

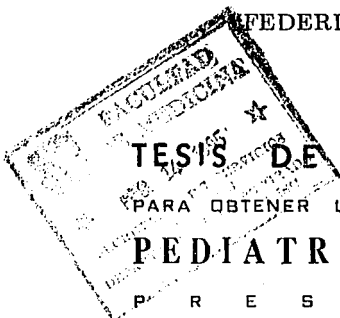


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
"FEDERICO GOMEZ"

NEUMONIA POR CHLAMYDIA:
EN MENORES DE UN AÑO DE EDAD EN EL
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
FEDERICO GOMEZ



TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN:
PEDIATRIA MEDICA

P R E S E N T A N :

DRA. MARIA DEL ROCIO MALDONADO VELAZQUEZ
DR. OSCAR ALBERTO NEWTON SANCHEZ

DIRECTOR DE TESIS: DR. JOSE LUIS ROMERO ZAMORA

MEXICO, D.F. 1995

FALLA DE ORIGEN





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.

SEROR:

GRACIAS POR PERMITIRNOS
CULMINAR NUESTRA CARRERA. ASI COMO TAMBIEN
APROVECHAR LAS OPORTUNIDADES QUE SE NOS
PRESENTAN EN LA VIDA.
Y POR EL DON DE LA VIDA QUE SE LE DA
A LOS SERES HUMANOS

A MIS PADRES.....

QUIENES DESDE MI NACIMIENTO HAN CUIDADO
DE MI LLENANDOME DE AMOR, CARISO, Y SABIDURIA,
ENCAMINANDOME AL EXITO DE MIS METAS.
APOYANDOME SIEMPRE EN TODO LO QUE HAGO.

LES DEDICO ESTA TESIS... COMO EL PRINCIPAL FRUTO
COSECHADO DENTRO DE MI.
CULMINANDOSE TODOS SUS CONSEJOS Y EXPERIENCIA
QUE ME HAN SABIDO INFUNDIR
GRACIAS MAMA Y PAPA.....
Y A LA VIDA POR EL HECHO DE SER SU HIJA.

ROCIO

A MIS HERMANOS.....

MARICARMEN, AURELIA, ANGELES Y LUIS. POR SU APOYO Y CARINO
DURANTE TODA MI CARRERA Y POR COMPARTIR
ESTOS MOMENTOS TAN FELICES EN MI VIDA.

! GRACIAS HERMANOS !

A MI MADRE LUPITA:

QUIEN DESDE MI NACIMIENTO HA CUIDADO DE MI
LLENANDOME DE AMOR Y CARINO; PASANDO POR
INNUMERABLES ADVERSIDADES, HAS PROCURADO
SALIR SIEMPRE ADELANTE MOSTRANDOME EL CAMINO
DEL DEBER, LA RESPONSABILIDAD Y LA ESPERANZA.

TE DEDICO ESTA TESIS COMO EL PRINCIPAL FRUTO
QUE HAS COSECHADO DENTRO DE MI AGRADECIENDOTE
SIEMPRE LOS MOMENTOS TAN FELICES QUE HEMOS PASADO,
EL AMOR CON QUE SIEMPRE ME HAS EDUCADO
Y EL HECHO DE SER MI MADRE.

¡GRACIAS MAMA!

OSCAR

A MI HERMANO CARLOS:

QUIEN HA SABIDO ENCAMINARME AL EXITO DE MIS METAS
APOYANDOME SIEMPRE EN TODO LO QUE HAGO.
TE DEDICO ESTA TESIS, EN ELLA SE CULMINAN TODOS
TUS CONSEJOS Y LA EXPERIENCIA QUE ME HAS SABIDO INFUNDIR;
GRACIAS HERMANO POR ESTAR CONMIGO CUANDO TE HE NECESITADO Y A
LA VIDA POR EL HECHO DE SER TU HERMANO.

OSCAR

A MI NOVIA GISELA

POR APOYARME, ACONSEJARME Y BRINDARME SU AMOR Y CARINO,
SABIENDO SER MI PAREJA EN TODOS LOS ASPECTOS DE MI VIDA
COMPARTIENDO ESTOS MOMENTOS TAN IMPORTANTES PARA MI.

OSCAR.....

AL DOCTOR JOSE LUIS ROMERO ZAMORA.....

POR SUS ENSEÑANZAS DEDICACION Y TIEMPO INVERTIDO
EN LA DIRECCION DE ESTA TESIS, CONVIRTIENDOLA ASI EN
EL TESTIMONIO DE DE LO APRENDIDO DE USTED.

GRACIAS

ROCIO Y OSCAR

INDICE

PAGINA

JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION.....	1
ANTECEDENTES.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
OBJETIVOS.....	13
HIPOTESIS.....	14
MATERIAL Y METODOS.....	15
RESULTADOS.....	16
DISCUSION.....	20
BIBLIOGRAFIA.....	25

JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION:

La neumonía por Chlamydia es una infección de vías aéreas inferiores, a la cual se le ha dado una mayor importancia en los últimos 10 años, a raíz de la identificación, en forma más fácil y accesible del germen causal, ya que la mayoría de los casos se manifiesta de forma afebril; se tenía la creencia de una posible etiología viral. Es de presentación en la primera infancia, por lo que no se encuentra suficiente información en la literatura mundial sobre esta patología (1,2).

ANTECEDENTES:

La Chlamydia fue descrita por primera vez en 1907 por Halbertstadner y Von Prowazek, como una Inclusión Intracitoplásmica en los frotis conjuntivales, sin embargo, fue hasta 1965 en que se logró aislar en cultivos de células.- Para los pediatras es de especial importancia la infección cervical en las mujeres, ya que esta puede ser transmitida al producto durante el parto, produciéndole tanto, infección ocular como respiratoria.- Por otra parte, la Academia Americana de Pediatría estableció: " Los médicos pueden asumir que los niños con Gonorrea la adquieren por contacto sexual y que la mayoría de estos contactos son por abuso sexual, siendo ambas cuestiones aplicadas a infección genital por Chlamydia en niños ".-

El diagnóstico en estos niños ha sido complicado por el uso de métodos de detección de antígenos en lugar de cultivos; las muestras son tomadas de uretra, vagina y recto (1,10,12,16,19).

Las infecciones más frecuentes en el neonato son conjuntivitis y neumonía.- Pero también se han observado padecimientos crónicos respiratorios como complicación posterior a una neumonía por Chlamydia.- Tripplé y Cols. encuentran a Chlamydia trachomatis como agente etiológico de Otitis Media y otros padecimientos de vías respiratorias altas menos frecuentes (9).

El género Chlamydia tiene dos especies reconocidas: Chlamydia psittaci: agente etiológico de la Psitacosis, la cual es primariamente una zoonosis y Chlamydia trachomatis para la cual el reservorio principal es el hombre, la enfermedad causada por esta especie de Chlamydia ha sido reducida en dos variantes: Linfogranuloma venéreo y el Tracoma.- Actualmente una tercera especie de Chlamydia ha sido conocida como Chlamydia pneumoniae formalmente llamada tinción de TWAR, esta última denominación se deriva del laboratorio que realizó los dos primeros aislamientos.- Es una nueva especie de Chlamydia quién es antigénicamente, genéticamente y morfológicamente distinta de las otras especies de Chlamydia.- Se considera patógeno respiratorio del hombre y no se ha identificado aún su reservorio; la infección se asume que es transmitida de persona a persona, tiene distribución mundial;

los anticuerpos están presentes en más del 45% de adultos, pero no es común en niños menores de 8 años de edad, el pico de edad de inicio de la infección se encuentra entre los 5 y 20 años de edad.- La recurrencia es común, pero el período de incubación es desconocido (21).-

El género Chlamydia son parásitos intracelulares obligados, que actualmente se clasifican como bacterias.- Son cocos gram negativos, de tamaño menor a 500 nm (media micra); constituidos por grandes cantidades de lípidos y carbohidratos, tienen una pared rígida, pero que carece de Acido Murámico, no es sensible a lisozimas, contiene ARN y ADN; su núcleo no contiene membrana limitante, posee ribosomas 70-S; sintetiza su propio ADN, utilizando a la célula huésped como fuente de ATP, por lo que se considera parásitos energéticos e intracelulares estrictos. La Chlamydia que más interesa desde el punto de vista genital es Chlamydia trachomatis de la cual se han identificado quince inmunotipos diferentes (nominados de la A a la K) .

