



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

53
29

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL REGIONAL IGNACIO ZARAGOZA
I. S. S. S. T. E.

INCIDENCIA DE LAS COMPLICACIONES DE LAS
BRONCONEUMONIAS DEL HOSPITAL REGIONAL
GENERAL IGNACIO ZARAGOZA ISSSTE.
REVISION DOS AÑOS.

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
E S P E C I A L I S T A E N :

M E D I C O P E D I A T R A

P R E S E N T A :

DRA. MARIA IVONNE DELGADO SERRANO

ASESOR DE TESIS: DR. SAUL JUAREZ GALINDO



ISSSTE

México, D. F.

FALLA DE ORIGEN

1991



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



02 DIC 1991

ISSSTE

Subdirección General Médica

Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación

Departamento de Investigación

DR. FERNANDO SUAREZ SANCHEZ
JEFE DE INVESTIGACION NACIONAL
ISSSTE

DR. JUAN MANUEL BARRERA RAMIREZ
JEFE DE INVESTIGACION HOSPITAL
REG. GRAL. IGNACIO ZARAGOZA
ISSSTE.

DR. JORGE NEGRETE CORONA
COORDINADOR ENSEÑANZA
HOSP. REG. GRAL. IGNACIO
ZARAGOZA ISSSTE.

DRA. MARIA DEL CARMEN NERI MORENO
PROFESORA TITULAR DE LA
ESPECIALIDAD

DR SAUL JUAREZ GALINDO
ASESOR DE TESIS

I. S. S. S. T. E.
HOSPITAL GRAL. IGNACIO ZARAGOZA
SUBDIRECCION MEDICA

FACULTAD
DE MEDICINA
DIC 29 1991
SECRETARIA DE SALUD
REGOLAPES
SECRETARIA DE FOMENTO
LPE

DIC. 2 1991
JEFATURA DE ENSEÑANZA

INDICE

	Pag.
INTRODUCCION.....	1
OBJETIVO.....	15
JUSTIFICACION.....	15
MATERIAL Y METODOS.....	16
RESULTADOS.....	17
DISCUCCION.....	20
CONCLUSIONES.....	23
REFERENCIAS.....	25

INTRODUCCION

La patología respiratoria, continua siendo una de las principales causas de morbimortalidad en México, solamente aparejada por las enfermedades diarreicas (1,2), caracterizando con esto a un país en vías de desarrollo, la severidad de las infecciones respiratorias puede ser variable, y esto dependiendo de su forma de presentación, leves por afectación de las vías aéreas superiores o bien por la presencia de complicaciones, precedidas de un proceso neumónico y/o bronconeumónico, que pueda ser factible su cuidado y manejo, con medidas invasivas y en ocasiones requerir una unidad de cuidados intensivos. (4,5,8)

Las neumonías y/o bronconeumonías bacterianas siguen siendo la principal infección como causa de muerte, a pesar de disponer de una amplia gama de antibióticos de espectro variable y específico. El neumococo, kliebsella y estafilococo, producen la mayor parte de neumonías bacterianas y junto con el mycoplasma y los virus les corresponden la mayor parte de las neumonías adquiridas extrahospitalariamente (1,2,3,8,9). Por otro lado, en pacientes hospitalizados la frecuencia de agentes causales cambia impresionantemente, por cuanto que hasta el 50% de las neumonías son secundarias a bacterias Gram negativas, anerobios, estafilococos y hongos. (1,2,3,4,5,6).

Las neumonías y/o bronconeumonías a menudo ponen en peligro la vida del paciente compromatiendo la ventilación, así como la función cardioraspiratoria. Esto es importante en pacientes con alteraciones en sus mecanismos de defensa pulmonar (reflejo tusígeno, actividad ciliar, surfactante, macrofagos alveolares, neumocitos, etc.) o de sus sistemas inmunológico, (inmunodeficiencias de tipo humoral, celular o mixto) y que incluyen pacientes recién nacidos, lactantes, desnutridos, cancerosos, leucémicos o bien aquellos pacientes que reciben tratamiento inmunosupresor, radioterapia o drogas antineoplásicas, la convivencia con fumadores que disminuyen la función del pulmón del niño, todos estos factores constituyen la base principal para la afección del niño, y para constituir un perfil epidemiológico y clínicos bien definidos (2,6,12,14).

La incidencia de la enfermedad y sus complicaciones varia según la frecuencia y presentaciones en diferentes textos no abundando en las clasificaciones de las complicaciones intratorácicas y extratorácicas en forma específica, sin embargo si existen múltiples reportes sobre la frecuencia de las mismas por grupos de edades, así como se comentan en los reportes de Murphy et al (6) que la edad más afectada es la comprendida entre los 6 meses y los 5 años de edad, menos frecuentemente observada hasta los 9 años para empezar a disminuir en forma ostensible su presentación a partir de esta edad (1,2,6).

