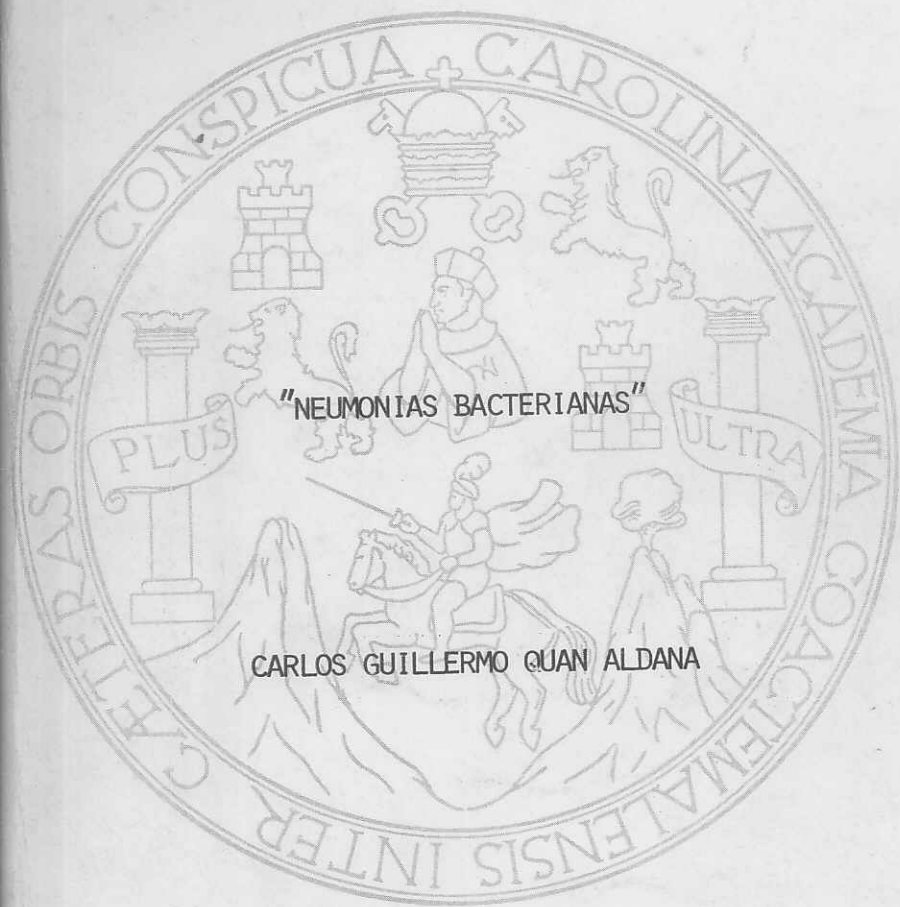


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



GUATEMALA, ABRIL DE 1981

INDICE

I	-	INTRODUCCION
II	-	ANTECEDENTES
III	-	OBJETIVOS
IV	-	METODOLOGIA
V	-	GENERALIDADES DE NEUMONIA
VI	-	PRESENTACION DE RESULTADOS
VII	-	CONCLUSIONES
VIII	-	BIBLIOGRAFIA

I INTRODUCCION

La neumonía bacteriana puede definirse como la invasión de las bacterias al parénquima pulmonar produciendo consolidación exudativa de la viscera. La forma que adoptarán las neumonías depende de muchas variables, de la índole del agente etiológico específico, reacción del huésped y grado de ataque. De esta manera la neumonía puede clasificarse según el agente etiológico, según el carácter de reacción del huésped (fibrinoso, supurado, etc.), o, fundándose en la distribución anatómica de la enfermedad, en lobulillar, lobar o intersticial.

La neumonía bacteriana continúa siendo una de las causas principales de consulta y hospitalización en el área rural, la que la hace interesante como objeto de estudio. El Hospital Quirigua-Bananera (Hospital rural-privado que pertenece a la Compañía de Desarrollo Bananero de Guatemala, en el Departamento de Izabal), no se salva de dicha característica, siendo esta la razón que me motivó para llevar a cabo el presente trabajo de tesis, el cual es específico para el estudio de neumonías bacterianas.

En el período comprendido del 1o. de enero de 1980 al 31 de diciembre de 1980 se tuvo una afluencia de pacientes, en cantidad de 50 790, de los cuales ingresaron 448 personas. Se revisaron 239 papeletas de pacientes ingresados con diagnóstico de neumonía que son las que interesan para el estudio. Por lo tanto, los resultados presentados serán la incidencia de la enfermedad con que se presenta, sexo dominante, clase de paciente atendido, profesión u oficio de los pacientes, signos y síntomas más frecuentes, estudio bacteriológico, problemas asociados mas frecuentes, características radiográficas y la mortalidad en los pacientes ingresados al Hospital con

padecimiento neumónico.