Las especies L-1, L-2 y L-3 son responsables del Linfogranuloma venéreo, los serotipos A, B, Ba y C se relacionan a Tracoma hiperendémico, mientras que los serotipos del D al K están implicados en Conjuntivitis de inclusión (en adultos y recién nacidos), Uretritis no Gonococcica, Cervicitis, Salpingitis, Prostatitis y Epididimitis (6,9).

El ciclo de vida comprende tanto una forma intracelular como extracelular.- La partícula infecciosa, llamada Cuerpo Elemental (CE), cuyo tamaño aproximado es de 300 nm, contiene un genóforo formado por un ADN de doble hélice enrollado, se adhiere a la superficie celular y es fagocitada por una vacuola llamada Fagosoma, posterior a doce horas, el Cuerpo Elemental (CE) da lugar al Cuerpo Reticulado (CR), el cual mide de 800 a 1,200 nm, es la forma intracelular y reproductora, su pared es más delgada y frágil, ya que ésta no está ligada por uniones peptídicas y por lo tanto, permite un intercambio de sustancias con el medio ambiente, son metabólicamente activas, a las veinte horas los Cuerpos Reticulados (CR) comienzan a presentar fisión binaria; a las cuarenta horas de la infección los Cuerpos Reticulados (CR) se reorganizan en Cuerpos Elementales (CE), formando las inclusiones características.- Cuarenta y ocho horas después de iniciada la infección, las células afectadas se lisan, llevando a la muerte celular y liberando los Cuerpos Elementales (CE) infecciosos, comenzando el ciclo de nuevo (1,9).

Las Chlamydias se identifican en un cultivo celular, por la presencia de las inclusiones características, las cuales son compactas, rígidas, que desplazan al núcleo de la célula afectada.- Las inclusiones contienen una matriz de una sustancia similar al glicógeno, la cual se colorea con Yodo, esto referente a la Chlamydia trachomatis.

Ya que la Chlamydia psittaci se encuentra en forma difusa a través del citoplasma y no contiene glicógeno, por lo tanto, no se colorea con Yodo.- Las inclusiones de Chlamydia trachomatis también pueden ser detectadas al colorearlas con Giemsa, adquiriendo un color púrpura o rojo azulado; con la tinción de Machiabello adquieren un color rojo, o por Anticuerpos Fluorescentes (1,9).

La transmisión de las infecciones por Chlamydia en niños, parece ser enteramente vertical, de madre infectada, a su hijo, durante el parto.-

El factor de riesgo más importante para determinar si un niño desarrolló infección por Chlamydia es, si su madre tenía o no infección cervical por Chlamydia antes del parto, ya que en los adultos la transmisión de la infección es horizontal y más que todo sexual, cursando en la mayoría de los casos asintomático en la pareja y pasando muchas veces desapercibida.- Las mujeres pueden convertirse en portadoras asintomáticas y cuando se embarazan representan una fuente de infección para el producto.- Los signos y síntomas de infección en el aparato genital ocasionados por Chlamydia trachomatis a menudo son semejantes a los de la Gonorrea, además de ser causa de Salpingitis e Infección Pélvica Inflamatoria en mayor proporción que N. Gonorrhoeae (1,2,9).- La prevalencia de infección por este germen entre mujeres embarazadas varía del 2% al 21%, dependiendo de la población examinada.-

La incidencia de infección por Chlamydia en neonatos refleja directamente el grado de colonización durante el embarazo.- La edad de la madre es una variable importante, ya que cuando las madres son jóvenes, el rango es altamente elevado, hay estudios que revelaron que en adolescentes con vida sexual activa hay una prevalencia de 10 a 25% de infección por Chlamydia trachomatis(17,18).- Investigaciones recientes han estudiado la relación que existe entre infección por Chlamydia materna y prematurez, al igual que se ha examinado la ocurrencia de colonización por Chlamydia, en conjuntivitis y neumonía en recién nacidos de madres infectadas.

La frecuencia de transmisión de madre a hijo es mayor del 50% durante el paso a través del canal vaginal el niño puede ser inoculado en superficies mucosas (primero conjuntiva y nasofaringe), por lo pasivo de la dilatación cervical.- La infección del neonato rara vez a sido reportada después de nacimiento por cesárea.- De 28 a 66% de los recién nacidos obtenidos por vía vaginal de madres infectadas pueden tener cultivos positivos para Chlamydia y 66% de tales niños pueden tener serología evidente de infección neonatal.- El riesgo de encontrar conjuntivitis es de aproximadamente del 30 al 40%, de neumonía es del 10 al 20% y de infección nasofaríngea asintomática es de 20%.- El lugar de donde se puede aislar con mayor frecuencia la Chlamydia, hasta en un 78%, es de la nasofaringe, de los cuales 50% presentarán Conjuntivitis (1,3,8,20); la conjuntivitis por Chlamydia no precede necesariamente al desarrollo de una neumonía, 6

Lo mismo pasa con el aislamiento de la nasofaringe.- La incidencia de Conjuntivitis por Chlamydia varia de 10 a 70 casos por 1,000 nacidos vivos y la incidencia de neumonía varia de 5 a 40 casos por 1,000 nacidos vivos, dependiendo de la tasa de infección por Chlamydia en mujeres embarazadas (1,2,7,11).

Las principales manifestaciones clínicas de infección por Chlamydia son la Conjuntivitis y la Neumonía.- La Chlamydia, es probablemente, la etiología más frecuente de Conjuntivitis neonatal, el período de incubación varia de 5 a 14 días después del parto; si ha ocurrido ruptura de membranas, la infección puede aparecer antes del tercer día de vida extrauterina.-

Los niños afectados pueden presentar solo eritema leve de la conjuntiva bulbar, o pueden presentar el síndrome clásico de "ojo pegajoso", con una copiosa descarga mucopurulenta, quemosis y formación de pseudomembranas; inicialmente puede ser unilateral, pero más tarde compromete ambos ojos.- El curso de la enfermedad puede autolimitarse y resolverse espontáneamente sin tratamiento específico, en un lapso de algunas semanas o meses después de su inicio (1,2,4,11).

En 1941, Botsztejn describió la "Neumonía Eosinofílica Pertusoides de la Infancia", la cual corresponde a la actual Neumonía por Chlamydia, misma que está manifestada clínicamente por un curso afebril.

Tos, frecuentemente espasmódica o de "Perro" y congestión.- La enfermedad comienza entre la 2 y 12 semanas de edad (4).- Los niños experimentan un incremento gradual en los síntomas después de varias semanas.- Frecuentemente Taquipnea y Tos son precedidas por una o 2 semanas de rinorrea mucóide.- Más del 95% de niños cursan afebriles, en caso de existir fiebre, se debe descartar infección secundaria.- Muchos pacientes experimentan o exhiben períodos de tos corta y repetida.- Al examen físico, los niños con frecuencia están taquipneicos y presentan estertores a la auscultación pulmonar (5 a 10%), pero rara vez presentan sibilancias (1,2,5,7,8).- La radiografía de Tórax muestra muchas veces Atrapamiento de Aire Alveolar, Infiltrado Intersticial e Hiperinflación, la Consolidación Lobar o Derrame Pleural son poco vistos.