Para el estudio de las neumonías y/o bronconeumonías y sus diversas complicaciones creemos útil la siguiente clasificación:

Localización principal: complicaciones intratorácicas:

	Neumatocele
	Bulas
	Quistes
	Enfisemas
	Bronquiectasias
Intrapulmonares	Fistulas broncopleurales
	Atelectasias
	Abscesos
	Edema pulmonar
	Hemorragia pulmonar
	Infarto pulmonar
	Neumotórax
	Hemotórax

Localización principal: Complicaciones Intratorácicas:

A.- Pleurales:

- Pleuresia seca inflamatoria
- Pleuresia exudativa sero-fibrinosa o purulenta (empiema)
- Pleuresia cicatrizal constrictiva

Extrapulmonares:

- B.- Mediastinales
 - Neumomediastino
- C.- Cardiovasculares
 - Insuficiencia cardiaca
 - Pericarditis

Localización principal: Complicaciones extratorácicas:

- Hipoxia
- Desequilibrio electrolítico

Generalizadas:

- Desequilibrio ácido-base
- Septicemias
- Tromboembolias

Localizadas:

- Otitis
- Íleo paralítico
- Nefritis

Neumatoceles y Bulas:

Son términos casi sinónimos y se utilizan para identificar espacios aéreos debidos generalmente a la ruptura de alveolos. Se limita por el parénquima pulmonar en forma imprecisa. Se acepta como NEUMATOCELE al que tiene un tamaño de pocos milímetros y como BULA al de un tamaño mayor, se observan principalmente en

infecciones por gérmenes Gram negativos del tipo estafilococo aureus, los cuales producen necrosis de la pared alveolar. Los neumatocales más pequeños son indistinguibles por estudios radiológicos, que pueden evolucionar rápidamente a un volumen mayor y es entonces cuando adquieren importancia clínica, ya que limitan la capacidad ventilatoria pulmonar. Es conveniente esperar su involución con la terapéutica habitual, hasta su desaparición. Es importante hacer notar que algunos pueden evolucionar hacia un quiste o a la infección de los elementos vecinos. (3,6,11,15).

Quistes:

Son cavidades de tamaño variable, ocupadas por aire y o líquido de situación intraparenquimatosa y limitados por una pared de neoformación quedando excluidos los congénitos cuyas características son diferentes. Son debidas a la evolución hacia la cronicidad de neumatocales o bulas y se manifiestan clínicamente por signos que sugieren reinfección, sobre todo cuando la bronconeumonía ha cedido. El mayor número de casos son reconocidos primariamente por estudios radiológicos, si son pequeños y con signos de infección no se ven, pueden ceder al tratamiento antimicrobiano, en caso contrario, especialmente cuando se presupone que están llenos de líquido o material purulento y cuando por su tamaño disminuye la capacidad

ventilatoria pulmonar, deben ser drenados por punción directa.
(3,5,6,13).

Enfisema e Hiperinsuflación:

El enfisema pulmonar es la distensión con ruptura irreversible de los alvéolos. La hiperinsuflación es la distensión reversible, sin ruptura alveolar. Más de la mitad de los casos se producen tras uno o mas episodios de neumonía. Es poco frecuente en la infancia y se presenta generalmente en niños muy pequeños debido a su fragilidad alveolar. Es de pronóstico grave, principalmente cuando es importante ya que en igual que en las complicaciones anteriores, va a restringir la función pulmonar. No existe un tratamiento específico para el, la conducta terapéutica en estos casos sera dirigida al tratamiento del problema primario y sobre todo a las medidas de asistencia ventilatoria adecuada. Se manifiesta principalmente por sindromes de rarefacción tanto en el aspecto clinico como el radiológico. (3,5,6,13).

Bronquiectasias

Son procesos inflamatorios, subagudos o cronicos de los bronquios de mediano calibre, de naturaleza infecciosa, se invoca tambien en las genesis de las mismas la presencia de factores congenitos. Como resultado de lo anterior se produce una

degeneración y una dilatación de la pared bronquial aumentando su volumen; concomitantemente se encuentra incapacidad del bronquio, especialmente de su porción afectada, por la movilización de secreciones, lo cual es debido principalmente a la pérdida del epitelio ciliar. Las bronquiectasias se presentan principalmente en las bronconeumonías con largo período de evolución, como ocurre en las neumonías por tosferina, sus manifestaciones más comunes son cuadros de bronquitis crónicas o de repetición, con tendencia a evolucionar al absceso pulmonar, diferencialmente involucionan pero pueden ser toleradas bajo control médico, por periodos de muchos años. El diagnóstico se establece por broncografía. En los casos en que los síntomas son severos o persistentes debe emplearse la cirugía. (3,5,6,13,15).

