

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**ASPECTOS DE LA NEUMONÍA INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES
DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL
HIPÓLITO UNANUE 2018**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

NELSON VALER BEJAR

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE

MEDICO CIRUJANO

LIMA – PERU

2021

ASESOR

WILLIAMS FAJARDO ALFARO

**AGRADECIMIENTO: A todos
los docentes de la
Universidad privada San
Juan Bautista por sus
enseñanzas en toda mi
carrera**

III

DEDICATORIA:

***A mi familia entera por su
comprensión y por alentarme en
forma permanente para llegar a la
culminación de esta maravillosa
carrera***

IV

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los aspectos de la neumonía Intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue 2018.

MATERIALES Y MÉTODOS: El presente estudio es de Nivel Descriptivo, Observacional, Corte Transversal, Retrospectivo, No Experimental.

RESULTADOS: Se encontraron como Aspectos de la Neumonía Intrahospitalaria en UCI, lo siguiente: Edad de 41-60 años (37,35%); Género Masculino (53,01%); Ocupación Ama de casa (38,56%); Procedencia Urbana (96.39%); Disnea (99%); Alza de Temperatura (98%); Uso de Tubo Endotraqueal (95,18%); Obesidad (57,83%); Estancia Hospitalaria 8-14 días (36,14%) y Mortalidad (33,73%).

CONCLUSIONES: Los aspectos de Neumonía Intrahospitalaria que se describen son Edad entre los 41 a 60 años, Disnea, Elevación de la temperatura, Colocación de Tubo Endotraqueal, Obesidad, La estancia hospitalaria mayor a 7 días.

PALABRAS CLAVES: NIH: Neumonía Intrahospitalaria, TET: tubo endotraqueal, UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the aspects of in-hospital pneumonia in patients of the intensive care unit of the national hospital Hipolito Unanue 2018.

MATERIALS AND METHODS: The present study is Descriptive, Observational, Transversal, Retrospective., Not Experimental.

RESULTS: The following were found as Aspects of Intrahospital Pneumonia in ICU: Age 41-60 years (37.35%); Male Gender (53.01%); Occupation Housewife (38.56%); Urban Origin (96.39%); Dyspnea (99%); Temperature rise (98%); Use of Endotracheal Tube (95.18%); Obesity (57.83%); Hospital stay 8-14 days (36.14%) and Mortality (33.73%).

CONCLUSIONS: The aspects of Intrahospital Pneumonia described are Age between 41 and 60 years, Dyspnea, Temperature rise, Endotracheal Tube Placement, Obesity, Hospital stay longer than 7 days.

KEY WORDS: NIH: Intrahospital Pneumonia, TET: endotracheal tube, ICU: Intensive Care Unit

VI

INTRODUCCION

Las infecciones intrahospitalarias y entre ellas la neumonía nosocomial es una de las complicaciones que genera el aumento de la morbimortalidad en la mayoría de los pacientes hospitalizados que presenta ciertas condiciones que lo hacen mas susceptibles de contraer esta enfermedad subyacente al motivo de su ingreso al nosocomio.

Las unidades de cuidados intensivos por su alta complejidad han contribuido a salvar muchas vidas debido a la alta tecnología y al entrenamiento de l personal de salud a su cargo. Sin embargo, estos adelantos tecnológicos también son una fuente debido a su carácter invasivo de penetración de gérmenes especialmente a la vía respiratoria.

En el capítulo I, nos planteamos el problema de investigación y nos trazamos los objetivos a conseguir

En el capítulo II, revisamos la literatura sobre el tema. Y nos planteamos la Hipótesis a comprobar.

En el capitulo III. Establecemos la metodología de la investigación

En el capitulo IV, revisamos los resultados y los comparamos con los resultados de otros estudios

Finalmente, en el capítulo V, nos atrevemos a enunciar las conclusiones y esbozamos algunas recomendaciones finales.

VII

INDICE

Caratula	i
Asesor	ii
Agradecimiento	iii
Dedicatoria	iv
Resumen	v
Abstract	vi
Introducción	vii
Índice	
CAPITULO I: EL PROBLEMA	
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Formulación del problema	2
1.2.1 Problema General	2
1.2.2 Problemas específicos	2
1.3 Justificación	2
1.4 Delimitación del área de estudio	3
1.5 Limitaciones de la investigación	4
1.6 Objetivos	5
1.6.1 General	5
1.6.2 Específicos	5
1.7 propósito	6
CAPITULO II: MARCO TEORICO	
2.1. Antecedentes bibliográficos	7
2.2. Bases teóricas	16

2.3 Marco conceptual	25
2.4 Hipótesis	26
2.4.1 General	26
2.5 Variables	26
2.6 Definición operacional de términos	28
CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	
3.1 Diseño metodológico	42
3.1.1 Tipo de investigación	42
3.1.2 Nivel de investigación	42
3.2 Población y muestra	42
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	42
3.4 Diseño de recolección de la información	42
3.5 Procesamiento y análisis de datos	42
3.6 Aspectos éticos	42
CAPITULO IV: ANALISIS DE LOS RESULTADOS	
4.1 Resultados	44
4.2 Discusión	44
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 Conclusiones	45
5.2 Recomendaciones	46
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	47
BIBLIOGRAFIA	49
ANEXOS	71

LISTA DE TABLAS

Tabla 01 Rango de edad en pacientes con neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue del 2018 29

Tabla 02 Genero en pacientes con neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue del 2018 30

Tabla 03 Ocupación en pacientes con neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue del 2018 31

Tabla 04 Procedencia de los pacientes con neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue del 2018

Tabla 05 Factores clínicos en pacientes con neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue del 2018

Tabla 06 Factores extrínsecos de riesgo en pacientes con neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue del 2018

Tabla 07 Comorbilidades de riesgo en pacientes con neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue del 2018

Tabla 08 Estancia de pacientes con neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue del 2018

Tabla 09 Pacientes fallecidos con neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue del 2018

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 01 Rango de edad en pacientes con neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue del 2018

Gráfico 02 Genero en pacientes con neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue del 2018

Gráfico 03 Ocupación en pacientes con neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue del 2018

Gráfico 04 Procedencia de los pacientes con neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue del 2018

Gráfico 05 Factores clínicos en pacientes con neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue del 2018

Gráfico 06 Factores extrínsecos de riesgo en pacientes con neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue del 2018

Gráfico 07 Comorbilidades de riesgo en pacientes con neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue del 2018

Gráfico 08 Estancia de pacientes con neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue del 2018

Gráfico 09 Pacientes fallecidos con neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue del 2018. ANEXOS

ANEXO 01

ANEXO 02

ANEXO 03

ANEXO 04

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los procesos neumónicos, entidad nosológica representante de los síndromes de condensación del parénquima pulmonar y es la mayormente responsable de elevadas tasas de morbimortalidad hospitalaria, A pesar de representar la segunda infección nosocomial mas frecuente, no se logra diagnosticar precozmente ni mucho menos tratar de la forma oportuna y adecuada. Estos procesos suelen ser muy graves y lo son mucho mas en la variante que compromete a los pacientes hospitalizados en las unidades de cuidado intensivo (UCI) entre las cuales distinguimos la asociada o no a la ventilación mecánica. Este tipo de infección intrahospitalaria representa un factor previo al advenimiento de la sepsis nosocomial condicionando mayor incremento de la morbimortalidad ⁽¹⁾

Los pacientes que requieren ser ingresados a la UCI tienen una enfermedad de base que disminuye su reserva inmunológica o sufren un cuadro agudo catastrófico que inhibe su respuesta inmunológica lo que empeora su pronóstico y empobrece su evolución, mas aun si son sometidos a algunos procedimientos invasivos para su diagnóstico o para tratamiento ya que pueden adquirir una superinfeccion y a la invasión de gérmenes oportunistas y hongos ⁽²⁾

Las neumonías intrahospitalarias representan la primera causa de infecciones en UCI y para favorecer ello existe algunos factores como la presencia de microorganismos en los espacios aéreos, a las condiciones propias de cada paciente, las intervenciones terapéuticas que predisponen las aspiraciones de patógenos ambientales que colonizan las vías aéreas altas, y otras comorbilidades que porta el paciente independientemente de la patología por la que ingresa al nosocomio, convirtiéndose en un factor preponderante en algunas oportunidades, por lo que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los aspectos de la neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue 2018?

1.2.2 PROBLEMAS ESPECIFICOS

- ¿Cuáles son los factores socio demográficas de riesgo a neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue 2018?
- ¿Cuáles son los factores clínicos de riesgo a neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue 2018?
- ¿Cuáles son los factores extrínsecos de riesgo a neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue 2018?
- ¿Cuáles son las comorbilidades de riesgo a neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue 2018?
- ¿Cuál es la estancia hospitalaria y la mortalidad en pacientes con neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue 2018?

1.3 JUSTIFICACION

Teórica: La neumonía intrahospitalaria se ha convertido en la segunda y va camino a ser la prime infección nosocomial especialmente en adultos mayores y primeros años de vida que eleva la morbimortalidad hospitalaria. La incidencia de esta patología pude variar según las instituciones de salud, muy variopintas en nuestro medio que no se rige de un único sistema de salud y no son reportados en su totalidad sobre todo aquellas que progresan a formas mas graves.