Los hallazgos de laboratorio incluyen: Biometría Hemática normal, pero 50% a 65% de los niños presentan una marcada Eosinofilia periférica mayor a 400/mm³ y aumento de las Inmunoglobulinas séricas IgE e IgM; Títulos séricos de Anticuerpos contra Chlamydia trachomatis en títulos igual o mayores a 1:32, determinada por técnica de Microinmunofluorescencia (MIF) y además cultivos positivos para Chlamydia trachomatis, hacen el diagnóstico.-

Pruebas para Anticuerpos IgM de Chlamydia está indicado para todos los niños menores de seis meses de edad que tienen neumonía o una probable infección de tracto respiratorio bajo.-

El diagnóstico serológico en infantes desafortunadamente posee algunas dificultades: 1.- Los Recién Nacidos pueden tener títulos elevados de anticuerpos de la madre, sin embargo, solamente, IgG puede atravesar la Barrera Placentaria; los anticuerpos IgM específicos (IgA también) en recién nacidos pueden indicar infección activa; 2.- La respuesta de anticuerpos en niños puede ser pobre, especialmente a antígenos sacáridos (1,2,5,7,11).

Si se observa un niño menor de seis meses de edad, con tos, congestión nasal, estertores, atrapamiento de aire, infiltrado variable en la placa de tórax y eosinofilia periférica, la probabilidad de que este niño tenga Neumonía por Chlamydia, es tal vez mayor del 50% (1).

En todos los pacientes con sospecha de Neumonía por Chlamydia, debe realizarse un raspado de la conjuntiva palpebral inferior, la cual debe hacerse con una espátula roma de platino, luego se fija y se colorea al extendido para tinción de Machiavello o Giemsa. Debe hacerse también una coloración de Gram, para excluir una infección bacteriana. El aislamiento del microorganismo es el marcador o indicador más específico de la infección por Chlamydia, el cual debe ser sembrado en un cultivo de células, siendo las más utilizadas las de Mc Coy, las de riñón de crías de conejillos de indias y la de células HeLa; los cultivos se consideran positivos si se observan las inclusiones intracitoplasmáticas características;

El ciclo de crecimiento es de cerca de 48 horas. La prueba de fijación de complemento (FC) y la microinmunofluorescencia (MIF), son los dos métodos serológicos más utilizados para la detección de la infección por Chlamydia. Sin embargo, la fijación de complemento (FC) no es muy adecuada para el diagnóstico de estas infecciones, ya que para esta prueba se utilizan un grupo de antígenos de la Chlamydia, en la cual la inmunodeterminación es la parte sacárida, lo cual puede explicar porque en ocasiones resulte negativo o con títulos bajos en esta prueba; la prueba de microinmunofluorescencia (MIF) es específica y muy sensible, también detecta anticuerpos IgG e IgM en el suero, así como anticuerpos en las lágrimas y secreciones nasofaríngeas (1,2,3,5,7).

Recientemente se han utilizado exámenes de diagnóstico rápido para su utilización en consultorios médicos, los cuales reaccionan en base a anticuerpos monoclonales con captura por parte de antígenos de membrana por inmunoensayo enzimático, los cuales pueden ser corridos y leídos en un período de 30 minutos, aunque se ha mejorado para su lectura en solo 9 minutos; este Kit (Surecell Chlamydia test Kit), tiene una sensibilidad y especificidad de 93 y 96% respectivamente, comparado con cultivos para Chlamydia trachomatis de muestras de conjuntiva (14).

Como la infección neonatal por Chlamydia se adquiere perinatalmente de la madre con infección genital, una forma de prevenir la infección sería, tratar tanto a la mujer embarazada como a su pareja sexual.

El tratamiento de niños infectados con antimicrobianos activos contra Chlamydia trachomatis, produce recuperación clínica y erradicación en 7 días; cuando no recibe tratamiento, tiene síntomas y períodos prolongados con cultivos positivos (en general de 24 a 61 días). El uso de Estolato de Eritromicina y el Etilsuccinato de Eritromicina a dosis de 30 a 50 mg/kg/día, dividida en 4 dosis y durante 10 días a 3 semanas, son efectivos para eliminar tanto la infección conjuntival, como la nasofaríngea; también se puede utilizar la combinación de Trimetoprim - Sulfametoxazol (TMP/SMZ) a dosis de 3 a 5 mg/Kg/día en recién nacidos y a 10 mg/Kg/día en niños menores de 2 años, ambas en base al Trimetoprim y por el mismo tiempo estipulado para la eritromicina, además de las medidas generales de sosten que se deben de llevar a cabo en cualquier infección de vías aéreas inferiores; sin olvidar administrar manejo a la madre, así como a su pareja sexual(1,8).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Hospital Infantil de México "Federico Gómez" se desconoce la frecuencia de casos de Neumonía por Chlamydia sp. en niños menores de un año de edad, por lo que se propone la presente investigación de tipo retrospectivo a fin de correlacionar los resultados obtenidos con lo reportado en la literatura nacional e internacional; buscando además la motivación para la realización de un estudio prospectivo aplicable a nuestra población.

OBJETIVOS

1.- Investigar la frecuencia de pacientes de cero a un año de edad con Neumonía por Chlamydia sp. que acudieron al Hospital Infantil de México "Federico Gómez" en el periodo comprendido de Enero de 1985 a Diciembre de 1992.

2.- Conocer las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes de cero a un año de edad que acudieron al Hospital Infantil de México "Federico Gómez" con Neumonía por Chlamydia sp. en el período comprendido de Enero de 1985 a Diciembre de 1992.

3.- Conocer las características en relación a edad de presentación en los niños que cursan con Neumonía por Chlamydia sp. que acudieron al Hospital Infantil de México "Federico Gómez" en el periodo comprendido de Enero de 1985 a Diciembre de 1992.

HIPOTESIS

1.- La frecuencia de neumonía por Chlamydia sp. que se presenta en el Hospital Infantil de México "Federico Gómez" no es igual a la reportada en la literatura internacional.

2.- Los antecedentes clínicos y epidemiológicos de los pacientes con neumonía por Chlamydia sp. que acudieron al Hospital Infantil de México "Federico Gómez" en el período comprendido de Enero de 1985 a Diciembre de 1992, no son similares a los reportados en la literatura internacional.

3.- La edad de presentación en los niños con neumonía por Chlamydia sp. que acudieron al Hospital Infantil de México "Federico Gómez" en el período comprendido de Enero de 1985 a Diciembre de 1992 es similar a la reportada en la literatura internacional.

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron a todos los expedientes clínicos de los niños que acudieron al Hospital Infantil de México "Federico Gómez" de la edad de recién nacido a los doce meses, comprendidos en el período del primero de enero de 1985 al 31 de diciembre de 1992, que cursaron con un cuadro clínico sugerente de neumonía por Chlamydia sp. a nivel pulmonar específicamente, recopilándose los datos en base a los expedientes clínicos del Archivo de Bioestadística del Hospital Infantil de México "Federico Gómez", de donde se obtuvo la información de más importancia para la investigación, como son : área de influencia, antecedentes de 3 durante el embarazo en la madre del paciente, específicamente datos de leucorrea transvaginal, vía de obtención del producto, sintomatología clínica, resultados de laboratorio y gabinete, así como el tratamiento instalado y el logro o no de la curación.