Atelectasias:

O sea el colapso del parénquima pulmonar previamente expelido y en los casos de bronconeumonía es debida a la obstrucción bronquial, principalmente por secreciones o por inflamación de la pared bronquial, también puede ser debida a compresión, como por ejemplo; la causada por bulas o por neumotórax. Es una explicación muy frecuente que varía desde la distinguible únicamente por microscopio, hasta la que afecta lóbulos o pulmones. Cuando es amplia se manifiesta como un

síndrome de condensación pulmonar de mayor o menor grado. Su importancia radica principalmente en la restricción ventilatoria, y secundariamente en la facilidad con la que las regiones afectadas tienden a evolucionar hacia la abscedación. En la mayoría de los casos involucionan con las medidas habituales del tratamiento de la bronconeumonía, cuando esto no sucede o cuando el área afectada es considerable, deben emplearse las maniobras conducentes a la liberación de la luz bronquial, como por ejemplo la aspiración bronquial con infiltración adecuada o bien liberar el pulmón de los factores constrictivos (bulas, abscesos, neumotórax, etc). Finalmente el proceso se considera irreversible principalmente cuando hay tendencia a la abscedación, y se proceda a la resección quirúrgica, medida que sólo se emplea en los casos extremos. (3,5,6,13).

Fístulas Broncopleurales:

Como su nombre lo indica es una vía de continuación desde el bronquio a la pleura, son debidas en la mayoría de los casos a la ruptura de un absceso, entre estos elementos anatómicos, se presentan con muy poca frecuencia en las bronconeumonías de la infancia, el diagnóstico se realiza cuando aparece la sintomatología propia del neumotórax, o sea el síndrome de rarefacción pulmonar, la magnitud de esta es lo que determina el tipo de tratamiento. (3,5,6,7,13).

Absceso Pulmonar:

Es una colección de material purulento dado por la destrucción de tejido pulmonar en combinación con células inflamatorias, las que se encuentran formando parte de una pared que lo rodea, con reacción de aglutinación. Lo mismo que otras complicaciones es sumamente frecuente, pero muchas veces indistinguible clínicamente, sobre todo cuando las formas del mismo es de microabscesos que por lo general es múltiple, el absceso es reconocido fácilmente en la clínica, tanto por sus manifestaciones de infección como por el hecho de que se manifiesta por un síndrome de condensación pulmonar. Es una de las complicaciones más terribles de las bronconeumonías, el factor etiológico determinante es un agente bacteriano principalmente el estafilococo, también tiene importancia por su volumen que ocupa en el área pulmonar.

Establece casi en la mayoría de los casos mal pronóstico, de tratamiento difícil y en muchas ocasiones condiciona un desenlace fatal. Las medidas más importantes para su tratamiento son todas aquellas tendientes a combatir la infección. Si la colección es importante puede emplearse el drenaje principalmente por punción, mediante localización tomográfica, para evitar lesión a estructuras vecinas o la infección de zonas indemnes. Aún este presenta complicaciones que agravan aún más el pronóstico como

son la apertura a las cavidades pleurales y pericárdicas o bien en el menor de los casos hacia bronquio. (3,5,6,11,13).

Edema Pulmonar:

Es una complicación rara generalmente indirecta por la aparición previa de insuficiencia cardiaca, tiene importancia tomarla en cuenta por su extrema gravedad que presenta y por las necesidades de hacer diagnóstico diferencial con la propia bronconeumonía dada la similitud de los síntomas estetoacústicos y radiológicos así como la necesidad de establecer en forma temprana el tratamiento de insuficiencia cardiaca. (3,5,6,13).

Hemorragia Pulmonar y Hemotórax:

Es un trastorno poco frecuente y a menudo muy grave debido generalmente a trombosis. La trombosis microscópica suele ser infrecuente, en la mayoría de los casos esto se ha considerado como una situación común a las infecciones del parénquima pulmonar, como un mecanismo de defensa, pero el mecanismo de formación de trombos principalmente de los de fibrina no es bien conocido, en cuanto a los trombos sépticos son parte de un mecanismo generalizado. Las medidas generales y de asistencia son de importancia para la supervivencia del paciente. (3,5,6,13).

Neumotórax:

Es una colección de aire en el espacio pleural, su frecuencia es relativamente alta y su importancia primordial radica en la compresión que ejerce sobre el pulmón, con el siguiente colapso pulmonar, sin embargo cabe mencionar que con suma frecuencia se observa autolimitación y absorción posterior, si por lo contrario se establece un mecanismo de válvula con aumento del volumen aéreo y de la presión intrapleural, es necesario la punción para instalar una presión negativa a la cavidad pleural, ha sido descrito dentro de los fenómenos pulmonares, ya que tiene como sustrato la fuga de aire del pulmón hacia la pleura, por una lesión primaria de aquel. (3,5,6,13).

