

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
"DR. JOSÉ ASSEF YARA"
CIEGO DE ÁVILA

Comportamiento clínico epidemiológico de la neumonía adquirida en la comunidad en el anciano en el área de salud "Máximo Gómez", 2008

Screening for type II diabetes mellitus in risk patient from Máximo Gómez health area, 2008

Saskia Marrero Báez¹, Elizabeth Pérez Velázquez², Rubén Carlos Mayo Márquez³.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo para determinar el comportamiento clínico-epidemiológico de la neumonía adquirida en la comunidad en el anciano en el área de salud "Julio Castillo" del municipio Chambas en el periodo comprendido entre el 1ro de enero del 2007 al 31 de diciembre 2007. El universo de estudio fueron los 124 adultos mayores pertenecientes a los consultorios médicos de la familia 17-18 del área de salud antes mencionada y la muestra estuvo constituida por 62 pacientes que presentaron síntomas, signos e infiltrado radiológicos de neumonía adquirida en la comunidad. Con el objetivo de determinar el comportamiento clínico-epidemiológico de la neumonía adquirida en la comunidad en pacientes ancianos en estos consultorios donde se pudo ver que existió un predominio del grupo de edad mayor de 80 años y el sexo masculino. La fuente primaria de datos fue la historia clínica de los consultorios de médicos de familia y la entrevista directa con el paciente. Se utilizaron como medidas estadísticas descriptivas la distribución de frecuencia y el porcentaje; los resultados fueron tabulados y presentados en tablas.

Palabras clave: NEUMONÍAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD, EPOC.

ABSTRACT

A descriptive observational study of cross-sectional and brief intervention in patients with risks of suffering Type II Diabetes Mellitus was realized, from medical center number 5 and 6 of the health area "Máximo Gomez", with the aim of searching this disease in these patients. Our universe was consisted of a total of 335 patients that consist of population over 40's in these medical centers, with one or more risk factors for triggering this disease; the study sample was represented by 105 patients that also presented typical signs and symptoms of hyperglycemia. An eight hours fasting glucose was done to all patients, and those who required was repeated another glucemia at fasting or glucose tolerance test. Altered fasting glucose levels were diagnosed with higher percentage. Were referred to Consultation Diabetic Care and Education in our area the new diabetics.

Keywords: TYPE II DIABETES MELLITUS, RISKS PATIENTS, SCREENING.

1. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. José Assef Yara". Ciego de Ávila, Cuba.

2. Máster en Enfermedades Infecciosas. Especialista de Primer Grado en Neumotisiología. Profesora Asistente. Facultad de Ciencias Médicas “Dr. José Assef Yara”. Ciego de Ávila, Cuba.
3. Máster en Longevidad Satisfactoria. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Facultad de Ciencias Médicas “Dr. José Assef Yara”. Ciego de Ávila, Cuba.

INTRODUCCIÓN

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC), comprende todos aquellos casos de neumonía adquirida fuera del ambiente hospitalario sin antecedentes inmediatos de procedimientos médicos invasivos.⁽¹⁾ Es una infección frecuente, potencialmente grave y que condiciona una morbilidad significativa. La neumonía es conocida como enfermedad desde Hipócrates.⁽²⁻⁷⁾ Se define como la infección del parénquima pulmonar causada por un agente infeccioso y se caracteriza generalmente por la presencia de fiebre, tos e infiltrado pulmonar en la radiología.⁽⁸⁾ En la población de edad avanzada y/o con enfermedad intercurrente como enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad hepática, insuficiencia renal, insuficiencia cardiaca, diabetes mellitus y desnutrición, la NAC suele ser más severa y frecuente^(5,9) La malnutrición y el hábito de fumar también influyen desfavorablemente en la evolución de esta enfermedad.^(10,11) Entre ancianos con NAC la sospecha de la aspiración de grandes volúmenes de contenido gástrico también es un factor de riesgo para desarrollar neumonías.^(12,13) La NAC presenta un amplio espectro de agentes etiológicos.⁽¹⁴⁻¹⁷⁾ Es importante destacar las diferencias en mortalidad según la etiología. Así la mortalidad oscila entre un máximo del 61% para las NAC debidas a *Pseudomonas* y un 35% para las producidas por enterobacterias, *Staphylococcus aureus* y las de etiología mixta.⁽¹⁸⁾ Las tasas de mortalidad por NAC la sitúan en el quinto lugar como causa más frecuente de muerte en los países industrializados.⁽⁴⁾