RESULTADOS

El total de casos revisados fue de 41, como se observa en el cuadro 1 de la gráfica 1, se observa un ligero predominio del sexo masculino (56%) en relación al femenino (44%), en cuanto a la edad de la presentación (cuadro 1, gráfica 1), una mayoría significativa que comprendió 40 casos, se presentó en niños menores de seis meses de edad, lo que representa el 97.5% de los casos.- El período de presentación más frecuente es el comprendido entre el primero y sexto mes de edad con 23 casos correspondiendo a un 56%, lo que representó el grupo más significativo.

Tomando en cuenta el tiempo de evolución del cuadro clínico, encontramos que 25 pacientes (61%), curso con una evolución de uno a ocho días antes de ingresar al hospital, teniendo únicamente 5 casos (12%) con evolución de más de treinta días (cuadro 2, gráfica 2).

Entre los antecedentes de importancia destaca que 29 de las madres (70%) presentó leucorrea, (gráfica 3, cuadro 3), siendo predominante el primer trimestre del embarazo (62.4%), (gráfica 4, cuadro 4).

Del total de los casos que correspondió a 41, veintitres de los pacientes (56%) fueron producto a término, trece (32%) de pretérmino, desconociéndose este antecedente en 5 casos (12%), paciente proveniente de casa cuna;

correspondió a la vía vaginal y por vía cesárea en 5 (12%), ignorada en 1 (2.5%) (cuadro y gráfica 6).- La atención fue en ambiente hospitalario en 33 casos que corresponde al 80.5% , intradomiciliario 5 (12%), y se ignora en 1 (7.5%) (cuadro y gráfica 7).

Los síntomas predominantes se presentan en el cuadro 8, gráfica 8, siendo: Tos en 35 casos (85%); Dificultad respiratoria en 28 (68%); Cianosis en 25 (60%); Secreción ocular en 21 (51%); Rinorrea en 18 pacientes (44%); Ataque al estado general en 14 (34%), rechazo al VO en 13 (32%), presentandose como dato interesante que 8 (20%) cursaron con fiebre.- Entre los signos predominantes (cuadro 9, gráfica 9) encontramos: Estertores en 33 casos (80%), distress respiratorio en 28 casos (68%), el cual fue evaluado con valoración de Silverman-Anderson (siendo más frecuente la valoración de 3); Cianosis en 25 (61%), taquipnea en 14 (34%), Hipoxemia en 13 (32%), fiebre en 8 (19%), Bradicardia en 3 (7%), Hipoventilación en 3 (7%), y Taquicardia en 3 (5%).

Los métodos diagnósticos utilizados en los casos estudiados, se presentan en el cuadro , gráfica 10, el principal método correspondió al estudio serológico en 26 casos, que representa el 64% (cuadro y gráfica 11); tomando como positivo a partir de una dilución 1:32 por FC; estando un caso en esta (4%), encontrando que 16 casos (62%)

presentaron diluciones de 1:256 por FC, como se observa en el cuadro 12, gráfica 12.- Se utilizó también aspirado bronquial en 8 casos (19%), impronta conjuntival en 2 (5%) y exudado faríngeo en 1 caso (2%).-

Los métodos de apoyo diagnóstico se presentan en los cuadros 10 y 13 y gráfica 10 y 13, los hallazgos radiográficos principales correspondieron a: Infiltrado Intersticial en 27 casos (66%), y atrapamiento de aire en 4 casos (10%), obteniéndose radiografía normal en 3 casos (7%), sin contar con éste en 7 pacientes (17%) (gráfica y cuadro 13).

En el cuadro 20, podemos apreciar que solamente en 17 de los casos (41%) se realizó gasometría arterial, encontrándose en 6 casos (35.3%) parámetros compatibles con acidosis metabólica; 4 casos (23.5%) con parámetros compatibles con alcalosis respiratoria y en 7 casos (41.2%) compatibles con acidosis respiratoria.

En lo referente a los diagnósticos de ingreso como se aprecia en el cuadro 22, basados en el criterio clínico, se sospechó bronconeumonía de etiología específica por Chlamydia en 36 pacientes (87%), en lo que respecta al tratamiento como se presenta en el cuadro 16 y gráfica 16, se observa que 31 de los casos (75%) se utilizó en Estolato de Eritromicina a dosis de 40 mg/kg/día en 4 dosis diarias, con una duración del mismo de 14 días y en los restantes 10

pacientes (5%) se utilizó la combinación de un derivado de Penicilina (ampicilina o dicloxacilina) más un aminoglucósido (amikacina).- En la totalidad de los casos se obtuvo curación (cuadro 17).

Como se presenta en el cuadro 17 y gráfica 17, del total de las madres de los pacientes, únicamente a nueve de ellas (22%), se les realizó serología, con el fin de completar el estudio del paciente, encontrando positividad, únicamente en 5 (12%) se les administró tratamiento y en un solo caso (4%) se dió tratamiento a la pareja (cuadro 18 y gráfica 18).- En lo referente al cultivo de secreción vaginal de las madres de los casos estudiados encontramos, la realización del mismo en un sólo caso (4%).

Al determinar el área de influencia de los casos referidos como se observa en el cuadro 19 gráfica 19, se puede apreciar que 35 pacientes (84%) correspondió a la Zona Metropolitana que incluye Distrito Federal y Estado de México, con una baja incidencia del grupo de provincia (15%).

DISCUSION

En el presente estudio de tipo retrospectivo, se aprecia que aunque no es estadísticamente significativa la frecuencia de neumonía por Chlamydia, clínicamente puede ser muy importante, sobre todo por las complicaciones que ya han sido descritas en la literatura internacional, especialmente a nivel pulmonar y ocular (1.6).

Encontramos, en lo que respecta al sexo una relación de masculino a femenino de 1.2:1, lo que es similar a lo reportado (1.4), que más que el sexo, hay una relación con los antecedentes de infección cervical materna.

En relación a la edad de presentación de esta entidad encontramos que el 96.5% de nuestros pacientes se presentaron en menores de 6 meses, que entre uno y tres meses se presentó el 56% lo que concuerda con lo reportado en la literatura (1.4.7).

En cuanto al área de procedencia de nuestros pacientes el 84% pertenece al Distrito Federal y Área Metropolitana del Estado de México.- No encontramos en la revisión de la literatura mayor frecuencia en áreas urbanas o en rurales, pero llama la atención la mayor presentación en área metropolitana cuando se habla de una buena cobertura de los servicios de salud sin embargo la posible explicación sería los mecanismos involucrados como en toda enfermedad de transmisión sexual.

Encontramos que no debemos esperar un cuadro de afección pulmonar baja, ausencia de fiebre y crónico, para pensar en la posibilidad de una infección por Chlamydia ya que el 20% de nuestros casos presentó fiebre, contrariamente a lo que reporta Rettig y Cois. (2), ya que ellos mencionan hasta el 5% en su casuística; en relación al tiempo de evolución el 61% de nuestros casos fue de menos de ocho días, lo que no puede catalogarse como crónico.

En cuanto a los antecedentes maternos, la literatura reporta (1,2,6,10), que dependiendo del grupo de madres estudiadas la posibilidad de desarrollar específicamente neumonía por Chlamydia, es mayor del 50%; encontramos que las madres de nuestros pacientes presentaron antecedentes prenatales de leucorrea en un 70%, siendo esta más significativa en el primer trimestre del embarazo.

SHUZO CHIBA Y COLS. (10) También asocian la infección cervical por Chlamydia con prematurez; encontramos que un 32% de nuestros pacientes son menores de 37 semanas de edad gestacional al momento del nacimiento.- Así mismo, varios autores (1,2,7,) refieren que cuando la atención del producto es por cesárea por lo general, no existe transmisión a menos que haya ocurrido una ruptura prolongada de membranas, comparándolo con nuestros pacientes, observamos que 5 de ellos (12%) fueron obtenidos por vía cesárea por desproporción cefalopélvica materna sin especificar en los

Expedientes antecedentes de trabajo de parto y/o ruptura prematura de membranas, aunque esto no es un impedimento formal ya que Rettig y Cois. (2) sugieren que la Chlamydia puede producir infección del producto in útero.