Espero que el presente trabajo cumpla con sus objetivos y sirva de estímulo para que estudiantes y profesionales de la medicina se dediquen al estudio e investigación de dicha afección. Como causa importante de consulta en nuestros hospitales.

II ANTECEDENTES

Durante mucho tiempo las enfermedades infecciosas han atacado al hombre en una u otra forma siendo esta predominante en personas que viven en países no desarrollados. Sin embargo la fuerza de estas ha sido reducida con el conocimiento de nuevos métodos de saneamiento ambiental, educación, introducción de nuevos conocimientos sobre las bacterias e introducción de antibióticos. La neumonía bacteriana es una de las infecciones que continúa siendo constante en el ingreso a los Hospitales, pero los problemas graves que esta misma producía han sido reducidos por las causas mencionadas anteriormente, esta es la razón por la que ha ameritado ser estudiada. Es de interés ver como la neumonía ha sido constante en su presentación y por igual en cualquier parte del mundo, pero a pesar del avance tecnológico esta enfermedad aún sigue siendo de importancia en el ingreso a Hospitales y constituye el 10% de los mismos, siendo causa importante de muerte en nuestros tiempos 1/. La neumonía neumocócica continúa a la cabeza, a pesar de que actualmente la aparición de afección por bacterias gram negativos ha llamado la atención. Desde el punto de vista epidemiológico es importante señalar la relación que las neumonías guardan con la desnutrición, problemas de salud frecuente, en nuestros países, condiciones de vivienda, saneamiento ambiental, nivel educativo, ingreso económico y posibilidades sociales las que circulan alrededor del punto mórbil o con íntima interacción. Los síntomas con que se presenta ya han sido bien documentados como fiebre, escalofríos, tos productiva, dolor torácico y signos como dificultad respiratoria, matidez y esterotores. 2/

En busca de un mejor pronóstico del paciente se han ideado métodos auxiliares de laboratorio, tan sencillos como puede ser una hematología o un gram de esputo, hasta procedimientos más complicados como hemocultivo, cul-

tivo de esputo, punción transtraqueal; necesarios para identificar el germen lo que hará instruir una terapéutica específica e inmedia para una mejor pronóstico del paciente. La radiografía de tórax es importante porque nos determina localización y extensión de la lesión. El pronóstico de la neumonía va a depender de una diagnóstico rápido, identificación del germen para dar una terapéutica específica y la condición física del paciente. Sabemos que la neumonía neumocócica tendrá mejor pronóstico por tomarla en cuenta como primera posibilidad al ingresar un paciente y su respuesta al uso de penicilina la que es de fácil acceso y barata. No sucede así principalmente en afecciones por gram negativos cuyos gérmenes poseen mayor patogenicidad y su mortalidad es alta (50 al 97%).

Algunos antecedentes en estudios llevados a cabo en el país en relación a neumonías nos llevan a algunas conclusiones, entre ellas:

1. En un estudio de 110 casos con diagnóstico de BNM en contrados en edades comprendidas de 0-10 años, las conclusiones fueron: las edades mayormente afectada fue la de 0-1 año (48 casos) 43.63%, 1-4 años (49 - casos) 44.54% y de 5-12 años (13 casos) 11.83%. 3/
2. La edad en la que el niño es más susceptible a sufrir neumonía se encuentra en el primer año de vida (41 - casos) 36.81% 4/
3. La edad infantil es la más afectada, principalmente la de menores de un año que representa el 40% 7/
4. El sexo masculino es el más afectado con 59 casos de 110 casos estudiados, esto representa el 64.9%. 3/
5. En 112 casos estudiados en pacientes con neumonía el sexo masculino fue el más afectado con 77 casos, - 68.75% 4/

6. Al llevar a cabo un estudio de neumonía bacteriana, buscando la profesión u oficio, se encontró que los niños eran los más afectados, esto sucedía así por ser la edad infantil la mayor consultante. 7/
7. El síntoma o síntomas encontrados con más frecuencia fue fiebre en 44%, tos productiva en 40% y tos seca en 24%. 7/
8. El signo físico predominante en pacientes con neumonía es el estertor. 7/
9. En 32 casos estudiados con diagnóstico de neumonía y a quienes se llevó a cabo cultivo de esputo a 5 pacientes; resultaron positivos a neumococ. 5/
10. De 160 casos revisados con diagnóstico de neumonía - se encontró que el neumococo fue el germen más común encontrado en el 59.34% de los casos. 6/
11. El diagnóstico de neumonía fue clínico en (110 casos) 100% y el auxiliar diagnóstico los rayos C de torax (72 casos) 65.4%. 3/
12. En 112 casos con diagnóstico de neumonía el 100% del diagnóstico fue clínico y el auxiliar diagnóstico - los rayos X de torax (94.62%) en 112 casos. 4/
13. El problema asociado encontrado con mayor frecuencia en pacientes con neumonía fue de 30.3%. 3/
14. La Geca fue el problema asociado encontrado en pacientes con neumonía en un 5.77%. 4/
15. De 160 casos estudiados por neumonía se encontró que la mortalidad era del 1.66%. 6/

Con estos datos podremos hacer una relación entre la literatura mundial, datos nacionales previos y el presente estudio.

