor, la neumonía representa la primera causa de mortalidad de origen infeccioso, la cuarta causa de muerte en general y una importante causa de morbilidad que cursan con periodos de convalecencia prolongados y frecuencias de ingreso hospitalario más elevadas, siendo así que el 70% de los ingresos por neumonía en adultos corresponde a mayores de 65 años y donde las tasas de hospitalización varían del 12 x 1000 en los adultos mayores de 75 años[4].

La neumonía tiene una incidencia que alcanza los 25-40 casos por cada 1000 habitantes/año, que es una cifra seis veces superior a la de la población general y que aumenta en las personas residentes en instituciones geriátricas de larga estancia (50-150 por cada 1.000 residentes/año), y más en varones que en mujeres[5].

Establecido el diagnóstico de neumonía, se debe evaluar si será manejado ambulatoriamente y hospitalización, por lo que se debe evaluar la severidad de la enfermedad. Según la Sociedad Americana del tórax los criterios para neumonía severa son necesidad de ventilación mecánica y presencia de shock séptico (mayores); presión sistólica < 90 mmHg, compromiso radiográfico multilobar y PaO2/FiO2 < 250 mmHg. (menores). Siendo necesario para su definición el cumplimiento de al menos un criterio mayor o de dos o más criterios menores[6].

Existen estudios que describen los factores de riesgo de mortalidad por neumonía, encontrándose que la edad mayor a 60 años, compromiso radiológico multilobar, alteración del estado mental, frecuencia respiratoria mayor de 30, neoplasia, azoemia, hipotensión[7], pudiéndose usar la clasificación de Fine de la Neumonía para medir el riesgo de mortalidad por neumonía a los 30 días, para ello se utilizan características del paciente como la edad, comorbilidad, la exploración física y las pruebas laboratoriales complementarias que se evalúan a través de puntaje, y posteriormente se estratifican según el riesgo y mortalidad[8].

La investigación fue realizada en adultos que es una proporción importante de la población y en ese contexto la neumonía tiene un papel importante, ya que constituye una de las principales entidades causante de morbilidad y mortalidad en el adulto mayor causando gran impacto en el individuo y en la sociedad a pesar de los avances en la terapéutica quizás debido a cambios periódicos en sus características como es su etiología, variabilidad epidemiológica y patrones de resistencia antibiótica, por lo que es importante determinar el perfil clínico, epidemiológico y radiológico de la neumonía en el adulto mayor en el servicio de geriatría del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo en el periodo Julio 2010 – Julio 2011.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño Metodológico: estudio descriptivo, transversal.
Población: fueron adultos mayores hospitalizados en el Hospital Nacional "Almanzor Aguinaga Asenjo", con el diagnóstico de neumonía entre julio 2010-julio 2011, cuyos datos se obtuvieron del Sistema de Gestión Hospitalaria mediante el código CIE-10 (J18) en la Oficina de Inteligencia Sanitaria del Hospital Nacional "Almanzor Aguinaga Asenjo" obteniéndose una lista con la cual se solicitó a Oficina de Admisión y Registros médicos, las historias clínicas para la confección de la lista en Excel 2010.
Criterios de selección

- **Criterios de inclusión:** pacientes hospitalizados en el servicio de geriatría.
- **Criterios de exclusión:** Historia clínica con datos incompletos, diagnóstico no determinado.

Técnicas de recolección de datos: d**escripción de los instrumento**
Se utilizó una ficha de recolección de datos previamente estructurada y codificada por los autores, tomando como base tres apartados: datos epidemiológicos, clínicos y radiológicos.
Dentro de los datos epidemiológicos están contenidos parte de la historia personal del paciente como: edad, sexo, procedencia y estado civil, también los aspectos antropométricos de peso y talla y la forma de ingreso hospitalaria, así mismo se encuentran en este apartado las inmunizaciones del paciente, sus hábitos nocivos (alcohol, tabaco y drogas), y sus comorbilidades.

En la parte clínica, se encuentra contenido el tipo de neumonía que presentó el paciente llámese a esta Neumonía adquirida en la Comunidad (NAC) o Neumonía Intrahospitalaria (NIH), así mismo están los Criterios de la Sociedad Americana de Tórax, y Criterios de FINE, estos últimos nos permiten evaluar la mortalidad a los 30 días.