En lo que respecta al cuadro clínico, en la mayoría de la literatura (1,2,4,9,10), se informa que es un síndrome clínico, el cual inicia con un cuadro de conjuntivitis y/o rinofaringitis, que se describe entre un 20% y 50% (4), nosotros lo encontramos en un 56%; la Tos espasmódica se describe entre un 50% y 60% (4,11), en nuestra casuística se observó en el 85%; la dificultad respiratoria se describe al rededor del 65% (4,7), nosotros encontramos en el 68% ;la presencia de estertores se describe en 75% (1,4), nosotros encontramos 80%.- Concluimos que las manifestaciones clínicas encontradas en el presente estudio concuerdan con lo reportado, se difiere en la mayor frecuencia encontrada en relación a la tos espasmódica.

En relación a la Hipoxemia con Hipercapnia en las gasometrías arteriales que se reporta (2), en nuestro grupo de estudio no es posible analizarlos adecuadamente ya que sólo a 17 pacientes del total se les realizó gasometría por no considerar justificado llevarla a cabo, de estos, 7 (41.2%) se encontró Acidosis Respiratoria, 6 (35.3%) con Acidosis Metabólica y 4 (23.5%) con Alcalosis Respiratoria. (62%) .

Tripple y Cols. (4) dentro de los estudios de gabinete destacan a la radiografía de tórax, la cual muestra infiltrado intersticial bilateral simétrico, con datos de atrapamiento de aire, estos autores lo reportan en 81% de 56 niños estudiados, cifras muy similares en nuestra revisión, ya que encontramos estos datos en 66% de los casos.

El método específico de diagnóstico es observar las inclusiones intracitoplasmáticas en cultivo en línea celular, sembrando la muestra obtenida de los sitios sospechosos, teniendo una positividad cuando es secreción nasofaríngea entre un 30% y 75% (1,7), desafortunadamente en nuestros casos no fue posible realizar dicho cultivo.- Otro método aceptado para llegar al diagnóstico son Micoimmunofluorescencia, así como las pruebas serológicas (1,3,5,6), especialmente la reacción de fijación de complemento, aceptándose un título igual o mayor de 1:32 para considerarlo positivo.- En nuestra casuística se realizó la prueba de Fijación de Complemento en 26 casos, resultando todos con títulos mayores de de 1:32 y predominando en el 67% el título de 1:256.

Como tratamiento de primera elección, se recomienda el Estolato de Eritromicina (1,2,6,7,9), por un período mínimo de 10 a 14 días hasta un máximo de tres semanas; lo cual fue aplicado en el 75% de los pacientes y en el restante, la combinación de un derivado de Penicilina (Ampicilina o Dicloxacilina) más un Aminoglucósido (Amikacina), obteniendo curación en el 96% de los pacientes

(un paciente se complicó con Sepsis Neonatal , lo cual lo condujo a la muerte), quedando la incógnita de que si éste último grupo fue realmente limitado por el tratamiento administrado; habiendo revisado la literatura encontramos que estos fármacos no tienen acción al menos in vitro contra Chlamydia.

Nos llama la atención que nuestro grupo solo a 9 madres de nuestros pacientes se estudiaron por método serológico, resultando como era de esperar las 9 positivas de acuerdo a lo descrito por

Tripple y Cols (4).- De estas nueve madres solo a tres se le realizó el método de Inmunofluorescencia (IF) en secreción vaginal, resultando positiva.- Además, de las 9 madres positivas solo a 5 se les indicó tratamiento y de ellas solo a una el tratamiento fue a la pareja.- Situación muy preocupante que refleja la falta de conocimiento acerca de la transmisión de la enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

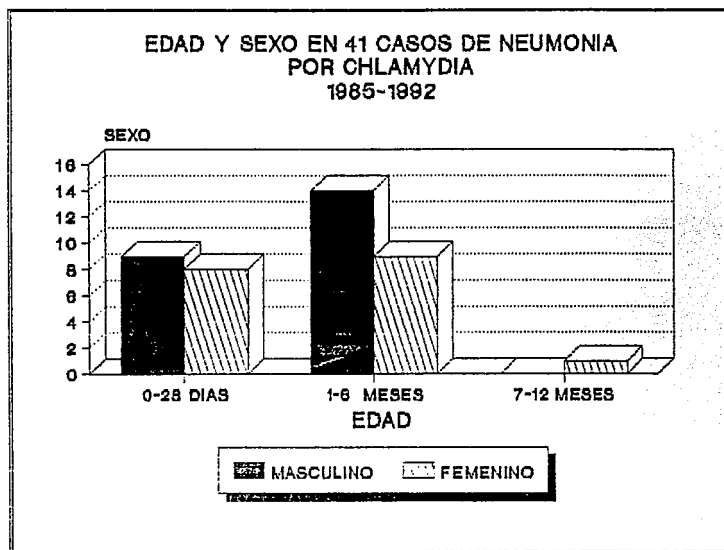
- 1.- Hammerschlag MR; Infecciones por Chlamydias. Pediatrics Review . 1988; (1:95).
- 2.- Philip J. Retting . MD : Perinatal Infections with Chlamydia Trachomatis; Clinics in Perinatology. 1988; 5(2): 321-345.
- 3.- Puolallainem M, Saikku P, and Cols. : Chlamydial Pneumonitis and its serodiagnosis in infants ; The Journal of infectious disease. 1984; 149(5): 598-604.
- 4.- Tipple. MA, Beem, M O and Saxon M E: Clinical Characteristics of the afebrile Pneumonic Associated with Chlamydia Trachomatis Infection in infants less than 6 months of age; Pediatrics. 1979; 63(2); 192-197.
- 5.- Tamm, MT, Stam, WE, Hunter HM, and Cols. : Culture - independent diagnosis of Chlamydia Trachomatis using monoclonal antibodies; The New England Journal of Medicine. 1984; 310(18); 1146-1150.
- 6.- Hammerschlag , MR ; Chlamydial infections. The Journal of Pediatrics. 1989; 114 (5); 727-734.

- 7.- Preece PM. Anderson O. Tompson RG: Chlamydia Trachomatis infection in infants: a prospective study. Archives of diseases in Childhood. 1989; 64(1); 525-529.
- 8.- Philip J, Rettig MA: Infections due to Chlamydia trachomatis from infancy to adolescence. Pediatrics Infectious disease. 1987; 5(4); 449-457.
- 9.- Reyes ML: Infecciones causadas por Chlamydia trachomatis. Infectología. 1987; 7(5); 205-218.
- 10.- Choba D, Chiba M, Numazaky KD, and Cols: Pulmonary Infections with respiratory syncitial virus and Chlamydia trachomatis in early infancy. Acta Pediatrics Japan . 1988; 30(3); 225-229.
- 11.- Brasfield MD, Stagno SM, Whitley JM, and Cols: Infanti pneumonitis associated with Cytomegalovirus, Chlamydia Pneumocystis and Ureaplasma; follow-up. Pediatrics. 1987; 79(1); 76-83.
- 12.- Philip J, : Pediatric genital infection with Chlamydia trachomatis: statistically nonsignificant but clinically important. Pediatrics Infectious Diseases. 1984; 3(2); 95-96.