III OBJETIVOS

1. Contribuir al estudio de las enfermedades infecciosas en el área rural.
2. Conocer la incidencia de neumonía bacteriana en pacientes atendidos en un Hospital del interior del país.
3. De los casos estudiados, conocer el grupo etareo y el sexo mayormente afectado con problemas de neumonía bacteriana.
4. Detectar los síntomas y signos más frecuentes que presentan los pacientes con problema neumónicos en Hospital Quirigua-Bananera.
5. Conocer los resultados de los métodos diagnósticos empleados en pacientes con problema de neumonía en Hospital Quirigua-Bananera.
6. Establecer la relación clínico-radiológica en pacientes con padecimiento neumónico del Hospital Quirigua-Bananera.

IV METODOLOGIA

En este trabajo de tesis el material de estudio lo constituye el número de casos de neumonía bacteriana que se registraron en el Hospital Quirigua-Bananera en un tiempo y espacio determinado, en el período comprendido del 1o. de enero de 1980 al 31 de diciembre de 1980.

Considero necesario describir los pasos seguidos en la elaboración del presente trabajo:

1. Revisión de las fichas clínicas utilizadas para el manejo de pacientes en el Hospital Quirigua-Bananera en el período ya indicado.
2. Selección de fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de neumonía que fueron atendidos en Hospital Quirigua-Bananera.
3. Seleccionar de las fichas clínicas las variables que se necesitaron para el estudio.
4. Consolidación total de los resultados mencionados y cuyos resultados se encuentran en presentación de resultados.
5. Presentación de los resultados en cuadros estadísticos.
6. Elaboración de la ficha para la recopilación de los datos, la que a continuación describo.

FICHA DE RECOPIACION DE DATOS

IV METEOROLOGÍA

1. Edad del paciente: _____

2. Sexo: Masculino
Femenino

3. Profesión u oficio:

Niños
Ama de casa
Escolares
Agricultores
Otros (ancianos)

4. Síntomas:

Tos productiva
Tos seca
Fiebre
Dínea
Dolor torácico
Cianosis

5. Signos:

Estertores crepitantes
Estertores subrepitantes
Roncus o sibilancias
Matidez

6. Métodos Bacteriológicos:

Frote gram y cultivo de esputo
Hemocultivo
Punción trans-traqueal

7. Método Diagnóstico:

Clínico
Radiológico
Bacteriológico

8. Hallazgo Radiológico:

Consolidación

Infiltrado

Derrame

Neumatocele

9. Problema asociado:

Geca

DPC

EPOC

10. Mortalidad:

Número de casos

V CONSIDERACIONES GENERALES

La neumonía es una enfermedad que aparece en forma aguda a cualquier edad y su diagnóstico es sugerido por síntomas de tos, expectoración, escalofríos, fiebre y dolor pleural.

Aunque los hallazgos dan evidencia del cuadro, pueden detectarse neumonías sin evidencia radiológica y aún en forma frecuente cuadros radiológicos positivos con grandes áreas de consolidación sin encontrar signos físicos. (8).

Las neumonías pueden clasificarse según la forma de presentación y según su etiología. Desde el punto de vista morfológico y radiológico hay características en cada una de las presentaciones que permite diferenciarlas. Según su morfología pueden ser:

1. Neumonía del espacio aéreo (neumonía alveolar);
2. Neumonía lobulillar o bronconeumonía;
3. Neumonía intersticial o neumonitis.

Según su etiología puede ser a bacterias aerobias gram negativas, organismos anaerobios y neumonías no bacterianas (hongos, virus, micoplasmas, rickettsias).

ANATOMIA PATOLOGICA

Cada uno de los gérmenes que causan neumonía tienden a tener su forma de presentación patológica la cual será presentada a continuación:

El *Diplococcus Pneumoniae* es una bacteria habitante

del tracto respiratorio superior en el 20-40% de las personas normales. Los gérmenes descienden y son aspirados afectando primordialmente lóbulos inferiores y segmento posterior del lóbulo superior. Los microorganismos tienden a multiplicarse rápidamente desde las partes superficiales de los alveolos produciendo una reacción inflamatoria la cual se propaga de alveolo a alveolo por los poros de Kohn dando una condensación homogénea, lo que le da su forma clínica y radiológica.

En la neumonía estafilocócica el proceso se inicia en los conductos aéreos, mostrando los bronquios destrucción del epitelio, infiltraciones polimorfonucleares, alveolos llenos de exudados y sangre. El cuadro de condensación de unidades acinares, rodea las vías aéreas que luego forman abscesos y drenan hacia los bronquios mayores permitiendo la entrada de aire que queda retenido y forma neumatóceles que son características de la afección por estafilococo.