Práctica: La neumonía intrahospitalaria amenaza permanentemente las cifras de morbimortalidad. La detección temprana e identificación de los aspectos de la y La prevención con las vacunas antipneumococo pueden dar resultados satisfactorios, pese a ello, notamos en nuestra practica hospitalaria que se siguen presentando casos permanentemente, por lo que debemos estar atentos a estos aspectos de la para detectarlos precozmente y tomar medidas inmediatas para su controla adecuado. Al identificar a los pacientes en riesgo se deberá protocolizar medidas de prevención y tratamiento precoz.

Económico-social: La neumonía nosocomial cuando se complica con cuadro de insuficiencia respiratoria grave que amerita su ingreso a la unidad de cuidados intensivos de por sí ya en esta unidad especializada trae consigo un importante consumo de los recursos sanitarios del hospital de la comunidad y del ministerio de salud, elevándose los costos sobre todo cuando están presentas algunas morbilidades que prolongan el tiempo de hospitalización y el uso de equipos de alta gamma y de alto mantenimiento y costo. Por otro lado, por la familia y el mismo paciente con este cuadro de evolución tórpida genera una mayor pérdida de la productividad provocando un mayor ausentismo laboral y una discapacidad del paciente en el corto y mediano plazo.

1.4 Delimitación del área de estudio

Delimitación espacial: El presente proyecto de investigación se llevará a cabo en el Departamento de aéreas críticas del hospital nacional Hipólito Unanue, específicamente en la unidad de cuidados intensivos con sede en la Av. Cesar Vallejo 1390, distrito de El Agustino, Lima.

Delimitación temporal: El levantamiento de la información estará comprendido en el periodo de del año2108 en relación a los pacientes con neumonía nosocomial y que requirieron ser hospitalizados en UCI

Delimitación social: Los pacientes que serán comprendidos en este estudio son todos aquellos con infección de neumonía intrahospitalaria y que

requirieron por su estado crítico ser ingresados a la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue.

Delimitación conceptual: El presente estudio tendrá como finalidad la determinación de aquellos factores socio demográficos, clínicos, procedimentales y de las comorbilidades que predisponen a un paciente a una neumonía intrahospitalaria que predisponen al riesgo de complicarse y tener la necesidad de ser internados en la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue.

1.5 Limitaciones de la investigación

Económicas: El investigador no cuenta por el momento con auspiciadores ni facilitadores para el desarrollo de la investigación por lo que todos los gastos serán subvencionados con su propio emolumento.

Personales: El investigador no cuenta con apoyo de otras personas para la elaboración y el desarrollo del presente proyecto y sólo será el encargado de recabar la información y las tabulaciones respectivas.

Temporales. Los horarios académicos y las labores personales no permiten disponer del tiempo adecuado para el levantamiento de la información

Administrativas. Los trámites burocráticos en la obtención de los permisos tanto en la institución de salud, como en la universidad de origen serán una traba administrativa que enlentecen el buen desarrollo del presente trabajo de investigación

1.6 Objetivo

1.6.1 Objetivo General

Determinar los aspectos de la neumonía Intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue 2018.

1.6.2 Objetivos específicos

- Reconocer los factores socio demográficas de riesgo a neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue 2018.
- Identificar los factores clínicos de riesgo a neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue 2018.
- Verificar los factores extrínsecos de riesgo a neumonía. Intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue 2018.
- Establecer las comorbilidades de riesgo a neumonía. intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue 2018.
- Verificar la estancia hospitalaria y la mortalidad en pacientes con neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue 2018.

1.7 Propósito

Las infecciones respiratorias producidas por la infección de gérmenes intrahospitalarios, han generado un número considerable de personas que independientemente de su enfermedad de fondo se compliquen durante su estancia. Existe dentro de este grupo numeroso de pacientes que presentan complicaciones respiratorias que ameritan hospitalización en la unidad de cuidados intensivos para su tratamiento. La presente investigación es necesaria para poder detectar y analizar aquellos aspectos de la que coadyuvan a la adquisición y el progreso con deterioro del paciente que contrae esta patología con el propósito de detectarlos precozmente y desarrollo de estrategias para el adecuado manejo de esta enfermedad y sobre todo accionar estrategias verdaderas de prevención toda persona en riesgo o que presente en el momento de su hospitalización algunas de las características y factores involucrados en este estudio.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

INTERNACIONALES:

Martínez Palma Denys Carolina, en su tesis sobre factores predisponentes a la neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos realizado en el hospital universitario de Guayaquil 2014-2015, define a la neumonía como la infección respiratoria parénquima pulmonar que se manifiesta luego de 02 días de haber ingresado al nosocomio, a su vez establece que la neumonía asociada a la ventilación mecánica es aquella que se presenta en los pacientes que requieren asistencia ventilatoria y cuya incidencia bordea el 80% de esta patología presente en las diferentes unidades que presten apoyo con ventilación mecánica. La población estuvo conformada por 75 pacientes entre estos dos años. El objetivo de este trabajo fue cuales fueron aquellos factores que estuvieron presentes en los pacientes con diagnóstico de neumonía intrahospitalaria en UCI, con el fin de evaluar una incidencia aproximada e interpretar la prevención adecuada para estos pacientes en este medio. Los datos estadísticos obtenidos fueron similares a otros estudios internacionales pues es así que el soporte ventilatorio se ha presentado como un gran aporte para salvar vidas, pero también es una fuente de contaminación y propulsor de neumonías nosocomiales, presentándose mayoritariamente entre los 40 y 60 años de edad, siendo los hombres los mas susceptibles. El hecho de estar sometido a soporte ventilatorio aumenta la estancia hospitalaria con lo cual aumenta la morbimortalidad de los pacientes en UCI. El prolongar la estadía hospitalaria junto con la Ventilación Mecánica aumenta considerablemente la tasa de mortalidad en los pacientes con NN en la UCI.

Rubí Alisba Borja Torres. “Escala de fine y curb 65 como recurso predictivo de mortalidad en pacientes con neumonía intrahospitalaria”. “estudio a realizarse en uci y hospitalización del hospital IESS Milagro Dr. Federico Bolaños” periodo 2016-2017. Cuando recibimos a un paciente

con neumonía tenemos siempre la duda en que si el paciente requiere ser hospitalizado o recibir tratamiento ambulatorio. Para evitar errores en esta toma de decisiones se deben usar las escalas pronósticas, y específicamente para este tema el índice de severidad de Fine y CURB 65. Por lo expuesto se trazó como objetivo valorar estas dos escalas como predictores de mortalidad en aquellos pacientes con diagnóstico de neumonía nosocomial. Este trabajo prospectivo, correlacional se escogieron a 18 pacientes con diagnóstico de neumonía intrahospitalaria y que por su condición de adultos mayores se consideró de alto riesgo, Se tomo en cuenta si los pacientes presentaban comorbilidades, sin embargo, hubo una muy baja concordancia entre estas y las escalas. Para completar el cuadro se realizó una encuesta entre los médicos destacados en emergencia sobre los conocimientos y la aplicación de estas escalas, con lo cual quedo demostrado que hay que hacer una actualización y refrescamiento a los médicos del servicio de emergencia sobre las claves de puntuación de las escalas para su correcta aplicación en el servicio

MsC. Zadis Navarro Rodríguez Factores pronósticos en la neumonía asociada a la ventilación mecánica, estudio que se realizó el Hospital Saturnino Lora de Cuba. La población estuvo conformada por 172 pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos y que estuvieron sometidos a ventilación mecánica; estudio analítico de casos y controles entre los años 2013 al 2014 (mayo) con el objetivo de reconocer aquellos factores que estuvieron presentes en la aparición de la neumonía asociada a la ventilación mecánica. La distribución de los casos fue de 72 y el de controles de 100. Los resultados que se obtuvieron fue el tiempo de permanencia del tubo endotraqueal mayor a siete días, la sedo analgesia prolongada, las Re intubaciones y la antibioticoterapia de amplio espectro.

Viviana Lagos Villacís. Neumonía nosocomial: aspectos de la y complicaciones en pacientes mayores de 65 años, en el hospital universitario de guayaquil, enero 2014- junio 2015.

El presente trabajo de titulación, se realizó en el Hospital Universitario de Guayaquil en pacientes con neumonía nosocomial en enero 2014 a junio del 2015, con el propósito de conocer los aspectos de la y complicaciones en los pacientes atendidos con dicha patología en el periodo antes determinado. Esta investigación es de corte transversal, retrospectivo por lo cual se analizaron las historias clínicas de cada uno de los pacientes recolectando de esta manera información detallada de cada caso. La población sobre la que se realizó este trabajo fue de 75 pacientes, se pudo demostrar que el factor de riesgo intrínseco más importante fue la presencia de enfermedades crónicas subyacentes. El género más afectado fue el femenino, al que corresponde el 56% de los casos mientras que el masculino alcanza el 44%. Además, se pudo obtener, como factor de riesgo extrínseco más relevante, la hospitalización prolongada ya que el 63% de los pacientes permanecieron ingresados por más de 15 días. Respecto a las complicaciones presentadas por los pacientes con diagnóstico de neumonía nosocomial, la más frecuente fue la sepsis (31%), seguida en orden de frecuencia por fracaso del tratamiento (16%) y muerte (15%) como las más tres complicaciones más importantes a señalar.