- 13.- Remafedi G , M D , MPH, Abdalian SE, MD: Medical predictors of Chlamydia trachomatis endocervicitis in adolescent women. AJDC. 1989: 143(1); 1437-1442.
- 14.- Hammerschlag, MD, Gellingrn, Dumornay, AS, Roblin, MS, Worku, MD: Office Diagnosis of Neonatal Chlamydia Conjunctivitis. The Pediatric Infectious Disease Journal. 1991: 10(7); 540-541.
- 15.- Interpretación de pruebas diagnósticas en infecciones por Chlamydia; Irvine Medical Center; California U.S.A.1992.
- 16.- Hammerschlag, M R , Rettig, P J and Shields, M E: False Positive Results With The Use of Chlamydial Antigen Detection Tests in Evaluation of Suspected Sexual Abuse in Children. Pediatric Infectious Diseases.1988: 2(1); 11-14.
- 17.- Fisher , M , Swenson , P D , Risucci , D; Chlamydia trachomatis in suburban adolescents : Clinical and laboratory observation. The Journal of Pediatrics.1987: 111 (4); 617-620.

- 18.- Blythe, M J. Katz B P. Orr, P D, Caine, V D
and Jones, R B: Historical and Clinical
Factors Associated With Chlamydia trachomatis
genitourinary infections in female adolescents.
The Journal of Pediatrics. 1988: 112 (6); 1000-1004.
- 19.- Russell, RA : Misidentification of sexually transmitted
organisms in children : medicolegal implications .
Pediatrics Infectious Disease. 1988: 2(1); 1-2.
- 20.- Carballal, G, Mahony, J B, Videla, C,
Cerqueiro, C and Chernesky, M : Chlamydial
antibodies in children with lower respiratory
disease. Pediatrics Infectious Diseases .
1992: 11(2); 68-71.

GRAFICA N. 1



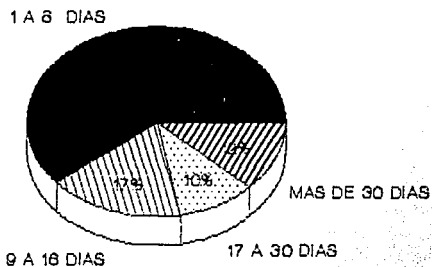
CUADRO N. 1

EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	PORCENTAJE
0 A 28 DIAS	9	8	17	41.5
1 A 6 MESES	14	9	23	56.0
7 A 12 MESES	0	1	1	2.5
TOTAL	23/41 (56%)	18/41 (44%)	41	100.0

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL DEPARTAMENTO DE BIOESTADISTICA DEL H.I.H.

GRAFICA N. 2

TIEMPO DE EVOLUCION EN 41 CASOS DE NEUMONIA POR CHLAMYDIA
1985-1992

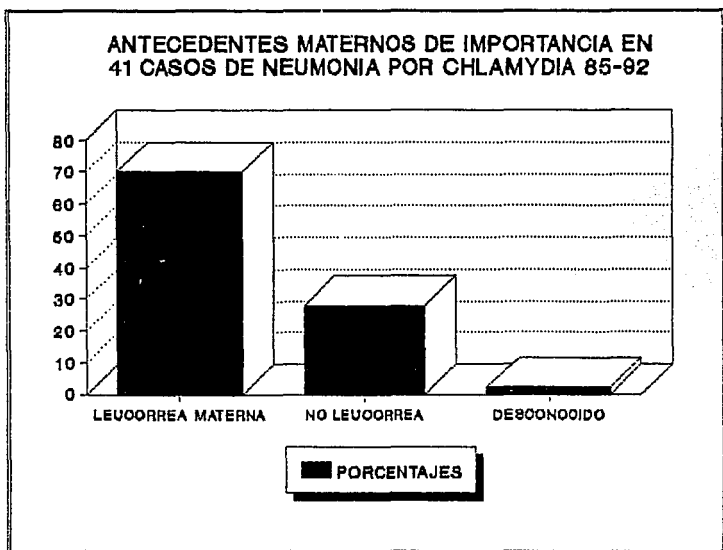


CUADRO N. 2

EVOLUCION	NUMERO	PORCENTAJE
1 A 8 DIAS	25	61.0
9 A 16 DIAS	7	17.0
17 A 30 DIAS	4	10.0
MAS DE 30 DIAS	5	12.0
TOTAL	41	100.0

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL DEPARTAMENTO DE BIOESTADISTICA DEL H.I.N.

GRAFICA N. 3



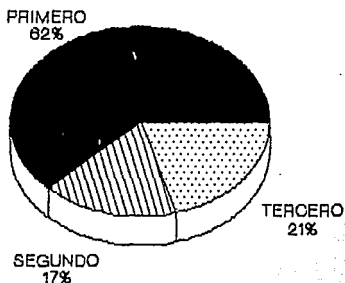
CUADRO N. 3

ANTECEDENTE	NUMERO	PORCENTAJE
LEUCORREA	29	70.0
NO LEUCORREA	11	28.0
DESCONOCIDO	1	2.0
TOTAL	41	100.0

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL DEPARTAMENTO DE BIOESTADISTICA DEL H.T.A.

GRAFICA N. 4

LEUCORREA MATERNA SEGUN TRIMESTRE DE PRESENTACION EN 41 CASOS DE NEUMONIA POR CHLAMYDIA 1985-1992



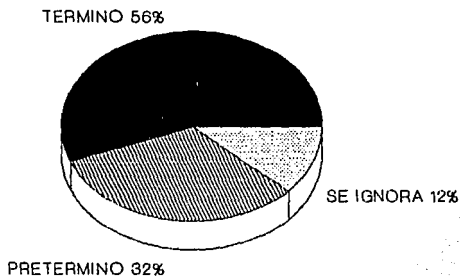
CUADRO N. 4

TRIMESTRE	NUMERO	PORCENTAJE
PRIMERO	18	62.4
SEGUNDO	5	17.0
TERCERO	6	20.6
TOTAL	29	100.0

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL DEPARTAMENTO DE BIOESTADISTICA DEL H.I.H.

GRAFICA N. 5

DURACION DE EMBARAZO EN 41 CASOS DE
NEUMONIA POR CHLAMYDIA
1985-1992



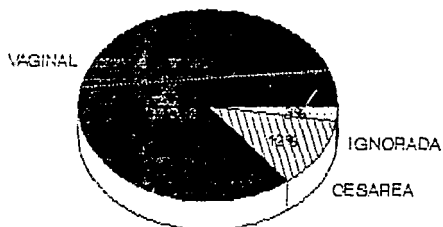
CUADRO N. 5

	NUMERO	PORCENTAJE
TERMINO	23	56.0
PRETERMINO	13	32.0
SE IGNORA	5	12.0
TOTAL	41	100.0

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL DEPARTAMENTO DE
BIOESTADISTICA DEL H.I.H.

GRAFICA N. 6

VIA DE OBTENCION DEL PRODUCTO EN 41
CASOS DE NEUMONIA CHLAMYDIA
1985-1992



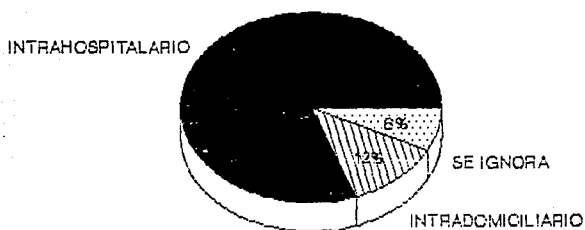
CUADRO N. 6

VIA	NUMERO	PORCENTAJE
VAGINAL	35	85.5
CESAREA	5	12.0
IGNORADA	1	2.5
TOTAL	41	100.0

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL DEPARTAMENTO DE
BIOESTADISTICA DEL H.I.N.