Pleuritis:

Es una de las complicaciones mas frecuentes de la bronconeumonía al grado que en el 80% o más de las autopsias por bronconeumonía severa, se encuentra el mayor o menor grado de participación pleural, dada la importancia de esta complicación y en particular del derrame pleural, se aborda por separado por otro de los autores. (3,5,6,15).

Neumomediastino:

Es la acumulación de aire en el mediastino. Es una complicación rara habitualmente de un buen pronóstico, es debido

a la ruptura y escape de aire en una estructura pulmonar, con tendencia a la autolimitación, rara vez con infección del mediastino, excepto la pericarditis que sera analizada posteriormente. (3,5,15).

Complicaciones cardiovasculares:

Entre las complicaciones cardiovasculares, destacan por su frecuencia la miocarditis anóxica, que se va a manifestar por insuficiencia cardiaca si bien tampoco existen reportes amplios en la literatura al respecto, frecuentemente observa el pediatra que un paciente con bronconeumonía presente: cianosis, injurgitación yugular, hepatomegalia y taquicardia, fenómenos que en conjunto son sintomas principales para el diagnóstico de insuficiencia cardiaca, sin embargo debe hacerse notar el hecho que estos mismos signos pueden ser explicados por las bronconeumonias, así, la taquicardia puede ser debida a la dificultad de la hematosis con aumento compensador del trabajo cardiaco, la hepatomegalia puede ser una falsa impresión del clinico siendo debida al abatimiento diafragmático, y la cianosis puede deberse a la misma anoxia tisular resultante de la bronconeumonía, el electrocardiograma da poca ayuda ya que solo reporta en la mayoría de los casos sobrecarga diastólica. Los fenómenos de anoxia miocardica pueden aparecer, pero, dado lo

anterior son pocos específicos, por lo que el médico tratante decidirá en cada caso cuando es necesario el empleo de digital. (3,5,6,13,15).

Pericarditis:

Por su gravedad, debe citarse la pericarditis, cuyo mecanismo puede ser la infección por vecindad o bien, la ruptura de un absceso hacia pericardio, la sintomatología es brusca con signos de insuficiencia cardiaca, poca veces reversible, incluso muerte relativamente súbita en niños con bronconeumonía en los que el estudio postmortem demuestran tal complicación. Vale la pena mencionar que este problema es relativamente raro. (3,5,6,15).

Complicaciones Sistemáticas:

Dentro de las complicaciones sistémicas es necesario señalar que algunas de ellas pueden interpretarse como repercusiones de la bronconeumonías, esto ocurre con la hipóxia y con los DESEQUILIBRIOS HIDRELECTROLITICOS, ACIDO-BASE, sin embargo al desencadenarse cuadro CONVULSIVO por anoxia cerebral, o SINDROME DE INSUFICIENCIA RENAL AGUDA por hipóxia renal, entonces el síndrome de la hipóxia debe tomarse como una verdadera complicación, lo mismo podría argumentarse para los

desequilibrios, sin embargo sale de esta presentación tratar dichas complicaciones.

Las septicemias, la otitis, la adenitis, y las otras complicaciones localizadas similares, a distancia del proceso infeccioso y su tratamiento esta encaminado a combatir la infección. (3,5,6,13.15).

OBJETIVOS

El objetivo del presente trabajo es el de reportar la incidencia de las bronconeumonías y/o neumonías con sus complicaciones en la sala de neumología del Hospital Regional Gral. Ignacio Zaragoza ISSSTE.

JUSTIFICACION

Las neumonías y/o bronconeumonías y sus complicaciones son de vital importancia para conocer la susceptibilidad existentes para llevar la morbimortalidad o bien por el riesgo de dejar secuelas importantes.

Las neumonías y/o bronconeumonías en nuestro medio son muy frecuentes siendo sus complicaciones de etiología multifactorial, por lo que es necesario realizar un diagnóstico temprano, así como un tratamiento oportuno para mejorar la sobrevida, evitando así el riesgo de dejar secuelas importantes en un futuro.

MATERIALES Y METODOS

Se efectuó un estudio retrospectivo en el hospital regional Ignacio Zaragoza ISSSTE, en el departamento de bioestadísticas revisando 394 expedientes clínicos para conocer la incidencia de las bronconeumonías y/o neumonías y sus complicaciones en la población mexicana del hospital.