Félix Alberto Pérez Estrada, realizo un estudio acerca de las infecciones intrahospitalarias con énfasis en las ocurridas dentro de unidades especializadas como la de terapia intensiva del hospital general provincial Roberto Rodríguez, Cuba (2014). Aquí refiere que los avances tecnológicos y de tratamiento médico han permitido la recuperación de muchos pacientes en estado grave que antes fallecían por no contar con terapias de apoyo sobre todo ventilatorio; sin embargo, esto no ha detenido sino aumentado la prevalencia de procesos infeccioso como la sepsis desde hace unos 20 años. Uno de los objetivos principales fue establecer el grado de resistencia antimicrobiana de loa antibióticos de amplio espectro en los pacientes internados en las unidades de cuidados intensivos y que presenten signo de infección intrahospitalaria. Este estudio fue de tipo observacional, retrospectivo, transversal para evaluar la resistencia antimicrobiana de las cepas obtenidas de los cultivos solicitado a estos pacientes. Los resultados

nos indican que el 34.1% tuvieron infección intrahospitalaria, de la cual, la mas preponderante fue la neumonía asociada a la ventilación mecánica con un 43.8%, posteriormente a ella se ubica la bacteriemia con un 20.4% y la infección por catéter venoso central con un 19.5%. La flora bacteriana predominante fue *Acinetobacter baumannii* con un 29.3%, el **S. áureos** con un 17.9%, seguido de la *pseudomona aeruginosa* con 16.7%, la *klebsiella pneumoniae*, y finalmente la *E. coli* con un 13.5%. En conclusión, se estableció que las infecciones intrahospitalarias intra UCI es elevada y de ellas la que mas predomina es la neumonía asociada a la ventilación mecánica.

NACIONALES

Carlo Efraín Ambía Alvarado Realizo un estudio sobre la mortalidad en pacientes con neumonía nosocomial en el hospital San José del Callao 2012-2017, con el objetivo de identificar todas las características clínicas, epidemiológicas y agentes bacterianos que pudieran estar asociados a la mortalidad de los pacientes con neumonía nosocomial. La población estuvo conformada con 122 pacientes. Los resultados encontrados en relación a la edad promedio fue de 71.4%, con un ligero preferencia por el género femenino con un 53.5%; con respecto a la estancia hospitalaria fue 15.8 días. Los cultivos fueron tomados de las secreciones bronquiales y hemocultivos. En cuanto a la flora la pseudomona ocupó el primer lugar con un 8.2%, en segundo lugar la Klebsiella con 7.4%, en tercer lugar el E. Coli BLEE con un 5.7% y mas atrás el S. áureos con 3.3%, el Enterobacteria con 2.5%. Los resultados que se obtuvieron fueron que el haber hospitalizado en una sala común dentro de los últimos treinta días, una estancia hospitalaria mayor a 22 días, y el tener un cultivo positivo a pseudomona, y, de haber recibido antibióticos cuatro horas antes del diagnóstico son los que se asociaron a una mayor mortalidad

Jeltsin Pablo CHÁVARRY ARATÍA, realizo un trabajo sobre la eficacia de la elección de la terapia antimicrobiana empírica en pacientes con neumonía nosocomial y aquella asociada a la ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos dl hospital PNP Luis N Saenz -2017.

El establecimiento de la terapia antibiótica para los pacientes que se encuentran en UCI resulta trascendental en el manejo de la neumonía intrahospitalaria y asociada a ventilador en pacientes críticos, al punto que la terapia antibiótica empírica inicial adecuada se relaciona con mejor evolución, disminución de morbilidad-mortalidad, prevención de aparición de resistencia y disminución de estancia hospitalaria; y se necesitan estudios relacionados a este tema para contribuir a la mejora de estos aspectos en las UCI. Se establecieron los criterios de inclusión y exclusión y se valoraron los criterios de acuerdo a un puntaje establecido de gravedad como CPIES score, al momento de su ingreso y luego de cuatro días de terapia con el antimicrobiano elegido; la diferencia entre el CPIS al inicio y la medición posterior al cuarto día nos dio los resultados finales de la variación. Los resultados obtenidos nos muestran que la terapia antibiótica empírica obtuvo buenos resultados con un 63.4% de efectividad lo que correspondería a catorce de los veintidós pacientes del estudio

María Luisa Félix Quinto. Realizo un estudio sobre neumonía asociada a ventilador mecánico en la unidad de cuidados intensivos del hospital Regional de Ayacucho, (2016) cuyo objetivo fue la de conocer la prevalencia de la neumonía asociada a ventilación mecánica. Se revisaron las historias clínicas de 240 pacientes cuyas edades fluctuaban entre los 19 y 59 años que estuvieron sometidos a terapia ventilatoria con ventilación artificial mediante un análisis documental con una ficha. Resultados obtenidos fueron que el 11.7% presentaron neumonía asociada a la ventilación mecánica, por lo que 83% no la tuvieron

León Chahua, (2016) en su tesis sobre FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A NEUMONIA INTRAHOSPITALARIA EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN, LIMA. 2015- 2016. Se trazó como objetivo principal analizar los factores de riesgo a neumonía nosocomial, en el servicio de cuidados intermedios de medicina interna. Identificó la fiebre, la presencia de secreciones bronquiales y la Rx de

Tórax. Su población estuvo conformada por 86 pacientes. Los resultados que encontró fueron que los pacientes con mas de 60 años llegaron al 88.73%; el genero masculino fue el de mayor incidencia. Según el OR la alteración de la conciencia, la intubación endotraqueal, el aspirado continuo de secreciones, fueron factores que estuvieron presentes en todos los pacientes que adquirieron una neumonía intrahospitalaria. En cuanto a los agentes etiológicos la pseudomona y el acinetobacter predominaron sobre los otros como estafilococos áureos. Conclusiones: La alteración de la conciencia, intubación endotraqueal y la aspiración de secreciones; fueron los factores de riesgo asociados a NIH. ³⁵

Guevara Terán Mai Ling realizo un estudio sobre factores de riesgo para neumonía asociada a ventilación mecánica. hospital belén de Trujillo, entre los años 2011- 2014. Aquí establece que la neumonía intrahospitalaria y especialmente aquella que se encuentra relacionada al uso de los ventiladores mecánicos es la mas común en las unidades de cuidados intensivos y que además logro identificar que existen algunos factores que la desencadenan. Tuvo 42 casos y en contraparte tomo 60 controles. Sus resultados arrojan que no hubo mayor diferencia de género, la edad promedio llego a 56.2+-23.64. Los ingresos en el turno nocturno, la intubación prolongada, y el antecedente de haber sido sometido a alguna intervención quirúrgica son factores de riesgo que aumentan la probabilidad de Neumonía asociada a Ventilación ³⁶

2.2 BASE TEORICA

La neumonía intrahospitalaria, también llamada neumonía nosocomial (NN) es aquella infección que compromete al parénquima pulmonar, ósea, los pulmones propiamente dicho, y, cuyas manifestaciones se presentan luego de que hayan transcurridas las primeras 72 horas o algo mas desde su ingreso al ambiente hospitalario y que en el momento de su admisión no se encontraban presentes en el individuo y mucho menos en periodo de incubación. Muchas

de ellas se presentan luego de alguna intervención ya sea diagnóstica o terapéutica, por lo que también se debe considerar dentro del ámbito de neumonía nosocomial, aun si se producen antes del periodo señalado de 72 horas como por ejemplo luego de una intubación endotraqueal de emergencia.

Existe una variante de este tipo de infecciones y esta es la que se presenta asociada a la ventilación mecánica, entidad que se presenta preferentemente en las unidades de cuidados intensivos y en las otras unidades que cuenten con terapia ventilatoria mecánica. Se pretende también incluir en este grupo de patologías a aquellas personas que se encuentran recluidos en una institución en forma permanente o temporal como las casas de reposo y otras instituciones que albergan personas con algún deterioro físico y que dependan permanentemente de una asistencia por algún personal sanitario.

La neumonía intrahospitalaria forma parte del gran conglomerado de infecciones intrahospitalarias que son las complicaciones más comunes y de mayor impacto en el buen funcionamiento de un hospital, representando hasta un 40% de ellas⁹. Por ello, las neumonías intrahospitalarias es la segunda infección en frecuencia, ya que la infección del tracto urinario, por la presencia de la sonda Foley sigue siendo la primera causa de infección nosocomial, pero es la primera que se asocia más al aumento de la morbimortalidad en la mayoría de los pacientes sobre todo en los adultos mayores.

El gran porcentaje de las neumonías intrahospitalarias suceden en los diferentes pabellones de hospitalización denominadas salas comunes cuya incidencia varía entre tres a siete episodios por cada 1000 ingresantes a la hospitalización¹⁰. Esto se puede evidenciar si revisamos el estudio español en los hospitales de Sopena y Sabría donde se evidenció que las neumonías nosocomiales se producían 3 a 4 veces por cada 1000 ingresantes a las diferentes salas de hospitalización, siendo su varianza entre 1,3 a 5,9 casos por cada 1000 admisiones del hospital. Este estudio que contó con una población de 186 pacientes evidenció que el 64% de los casos sucedieron en

los pabellones de medicina y especialidades médicas, y, solo el 36% de estas apariciones ocurrieron en los pabellones de especialidades quirúrgicas ¹¹

En la variante que nos referimos, es decir, cuando el paciente está sometido a terapia respiratoria invasiva con un ventilador mecánico presenta un riesgo global mayor a 20 veces la posibilidad de adquirir una neumonía intrahospitalaria; durante la hospitalización en los primeros siete días está presente el riesgo hasta un 3%, pero en la segunda semana este riesgo se ve disminuido en un 2%, por lo que en la tercera semana va disminuyendo hasta un 1% permaneciendo así en caso se prolongue los días de ventilación mecánica.