Las características morfológicas de la afección por estreptococo es la de necrosis alveolar en aquellos que sobreviven de 4 a 5 días lo que hace que sus características sean casi idénticas a la neumonía estafilocócica, relacionándose la severidad de la enfermedad con los hallazgos morfológicos.

El *Hemophilus influenzae* es un patógeno que actualmente se ha encontrado en forma más común produciendo neumonía primaria principalmente en niños. Tiende a producir una inflamación aguda de las mucosas de las vías aéreas. Posteriormente a haber producido inflamación de las mucosas de las vías aéreas, puede atravesar esta y llegar al parénquima pulmonar para producir típica neumonía.

En la neumonía por *Pseudomonas aeruginosa* se pueden realizar micro-abscesos en el tejido peribronquial con necrosis de las paredes alveolares dentro del parénquima pulmonar. Derrame pleural hemorrágico o purulento existiendo invariablemente a la necropsia.

La afección por *Klebsiella* puede llevar a la formación de grandes abscesos secundarios a necrosis pulmonar masiva. Generalmente se encuentra afectado solamente un lóbulo pero el segmento posteriores del lóbulo superior y el ápice del lóbulo inferior derecho son afectadas también. Histológicamente se encuentra el espacio aéreo periférico lleno de bacilos gram negativos y células monocucleares.

Las neumonías representan el 10% de todas las admisiones médicas y representa una causa importante de muerte aún en nuestros tiempos modernos.

Vale la pena mencionar que la neumonía neumocócica es una enfermedad común en hombres de 30-50 años. En personas alcohólicas y vagabundas son frecuentes los cuadros fulminantes. El tipo III tiene predilección por los viejos. La afección ocurre generalmente en el invierno y comienzo de la primavera.

El Estafilococo es comensal en 20-60% de las personas normales en las fosas nasales y sobre la piel, más del 90% de recién nacidos adquieren estafilococos en las fosas nasales en las dos primeras semanas de vida. 9/

Su patogenicidad tiene relación con la producción de enzimas y su resistencia a los tratamientos es por la producción de penicilinasa. El uso de antibiótico de amplio espectro parece favorecer a una mayor incidencia. Operaciones, la influenza y el sarampión favorecen también. Su apareamiento tiene mayor relación con las épocas de epidemia de influenza.

Otro patógeno productor de neumonía es el *Hemofilus influenzae*, siendo el microorganismo que más comunmente se encuentra en esputo de pacientes que padecen enfermedad pulmonar crónica como bronquitis crónica, enfisema obstructivo y bronquiectasias, también en personas alcohólicas, diabéticas, con deficiencia o defecto de inmunoglobulinas. La susceptibilidad a la infección por *hemofilus* se

encuentra entre los dos meses y los tres años. Esta se debe a que los títulos de anticuerpos protectores anticapsulares están localizados en la IG del plasma del niño que cede la madre y cuyas concentraciones bajan a partir del segundo mes. Se cree que el incremento en la incidencia de meningitis, neumonía y faringitis es debida al uso precoz de antibióticos en niños lo que impide el desarrollo protector de anticuerpos.

Pseudomona aeruginosa es un bacilo gram negativo que se encuentra en esputo de personas normales que reciben antibioticoterapia y en personas sanas que trabajan en hospitales, por lo tanto, no es indicativo de enfermedad encontrar éstos bacilos en una muestra. La *Pseudomona* tiene la facilidad de crecer y multiplicarse en medios líquidos, aun en soluciones usadas para esterilización de equipos quirúrgicos 10/. La mayoría de los casos ocurren en jóvenes o viejos con enfermedad debilitantes, se adquiere la afección generalmente en el Hospital. En adultos la infección se desarrolla en pacientes sufriendo enfermedad pulmonar crónica, ICC, diabétis, alcoholismo, nefropatías. Pacientes con traqueostomía son susceptibles también a la infección por *pseudomona*.

El bacilo de Friedländer (*Klebsiella*) un bacilo gram negativo está compuesto de 6 grupos antigénico son del I al VI. Representa el 1% de todas las neumonías, el porcentaje de muertes se encuentra en el 50% después de 48 horas de contraída la infección.

SINTOMAS Y SIGNOS

En general la neumonía es sugerida por síntomas de tos, expectoración, escalofríos, fiebre y el dolor pleural.

Los signos físicos indican la localización de la lesión siendo característicos: Ausencia del murmullo vesicu

lar, mátidez, estertores crepitantes finos, soplo tubárico y pectoriloquía áfona. Debido a la rápida terapéutica antimicrobiana las neumonías evolucionan satisfactoriamente por lo que dichos signos son menos frecuentes de encontrar hoy día. Sin embargo, la forma de presentación y los signos que aparecen van a depender del germen causal, tiempo del padecimiento y tratamiento.