Otros aspectos clínicos que se contemplan en la ficha de recolección de datos son: dificultad respiratoria, dolor torácico, tos, hemoptisis, y el tratamiento recibido.
Dentro del apartado de aspectos radiológicos hemos considerado los diversos patrones radiológicos de tórax que pueden ser ocasionados por un cuadro de neumonía como: patrón alveolar, intersticial, pleural y mixto.

Definición de Términos:

- **Dependencia física:** aquella situación en la cual una persona, por alguna causa, ya sea física, psíquica, mental, económica o cultural no puede valerse por sí misma en la vida, necesitando de los otros, es decir, el elevado grado de discapacidad y de disfuncionalidad que la persona presenta es de un grado tal que hace que sí o sí deba recurrir a la ayuda, intervención, auxilio y cuidado de parte de terceros.
- **Lugar de ingreso:** es el servicio hospitalario por donde fue atendido el paciente a su ingreso al hospital.
- **Forma de ingreso:** es la modalidad de su ingreso al hospital, como referido (por un centro de salud, hospital o consultorio particular) o no referido (acude como auto-referencia).
- **Transferencia durante la hospitalización:** es el traslado del paciente geriátrico con Neumonía a Unidad de Cuidados intermedios o Unidad de cuidados intensivos por agravamiento de la enfermedad.
- **Estancia hospitalaria:** tiempo transcurrido desde el momento de la hospitalización por diagnóstico de Neumonía en el paciente geriátrico hasta la resolución de la enfermedad con buena o mala respuesta del paciente.
- **Tipo de neumonía:** Es la clasificación de neumonía que presentó el paciente, pudiendo ser Neumonía Adquirida en la Comunidad (pacientes no hospitalizados en los siete días previos al diagnóstico o en aquellos hospitalizados con aparición de la neumonía durante las primeras 48 horas del ingreso) o Neumonía Intrahospitalaria (la que se presenta después de 48 horas de admisión).
- **Severidad de la Neumonía:** Es la severidad de la enfermedad basada en los criterios propuestos por la Sociedad Americana de Tórax, cumpliéndose al menos un criterio mayor (requerimiento de ventilación mecánica, requerimiento de vasopresores por más de 4 horas, creatinina sérica > 2 mg/dl o aumento > 2 mg/dl en pacientes con enfermedad renal previa, gasto urinario menor de 20 ml/h o menor de 80 ml en 4 horas, o insuficiencia renal que requiera diálisis, aumento del tamaño de los infiltrados en un 50% o más durante las primeras 48 horas después de la admisión) o dos criterios menores (frecuencia respiratoria > 30, falla respiratoria severa (pao2/fio2) < 250, compromiso radiológico de más de dos lóbulos, presión sistólica < 90 mmHg, presión diastólica menor de 60 mmHg, nitrógeno ureico > 7 mMol/l, alteración del estado mental)
- **Riesgo de Mortalidad a los 30 días:** Es el score de la calificación sobre riesgo de mortalidad por neumonía a los 30 días de haberla contraído. Se utilizan los criterios de Fine que evalúa cinco tipos de riesgos de acuerdo a edad, antecedentes hospitalarios, comorbilidad, examen físico (alteración de conciencia, presión arterial sistólica <90mmHg, pulso >125, frecuencia respiratoria >30, temperatura <35°C ó >40°C) y laboratorio (PH < 7,35, Úrea > 10,7 mMol / L, Sodio < 130 mEq / L, Glucosa < 13,9 mMol / L, Hematocrito < 30 % y PaO2 < 60mmHg).

Análisis estadístico: para el análisis descriptivo se realizará frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas y media, median y desviación estándar para las cuantitativas. Se realizará el SPSS versión 17.0.
Aspectos éticos: fue aprobado por el comité de investigación y de ética del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo y los datos recogidos de las historias clínicas se guardaron la confidencialidad de la información recolectada al usar codificación.

RESULTADOS

Tabla N°01: Características epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de Neumonía en el Servicio de Geriatría del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, julio 2010 - julio 2011.