La incidencia anual de la NAC en los adultos oscila entre 1,6 y 13,4 por cada 1000 habitantes, con las tasas más altas en las edades extremas de la vida y en los varones.⁽¹⁵⁾ Esta enfermedad es tres a cinco veces más frecuente en los ancianos que en el adulto joven y presentan una mortalidad alta.⁽¹⁶⁾

En Cuba la mortalidad por neumonía representa la cuarta causa de muerte en todas las edades según el anuario estadístico del 2004, esta situación se agrava entre la población de 65 años y más, además se mantiene como única causa infecciosa entre las diez causas de muerte, en la provincia de Ciego de Ávila y en Chambas donde el 14,42% del total de adultos mayores fallecidos tuvieron relación con esta entidad. Lo anteriormente expuesto ha sido la motivación para realizar esta investigación. El objetivo de este trabajo fue determinar el comportamiento clínico- epidemiológico de la NAC en pacientes ancianos en los Consultorios Médicos de la Familia (CMF) 17 y 18 del área de salud “Julio Castillo” del municipio Chambas durante el año 2007. Para ello se caracterizaron los pacientes con NAC en cuanto a edad, sexo y hábitos tóxicos; se identificaron en estos pacientes las enfermedades asociadas y manifestaciones clínicas; se estableció en los pacientes estudiados la relación entre tipo de tratamiento utilizado con la evolución de la enfermedad.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo para determinar el comportamiento clínico- epidemiológico de la NAC en el anciano en el área de salud “Julio Castillo” de municipio Chambas en el periodo comprendido entre el 1ro de enero del 2007 al

31 de diciembre de 2007. El universo de estudio fueron los 124 adultos mayores pertenecientes a los consultorios médicos de la familia 17 y 18 del área de salud Chambas y la muestra estuvo constituida por 62 pacientes que presentaron síntomas, signos e infiltrado radiológicos de NAC.

El criterio de selección se realizó de acuerdo a las siguientes características: Se incluyeron en el estudio a todos los pacientes que presentaron signos, síntomas e infiltrados pulmonares radiológicos sugerentes de una NAC, a los cuales se les pidió el consentimiento informado. Se excluyeron del estudio a todos los ancianos que por su grado de deterioro mental no podían participar. La fuente primaria de datos fue la historia clínica de los CMF y la entrevista directa con el paciente. Se utilizaron como medidas estadísticas descriptivas la distribución de frecuencias y porcentaje, los resultados fueron tabulados y presentados en tablas.

RESULTADOS

Los resultados reafirman la mayor incidencia de las NAC en estas edades debido a la comorbilidad existente en ellos⁽¹⁵⁾ (Tabla No. 1). Un factor de riesgo importante al disminuir la eficacia del sistema inmunológico ante los procesos infecciosos en esta etapa de la vida. En un estudio sobre NAC existió también predominio del sexo masculino.⁽¹⁶⁾

El hábito tóxico más frecuente fue el de fumar con un 74.2%.⁽¹⁶⁾ Está comprobado que el tabaco está estrechamente asociado a la pérdida de años de vida saludable,^(17,18) convirtiéndose de este modo en un factor de riesgo importante para las NAC. A pesar de existir un pequeño número de pacientes alcohólicos este también es señalado como un factor de riesgo para las infecciones por la inmunodepresión y desnutrición asociadas a este proceso (Tabla No. 2).

La Tabla No. 3 muestra las enfermedades asociadas; la EPOC es una causa frecuente de morbimortalidad, ocasionando una alta demanda asistencial^(19,20), debido a la obstrucción predispone aún más a las NAC y sobre todo a su tórpida evolución.⁽¹¹⁾ Las manifestaciones clínicas se analizan en la tabla No. 4. Las NAC producen un deterioro marcado del estado general de los pacientes mucho más en aquellos con edades avanzadas, esto se comprueba en el número de casos con astenia y anorexia. La expectoración es un síntoma típico de las NAC. Almirall en su estudio coincide con los resultados obtenidos en este trabajo.⁽³⁾ El cuadro confusional de 15 casos apoya esta manifestación como forma frecuente en el anciano.⁽²¹⁻²⁴⁾