Existe una condición que también facilita la emergencia de una infección nosocomial en los pacientes que tienen invadida la vía aérea con un tubo endotraqueal o una traqueostomía, igualmente la presencia de catéteres endovenosos centrales que se colocan en una gran vena ya sea subclavia, yugular o femoral; esto está asociado primeramente al tipo de procedimiento invasivo directo o indirecto, al número de días de permanencia de los dispositivos y finalmente al número de dispositivos de invasión que cuente el mismo sujeto. En líneas generales la incidencia de Neumonía asociada a ventilación mecánica varía entre los 10 a 30 casos por cada 1000 días en que el paciente ha estado dependiente del ventilador mecánico ¹²

En la mayoría de los países que funcionen las unidades de cuidados intensivos se programa al igual que la vigilancia epidemiológica de la infecciones intrahospitalarias, un capítulo especial a la neumonía asociada a ventilación mecánica para evaluar las medidas generales que se han tomado para disminuir su incidencia, y esto se ha visto reflejado ya que se pasó de 14 a 17 casos por 1000 días de ventilación mecánica a una incidencia mucho menor de solo 7.27 episodios de neumonía asociada a ventilación mecánica por cada 1000 días de ventilación mecánica en unos 5 años ¹⁴.

Patogenia

La invasión bacteriana al parénquima pulmonar para causar la neumonía, se producen por cuatro vías diferentes:

Primariamente por inhalación directa y esto fundamentalmente es mas propicio si el paciente esta intubado o posee una traqueostomía.

En segundo lugar, la invasión por aspiración de las secreciones procedentes de la vía aérea superior y/o por reflujo de las bacterias entéricas que es mucho mas propicio si el paciente tiene una sonda nasogástrica.

Otra de las vías de vital importancia es aquella que se produce desde un foco a la distancia por vía hemática se difunde y llega a los pulmones, muchas veces producidas por traslocación bacteriana

Finalmente, los órganos subyacentes por contigüidad pueden colonizar al pulmón, más factible desde el mediastino o pared torácica

Cuando nos referimos a las neumonías intrahospitalarias y su variante efectiva las neumonías asociadas a la ventilación mecánica esta contaminación se llega a producir principalmente a las repetidas micro aspiraciones de las secreciones naturales de la orofaringe que el individuo no puede deglutir y que contienen ya colonias de microorganismos patógenos que han infestado la orofaringe del medio ambiente y de la manipulación de la vía aérea.

Los ventiladores de las décadas pasadas contenían muchos dispositivos auxiliares como la cascada humidificadora, los equipos de nebulización y los líquidos para ello. Identificados estos dispositivos como una fuente importante de depósito y diseminación de colonias bacterianas se fueron presentando una serie de pequeños equipos protectivos que han coadyuvado a la disminución de la colonización de la faringe y la aparición de neumonías intrahospitalarias. Además, hay que tener en cuenta que el proceso de humificación del aire a través de la cascada producía una gran contaminación, a esto habría que sumarle la demora en los cambios de las tubuladuras que no se realizan en los horarios establecidos. Los dispositivos muchos de ellos

descartables, los cambios en los otros sistemas hacen mucho más difícil la contaminación u/o invasión bacteriana. Queda demostrado que los cambios habituales del uso de los humidificadores no favorecen la producción de la condensación, por lo que disminuye la incidencia de las neumonías intrahospitalarias.

La vía aérea se contamina principalmente de las secreciones orofaríngeas que en la mayoría de los casos ya se encuentra colonizada por otras bacterias del tipo aerobio y anaerobios de boca; esta contaminación no solo es exclusiva de los pacientes con ventilador mecánico ya que desde muy niños ya nos encontramos con la orofaringe contaminada. Existen sin embargo algunos agentes que se dan por vía inhalatoria como el acinetobacter, las micobacterias, los hongos y Legionela.

En los pacientes que se encuentran internados en una sala común encontramos ciertos factores importantes como el nivel de conciencia que dificulta el reflejo de deglución, la abolición del reflejo tusígeno y el reflujo gastroesofágico.

En los pacientes de terapia intensiva y otros servicios que brindan el soporte ventilatorio, a pesar del *cuff* y la presencia de una sonda nasogástrica, existe una contaminación y pasaje entre el balón del *cuff* y la pared del tubo endotraqueal sobrepasándolo y colonizando la traguea y bronquios por intermedio de placas de biofilm que se adhieren al parénquima y se ven favorecidos cuando se aplica la sonda de aspiración, mecanismo implicado en la neumonía asociada a la ventilación mecánica. En términos generales podemos decir que la aparición de las neumonías intrahospitalarias dependerá fundamentalmente de su interrelación entre la virulencia de los agentes involucrados, el tamaño del inóculo y fundamentalmente del estado inmune del paciente

Aspectos de la neumonía intrahospitalaria

Los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos tengan o no soporte ventilatorio están expuestos a algunos factores similares, ya sea

dependientes del propio paciente, es decir, ser portador de comorbilidades que afectan el sistema inmunes, o, de enfermedades que por el tiempo de evolución han lesionado órganos diana; mención aparte el uso previo de antibioticoterapia e amplio espectro de uso indiscriminado en los diferentes salas de hospitalización, el inicio de antimicrobianos de forma empírica pero de primera línea, y lo mas común la micro aspiración de los gérmenes que colonizan la orofaringe, y de algunas circunstancias que favorezcan la invasión del aparato respiratorio inferior.

Otro de los factores importantes es haber sido sometido a cirugía abdominal mayor o cirugía torácica que en nuestro hospital tienen un tiempo operatorio prolongado. ⁽¹⁵⁾

Cuando los pacientes tienen soporte ventilatorio aparte del tiempo de la ventilación, los cuidados de la vía aérea toman vital importancia.

Revisemos los factores que estén involucrados:

Edad: a mayor edad aumentan los riesgos para adquirir esta infección nosocomial.

Género: Con respecto al género la neumonía intrahospitalaria es independientemente del género, sin embargo, es notorio en los hombres el hábito de fumar y el mayor porcentaje de obesidad en este grupo.

Ocupación: desde hace mucho tiempo se estableció que aquellos pacientes que están en contacto permanente o trabajan con sustancias volátiles como polvos o químicos estos producen procesos inflamatorios crónicos como neumonitis que luego resultan ser más susceptibles a estas infecciones.

Con respecto al uso de fármacos previos no hay duda que el uso de corticoides con su inhibición del sistema inmune lo hacen mas propensos a adquirir esta infección intrahospitalaria, asimismo el haber recibido un relapso sistémico de antibioticoterapia sin correlación adecuada favorece la emergencia de gérmenes resistentes.

El padecer de enfermedades crónicas del aparato respiratorio como asma y EPOC crean un territorio fértil para la infestación y aparición de la neumonía nosocomial, así como de algunas enfermedades metabólicas.

Sumado a todo esto algunos procedimientos, muchos de ellos de emergencia favorecen la colonización de las vías aéreas bajas, entre estas tenemos la colocación de un tubo endotraqueal, la permanencia de una traqueostomía invasiva, la aspiración de secreciones sin las medidas de bioseguridad adecuadas, la combinación de aspiración de secreciones de boca y tubo, etc.

Los agentes etiológicos varían de un país a otro, de un hospital a otro, e inclusive dentro de una misma institución. Los agentes de una sala común son diferentes a la de las unidades de cuidados intensivos por la patología polivalente y el estado crítico de los pacientes de UCI. Además, aquí se emplean métodos más directos como el lavado bronco alveolar y el aspirado transtraqueal que permiten tomar muestras más fidedignas y no contaminadas.

Los agentes etiológicos involucrados en la neumonía intrahospitalaria de acuerdo a la categorización de los pacientes son:

Pacientes SIN ventilación mecánica

Bacterias Grampositivas (+)

-SASM

-SARS

-Streptococcus pneumoniae

-Otros Streptococcus spp

Bacterias Gramnegativas:

-Pseudomonas aeruginosa

-Acinetobacter baumannii

- Enterobacteriácea
- Haemophilus Influenzae
- Otros:
- Legionella pneumophylia
- Aspergillus spp

Pacientes en ventilación mecánica:

Bacterias Grampositivas:

- SASM
- SARM
- Streptococcus pneumoniae
- Otros Streptococcus spp

Bacteria Gramnegativas

- Pseudomona aeruginosa
- Acinetobacter baumannii
- Enterobacteriácea
- Haemophilus Influenzae

Diagnóstico clínico

Un paciente hospitalizado no tiene la misma sintomatología que pudiera tener un paciente ambulatorio por lo que nos debemos basar en la aparición de los siguientes datos:

Fiebre: la presencia de una elevación de temperatura en un paciente previamente afebril nos hará sospechar la emergencia de un proceso infeccioso.

Secreciones pulmonares: la aparición, la exacerbación de las secreciones pulmonares, el cambio de la coloración y consistencia, o sea, variar de transparente a mucopurulento (amarillo-verdoso o plomizo), nos hará sospechar de una contaminación respiratoria.

Rx de tórax: la aparición de infiltrados en los campos pulmonares en una radiografía de tórax, o la ampliación de unos preexistentes es una confirmación fehaciente de la aparición de una infección respiratoria.

Hemograma: la elevación de los leucocitos, o al revés, la disminución (leucopenia), son signos indirectos de un ataque microbiano con respuesta del sistema inmune.

AGA: la hipoxemia en los análisis de gases arteriales o la retención de CO₂ son un signo inequívoco de una alteración en el intercambio gaseoso del aparato respiratorio.

No cabe duda que es la interacción de todos estos factores, así como una buena evaluación de los médicos tratantes los que corroboran el diagnóstico adecuado de una neumonía intrahospitalaria independientemente de algunos scores que no logran estandarizar en forma unánime todos los criterios.

Diagnóstico microbiológico

No siempre se obtiene o se puede dilucidar el agente microbiano causante de esta patología. La dificultad en obtener muestras características de las secreciones bronquiales hace que muchas de ellas se contaminen con los dispositivos de aspiración y con los gérmenes que se encuentran en la vía aérea superior.