Epidemiológicas	n	%
Sexo		
Femenino	41	73,2%
Masculino	15	26,8%
Edad		
60-65 años	2	3,57%
66-70 años	3	5,36%
71-75 años	2	3,57%
76-80 años	5	8,93%
81-85 años	17	30,36%
86-90 años	23	41,07%
>91 años	4	7,14%
IMC		
Infrapeso	35	62,50%
Normal	19	33,93%
Sobrepeso	2	3,57%
Estado Civil		
Casado	30	53,57%
Divorciado	1	1,79%
Soltero	1	1,79%
Viudo	24	42,86%
Vacunación		
Antigripal	17	30,36%
Anti-neumococica	3	5,36%
Ambas	5	8,93%
No tiene	31	55,36%
Hábitos nocivos		
Tabaco	5	8,93%
Alcohol	2	3,57%
Ambos	6	10,71%
Niega	43	76,79%

Se muestra un mayor porcentaje de pacientes del género femenino con el 73,2% del total en comparación con el masculino que representa el 26,8%.

El grupo etario con más representatividad de personas es tanto para los hombres como para mujeres el de la edad comprendida entre 86 a 90 años, siendo 15 los pacientes femeninos y 8 los masculinos. Sobre el estado civil, se muestra que el 53,57% de los pacientes son casados, el 42,86% son

viudos, 1,79% son solteros y el 1,79% son divorciados.

El índice de masa corporal muestra que del total de pacientes estudiados el 62,5% tienen infrapeso (IMC <23), el 33, 93% están dentro del rango normal para pacientes ancianos (IMC: 23–27) y el 3,57% tienen sobrepeso (IMC 27,1-29,9). No se registró ningún paciente adulto mayor con obesidad (IMC> 29,9)

Se muestra que el 69,6% de los pacientes tienen dependencia física, respecto a la ocupación el 92,9% son jubilados. En los datos obtenidos sobre la vacunación de los pacientes, se obtuvo que el 30,4% recibieron vacunación antigripal, el 5,4% la vacuna antineumocócica, el 8,9% ambas, siendo el 55,4% no recibieron ninguna.

Los resultados sobre la variable hábitos nocivos, muestran que el 8,9% consumían tabaco, el 3,6% alcohol, el 10,7% ambos y el 76,8% no refería ninguno de los dos así como negaba el uso de otras sustancias tóxicas.

Tabla Nº02: Características del proceso de atención de los pacientes con diagnóstico de Neumonía en el Servicio de Geriatría del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, julio 2010 - julio 2011

VARIABLE	Nº	%
Forma de Ingreso		
auto referido	25	44,6%
referido	31	55,4%
Lugar de ingreso		
emergencia	44	78,6%
consulta externa	12	21,4%
Transferencia durante la hospitalización		
UCI	4	7,1%
UCIN	0	0%
no se realizo	52	92,9%
Condición al egreso de la hospitalización (♦)		
recuperado	43	76,8%
fallecido	13	23,2%
Letalidad(*) según grupo de edad		
60 a 65 años	1	50%
66 a 70 años	0	-
71 a 75 años	0	-
76 a 80 años	1	20%
81 a 85 años	5	29%
86 a 90 años	4	17%
>90 años	2	50%
Letalidad según tipo de neumonía		
NAC	11	26%
NIH	2	14%
Tasa de mortalidad hospitalaria		
	13	1,8%
Tasa de morbilidad hospitalaria		
	56	7,9%

* Letalidad: nº fallecidos/nº total casos confirmados según grupo edad) x 100
♦ Egresos Hospitalarios en el periodo Junio 2010-Julio 2011: 701

Fuente: Oficina de Admisión y Archivo de Historias Clínicas del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Año 2011.

Tabla Nº03: Características clínicas de los pacientes con diagnóstico de Neumonía en el Servicio de Geriatría del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, julio 2010 - julio 2011.

Características clínicas	N	%
Comorbilidad Respiratoria		
Asma	8	14,29%
EPOC	15	26,79%
EPID	13	23,21%
Fibrosis respiratoria	11	19,64%
Comorbilidad no respiratoria		
HTA	35	62,5%
Diabetes Mellitus	11	19,64%
Accidente Cerebrovascular	10	17,86%
Insuficiencia Renal Crónica	2	3,57%
Neoplasia Maligna	9	16,07%
Tipo de Neumonía		
NAC	42	75%
NIH	14	25%
Severidad de neumonía		
Severa	37	66,1%
No severa	19	33,9%
Tratamiento		
Cefalosporinas	41	73,21%
Quinolonas	8	14,29%
Glucocorticoides	1	1,79%
Antihistamínicos	1	1,79%
Aines	1	1,79%
Mucolíticos	3	5,38%
Lincosamidas	10	17,89
Betaláctamicos	4	7,14%
Complementos	1	1,79%
Estancia hospitalaria (días)		
1 a 7	18	32,14%
8 a 14	25	44,65%
15 a 21	11	19,64%
22 a 28	1	1,79%
≥ 29	1	1,79%