En la Tabla No. 5 se analizan los complementarios realizados a los pacientes. A todos los pacientes se les realizó el leucograma.⁽²⁵⁻²⁶⁾ Sin embargo solo a 40 pacientes se les realizó radiografía de tórax conociendo que esto es un complementario necesario para el establecimiento del diagnóstico de las NAC, pero con el uso del método clínico no se hizo necesario la utilización del complementario.⁽²⁷⁾ El esputo BAAR es necesario en estos casos por ser un grupo de riesgo y por la elevada incidencia de la tuberculosis (TB) pulmonar en la provincia en los últimos 2 años. El mayor número de pacientes (24, un 38.7%) fue tratado con ciprofloxacina. El 90.3% de los pacientes (56 casos) fue curado; 6 casos fallecidos, 3 de ellos fueron tratados con ciprofloxacina, que no es considerado de primera línea para el tratamiento de las NAC, es bueno aclarar que no siempre están en existencia la primera línea de tratamiento.⁽²⁸⁾ Pocos pacientes tuvieron indicados macrólidos en su tratamiento (eritromicina, azitromicina) siendo estos medicamentos de elección en las NAC por su eficacia (Tabla No. 6).

CONCLUSIONES

Existió un predominio del grupo de edad mayor de 80 años y el sexo masculino. La mayoría de los pacientes resultaron ser fumadores. La EPOC, la Diabetes Mellitus y las cardiopatías fueron las enfermedades asociadas más frecuentes. Los síntomas predominantes fueron la anorexia, la astenia y la expectoración. El Leucograma fue el complementario que más se realizó. El mayor número de pacientes fue curado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bárbara JA, Peus Barba G, Agusti A. Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol. 2003; 37: 297-316.
2. American Lung Association. Pneumonia [página en Internet] American Lung Association Site; 2007 [citado 27 Sep 2007] [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.adam.com>
3. Almirall J, Bolívar I, Vidal J, Sauca G, Coll P, Niklasson B, et al. Epidemiology of community-acquired pneumonia in adults: a population-based study. Eur Respir J. 2002; 15: 757-763.
4. Grupo de Trabajo de la ALAT. Recomendaciones sobre la neumonía adquirida en la comunidad. Arch Bronconeumol. 2002; 37:340-348.
5. Roca Goderich R. Neumonías extrahospitalarias o adquiridas en la comunidad En: Roca Goderich R. Temas de Medicina Interna. Ciudad de la Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2005. p. 155-163.
6. BTS Guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults. Thorax [serie en Internet]. 2003 [citado 19 May 2008]; 56 (Suppl iv): 1-64. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11713364?dopt=Abstract>
7. Álvarez Martínez CJ. Neumonía adquirida en la comunidad. Fundamentos del tratamiento. Inf Terapéut Sist Nac Salud. 2003; 1:1-10
8. Protocolos clínicos SEIMC. Infecciones en el tracto respiratorio inferior [página en Internet]. 2006 [citado 19 May 2008] [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <http://www.seimc.org/>
9. Fine MJ, Stone RA, Lave JR. Implementation of an evidencebased guideline to reduce duration of intravenous antibiotic therapy and length of stay for patients hospitalized with community-acquired pneumonia: a randomized controlled trial. Am J Med. 2003; 115: 343-51.
10. Chu LA, Bratzler DW, Lewis RJ. Improving the quality of care for patients with pneumonia in very small hospitals. Arch Intern Med. 2003; 163:326-32.
11. Ebell MH. Outpatient vs. inpatient treatment of community-acquired pneumonia. Fam Pract Manag. 2006:41-44.
12. Medicina XXI [página en Internet]. 2005 [citado 27 Sep 2007] [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.medicina21.com>
13. de Diego D, Plaza Moral V, Garrigues G. Tos crónica. Arch Bronconeumol. 2002; 38(5): 236-45.
14. Sampablo I, Argrill Y. Actualización en el tratamiento del tabaquismo. Arch Bronconeumol. 2004; 40: 123-32.
15. Gerardo Rodríguez A, Riquelme A, Paz Tonsich P, Rolli R. Neumonía adquirida de la comunidad: puesta al día. Rev Postgr VI Cát Med. 2003; 10:7-14.
16. Alesanian CF. Risk factors of fatal outcomes in community-acquired pneumonia. Antibiot Kimoter. 2001; 46 (1):118-21.
17. Institute for Clinical Systems Improvement. Community-acquired pneumonia in adults.