Tradicionalmente los cultivos de esputo en estos casos se ven alterados por la flora contaminante del servicio al que pertenecen, y esta es una de las disyuntivas que siempre se plantea con respecto a los resultados obtenidos; ya sea se establece que es una muestra contaminada, es un germen oportunista colonizante o en fin es el agente causal de esta patología. De todas formas, son los miembros del equipo de laboratorio los que deben

garantizar la obtención adecuada de las muestras y su respectivo filtro, sobre todo en aquellos pacientes que ya están recibiendo un ciclo de antibioticoterapia ya sea por enfermedad sistémica o que repercute en el aparato respiratorio.

Con el propósito de minimizar y/o evitar la contaminación con gérmenes de la vía aérea superior se ha establecido los siguientes procedimientos:

Aspiración a circuito cerrado: anteriormente la aspiración de secreciones se realizaba con una sonda al aire libre y luego se "lavaba" en un depósito de agua estéril que desde luego se contaminaba con las secreciones ya absorbidas y nuevamente se volvían a aspirar volviéndose a colonizar la vía aérea, Para evitar esta complicación se instaló un circuito en que la sonda de aspiración "no Tocaba" el frasco ni se exponía al aire manteniéndose en un circuito cerrado que no permitía la exposición de este, esta sonda se cambiaba la sonda con cada aspiración y las muestras eran mas fidedignas.

Lavado Bronco alveolar:

Este es un procedimiento invasivo en la que por intermedio de un broncoscopio que se introduce a la vía aérea se llega a las partes internas del árbol bronquial luego del cual se instila unas milis cuotas de suero fisiológico estéril y luego se aspira mediante un circuito interno del broncoscopio y que va directo al frasco estéril para su posterior cultivo, aislamiento del germen y su antibiograma para el tratamiento adecuado. Este procedimiento invasivo sirva para identificar a un gran número de alvéolos contaminados por lo que se deben obtener muestras repetidas (unas tres o cinco) para determinar gérmenes comunes, bacilos acidoalcohol resistentes.

Paralelamente a la obtención de muestras directas del aparato respiratorio bronquial, si existe liquido en la cavidad pleural esta debe ser extraída de la forma mas aséptica posible y analizarla de acuerdo a la sospecha diagnostica. No solo el cultivo y Gram sino también algunos parámetros inmunológicos como el ADA para la tuberculosis. Los resultados del laboratorio como los

hemocultivos nos acercaran también a una sospecha diagnóstica de una infección intrahospitalaria.

Los agentes etiológicos más comunes probablemente no necesiten de un procedimiento invasivo, el cual debe ser reservado a aquellos pacientes con complicaciones respiratorias o que están siendo manejados por otra patología y que presenten como complicación una neumonía intrahospitalaria. En todo caso, optar por una prueba invasiva no ha de suponer una demora en el inicio del tratamiento antibiótico inicial.

Tratamiento

El tratamiento de una neumonía intrahospitalaria debe ser dirigido principalmente teniendo un conocimiento previo de la flora bacteriana de nuestra institución y del servicio al que pertenecemos. Las unidades de cuidados intensivos cuentan con una flora polimicrobiana debido a su carácter polivalente, por lo que la terapia empírica inicial debe ser dirigida a los microorganismos propios de esta unidad.

La terapia antibiótica debe tener en cuenta principalmente el origen del paciente, como fue su ingreso al hospital, las comorbilidades que presenta, el uso de corticoides, la terapia antibiótica previa, el haber sido operado o no, y de que tipo de operación hablamos. También debemos pensar en la multidrogoresistencia que presentan algunos patógenos de UCI.

La elección debe ser NO solo de monoterapia, sino pensar en la flora multimicrobiana y hay que pensar en gran positivos, gran negativos y los intermedios los anaerobios, siempre y cuando el paciente haya sido operado o se sospeche una broncoaspiración por reflujo de las secreciones intestinales. Por supuesto que, una vez llegados los resultados de los cultivos, se rotara o se reafirmara la terapia impuesta.

En cuanto a la duración del tratamiento este debe ser por un mínimo de ocho a diez días, y cuando se trate de gérmenes multidrogoresistentes como el acinetobacter esta se debe prolongar hasta 14 días

Prevención

Las infecciones intrahospitalarias han merecido la atención de las autoridades sanitarias y se han establecido campaña para prevenirlas, minimizarlas y en la medida de lo posible evitarlas.

El lavado de manos entre paciente y paciente ha minimizado esto ya que se estableció anteriormente que la principal fuente de contaminación era el personal de contacto directo de los pacientes.

Asimismo, el uso de materiales descartables, la instalación de circuitos cerrados, la descontaminación orofaríngea, el uso adecuado de los aerosoles y las nebulizaciones han demostrado utilidad en la disminución de los cuadros de neumonía intrahospitalaria

La aparición de la ventilación mecánica no invasiva ha permitido no insertar un tubo dentro de la tráquea y minimizar la invasión del árbol bronquial inferior.

Minimizar los tiempos en la ventilación mecánica también ha contribuido a la baja incidencia de esta patología en estos pacientes

La posición en ángulo de sesenta grados ha contribuido a disminuir la aspiración de las secreciones intestinales hacia el aparato respiratorio.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

2.4 HIPOTESIS

2.4.1 General

Por ser este estudio de Nivel Descriptivo NO requiere necesariamente de una Hipótesis general ni específica

2.5 Variables

Variable de estudio:

Neumonía Intrahospitalaria

Variables

Factores socio demográficas

-Edad

-Genero

-Ocupación

Factores clínicos:

-Fiebre

-Disnea

-Postración crónica

-Uso corticoides

--Factores extrínsecos

- Aspiración de secreciones

-Nebulizaciones

-Tubo endotraqueal

-Sonda nasogástrica

Comorbilidades

-Diabetes

-EPOC

-Obesidad

-Asma

-Estancia hospitalaria

-Mortalidad

2.6 Definición operacional de términos

Neumonía.: infección del parénquima pulmonar causada por bacterias intrahospitalarias o del huésped.

Edad: tiempo transcurrido desde el nacimiento.

-Género: Definición nominal: condición de un organismo que distingue entre masculino y femenino

-Ocupación: actividad desempeñada por una persona para obtener remuneración o sustento

Fiebre: elevación de la temperatura corporal por encima de 38°C

-Disnea: sensación subjetiva de falta de aire. Sucede en todos los casos de insuficiencia respiratoria y tiene tres niveles: leve, moderada y severa, que llega a la disnea de reposo.

Corticoides: fármacos cuya función es múltiple pero que su uso prolongado trae muchas consecuencias entre ellas la inhibición del sistema inmune

. Aspiración de secreciones. Método invasivo en el cual mediante un catéter o sonda de aspiración se trata de extraer las secreciones pulmonares

-Nebulizaciones: Fisioterapia respiratoria que consiste en una mascarilla donde se coloca suero fisiológico u algún aditivo. El oxígeno se vaporiza y este es inhalado con lo cual es fármaco transportado y facilita la liberación de las secreciones pulmonares

-Tubo endotraqueal: dispositivo que se inserta en la tráquea para dar ventilación asistida, para proteger la vía aérea y dar oxigenación durante el acto operatorio

-Sonda nasogástrica: tubo flexible que se inserta en la vía digestiva por la nariz y de allí al esófago y al estómago para alimentación y /o aspira secreciones abdominales y que estas no lleguen a la vía aérea.

Diabetes: patología metabólica caracterizada por elevación de la glucosa sanguínea. Esta es una enfermedad en la que los niveles de glucosa (azúcar) de la sangre están muy altos. La glucosa proviene de los alimentos que consume. La insulina es una hormona que ayuda a que la glucosa entre a las células para suministrarles energía

-EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica que es la consecuencia de haber padecido infecciones respiratorias a repetición durante su vida

-Obesidad: índice de masa corporal mayor de 30, indica la presencia de un mayor, pero al ideal y es generalmente asociado al aumento del tejido graso

-Asma: patología bronquial caracterizada por broncoespasmo y que cursa con una disnea intensa que muchas veces el paciente tiende que recurrir a las salas de emergencia para su tratamiento

-Estancia hospitalaria: días de permanencia en el hospital

Mortalidad: fallecimiento dentro de los días de hospitalización.

CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1 Diseño metodológico

3.1.1 Tipo de investigación

Descriptivo: solo describe las variables de estudio

Observacional: El investigador no manipula las variables, solo se limita a observar, describir y analizar la relación entre ellas.

Transversal: Se denomina así ya que la obtención y la medición de los datos que comprende las variables de investigación se hará en un solo momento determinado

Retrospectivo: los hechos plausibles de la investigación ya sucedieron porque se tomará en una fecha anterior a la fecha de iniciado el presente estudio de investigación.

3.1.2 Nivel de la investigación.

La investigación será de nivel Explicativo

No Experimental

3.2 Población y muestra.

La población está conformada por todos los pacientes con neumonía nosocomial que requirieron su ingreso a la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue. No habrá muestra, se incluirá a todos los pacientes

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La información será recogida en una ficha de recolección de datos confeccionada para tal fin y que incluirá las variables de estudio entre los que se encuentra los factores personales, las comorbilidades, los procedimientos extrínsecos

3.4 Diseño de recolección de la información

La recolección de la información será por análisis documentario de las historias clínicas de los pacientes con neumonía nosocomial de la unidad de terapia intensiva del hospital nacional Hipólito Unanue

3.5 Procesamiento y análisis de datos

Los datos serán vertidos en el programa Excel y luego serán tabulados en el programa SSPS 24.