En la neumonía por neumococo a menudo hay historia de infección respiratoria superior anterior. Se presenta fiebre, la cual es de aparecimiento brusco, escalofríos (80%), tos, ligera expectoración y dolor pleural (75%). La expectoración puede ser no productiva al inicio pero luego volverse herrumbrosa, sanguinolenta o purulenta.

Al examen físico se encuentra temperatura 39-40°C, dificultad respiratoria (rápida, superficial, con aleteo nasal), puede existir herpes labial. Temperatura y pulso elevado es ley. El torax del lado afectado se mueve menos, hay mátidez a la percusión habiendo frémito bucal aumentado, aumento del murmullo vesicular, soplo tubárico presente, pectoriloquía afona y frote pleural.

Es el estafilococo el responsable de 1 al 5% de las neumonías, siendo su pico mayor cuando la incidencias de influenza es mayor. El comienzo suele ser brusco con tos y expectoración amarilla o purulenta con estrías sanguinolentas y dolor pleural. Al examen hay signos de condensación, áreas de estertores crepitantes y roncus, murmullo vesicular disminuido, siendo parte del proceso el derrame pleural y grandes neumatóceles que suelen dar timpanismo a la percusión. Todo neumatóceles que puede aparecer en el hospital debe ser sospechoso de infección por estafilococo. En niños la formación de neumotóciles es patognomónica del cuadro estafilocócico.

La afección por Hemofilus influenza es muy severa principalmente en niños. Se presenta con disnea acentuada, fiebre alta y cianosis. Empiema es frecuente.

Los pacientes que adquieren la neumonía por Pseudomona se encuentran en el hospital al momento de adquirirla, generalmente con enfermedad subyacente que ha disminuido sus defensas. El inicio es brusco con fiebre, escalofrío, disnea, tos productiva de aspectos verde y hemoptoico. Al examen fiebre bradicardia es la regla y empiema es común. La neumonía por Pseudomona tiene tres formas de presentación siendo la neumonía aguda, infección aguda mixta o neumonía de Friedländer secundaria, neumonía crónica. La neumonía aguda tiende a aparecer en pacientes alcohólicos, viejos y personas debilitadas.

Hay inicio súbitos, brusca postración, cianosis, dolor al respirar, disnea severa, fiebre moderada y un esputo característico marron oscuro o como jalea de groseya (25-50% de pacientes). Al examen físico hay signos de condensación pulmonar a menos que neumonía necrotizante o derrame pleural aparezca.

DIAGNOSTICO

Una serie de pruebas de laboratorio son utilizadas para el Diagnóstico de neumonía encontrándose entre estos la hematología con velocidad de sedimentación, hemocultivos, pruebas serológicas, rayos X de torax, gram de esputo, cultivo de esputo, cultivo de serecciones pleurales y punción transtraqueal.

Leucocitosis (15-25 mil por mm³, el diagnóstico depende del cultivo de esputo (50%), líquido pleural (30%) y sangre ocasionalmente. Estreptolisina se encuentra en el 90% de pacientes. 8/

En la afección por Hemofilus influenzae, el recuento de blancos puede ser normal o con ligera leucocitosis. El microorganismo puede ser cultivado en esputo, sangre y líquido pleural.

Pseudomona recuento de blancos da de 20 mil por mm³ de blancos. El Hemocultivo debe hacerse cuando se sospecha. La aparición de pseudomona en el esputo implica que hubo aspiración de contenido gástrico con infección secundaria después de usar antibióticos de amplio espectro.

Radiológicamente el neumococo presenta una condensación homogénea del parenquima pulmonar, Broncograma aéreo debe estar siempre presente y su ausencia debe hacer dudar el diagnóstico. El estafilococo presenta radiológicamente los neumatóceles que son característica de esta afección en el 40-60% de niños afectados, la afección es bilateral en el 60% de los casos, derrame pleural se encuentra en el 50% de los casos.

La apreciación radiográfica puede ser de múltiples imágenes nodulares cuando la invasión pulmonar proviene del torrente circulatorio (embolos sépticos).

En la neumonía por estroptococo radiológicamente hay condensación homogénea. La distribución segmentaria típicamente localizada en lóbulos inferiores y a veces bilateral, también es otro hallazgo radiológico. Absceso pulmonar puede desarrollarse en la afección por Pseudomona, se observan múltiples sombras de pequeños nódulos (0.30 a 0.5 mm). Estos nódulos se funden en áreas homogéneas de condensación de 2 cms. o más de diámetro. El derrame pleural es común.

La Klebsiella tiene tres hallazgos radiológicos que ayudan al diagnóstico:

- 1o. Abultamiento de la cisura interlobar y el lado afectado está aumentado de volumen por la tendencia a la formación voluminosa de exudado inflamatorio.
- 2o. Tendencia a formación de cavidades o abscesos.
- 3o. Frecuente producción de derrame pleural y empiema.