Fuente: Oficina de Admisión y Archivo de Historias Clínicas del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

Los signos y síntomas más frecuentes fueron fiebre, dificulta respiratoria y tos en 71,4%, si se le sumaba dolor torácico (69,6%), expectoración (64,3%) y astenia (58,9%) respectivamente.

Los criterios Fine aplicados en la evaluación de pacientes por historias clínicas muestran que el 51,79% tienen riesgo IV, riesgo de mortalidad de 8,2% a los 30 días de hospitalización. El 30,36% tiene riesgo V, riesgo de mortalidad a los 30 días de hospitalización de 29,2%. El 16,07%, riesgo III, riesgo de 2,8% de mortalidad a los 30 días de hospitalización breve y finalmente el 1,79% con riesgo II, riesgo de mortalidad de 0,6% a los 30 días de probable tratamiento ambulatorio.

El patrón radiológico de tórax con mayor porcentaje fue el

alveolar con el 42,21%, seguido del patrón mixto (alveolar e intersticial) con el 23,21%. El menos frecuente fue el patrón pleural con el 7,14%.

La extensión del compromiso radiológico por Neumonía muestra que el 48,21% tuvieron un compromiso bilateral (ambos campos pulmonares), el 46,43%, compromiso unilateral (un campo pulmonar derecho o izquierdo) y el 5,36 muestra un patrón normal, sin muestras de lesión o compromiso radiológico por la Neumonía.

DISCUSIÓN

El género femenino fue el que se destacó frente al masculino en el total de pacientes atendidos, esto respalda los trabajos realizados en el Perú por Cercado-Vásquez VH., en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en Lima en el 2003[9], donde se encontró que el 50,4% fueron mujeres y el estudio de Silva-Amaya OH. en hospitales de Trujillo encontraron que el 54% eran mujeres[10]. Sin embargo estudio realizado en Cuba por Marrero-Báez S. col reportan predominancia del género masculino. La mayor frecuencia quizás se deba a la mayor cantidad de mujeres que acuden a los servicios de atención en los establecimientos de salud (dato obtenido de la Oficina de Inteligencia Sanitaria 2013).

El grupo etáreo más encontrado fue de 86 a 90 años era los más comprometidos, similar al estudio de Marrero-Báez S. col.[11], que también encontró mayor incidencia en mayores de 80 años de edad. Otros estudios como el de Aruj P. y col.[12] encontraron mayor afectación en mayores de 65 años, cabe resaltar que el estudio fue realizado en Argentina, donde en promedio la temperatura son menores y podría influenciar en el condicionamiento de la enfermedad en personas que están en los extremos de la vida como adultos.

Sobre las características del proceso de atención, se destaca que la mayoría de pacientes eran referidos de otros centros hospitalarios y que ingresaron por emergencia (78,6%). De todos los casos, cuatro pacientes fueron trasladados a UCI durante el tiempo de hospitalización. Al respecto, la cifra no podría mostrar la realidad cercana a la severidad a la que puede llegar una neumonía, ya que no sólo son criterios de manejo de pacientes graves con opción a recuperarse. Acorde con esto, debemos tener en cuenta que el 23% de pacientes adultos mayores, no se recuperaron, falleciendo de Neumonía sin descartar que pudo acompañar a una enfermedad acompañante, entre las que se destacan la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, la Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa, la Fibrosis Intersticial y Asma en el grupo de las comorbilidades respiratorias y dentro de las no respiratorias tenemos a la Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Accidente Cerebro Vascular principalmente (Aún más, según los datos registrados en el perfil clínico, discutidos más adelante, 37 pacientes de un total de 56, tuvieron una neumonía severa). Muchas de estas enfermedades que pudiendo empezar desde etapas tempranas pueden desencadenar efectos adversos sobre agregándose a una situación de estrés como la Neumonía y que van a depender de cada tipo de paciente, de sus hábitos y costumbres. Se explica, probablemente por ello, que la tasa de letalidad fue mayor en los dos extremos de vida tomados de 65 a 70 años y mayor a 90 años con 50 fallecidos por cada 100 casos confirmados, lo que reafirma la idea de la individualidad del paciente y su propia historia clínica, pudiendo tener a la neumonía como un factor agravante de una enfermedad de base de larga data o de aparición reciente.