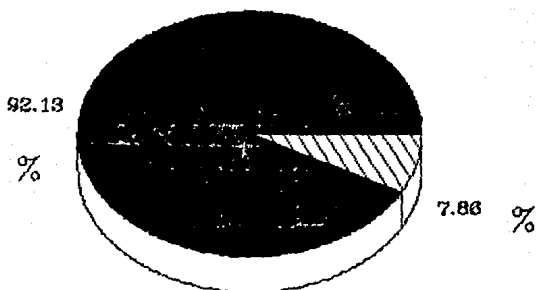
En un periodo comprendido del mes de Agosto de 1989 al mes de Agosto de 1991.

El estudio abarcó la revisión de los casos de los expedientes clínicos con diagnóstico de bronconeumonía y/o neumonías en búsqueda intencionada se analizaron las complicaciones más frecuentes intra y extrapulmonares dividiéndose así para facilitar su estudio. Analizándose los diferentes grupos de edades sexo, así como los días estancia.

Además se realizó la prueba de χ^2 (chi cuadrada) para establecer la diferencia estadística entre las diferentes complicaciones.

TOTAL DE PACIENTES
INGRESADOS

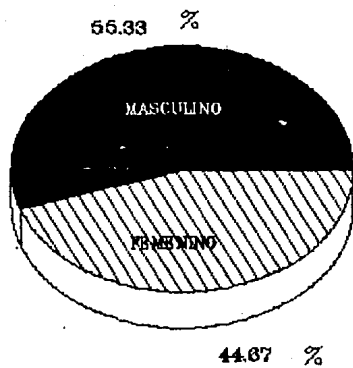
BRONCONEUMONIAS Y/O NEUMONIAS
Y SUS COMPLICACIONES