COMPLICACIONES

Con un tratamiento adecuado la neumonía tiene una solución radiológica en 10-14 días, en pacientes no tratados puede prolongarse hasta 7 semanas. (8)

Atelectasia, abscesos, derrame pleural, pericarditis, empiema, endocarditis, artritis infecciosa, meningitis, otitis y sinusitis son las complicaciones mas frecuentes.

El neumococo presenta derrame pleural en el 5% de los casos. Empiema en menos de 1% y endocarditis en menos de 0.5%.

Abscesos metastáticos, endocarditis aguda son más frecuentes en estafilococos.

Pericarditis son comunes en Streptococo. En la Klebsiella y especies aerobacter las complicaciones pueden ser empiema, pericarditis, meningitis.

TRATAMIENTO

Cuando un paciente está con padecimiento neumónico - todo médico debe analizar y saberse contestar ciertas características que van relacionadas con la neumonía:

La edad del paciente, donde se adquirió la enfermedad, si existe enfermedad subyacente, cuales son las características del esputo, que circunstancias estuvieron envueltas en el desarrollo de la neumonía. Hay pacientes que pueden ser tratados ambulatoriamente dependiendo de la presentación del cuadro. Existen ciertas circunstancias en las cuales los pacientes con neumonía deben ser hospitalizados, vale la pena mencionar:

Los pacientes con disnea severa, condiciones ambien

tales inadecuadas o si algo sugiere que el diagnóstico fue equivocado, si existe sobreinfección u otras complicaciones, si los pacientes son viejos, jóvenes debilitados y alcohólicos, niños menores de 1 año, con neumonía secundaria u otra enfermedad asociada.

El tratamiento antimicrobiano debe estar enfocado hacia el germen causal. En el tratamiento de neumococo y esptreptococo se elige principalmente penicilina G y en caso de ser alérgico utilizar eritromicina. Para el estafilococo debe utilizarse meticilina, oxacilina o cloxacilina.

La oxacilina (4-8 gms/día) dado parenteralmente se usa para terapia inicial. El tratamiento debe ser continuado por un período de 3 a 4 semanas.

Las neumonías por gérmenes gram-negativos como Klebsiella Pneumoniae la cefalotina es la droga de elección a dosis de dos gramos intravenoso cada 4 horas. El tratamiento debe ser dado hasta que el proceso pulmonar halla mejorado radiológicamente. La Gentamicina en dosis de 3-5 mgs/kg/día puede ser utilizado como alternativa o usarse conjuntamente con cefalotina, en infecciones severas.

Los procesos infecciosos en los cuales el Haemophilus influenzae es responsable la droga de elección es Ampicilina a dosis de 0.5 a/gramo cada 6 horas. La Tetraciclina es el antibiótico de segunda elección.

La terapéutica hacia el proteus Pneumoniae depende de la especie. Por ejemplo, si el germen es P. mairablis responde bien al tratamiento con Ampicilina a dosis de 1 a 2 gramos cada 6 horas. Sin embargo, otras especies requieren cefalotina u otra animoglucósido con las mismas dosis que se trata la Klebsiella.

Pseudomona Pneumoniae en las neumonías necritizantes severas, la combinación de Gentamicina y Carbenicilina -

a dosis de 4 a 6 mgs/kg/día y Carbenicilina a 30-40 gramos/día, dividida en dosis cada 6-8 horas. Las drogas de segunda elección son Polimixina B (1.5 a 2.5 mgs/kg/día), o Colistina (3-5 mgs/kg/día).

VI PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO I

Incidencia de neumonías bacterianas en el Hospital Quique-Banquera en el período comprendido del 1º de enero de 1980 al 31 de diciembre de 1980

Total de Pacientes Ingresados	Pacientes con Diagnóstico de Neumonía	Porcentaje (%)
448	232	51.7

FUENTE: Archivo del Hospital Quique-Banquera.

Datos reportados por la literatura americana, el ingreso por problema neumónico representa el 10%. En el presente estudio nos damos cuenta que el resultado es más representativo la mitad de lo encontrado en otras partes del mundo.

VI PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO 1

Incidencia de neumonías bacterianas en el Hospital - Quirigua-Bananera en el período comprendido del 1o. de enero de 1980 al 31 de diciembre de 1980.

Total de Pacientes Ingresados	Pacientes con diagnóstico - de neumonía	Porcentaje (%)
4 448	239	5.37

FUENTE: Archivo del Hospital Quirigua-Bananera.

Datos reportados por la literatura americana, el ingreso por problema neumónico representa el 10%. 1/ En el presente estudio nos damos cuenta que el resultado es tará representando la mitad de lo encontrado en otras partes del mundo.

CUADRO 2

Edad de los pacientes estudiados con diagnóstico de neumonía separados por grupos de edad.

Edad del Paciente	Número de Casos	Porcentaje
0 - 1 año	117	49.0
2 - 10 años	85	36.0
11 - 20 años	2	1.0
21 - 30 años	6	3.0
31 - 40 años	6	3.0
41 - 50 años	4	1.5
51 - 60 años	8	2.5
61 - 70 años	3	1.0
71 - 80 años	7	2.5
81 - 90 años	1	0.5
TOTAL DE CASOS	239	100.0

FUENTE: Archivo del Hospital Quirigua-Bananera.