3.6 Aspectos éticos

Este estudio de investigación tendrá en cuenta todos los aspectos éticos sobre la investigación en seres humanos. Se guardará la confidencialidad de los datos y solo serán utilizados para fines de este proyecto. No será necesario el consentimiento informado, ya que no se entrevistará ningún paciente y solo se tomarán los datos concernientes en la historia clínica.

Los datos serán procesados mediante el análisis documentario de los datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes del estudio

CAPITULO V: ANALISIS DE LOS RESULTADOS

TABLA N° 1

Rango de edad en pacientes con neumonía intrahospitalaria en unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue del 2018

RANGO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20 - 40	23	27,81
41 - 60	31	37,35
61 - 80	24	28,92
80 - >	5	6,02
TOTAL	83	100

Fuente: Ficha recolección de datos

En la tabla N° 1 observamos que el rango de edad de 41 a 60 años son los que más presentan neumonía intrahospitalaria con un 37,35%; seguido del rango de 61 a 80 con 28,92%, para luego continuar con el rango de edad de 20 a 40 con un 27,81% y finalmente la mayoría de 80 años con solo 6,02%.

GRAFICO 1

Rango de edad en pacientes con neumonía intrahospitalaria en unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue. 2018

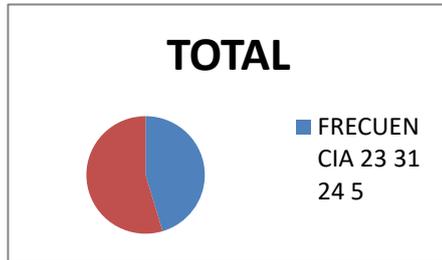


TABLA N° 2

Género en pacientes con neumonía intrahospitalaria en la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue 2018

GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	44	53,01
FEMENINO	29	46,99
TOTAL	83	100

Fuente: Ficha recolección de datos

En la tabla N° 2 observamos que el género masculino predispone a sufrir más de neumonía intrahospitalaria con un porcentaje de 53,01%; para luego continuar con el género femenino con un porcentaje de 46,99%.

GRAFICO 2

Género en pacientes con neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue del 2018

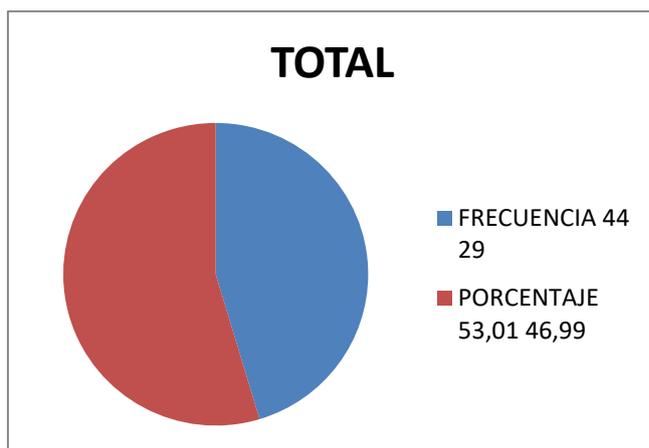


TABLA N°3

Ocupación en pacientes con neumonía intrahospitalaria en la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue 2018

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
OBRERO	28	33,73
EMPLEADO	23	27,71
AMA DE CASA	32	38,56
TOTAL	83	100

Fuente: Ficha recolección de datos

En la tabla N° 3 observamos que la ocupación en pacientes con neumonía intrahospitalaria; el de ama de casa tiene un porcentaje de 38,56%; el que sigue con un porcentaje de 33,73% siendo el de obrero y con un menor porcentaje de 27,71% la ocupación de empleado.

GRAFICO 3

Ocupación en pacientes con neumonía intrahospitalaria en la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue del 2018

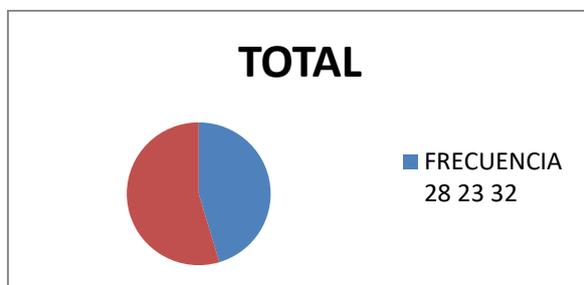


TABLA N° 4

Procedencia de los pacientes con neumonía intrahospitalaria en la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue del 2018

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
URBANA	80	96,39
RURAL	3	3,61
TOTAL	83	100

Fuente: Ficha recolección de datos

En la tabla N° 4 observamos que la procedencia urbana en pacientes con neumonía intrahospitalaria tiene un porcentaje de 96,39%; y la procedencia rural tiene un porcentaje de 3,61%.

GRAFICO 4

Procedencia de los pacientes con neumonía intrahospitalaria en la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue del 2018

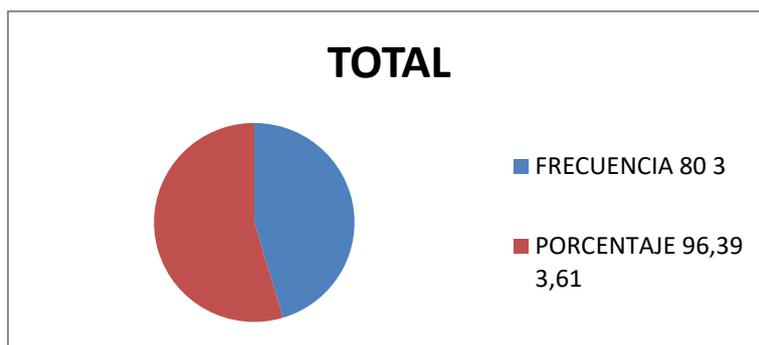


TABLA N° 5

Factores clínicos en pacientes con neumonía intrahospitalaria en la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue del 2018

FACTORES CLINICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FIEBRE	81	98
DISNEA	82	99
POSTRACION	16	19,28
CORTICOIDES	11	13,25

Fuente: Ficha recolección de datos

En la tabla N° 5 observamos que la mayoría de pacientes tuvo la disnea como el signo clínico mas importante con un 99% y a su vez el 98% presentaron un alza de temperatura. Un porcentaje de 19,28% estuvo postrado en cama días previos a la neumopatía y solo un 13,25% han recibido corticoides previamente.

GRAFICO 5

Factores clínicos en pacientes con neumonía intrahospitalaria en la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue del 2018

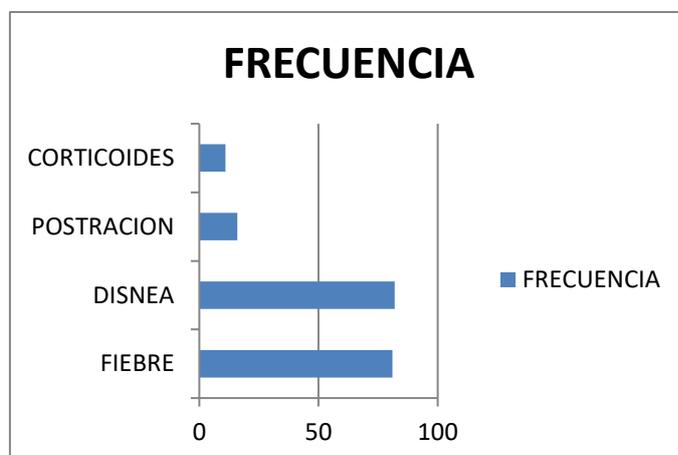


TABLA N° 6

Factores extrínsecos en pacientes con neumonía intrahospitalaria en la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue del 2018

FACTORES EXTRINSECOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ASPIRACION DE SECRECIONES	37	91,57
NEBULIZACIONES	79	37,35
TUBO ENDOTRAQUEAL	31	95,18
SONDA NASOGÁSTRICA	76	44,58

Fuente: Ficha recolección de datos

En la tabla N° 6 nos muestra claramente que los factores extrínsecos relacionados a la fisioterapia respiratorio nos muestran que el hecho de tener un tubo endotraqueal un 95,18% para adquirir una NHI; la aspiración continua de secreciones representa un 91,57%; mientras que la presencia de una sonda nasogástrica que favorece al reflujo se muestra con un 44,58% y no olvidar que las nebulizaciones continuas son un factor que representa un 37,35%.

GRAFICO 6

Factores extrínsecos de los pacientes con neumonía intrahospitalaria en la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue del 2018

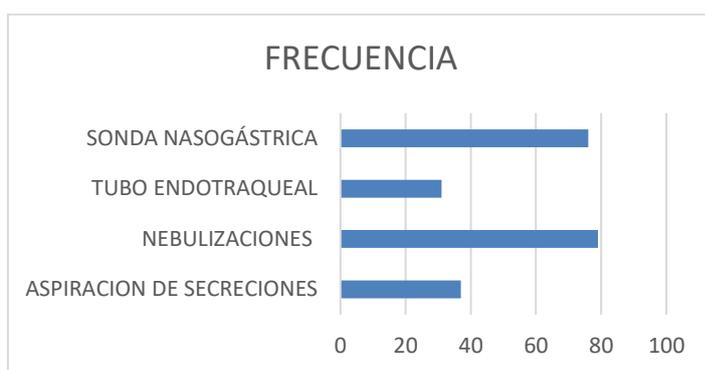


TABLA N° 7

Comorbilidades de riesgo en pacientes con neumonía intrahospitalaria en la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue 2018

COMORBILIDADES DE RIESGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIABETES	22	26,51
EPOC	25	30,12
OBESIDAD	48	57,83
ASMA	11	13,25

Fuente: Ficha recolección de datos

Con respecto a las comorbilidades la tabla N° 7 nos ofrece como principal factor a la obesidad con un 57,83% para luego continuar con un 30,12% perteneciendo a EPOC; a continuación, sigue la diabetes con un 26,51% y finalmente encontramos al asma con un 13,25%.