- Guideline. [página en Internet]. ICSI; 2006 [citado 17 May 2008] [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: [http://www.icsi.org/guidelines_and_more/guidelines_order_sets_protocols/respiratory/pneumonia_community-acquire"d/pneumonia_community-acquired_3.html](http://www.icsi.org/guidelines_and_more/guidelines_order_sets_protocols/respiratory/pneumonia_community-acquire)
18. Keeley D. Guidelines for managing community acquired pneumonia in adults. BMJ 2002; 324:436-437.
 19. Bartlett JG, Dowell SF, Mandell LA, Filer TM, Musher DM, Fine MJ. Infectious Diseases Society of América. Practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults. Clin Infect Dis. 2000; 31:347-382.
 20. Jackson ML, Neuzil KM, Thompson WW. The burden of community acquired pneumonia in seniors: results of a population-based study. Clin Infect Dis. 2004; 39:1642-50.
 21. Grupo de Trabajo de la SEPAR. Normativa para el diagnóstico y el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. Arch Bronconeumol. 2005; 41(5):272-89.
 22. Chest Infections-adult (PRODIGY Guidance). [página en Internet]. CKS; 2007 [citado 17 May 2008] [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: http://www.cks.library.nhs.uk/chestinfections_adult#
 23. Flanders SA, Halm EA. Guidelines" for community-acquired pneumonia: are they reflected in practice? Treat Respir Med. 2004; 3:67-77.
 24. BTS Guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults. [página en Internet]. 2004 [citado 19 Mayo 2008] [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.brit-thoracic.org.uk/>
 25. Pneumonia [página en Internet]. Finish Medical Society Duodecim; 2001 [citado 19 Mayo 2008] [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.ebm.guidelines.com>
 26. National Center for Health Statistics. Health, United States, 2006 with chartbook on trends in the health of Americans [página en Internet]. 2006 [citado 17 Ene 2007] [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nchs/data/hs/hs06.pdf>
 27. Guidelines for the managements of community acquired pneumonia in adults. Thorax. 2001; 56(Suppl iv):51-564.
 28. Brailei AQ, Ronald HJ, Robert CD. NAC; new management and recommendations. BMJ. 2001; 283(10): 1399-1408.

ANEXOS

Tabla No. 1. Distribución de pacientes según edad y sexo

Edad (Años)	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
60 - 69	5	19,2	9	25,0	14	22,6
70 - 79	8	30,7	10	27,7	18	29,0
80 y más	13	50,0	17	47,2	30	48,4
TOTAL	26	41,9	36	58,1	62	100

Fuente: Cuestionario

Tabla No. 2. Distribución de los pacientes de acuerdo a los hábitos tóxicos

Hábitos tóxicos	No.	%
Fumadores	46	74,2
Alcoholismo	5	8,1

Fuente: Cuestionario

Tabla No. 3. Distribución de pacientes según enfermedades asociadas.

Enfermedades asociadas	Total	%
Diabetes mellitus	25	12.9
EPOC	34	40.3
Bronquiectasia	10	16.1
Asma bronquial	5	8.1
Cardiopatía	18	19.3
Neoplasia	2	3.2

Fuente: Cuestionario

Tabla No. 4 Distribución de las manifestaciones clínicas en los pacientes estudiados. n=62

Manifestaciones clínicas	No.	%
Tos	46	79.2
Expectoración	48	80.6
Hemoptisis	3	4.8
Disnea	12	19.3
Dolor torácico	5	8.1
Cuadro confusional	15	24.2
Diarreas	6	9.7
fiebre	11	17.7

Fuente: Cuestionario

Tabla No. 5. Distribución de pacientes según complementarios realizados

Complementarios realizados	N =62	
	No.	%
Leucograma	62	100
Rayos x	40	64,5
Espudo BAAR	23	37,0
Espudo bacteriológico	10	16,1

Fuente: Cuestionario

Tabla No. 6. Relación tipo de tratamiento utilizado y evolución, n=62

Tipo de tratamiento utilizado	Curado		Fallecido		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Penicilina (im) (ev)	5	8,1	1	1,6	6	9,7
Penicilina (vo)	6	9,7	1	1,6	7	11,3
Eritromicina	11	17,7	1	1,6	12	19,3
Azitromicina	8	12,9	0	0	8	12,9
Ciprofloxacina	21	33,9	3	4,8	24	37,7
Cefazolina	5	8,1	0	0	5	8,1
Total	56	90,3	6	9,6	62	100

Fuente: Cuestionario