Enfocándonos en la tasa de letalidad de la neumonía por tipo, la Neumonía Adquirida en la Comunidad tuvo una tasa casi el doble de letal de la que presentó la Neumonía Intrahospitalaria (26 x cada 100 confirmados versus 14 x cada 100 casos confirmados). Está claro que una Neumonía Intrahospitalaria tiende a la severidad por los patógenos aislados que son más resistentes al tratamiento, sin embargo se puede explicar esta disparidad en la letalidad, ya que la Neumonía Adquirida en la Comunidad, es de lejos, más frecuente que la Intrahospitalaria. Tal como lo muestra el perfil clínico donde se hace ver que la frecuencia de la Neumonía Adquirida en la comunidad (42 pacientes) es tres veces la Neumonía Intrahospitalaria (14 pacientes).

Clínicamente, también se muestra el tratamiento de elección, que mayoritariamente apunta a un manejo con Cefalosporinas, de todas ellas, se usó mayormente Ceftriaxona EV. 2g cada 24 horas, destaca también el uso de Cefalexina en el manejo ambulatorio de la Neumonía y el Cefepime en los casos Neumonía severa. Cabe destacar también el uso de mucolíticos como la Acetilcisteina importantes en el descongestionamiento de las vías respiratorias superiores.

La estancia hospitalaria, tiene un rango destacado de 8 a 14 días, donde 25 pacientes fueron internados. Siendo las dos semanas, el máximo de admisión en el Servicio de Geriatría del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Sin embargo, otros pacientes se hospitalizaron un promedio de tres semanas (11 pacientes) y otros dos más de cuatro y cinco semanas. Esto puede deberse a un mayor compromiso factorial en la enfermedad del paciente, pudiendo haberse agravado los casos.

En el estudio, muestra a los síntomas principales de la Neumonía a la tos, expectoración, dificultad respiratoria, fiebre, dolor torácico y astenia, representando el cuadro típico de presentación de esta enfermedad. Cabe hacer la salvedad, que la literatura nos enseña que los pacientes adultos mayores, no siempre harán fiebre. En nuestro estudio sólo tres pacientes no tuvieron este síntoma, se interpreta que el paciente geriátrico tiene menor capacidad de síntesis de proteínas, entre ellas las que regulan la termogénesis y los procesos desencadenantes que producen la fiebre. Aunque vemos en nuestro trabajo, que no siempre esta disrregulación de mecanismos homeostáticos de regulación de temperatura va a prevalecer en el paciente adulto mayor.

Se evaluaron clínicamente también, el riesgo de mortalidad a los 30 días por los criterios FINE, al respecto Llorens P. col en su estudio "Influencia de los Criterios Fine en la toma de decisiones del manejo del paciente con Neumonía Adquirida en la Comunidad en un Servicio de Urgencias de España en el 2009" encuentran diferencias de distribución de pacientes a en función de la gravedad de la NAC; de los 560 pacientes estudiados, el índice de ingreso fue del 77,2% (99,5% en NAC de alto riesgo y 65,1% en NAC bajo riesgo). En nuestro estudio se encontró que casi la totalidad de pacientes fueron hospitalizados (alrededor del 95,1%), aun así diferenciando los casos severos de los no severos. Esto se puede explicar a que el hecho de ser paciente mayor vulnerable con cambios mínimos en la salud y consecuencias importantes, es criterio de hospitalización, ya conociendo el riesgo de mortalidad obtenidos a los 30 días[13].