GRAFICA 1

TOTAL 394 PACIENTES

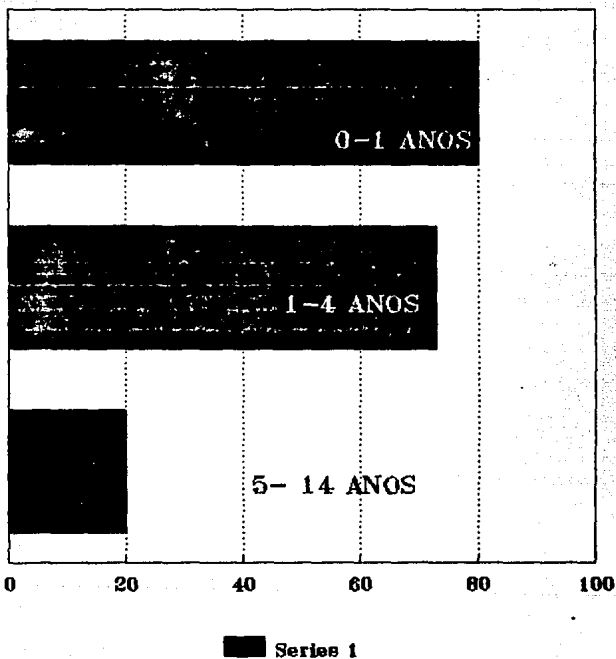
INCIDENCIA SEGUN SEXO



TOTAL DE PACIENTES = 394

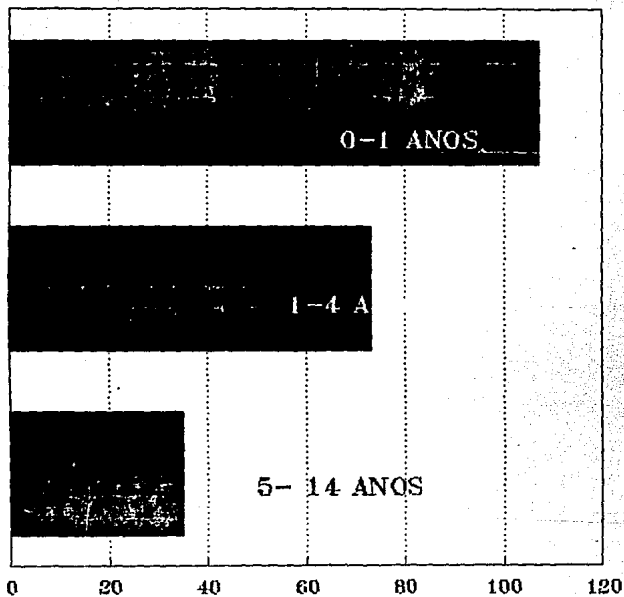
GRAFICA 2

TOTAL DE PACIENTES
FEMENINOS



GRAFICA 3

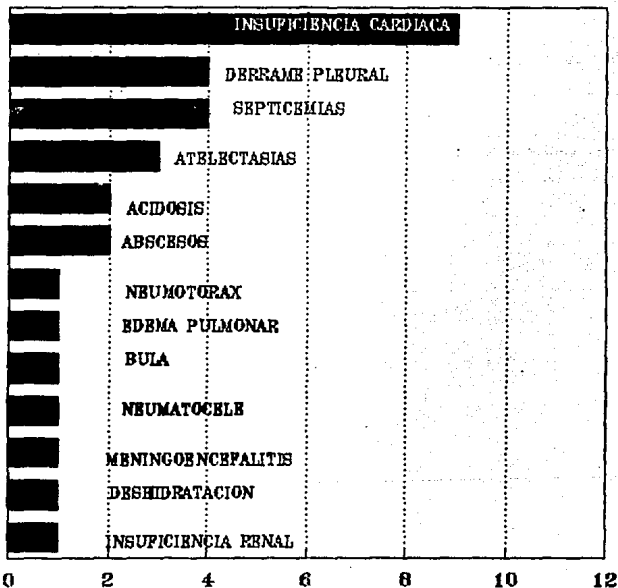
TOTAL DE PACIENTES
MASCULINOS



Series 1

GRAFICA 4

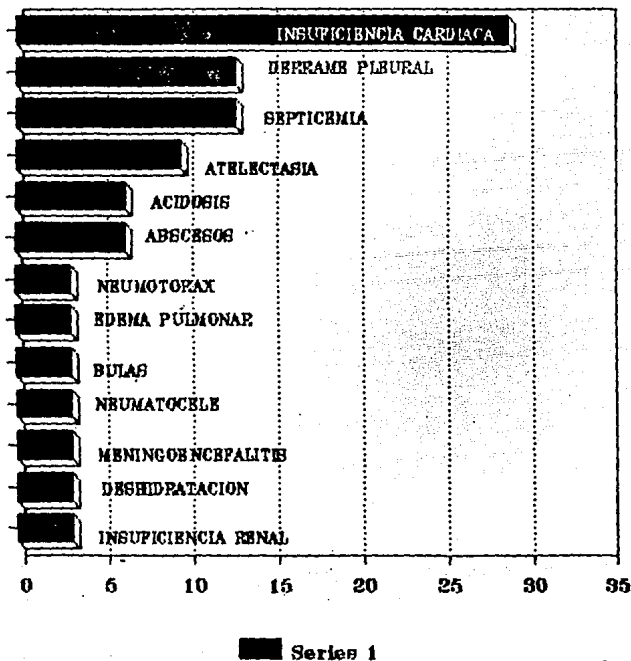
INCIDENCIA DE LAS COMPLICACIONES DE LAS BRONCONEUMONIAS Y/O NEUMONIAS



Series 1

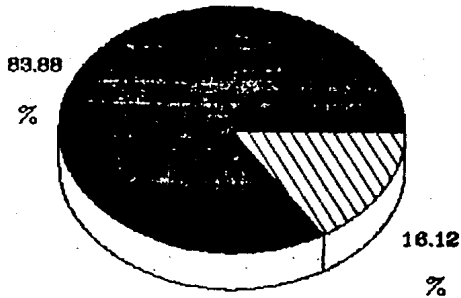
GRAFICA 6

PORCIENTO DE COMPLICACIONES ENCONTRADAS EN 31 PACIENTES



GRAFICA 6

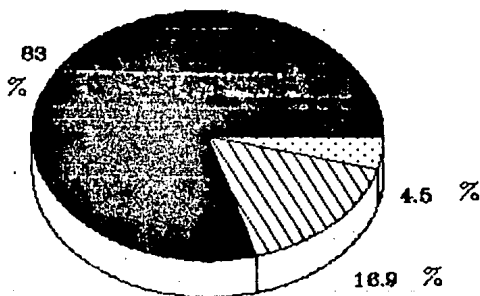
MORTALIDAD DE PACIENTES COMPLICADOS



TOTAL DE PACIENTES COMPLICADOS = 31
MORTALIDAD CINCO PACIENTES
TASA DE MORTALIDAD = 1.08

GRAFICA 7

**INCIDENCIA, COMPLICACIONES Y
MORTALIDAD
DE LAS BRONCONEUMONIAS Y/O NEUMONIAS**



INCIDENCIA = 83%
COMPLICACIONES = 16.9 %
MORTALIDAD 4.6%

GRAFICA 8

RESULTADOS

Se revisaron 394 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de bronconeumonía y/o neumonías, encontrándose complicaciones múltiples en 31 pacientes que representa el 7.86% de los casos revisados. (Graf. 1)

Siendo 218 pacientes del sexo masculino (55.33%) y 176 pacientes del sexo femenino (44.67%). Observándose mayor grado de afectación en el sexo masculino. (Graf. 2)

La edad de presentación de las bronconeumonías y/o neumonías y sus complicaciones se esquematizaron para los diferentes grupos de edades que fructúan de 0-1 años, 1-4 años, 5-14 años para ambos sexos.