GRAFICO 7

Comorbilidades de riesgo de los pacientes con neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue del 2018

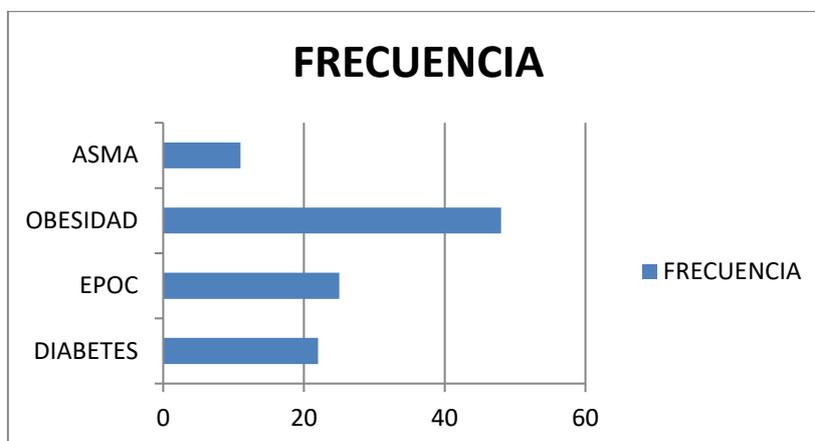


TABLA N° 8

Estancia de pacientes con neumonía intrahospitalaria en la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue del 2018

ESTANCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 - 7 DIAS	29	34,94
8 - 14 DIAS	30	36,14
15 - > DIAS	24	28,92
TOTAL	83	100

Fuente: Ficha recolección de datos

No cabe duda que la estancia hospitalaria representa un factor para la neumonía intrahospitalaria como lo demuestra la tabla N°8 donde la estancia desde 8 a 14 días aparece con un porcentaje de 36,14%, seguido en la estancia de 0 a 7 días con un 34,94%, pero también se define a la estancia mayor de 15 días con el porcentaje de 28,93%.

GRAFICO 8

Estancia de riesgo de los pacientes con neumonía intrahospitalaria en la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue del 2018

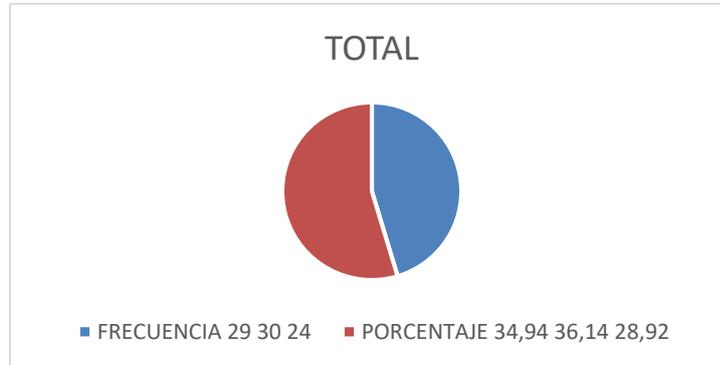


TABLA N° 9

Pacientes fallecidos con neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue del 2018

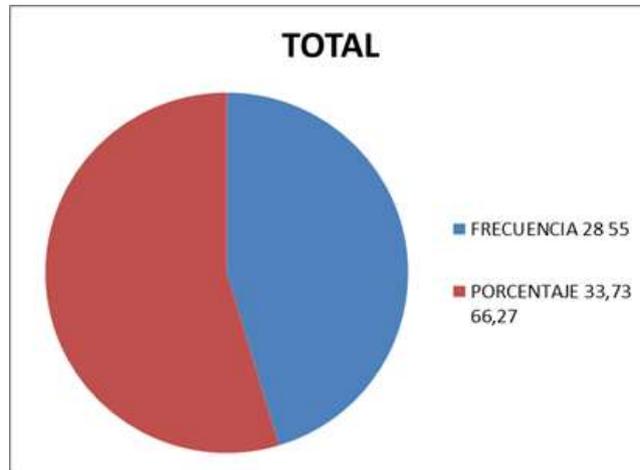
FALLECIDOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	28	33,73
NO	55	66,27
TOTAL	83	100

Fuente: Ficha recolección de datos

La neumonía intrahospitalaria es una causa de morbilidad ya que el 33,73% de los pacientes con esta patología fallece.

GRAFICO 9

Pacientes fallecidos con neumonía intrahospitalaria en la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue del 2018



CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

1. Entre los factores sociodemográficos del riesgo para neumonía intrahospitalaria son el rango de edad entre los 41 a 60 años, ser de género masculino, la procedencia urbana y tener solo labores dentro del hogar.
2. Los factores clínicos que se presentan en una neumonía intrahospitalaria son principalmente la disnea y la elevación de la temperatura.

3. Tener colocado un tubo endotraqueal es el principal factor de riesgo para pacientes con neumonía intrahospitalaria.

4. La obesidad es la comorbilidad que lleva a mayor riesgo en pacientes hospitalizados de padecer neumonía intrahospitalaria

5. La estancia hospitalaria mayor a 7 días representa un factor de riesgo para la atención de neumonía intrahospitalaria

5.2 RECOMENDACIONES

1. Los pacientes hospitalizados con rango edad entre los 41 a 60 años, masculino, de procedencia urbana y sean amas de casa deben tener una vigilancia epidemiológica exhaustiva para prevenir la neumonía intrahospitalaria.

2. El monitoreo respiratorio deberá observar la presencia de disnea y fiebre como signos indicativos de probable neumonía intrahospitalaria y alertar a los médicos tratantes sobre la aparición de estos.

3. Extremar los cuidados de fisioterapia respiratoria (aspiración en circuito cerrado, cambio de sonda en cada aspiración, métodos de barrera) en todo paciente con tubo endotraqueal ya que este es el principal factor de riesgo para neumonía intrahospitalaria.

4. Tomar precauciones de movilizar constantemente a los pacientes obesos y sobre intensificar la fisioterapia respiratoria en este tipo de pacientes propensos a padecer neumonía intrahospitalaria
5. Minimizar la estancia hospitalaria agilizando exámenes y tratamientos para disminuir la aparición de neumonía intrahospitalaria.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Otiniano-Oyola, A., & Gómez-Arce, M. (2011). Aspectos asociados a neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos. *Rev.Soc.Perú Med Interna*, 24(3), 121-127.
- 2.- Arroyo-Sánchez, A., Leiva-Goicochea, J., & Aguirre-Mejía, R. (2016). Características clínicas, epidemiológicas y evolución de la neumonía nosocomial severa en la unidad de cuidados intensivos. *Horizonte Médico (Lima)*, 16(1), 6-13.
- 3.- Palma, M., & Carolina, D. (2017). *Neumonía nosocomial factores predisponentes en pacientes entre 20 a 70 años de edad en unidad de cuidados intensivos en Hospital Universitario de Guayaquil período comprendido desde enero 2014 hasta diciembre del 2015* (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina).
- 4.- Aratía, C., & Pablo, J. (2018). Efectividad de la terapia antibiótica empírica en pacientes con neumonía intrahospitalaria (NIH) y neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV) en la Unidad de Cuidados Intensivos Generales del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz durante el periodo julio-octubre 2017.
- 5.- Torres, B., & Alisba, R. (2017). *Escala de fine y CURB65 como recurso predictivo de mortalidad en pacientes con neumonía intrahospitalaria. Estudio a realizarse en UCI y Hospitalización del Hospital IESS Milagro Dr. Federico Bolaños periodo 2016-2017* (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina).
- 6.- Portocarrero Betancourt, A. J. (2018). *Aspectos de la que inciden en el incremento de la Neumonía Intrahospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón 2017-2018* (Masterstesis).

- 7.- Ulloa Alvarado, P. E., & Cordero Abril, W. A. (2017). *Prevalencia y aspectos de la de neumonía intrahospitalaria. Departamento de Medicina Interna. Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca 2013-2015* (Bachelor's thesis).
- 8.- Cabanillas Mejía, E. A. (2009). Aspectos de la neumonía intrahospitalaria en pacientes del servicio de medicina del Hospital Víctor Lazarte Echegaray.
- 9.- Ambía Alvarado, C. E. (2018). Características clínicas, epidemiológicas, microbiológicas asociadas a mortalidad de neumonía intrahospitalaria en el Hospital San José del Callao durante los años 2012-2017.
- 10, Contreras Gala, K. L. (2017). Aspectos de la dependiente del huésped para neumonía asociada a ventilador en la uci del Hospital Nacional Dos de Mayo desde enero 2013-enero 2015.
- 11, Guillen, C., Eduardo, X., Rojas, N., Estefanía, G., & Avalos Payano, M. P. (2018). Prácticas preventivas para la neumonía asociada a ventilación mecánica en pacientes en Cuidados Intensivos Callao, noviembre 2018.
- 12.- Terán, G., & Tai, M. L. (2017). Aspectos de la para neumonía asociada a ventilación mecánica. Hospital belen de Trujillo. 2011-2014.
- 13.- Navarro Rodríguez, Z., Torres Bridón, F. M., García, R., Ibrahim, L., Fong Reyes, S., & Fernández García, A. (2015). Factores pronósticos en la neumonía asociada a la ventilación mecánica. *Medisan*, 19(3), 307-313.
- 14.- Quinto, F., & Luisa, M. (2016). Prevalencia de neumonía nosocomial en paciente con ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Ayacucho-2016.
- 15.- Alcántara, C., & Nataly, L. (2018). Comparación del tratamiento de neumonía intrahospitalaria con tigeciclina y colistina en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo EsSalud-Chiclayo, 2017.
- 18.- Espin Guerrero, D. A. (2018). *Aspectos de la y mortalidad de neumonía intrahospitalaria asociada a ventilación mecánica invasiva* (Doctoral

dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina).