Con los resultados del presente cuadro nos damos cuenta que el grupo infantil es el más afectado en el 85% de los casos. Vale la pena mencionar que de este 85% por 100 afectados, son los niños menores de 1 año los que tienen la muestra más representativa con el 49%.

Podemos comparar el presente resultado con los resultados encontrados por los Doctores Leslie Portillo y Roberto Solórzano en quienes el grupo afectado principalmente es el infantil, con el mayor número de casos en menores de 1 año. (2) (3).

CUADRO 3

Sexo de pacientes ingresados con diagnóstico de -
neumonía bacteriana al Hospital Quirigua-Bananera.

Sexo	Número de Casos	Porcentaje
Masculino	121	50.62
Femenino	118	49.38
TOTAL	239	100.00

FUENTE: Archivo del Hospital Quirigua-Bananera.

Los doctores Leslie Portillo y Roberto Solórzano concluyeron que el sexo masculino es el más afectado en problema de neumonía bacteriana. (2) (3).

En el presente trabajo se encontró que no hay diferencia en el sexto afectado.

CUADRO 4

Profesión u oficio de los pacientes ingresados con diagnóstico de neumonía en el Hospital Quirigua-Bananera

Profesión u Oficio	Número de casos	Porcentaje
Niños	191	80
Ama de casa	12	5
Escolares	13	5
Agricultor	9	4
Otros (ancianos)	14	6
TOTAL	239	100

FUENTE: Archivo del Hospital Quirigua-Bananera.

Al hacer la selección del cuadro de recopilación de datos correspondiente a profesión u oficio fueron los niños los que se seleccionaron en mayor número. Este resultado era de esperarse pues el 85% de casos atendidos correspondían al grupo infantil. El Doctor Franck de Marino Figueroa encontró en su estudio de tesis que eran la mayor parte de niños, al hacer el estudio sobre profesión u oficio. (7).

CUADRO 5

Síntomas presentes en pacientes ingresados con diagnóstico de neumonía al Hospital Quirigua-Bananera

Síntomas	Número de Casos	Porcentaje
Tos Productiva	69	28
Tos Seca	135	54
Fiebre	221	92
Disnea	128	53
Dolor Torácico	6	2.5
Cianosis	2	0.5

FUENTE: Archivo del Hospital Quirigua-Bananera.

Vale la pena hacer resaltar que la fiebre es un síntoma que aparece en casi la totalidad de los casos (221 casos) 92%, le sigue tos seca y disnea con un 59%. Podemos hacer la comparación con el Boletín de la División de Tuberculosis y enfermedades pulmonares donde se encuentra que el síntoma fiebre aparece en el 80% de los casos, tos y dolor pleural en un 75% (8). El Doctor Franck de Marino Figueroa encontró en su estudio de tesis que la fiebre era el síntoma más frecuente (7).

LLama la atención que todos los estudios conciden en lo mismo.

CUADRO 6

Signos encontrados en pacientes ingresados con diagnóstico de neumonía al Hospital Quirigua - Bananera

Signos	Número de Casos	Porcentaje
Estertores		
Crepitantes	141	59
Estertores		
Subcrepitantes	90	38
Roncus o Sibilancias	37	15
Mátidez	10	4

FUENTE: Archivo del Hospital Quirigua-Bananera.

Por cuanto un estertor puede ser un dato subjetivo a lo que crepitante y subcrepitante se refiere, se decidió tomarlo como un sólo dato. Encontramos pues que es el estertor el signo que fue tomado como mas importante en el diagnóstico de neumonía bacteriana (231 casos) 97%.

Este dato se puede comparar con el encontrado por el Doctor Franci de Marino Figueroa, quien expresa: "El estertor es el signo más frecuente encontrado en pacientes que padecen neumonía". (7).

CUADRO 7

Hallazgo bacteriológico encontrado en pacientes con diagnóstico de neumonía en Hospital Quirigua-Bananera

Método Diagnóstico	Número de muestras tomadas	Número de Muestras Positivas	Porcentaje
Líquido Pleural	1	1	

FUENTE: Archivo del Hospital Quirigua-Bananera.

Vale la pena comentar que de 239 pacientes ingresados con diagnóstico de neumonía solamente a 1 paciente se le hizo diagnóstico bacteriológico el cual fue positivo a es tafilecoco caagulasa positivo. AL estudiar los hallazgos radiográficos nos encontramos con que pacientes tenían evidencia rafiológica de derrame pleural; de estos pacientes sólo uno fue estudiado bacteriológicamente.

CUADRO 8

Correlación de métodos diagnósticos como ayuda diagnóstico

Método Diagnóstico	Número de Casos	Porcentaje
Clínico	239	100
Radiológico	197	82
Bacteriológico	0	0

FUENTE: Archivo del Hospital Quirigua-Bananera.