GRAFICA N. 7

ATENCION DEL PARTO EN 41 CASOS DE
NEUMONIA POR CHLAMYDIA
1985-1992

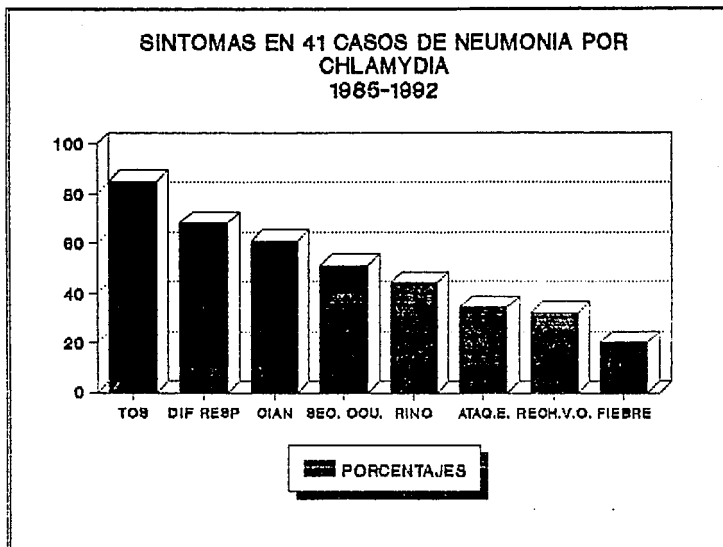


CUADRO N. 7

ATENCION	NUMERO	PORCENTAJE
INTRAHOSPITALARIO	33	80.5
INTRADOMICILIARIO	5	12.0
SE IGNORA	3	7.5
TOTAL	41	100.0

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL DEPARTAMENTO DE BIOESTADISTICA
DEL H. I. N.

GRAFICA N. 8



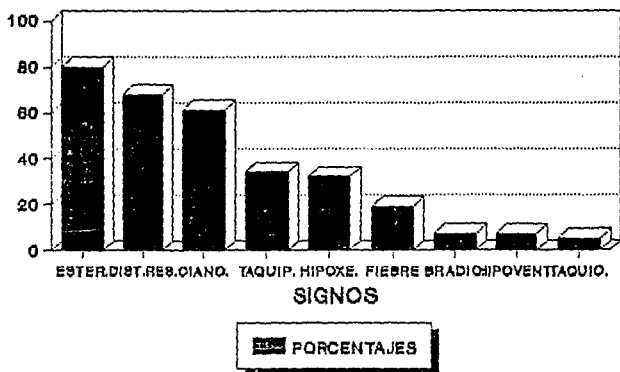
CUADRO N. 8

SINTOMAS	NUMERO	PORCENTAJE
TOS	35	85.0
DIFICULTAD RESP.	28	68.0
CIANOSIS	25	60.0
SECRECION CONJ.	21	51.0
RINORREA	18	44.0
ATAQUE GRAL.	14	34.0
RECHAZO V. O.	13	32.0
FIEBRE	8	20.0

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL DEPARTAMENTO DE BIOESTADISTICA DEL H.T.N.

GRAFICA N. 9

SIGNOS EN 41 CASOS DE NEUMONIA POR
CHLAMYDIA
1985-1992



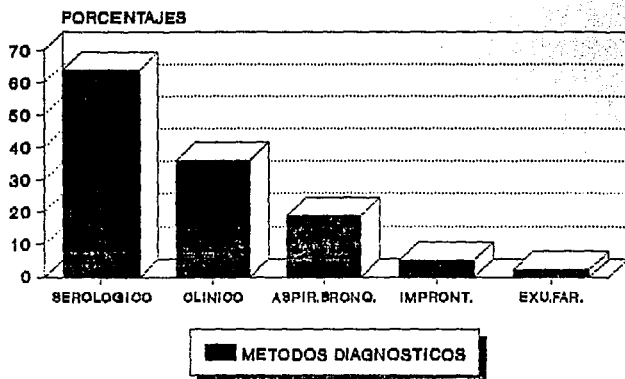
CUADRO N. 9

SIGNOS	NUMERO	PORCENTAJE
ESTERTORES	33	80.0
DISTRESS RESP.	28	68.0
CIANOSIS	25	61.0
TAQUIPNEA	14	34.0
HIPOXEMIA	13	32.0
FIEBRE	8	19.0
BRADICARDIA	3	7.0
HIPOVENTILACION	3	7.0
TAQUICARDIA	2	5.0

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL DEPARTAMENTO DE
BIOESTADISTICA DEL H.I.R.

GRAFICA N. 10

**MÉTODOS PARA LLEGAR AL DIAGNOSTICO EN 41
CASOS DE NEUMONIA POR CHLAMYDIA
1985-1992**



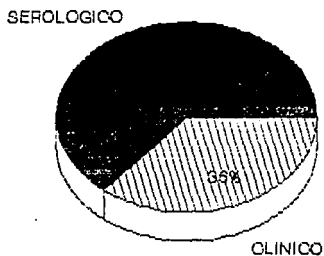
CUADRO N. 10

METODO	NUMERO	PORCENTAJE
SEROLOGICO	26	64.0
CLINICO	15	36.0
ASP. BRONQUIAL	8	19.0
IMPRONTA CONJ.	2	5.0
EXUDADO FARINGEO	1	2.0

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL DEPARTAMENTO DE
BIOESTADISTICA DEL H. I. N.

GRAFICA N. 11

**METODOS PARA LLEGAR AL DIAGNOSTICO EN 41
CASOS DE NEUMONIA POR CHLAMYDIA
1985-1992**



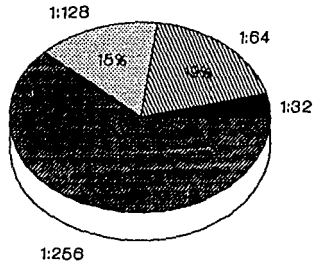
CUADRO N. 11

METODO	NUMERO	PORCENTAJE
SEROLOGICO	26	64.0
CLINICO	15	36.0
TOTAL	41	100.0

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL DEPARTAMENTO DE
BIOESTADISTICA DEL H. I. N.

GRAFICA N. 12

**TITULACIONES SEROLOGICAS POR FIJACION DE
COMPLEMENTO EN 41 CASOS DE NEUMONIA POR
CHLAMYDIA 1985-1992**



CUADRO N. 12

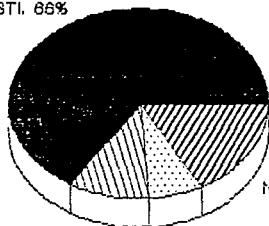
TITULACION	NUMERO	PORCENTAJE
1:32	1	4.0
1:64	5	19.0
1:128	4	15.0
1:256	16	62.0
TOTAL	26	100.0

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL DEPARTAMENTO DE
BIOESTADISTICA DEL H.I.H.

GRAFICA N. 13

HALLAZGOS RADIOGRAFICOS EM 41 PACIENTES
CON NEUMONIA POR CHLAMYDIA
1985-1992

INFILTRADO INTERSTI. 66%



NO SE REALIZO 17%

ATRAPAMIENTO DE AIRE 10%

NORMAL 7%

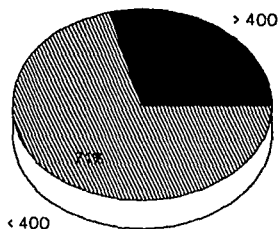
CUADRO N. 13

HALLAZGOS	NUMERO	PORCENTAJE
INFILTRADO INTERSTICIAL	27	66.0
ATRAPAMIENTO DE AIRE	4	10.0
NORMAL	3	7.0
NO SE REALIZO	7	17.0
TOTAL	41	100.0

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL DEPARTAMENTO DE BIOESTADISTICA
DEL H.I.H.