En el perfil radiológico, se muestra una prevalencia del patrón

alveolar (48,21%) típico de una neumonía y como también lo respalda el trabajo hecho por Silva-Amaya OH y col. en la ciudad de Trujillo[10], anteriormente citado. Se presenta también un 23.21% de patrón mixto importante, que compromete alveolo e intersticio. Este patrón se puede deber a la fibrosis natural de un paciente geriátrico, con depleción de unidades respiratorias, que ante una infección simula el compromiso alveolo intersticial, es por ello que la extensión de compromiso radiológico bilateral y unilateral no tuvieron una diferencia amplia (48.21% y 46.43% respectivamente). Así mismo Llorens P. y col.[13] encontraron un compromiso multilobar bilateral en su trabajo "Estudio epidemiológico de la neumonía adquirida en la comunidad diagnosticada en un servicio de urgencias". Finalmente, se debe señalar 12, 50% de pacientes presentaron un patrón mixto pleural, que nos da una idea de dos alternativas importantes en el agravamiento de una neumonía, presencia de derrame pleural o una paquipleuritis, condiciones de suma importancia en la evolución del paciente geriátrico que cursa con neumonía.

Podemos concluir que los adultos mayores con neumonía son de procedencia de Chiclayo, sexo femenino y de 86 a 90 años, la mayoría con infrapeso, con dependencia física y no presentan vacunación contra la Influenza ni contra el Neumococo. La atención se caracterizó por ser principalmente de ingreso referido, ingreso por emergencia, no realizándose transferencia a un Servicio de Cuidados Intensivos y la gran mayoría recuperados como condición de alta.

La comorbilidad respiratoria más importante fue el EPOC y la no respiratoria la hipertensión arterial, presentándose la neumonía comunitaria y severa más frecuentemente. La fiebre, tos, expectoración, astenia, dificultad respiratoria y el dolor torácico fueron los signos y síntomas más frecuentes, encontrándose además que radiológicamente hay predominio del patrón alveolar y de extensión bilateral.

Conflicto de Interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Direccion de Personas Adultas Mayores. Plan nacional para las personas adultas mayores 2006-2010. Lima. 2010.
2. Crecimiento de la Población Adulta. Norbert Wiener. Lima, Perú. 2008.
3. Hidalgo-Aguilar C., Atención del adulto mayor un problema de salud pública? Geriatrización hospitalaria un nuevo enfoque. Rev. cuerpo méd. HNAAA 2011 4(1):70.
4. Vega-Andión JM, Rodríguez-Pascual C. Neumonía. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Tratado de Geriatría para residentes. Primera edición. España. SEEG. 2006. p. 417 - 428.
5. Boletín Epidemiológico. Dirección General de Epidemiología. Lima, Perú. Volumen 18. 2009.
6. Arancibia FH; Díaz PO. Neumonía grave del adulto adquirida en la comunidad. Rev Chil Enf Respir 2005; 21: 111-116
7. Bonilla-Gómez R. Neumonía en el anciano institucionalizado: criterios de derivación y/o clasificación pronostica. Anales de Medicina Interna. Madrid, España. 2003.
8. Gerardo Rodríguez AM, Riquelme AA, Paz-Tonsich PS, Rolli RC, Mierez ML, Sussini MA. Neumonía adquirida de la comunidad: puesta al día. Revista de Posgrado de La Vida. Cátedra De Medicina. 2003; 132 : 7-14
9. Cercado-Vásquez VH, Manrique-Lemus MN. Evaluación del Uso de Criterios de la ATS y Mortalidad por Neumonía Comunitaria Severa en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Durante el 2003. Tesis UNMSM. 2003
10. Silva-Amaya OH, Concepción-Urteaga L., Uribe-Uribe L., Goicochea JL, Zavaleta-Gutiérrez F., Quiroz-Morales M. Características epidemiológicas, clínicas y radiológicas de la neumonía adquirida en la comunidad del anciano en hospitales de Trujillo. Acta Med Per. 2001; 18(2)
11. Marrero-Báez S., Pérez-Velázquez E., Mayo-Márquez RC. Comportamiento clínico epidemiológico de la neumonía adquirida en la comunidad en el anciano. mediciego 2010; 16(2).
12. Aruj P., Famiglietti A., Vay CA., Absi R, Montellano H., Ayala J., Luna CM. Neumonía adquirida en la comunidad y asociada al cuidado crónico de la salud. Rev Arg Med Resp 2008; 8: 47 - 54.
13. Llorens P. Estudio epidemiológico de la neumonía adquirida en la comunidad diagnosticada en un servicio de urgencias: ¿Influye el índice de fine en la toma de decisiones?. Emergencias 2009; 21: 247-254

Correspondencia:
Laura Romero Ramírez
Correo: laurita.romero.ramirez@hotmail.com

Revisión de pares:
Recibido: 10/05/2013
Aceptado: 15/11/2013