El resultado de este cuadro coincide con los resultados obtenidos en los estudios del Doctor Leslie Portillo y Roberto Solórzano: "El diagnóstico fue hecho en forma clínica en el 100% de los casos y el auxiliar diagnóstico fue el radiológico en el 94.62% de los casos. (2).

Por lo tanto en nuestro medio el mejor método auxiliar diagnóstico es el radiológico al sacar conclusiones de ambos resultados.

CUADRO 9

Hallazgo radiológico en pacientes con diagnóstico de neumonía ingresados al Hospital Quirigua-Bananera

Hallazgo Radiológico	Número de Casos	Porcentaje
Infiltrado	102	86
Consolidación	13	11
Derrame	2	1.5
Neumatócele	2	1.5
TOTAL	109	100.0

FUENTE: Archivo del Hospital Quirigua-Bananera.

CUADRO 10

Area Pulmonar afectada, encontrada por métodos rayos X de torax en pacientes ingresados con diagnóstico de neumonía

Consolidación e infiltrado

Lóbulo afectado	Número de Casos	Porcentaje
Superior Derecho	7	6
Medio	2	2
Inferior Derecho	3	2
Superior Izquierdo	1	1
Inferior Izquierdo	4	4
Infiltrado Multílobo	102	85
TOTAL	119	100

FUENTE: Archivo radiológico del Hospital Quirigua-Bananera.

CUADRO 11

Problemas asociados encontrados en pacientes que ingresan con diagnóstico de neumonía en Hospital Quirigua-Bananera

Problema Asociado	Número de Casos	Porcentaje
Geca	28	12
DPC	12	5
EPOC	9	4
No Problema Asociado	190	79

FUENTE: Archivo del Hospital Quirigua-Bananera.

Se encontró en este trabajo la mayor parte de pacientes no tienen problema asociado. Entre la GECA y DPC representan el 17% de los problemas asociados. Relacionando lo anterior 28 casos presentan GECA y 12 casos DPC (sí DPC y GECA caminan juntos hay una cantidad de 16 casos que no tendrían nada que ver con DPC). Por lo tanto 16 casos representan el 6%. Este resultado se puede comparar con el de la Doctora Ileana de Cardona: "La GECA representa el 5% como problema asociado".

CUADRO 12

Cuadro de mortalidad por neumonía bacteriana, en el Hospital Quirigua-Bananera en el período comprendido del 1o. de enero de 1980 al 31 de diciembre de 1981

Mortalidad Total	Mortalidad por neumonía	Porcentaje
87	9	10.5

FUENTE: Archivo del Hospital Quirigua-Bananera.

VIII BIBLIOGRAFIA

1. Clostrini, Paúl.: "Pneumonía". Manual of Medical Therapeutics, 22 ed. 1977.
2. Cecil, Loeb. Tratado de Medicina Interna, 14 a eta. D.F. México, Interamericana, 1977, 2323 p.
3. Solórsano, Roberto. "Bronconeumonía". Tesis de Graduación, Febrero 1980.
4. Portillo, Lesli. "Neumonías Bacterianas en niños". Tesis de Graduación, Abril 1980.
5. Maldonado de Cardona, Ileana. "Pacientes con diagnóstico de neumonía tratados con penicilina procaina". Tesis de Graduación, Mayo 1980.
6. Contreras, Luis Armando. "Neumonía por Klebsiella". Tesis de Graduación, Mayo 1980.
7. Figueroa, Franck de Marino. "Neumonías Bacterianas". Tesis de Graduación, Agosto 1980.
8. Instituto Nacional de Tuberculosis José Ignacio Baldo. "Neumonía bacteriana". Boletín de la División de Tuberculosis y enfermedades pulmonares 1971, 8(2); 1-36.
9. Nelson. "Neumonía Estafilocócica". Tratado de Pediatría, 6a. eta. México, Olimpia, 1971, 1632 p.
10. Jawets. "Cocos gram positivos". Microbiología médica, 6a. eta. Colombia, Carvajal, 1975, 631 p.
11. Harrison. "Neumonías Bacterianas". Tratado de Medicina Interna. 4a. eta. México, Carvajal, 1973, 2298 p.
12. Crofton Jolm, Douglas Andrews. "Pneumonía". Respiratory Disease. London, Blackweel, 1979, 719 (112-146) p.
13. Jacobson, J.A. "Pneumococae Pneumonía: Diagnosis, Therapy, and prevention". Compr. Therapeutico 1970, Octubre, 5 (10); 55-61.

Br.

Carlos Guillermo Quan Aldana

Asesor.

del Valle Monje

Dr.

Revisor

José Cajas

Director de Fase III

os A. Waldheim

Dr.

Secretario

Raúl Castillo Rodas

Dr.

Decano.

Rolando Castillo Montalvo