Del total de pacientes femeninos con bronconeumonías y/o neumonías y sus complicaciones fue del 44.67% del total de los casos revisados encontrándose la mayor incidencia en las edades comprendidas entre 0-1 años y de 1-4 años. (Graf. 3)

Del total de pacientes masculinos con bronconeumonías y/o neumonías y sus complicaciones fue del 55.33% de los casos revisados encontrándose la mayor incidencia en las edades comprendidas entre 0-1 años y 1-4 años. (Graf. 4)

El tiempo transcurrido desde su ingreso al hospital del total de pacientes con bronconeumonía y/o neumonía fue de 4.5 días estancia, y sus complicaciones fue de 11.3 días estancia. (media de 7.9 días).

De 31 casos de pacientes complicados de las bronconeumonías y/o neumonías encontramos las afectaciones intratorácicas extrapulmonares las que corresponden al 45.16% (14 casos), de las intratorácicas intrapulmonares el 25.8% (8 casos), y las extratorácicas o generalizadas 29% (9 casos).

De las incidencias de las complicaciones de las bronconeumonías y/o neumonías encontramos el 7.86% del total de los casos (31 casos), (Graf 6), de las cuales la insuficiencia cardiaca prevaleció en el 29% (9 casos); del derrame pleural el 12.9% (4 casos); del neumotórax 3.22% (1 caso); atelectasias 9.67% (3 casos); abscesos pulmonares el 6.45% (2 casos); neumatocele el 3.22% (1 caso); bula 3.22% (1 caso); edema pulmonar 3.22% (1 caso); sépsis 12.9% (4 casos); deshidratación 3.22% (1 caso); acidosis 6.45% (1 caso); meningoencefalitis 3.22% (1 caso); insuficiencia renal 3.22% (1 caso).

De las afectaciones intratorácicas extrapulmonares totales fué del 45.16% (14 casos totales) que por frecuencia se encontró la insuficiencia cardiaca 9 casos (64.2%), el derrame pleural 4

casos (28.5%) y un neumotórax (7.14%).

De las afectaciones intratorácicas intrapulmonares 8 pacientes (25.8%); atelectasias 3 casos (37.5%); abscesos pulmonares 2 casos (25%); neumatocele 1 caso (12.5%); bula 1 caso (12.5%); edema pulmonar 1 caso (12.5%).

Extratorácicas o generalizadas encontramos 9 casos (29%); sépsis 4 casos (44.44%); acidosis 2 casos (22.22%); insuficiencia renal 1 caso (11.11%); meningoencefalitis 1 caso (11.11%); deshidratación 1 caso (11.11%).

La mortalidad de los pacientes complicados en este estudio se encontró que de los 31 pacientes, de los cuales 5 pacientes fallecieron (16.12%) por complicaciones intratorácicas intrapulmonares y extratorácicas o generalizadas. Siendo de las complicaciones intratorácicas intrapulmonares 1 caso de edema pulmonar (20%); intratorácicas extrapulmonares 1 caso de insuficiencia cardiaca (20%); extratorácicas o generalizadas 3 casos de sépsis (60%). (Graf. 8).

DISCUSION

En nuestro estudio encontramos que las bronconeumonías y/o neumonías de 394 casos de los expedientes revisados el 7.63% se complicaron y 16.12% de estos fallecieron en un periodo comprendido de dos años. Documentandose en la literatura la muerte ocurre aproximadamente en el 30% de los pacientes complicados, produciendose generalmente por toxemia, colapso circulatorio y otras complicaciones, el restante 70% de la enfermedad dura de 6 a 10 días. (3,4,5).

La edad de mayor presentación de las complicaciones en esta serie estudiada fue entre los 0-5 años de edad para ambos sexos, con una relación de mayor prevalencia en el sexo masculino. Siendo estos datos similares a los reportados por Murphy et al en un estudio realizado en pacientes de Estados Unidos.

Los días estancia intrahospitalarios tuvieron una media de 7.9 días.

Se encontraron múltiples complicaciones de las bronconeumonías y/o neumonías, dentro de las complicaciones intratorácicas extrapulmonares la insuficiencia cardiaca prevaleció presentando alteraciones hemodinámicas importantes particularmente en enfermos con cardiopatía congénita de base.

por lo que se tuvieron que digitalizar. En algunos casos la terapéutica fue combinada con el uso de antimicrobianos, encontrándose un fallecimiento. El derrame pleural se encontró un caso con absceso hepático abierto a cavidad con una estancia prolongada. Su manejo antimicrobiano fue múltiple utilizándose además sello de agua. Se encontró otro derrame con paquipleuritis sin mayor complicación.