19.- Gómez Zare, J. F. (2015). Etiología y susceptibilidad antimicrobiana de la neumonía intrahospitalaria asociada a ventilación mecánica.

20.- Cedeño Robalino, Z. S., & Jácome Álvarez, M. K. (2018). *Microorganismos multirresistentes en neumonía intrahospitalaria asociada a ventilación mecánica en Unidad de Cuidados Intensivos* (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina).

21.- Pallé, S. B. (2014). *Diagnóstico precoz de la neumonía asociada al ventilador: evaluación seriada de biomarcadores en mini lavado bronco alveolar y monitorización microbiológica, complementado con condensado de aire exhalado y sangre: Tesis doctoral* (Doctoral dissertation, Universitat de València).

22.- Zelada Aguilar, J. C. (2016). Ranitidina como factor de riesgo para Neumonía Nosocomial en pacientes de la unidad de cuidados intensivos, Hospital Belén de Trujillo, 2010-2015.

23.- Lagos Villacís, V. (2016). *Neumonía nosocomial: aspectos de la y complicaciones en pacientes mayores de 65 años, en el Hospital Universitario de Guayaquil, enero 2014-junio 2015* (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina).

24.- Gironés, C. R. (2004). *Estudio epidemiológico de la infección nosocomial en el Servicio de UCI del Hospital Universitario de Canarias* (Doctoral dissertation, Universidad de La Laguna).

25.- Estrada, F. A. P. (2014). Infección nosocomial en unidades de cuidados intensivos. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 13(2).

- 26.- Navarro Rodríguez, Z., Torres Bridón, F. M., García, R., Ibrahim, L., Fong Reyes, S., & Fernández García, A. (2015). Factores pronósticos en la neumonía asociada a la ventilación mecánica. *Medisan*, 19(3), 307-313.
- 27.- López Rueda, H. E. (2004). *Prevalencia de infecciones nosocomiales en los servicios de: Medicina Interna, Cirugía, Ortopedia y la Unidad de Cuidados Intensivos del HEODRA*. (Doctoral dissertation).
- 28.- Guzmán Espinoza, T. X. (2014). *Prevalencia y características epidemiológicas-clínicas de las infecciones intrahospitalarias en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati durante el periodo de julio-diciembre 2008* (Doctoral dissertation).
- 29.- Lanza Morales, A. B. (2014). *ASPECTOS DE LA PARA EL DESARROLLO DE NEUMONÍA NOSOCOMIAL ASOCIADA A VENTILADOR EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL DEL NIÑO "DR. OVIDIO ALIAGA URÍA" EN EL PERIODO DE JUNIO A NOVIEMBRE 2009* (Doctoral dissertation).
- 30.- Cusicanqui, L. Á. C., Vega, J. R., Arrasco, R. A. P., & Campos, N. R. (2015). Infección Intrahospitalaria por Bacterias GRAM Negativas No Fermentadoras en los Pacientes Hospitalizados en los Servicios de UCI-UCIN del Hospital Regional Lambayeque 2014. *Revista Experiencia en Medicina del Hospital Regional Lambayeque*, 1(2), 56-60.
- 31.- Palomar M, Serra J. Neumonía intrahospitalaria: etiopatogenia, clasificación, clínica y diagnóstico. *Medicine*. 2018; 7:3447-50
- 32.- Barberá JA. Patología respiratoria aguda en UCI. In: Torres A, Ortiz I, editors. *Cuidados Intensivos Respiratorios para Enfermería*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1997.
- 33, Mandell LA, Wunderink R. Neumonía. In: Loscalzo J, editor. *Harrison. Neumología y Cuidados Intensivos*. 1ª ed. McGraw Hill; 2013. p. 99-114

34.- Grenvik A, Ayres S, Holbrook P, Shoemaker W. Tratado de medicina crítica y terapia intensiva. 5ª ed. Ed. Médica Panamericana; 2016.

crítica y terapia intensiva. 5ª ed. E, . Médica Panamericana; 2016.

35.- César Jacinto León Chahua, Factores de riesgo asociados a neumonía intrahospitalaria en el servicio de medicina del hospital Guillermo almenara Irigoyen, lima. 2015- 2016.

36.- Guevara Terán Mai Ling realizo un estudio sobre factores de riesgo para neumonía asociada a ventilación mecánica. hospital belén de Trujillo, entre los años 2011- 2014

ANEXOS:



ANEXO 01: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

ASPECTOS DE LA A NEUMONIAPOR. EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE 2018

Variable independiente	<u>Ítems</u>	<u>Tipo</u>	<u>Fuente</u>
Factores sociodemográficos	<u>5</u>	Nominal	Ficha de recolección de datos
<u>Factores clínicos</u>	<u>4</u>	Nominal	Ficha de recolección de datos
Factores laboratorio	<u>3</u>	Nominal	Ficha de recolección de datos
Comorbilidades	<u>5</u>	Nominal	Ficha de recolección de datos
Variable dependiente			
Neumonía.	<u>1</u>	Nominal	Ficha de recolección de datos

ANEXO 02: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

ASPECTOS DE LA A NEUMONIA INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL
NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DEL 2018.

DIAGNÓSTICO DE.: NEUMONIA INTRAHOSPITALARIA

1.- FACTORES SOCIODEMOGRÁFICAS

- Edad () años
- Género: Masculino Femenino ()
- Ocupación:
- Procedencia Urbano Rural ():

2.-FACTORES CLÍNICOS:

- Fiebre: SI () NO ()
- Disnea SI () NO ()
- Postración SI () NO ()

-Corticoides **SI () NO ()**

3.--FACTORESEXTRINSECOS DE RIESGO

--- Aspiración de secreciones **SI () NO ()**

-Nebulizaciones **SI () NO ()**

-Tubo endotraqueal **SI () NO ()**

-Sonda nasogástrica **SI () NO ()**

4.-COMORBILIDADES DE RIESGO

-Diabetes: **SI () NO ()**

-EPOC: **SI () NO ()**

-Obesidad: **IMC > 30 SI () NO ()**

-Asma. **SI () NO ()**

-Tabaquismo: **SI () NO ()**

-POAR

ANEXO 03: MATRIZ DE CONSISTENCIA:

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ASPECTOS DE LA NEUMONIA INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2018.

ALUMNO: Nelson Valer Bejar

ASESOR: Dr. Williams Fajardo LOCAL: San Borja

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General: PG: ¿Cuáles son los aspectos de la a neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue 2018?</p> <p>Específicos ¿Cuáles son los factores socio demográficas de riesgo a neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue 2018?</p>	<p>General OG: Determinarlos aspectos de la a neumonía. Intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue 2018</p> <p>Específicos: Reconocer los factores socio demográficas de riesgo a neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de</p>	<p>General: H(i) Existen aspectos de la a neumonía. intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue.2018</p> <p>Hipótesis especificas H(i) Existen factores socio demográficas de riesgo a neumonía. intrahospitalaria en pacientes de la unidad de</p>	<p>Variable dependiente: Neumonía. Intrahospitalaria</p> <p>Variable independiente: Factores sociodemográficos</p>

<p>¿Cuáles son los factores clínicos de riesgo a neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue 2018?</p> <p>¿Cuáles son los factores extrínsecos de riesgo a neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital Hipólito Unanue 2018?</p> <p>¿Cuáles son las comorbilidades de riesgo a neumonía intrahospitalaria? en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue 2018?</p> <p>¿Cuál es la estancia hospitalaria y la mortalidad en pacientes con neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue 2018?</p>	<p>cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue 2018.</p> <p>Identificar los factores clínicos de riesgo a neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue 2018.</p> <p>Verificar los factores extrínsecos de riesgo a neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital Hipólito Unanue 2018.</p> <p>Establecer las comorbilidades de riesgo a neumonía. Intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue 2018.</p> <p>Verificar la estancia hospitalaria y la mortalidad en pacientes con neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de</p>	<p>cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue 2018</p> <p>H(i) Existen los factores clínicos de riesgo a neumonía. intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue 2018.</p> <p>H(i)Existen factores extrínsecos de riesgo a neumonía. intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue 2018</p> <p>H(i)Existen comorbilidades de riesgo a neumonía. intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue 2018</p> <p>H(i) Existe estancia hospitalaria y mortalidad en pacientes con neumonía intrahospitalaria en pacientes de la unidad de</p>	<p>Factores clínicos</p> <p>Factores extrínsecos</p> <p>Comorbilidades</p> <p>Estancia Hospitalaria y Mortalidad</p>
--	---	---	--

	cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue 2018.	cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue 2018.	
Diseño metodológico		Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos
<p>- Nivel: EXPLICATIVO, NO EXPERIMENTAL.</p> <p>- Tipo de investigación: DESCRIPTIVO, TRASVERSAL, RETROSPECTIVO, OBSERVACIONAL</p>		<p>Población: La población está conformada por todos los pacientes con neumonía nosocomial que requirieron su ingreso a la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue. No habrá muestra, se incluirá a todos los pacientes</p>	<p>Técnica: Análisis documentario Instrumento: Ficha de recolección de datos personalizado</p>