GRAFICA N. 14

**PRESENCIA DE EOSINOFILIA
EN 41 CASOS DE NEUMONIA POR CHLAMYDIA
1985-1992**



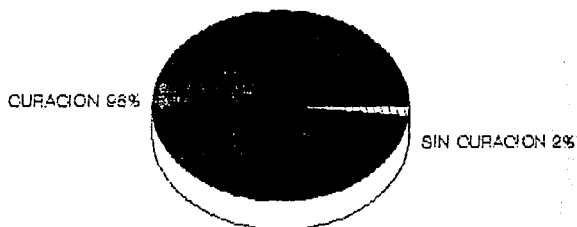
CUADRO N. 14

EOSINOFILOS	NUMERO	PORCENTAJE
> 400	12	29.0
< 400	29	71.0
TOTAL	41	100.0

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL DEPARTAMENTO DE
BIOESTADISTICA DEL H.I.H.

GRAFICA N. 15

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO EN 41 CASOS
DE NEUMONIA POR CHLAMYDIA
1985-1992



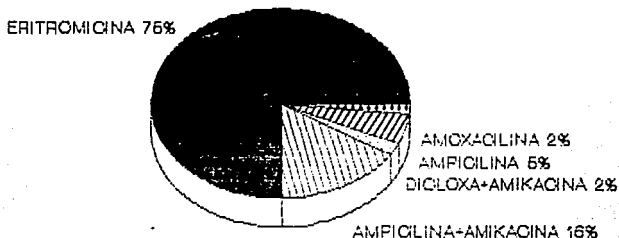
CUADRO N. 15

RESULTADO	NUMERO	PORCENTAJE
CURACION	40	97.5
SIN CURACION	1	2.5
TOTAL	41	100.0

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL DEPARTAMENTO DE
BIOESTADISTICA DEL R.I.H.

GRAFICA N. 16

TRATAMIENTO RECIBIDO EN 41 PACIENTES CON
NEUMONIA POR CHLAMYDIA
1985-1992



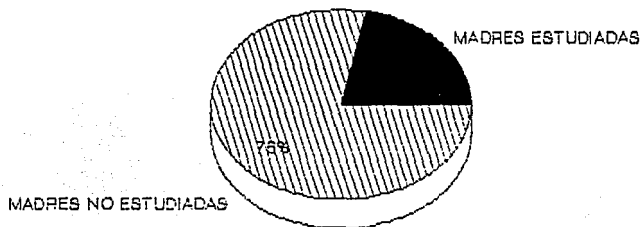
CUADRO N. 16

MEDICAMENTOS	NUMERO	PORCENTAJE
ESTOLATO DE ERITROMICINA	31	75.0
AMPICILINA + AMIKACINA	6	16.0
DICLOXACILINA + AMIKACINA	1	2.0
AMPICILINA	2	5.0
AMOXACILINA	1	2.0
TOTAL	41	100.0

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL DEPARTAMENTO DE BIOESTADISTICA
DEL R.I.H.

GRAFICA N. 17

MADRES ESTUDIADAS EN 41 CASOS DE
NEUMONIA POR CHLAMYDIA
1985-1992



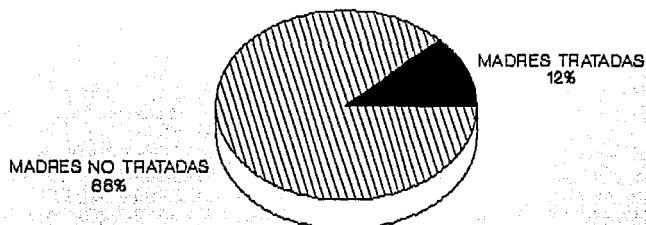
CUADRO N. 17

MADRES	NUMERO	PORCENTAJE
ESTUDIADAS	9	22.0
NO ESTUDIADAS	32	78.0
TOTAL	41	100.0

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL DEPARTAMENTO DE
BIOESTADISTICA DEL H.I.H.

GRAFICA N. 18

**MADRES TRATADAS EN 41 CASOS DE NEUMONIA
POR CHLAMYDIA
1985-1992**



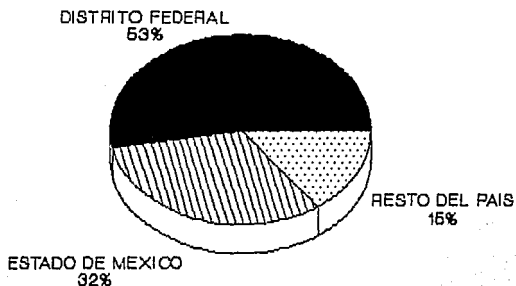
CUADRO N. 18

	NUMERO	PORCENTAJE
MADRES TRATADAS	5	12.0
MADRES NO TRATADAS	36	88.0
TOTAL	41	100.0

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL DEPARTAMENTO DE BIOESTADISTICA
DEL H.I.H.

GRAFICA N. 19

AREA DE INFLUENCIA EN 41 CASOS DE
NEUMONIA POR CHLAMYDIA
1985-1992



CUADRO N. 19

PROCEDENCIA	NUMERO	PORCENTAJE
DISTRITO FEDERAL	22	53.0
ESTADO DE MEXICO	13	32.0
RESTO DEL PAIS	6	15.0
TOTAL	41	100.0

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL DEPARTAMENTO DE BIOESTADISTICA
DEL H.I.N.

**RESULTADOS DE GASOMETRIAS ARTERIALES EN 41 CASOS
DE NEUMONIA POR CHLAMYDIA 1985-1992**

CUADRO 20

ALTERACION	NUMERO	PORCENTAJE
ACIDOSIS RESPIRATORIA	7	41.0
ACIDOSIS METABOLICA	6	35.5
ALCALOSIS RESPIRATORIA	4	23.5
TOTAL	17	100.0

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL DEPARTAMENTO DE BIOESTADISTICA
DEL H.I.H.

**DURACION DEL TRATAMIENTO EN
41 CASOS DE NEUMONIA POR
CHLAMYDIA 1985-1992**

DURACION	NUMERO	PORCENTAJE
14 DIAS	32	78.0
10 DIAS	9	22.0
TOTAL	41	100.0

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL DEPARTAMENTO DE
BIOESTADISTICA DEL H.I.H.

CUADRO 21

**DIAGNOSTICO DE INGRESO EN 41 CASOS DE NEUMONIA
POR CHLAMYDIA 1985-1992**

DIAGNOSTICO	NUMERO	PORCENTAJE
BNM POR CHLAMYDIA	21	51.0
BRONCONEUMONIA	10	24.0
PB. INFECCION POR CHLAMYDIA	5	12.0
SINDROME COQUELUCHOIDE	2	5.0
SEPSIS NEONATAL	2	5.0
NEUMOPATIA CRONICA	1	3.0
TOTAL	41	100.0

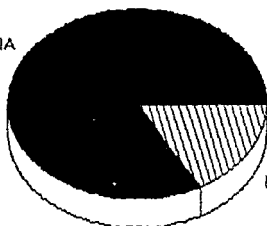
FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL DEPARTAMENTO DE BIOESTADISTICA
DEL H.I.N.

CUADRO N. 22

GRAFICA 23

**DIAGNOSTICO DE EGRESO EN 41 CASOS DE
NEUMONIA POR CHLAMYDIA
1985-1992**

BNM POR CHLAMYDIA
83%



PB.BNM POR CHLAMYDIA
17%

CUADRO 23

DIAGNOSTICO	NUMERO	PORCENTAJE
BNM POR CHLAMYDIA	34	83.0
PB. BNM POR CHLAMYDIA	7	17.0
TOTAL	41	100.0

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL DEPARTAMENTO DE BIOESTADISTICA
DEL H.I.N.