De las afecciones intratorácicas intrapulmonares se presentaron con mayor frecuencia las atelectasias, bulas, neumotocales manejados conservadoramente y con el uso de antimicrobianos específicos remitiendo los mismos. Los abscesos pulmonares se puncionaron ambos bajo control del TAC. con remisión espontánea. Se revisó un caso de edema pulmonar corroborándose la importancia de este del cual probablemente no se llevó a cabo el diagnóstico y manejo específico produciéndose así el fallecimiento.

De las extratorácicas o generalizadas el desequilibrio ácido base, la deshidratación, la insuficiencia renal, la meningoencefalitis y un caso de sepsis fueron diagnosticados y manejados de manera específica sin mayores complicaciones. Reportándose dentro de estos, tres casos de bronconeumonía complicados con sepsis probablemente por acudir tardíamente a la consulta médica, los cuales fallecieron.

CONCLUSIONES

1.- Las bronconeumonías y/o neumonías en nuestra población estudiada, las complicaciones fueron del 7.86%, estando dentro del rango de países de alto riesgo.

2.- Las complicaciones desempeñan un papel importante en la morbimortalidad, prolongando el periodo de estancia de hospitalización.

3.- En nuestro grupo la edad y sexo, son factores significativos estadísticos para las complicaciones de la bronconeumonía y/o neumonías.

4.- La falta de estudios epidemiológicos para detección de las complicaciones de nuestra población no se logró evaluar del todo, ya que no existen datos estadísticos significativos en la literatura médica.

5.- El diagnóstico de las complicaciones de las bronconeumonías y/o neumonías por los expedientes clínicos en nuestra serie demuestra la falta de acuciosidad clínica, la detección del agente etiológico para un manejo oportuno y adecuado.

6.- Las complicaciones en los pacientes con bronconeumonia y/o neumonia influyen de manera importante en nuestro medio ya que alguna de ellas lleva de manera rápida a la muerte.

7.- La tasa de mortalidad en pacientes complicados fue de 1.02 lo que representa una mortalidad muy baja.

8.- Se realizó χ^2 (chi cuadrada) para establecer la diferencia estadística entre las diferentes complicaciones, encontrando una diferencia significativa mediante la χ^2 de 1.92, basado el valor en las tablas de referencia donde se establece que la diferencia estadística es significativa cuando arroja mayor de 0.05.

REFERENCIAS

1.- Napoleón Saldaña y cols. Infecciones de las vías respiratorias inferiores. Infectología clínica pediátrica. 4a. edición 1988. 70-101.

2.- Jose Karam Bachara. Infecciones de las vías respiratorias. Neumología pediátrica 2da. edición. 1988. 115-165.

3.- Mendell Douglas Bennet. Infecciones pleuro-pulmonares y bronquiales. Enfermedades infecciosas II. 1990. 556-608.

4.- Richard E. Reese Lower. Respiratory Trac infections. A practical approach to Infectious disaeses. 1986. 203-235.

5.- R. E. Behrman V.C. Enfermedades de las vías respiratorias bajas. Tratado de pediatría 13a. edición. Tomo II. 957-985.

6.- D. Isaacs y cols Pneumonias y Childhood. The Lancet May 1988. 1164.

7.- Joe D. Haines y cols. Spontaneous pneumothorax, pneumomediastino, and pneumopericardium. Lancet October 1989, 79-80.

8.- Ana Maria Escobar y cols. Etiologia de las infecciones agudas del tracto respiratorio bajo en lactantes hospitalizados estudios virologicos. Rev. chil Pediatr 1988. 349-353.

9.- Elba Wu H y cols. Participacion viral en las infecciones respiratorias bajas del lactante. Rev. Pediatr. 1988. 333-357.

10.- David Isaacs MD. Problems in Determining the etiology of community - acquired childhood pneumonia. Pediatr infect Dis J. 8: 1989. 143-148.

11.- Isabelle Courty. Accuracy of Radiographic Differentiation of bacterial from Nonbacterial. Pneumonia. Clinical Pediatrics. June 1989. 261-264.

12.- Buchdahl RM y cols Pneumonia in chilhood. The Lancet april 1988. 741-743.

13.- British Thoracic Society Community acquired pneumonia in adults in British Hospital 1982-1983 a survey of etiology mortality, prognostic factors and outcome. Quart med 1987.62: 195-220.

14.- Colley JRT y cols Influence of passive smoking and paranteral phlegm on pneumonia and bronchitis in early childhood . Lancet 1974. 1031-34.

15.- Ronid L. Eisenberg. Dx por la imagen en Medicina Interna. Enfermedad de la pleural y mediastino. 1985. 448-470.