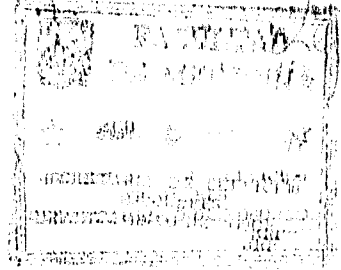


11237 36  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**" ALTERNATIVAS ACTUALES EN EL MANEJO DE LAS COMPLICACIONES DE  
LAS NEUMONIAS EN PEDIATRIA "**

**TESIS:  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA MEDICA  
PRESENTA:  
DRA. ROSA AMELIA CORTEZ HERNANDEZ.**



**IMSS**

*Rosa Amelia Cortez Hernandez*  
SECRETARIA REGIONAL  
DE PUEBLA  
I. M. S. S.  
FIRMA DE ENSEÑANZA  
E INVEST.

**PUEBLA, MEXICO. 1996**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

***A DIOS:***

Por permitirme escalar un poco en la vida.

Por darme fuerza para mirar atrás y observar mis errores, saberlos aceptar y aprender de ellos.

Por mostrarme que en la vida el perseverar en un objetivo, nos da la fuerza suficiente para poder lograr alcanzar la meta deseada.

***A MIS PADRES:***

Por ser los que se encuentran siempre a mi lado,  
Por ser el motivo más fuerte de mi vida, de mis  
anhelos y de mis sueños.

Por encontrarse siempre junto a mí en los momentos  
más difíciles de mi vida, en que se percibe angustia y  
soledad, dándome siempre con sus sabios consejos,  
paciencia y disciplina la clave para salir nuevamente  
avante.

Por ser ustedes . . . Gracias, el mérito les pertenece.

***AL DR. JUAN ANTONIO GONZALEZ DON:  
JEFE DE ENSEÑANZA DEL HGR CMN  
" SAN ALEJANDRO ".***

Por extenderme su mano amiga y llevar éste proyecto hasta sus más anhelados sueños: Presentación en dos CONGRESOS DE NEUMOLOGIA.

Por su paciencia, apoyo incansable y motivación constante.

Con profundo respeto mi más grande agradecimiento.

***AL DR. JOSE LUIS SERES RAMIREZ:  
JEFE DE PEDIATRIA DEL HGR CMN  
" SAN ALEJANDRO " .***

Por su preocupación en la preparación de los Residentes del área de Pediatría.  
Por encontrarse siempre abierto al diálogo y permitirnos acercarnos a Usted como amigos.  
Mi agradecimiento a su paciencia y experiencia transmitida.

*EXHORTACION AL NIÑO (POEMA NAHUATL).*

1. Niman uncan caltia in ticitl in piltziutli quillhua:
2. "Cuauhtli ocelotl tiacauh telpuchtli noxocoyouh:  
Otimaxitico in tlalticpac. Omitzalmiuali in monan in mota:  
in Ume Tecuhtli in Ume Cuatl.
3. Otipitzaloc otimamaliuac in mochan in Omeyocan in  
Chicnauhnepaniuhcan.
4. Omitz momacahuili in Tloque Nahuaque in Topiltzin in  
Quetzalcoatl.
5. Auh in axcan:  
Ma itech xi maxiti in monantzin in Chalchiuhtlicue in  
Chalchiuhtlatonac".
6. Niman compalotia in atl quilhua:
7. " Xic mocuili xic mocelili: iz catqui in ic tinemiz in ic  
tiyoliz tlalticpac.
8. In ic tizmoliniz in ic ticeliaz: iz ca in tech cenmaceuh  
in toyolca in tonenca tlalticpac. Xic mocuili".

( Sab., Lib. VI, cap. 37.  
Cod. Flor., f. 171).

*EXHORTACION AL NIÑO (TRADUCCION).*

1. Luego baña la partera al niño. Le dice:
2. "Aguila Tigre, capitán, muchacho, hijo mío menor:  
has venido a conocer la tierra. Te envían acá tu madre,  
tu padre: Señor Dos, Señora Dos.
3. Fuiste fundido, fuiste labrado en tu casa: el sitio de la  
Dualidad, el lugar donde hay nueve compartimientos.
4. Te concedió el Dueño del cerca y el junto, Nuestro  
Señor Quetzalcoatl.
5. Y ahora: Llegue hasta tí tu madre la de la Falda de jade,  
el de Luz de Jade".
6. Luego le da a probar el agua, le dice:
7. "Toma, recíbela: aquí está con qué vivirás, con qué tendrás  
existencia en la tierra.
8. Con ésta crecerás, estarás fresco: es la que nos mereció  
nuestro alimento, nuestro sustento en la tierra. Recíbela".



## ***INDICE DE CONTENIDO.***

- 1.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS.
- 2.- ETIOLOGIA.
- 3.- HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD.
- 4.- MATERIAL Y METODOS.
- 5.- RESULTADOS.
- 6.- PRESENTACION DE CASOS CLINICOS.
- 7.- DISCUSION.
- 8.- CONCLUSIONES.
- 9.- BIBLIOGRAFIA.

## **ANTECEDENTES CIENTIFICOS.**

Las infecciones respiratorias son una de las primeras causas de morbilidad en Pediatría, y representan uno de los principales problemas de salud pública en países en vías de desarrollo. (1).

A nivel mundial, la infección en vías respiratorias inferiores, específicamente neumonía, tiene un gran impacto en los niños y sus familias, siendo ésta patología la que verdaderamente causa problemas en cuanto al diagnóstico - - - etiológico y manejo adecuado (2).

Entre los padecimientos notificables en nuestro país, las infecciones de las vías respiratorias bajas ocuparon en 1989 el 2º lugar en cuanto a frecuencia (cuadro No. 1), mientras que para el año de 1992, ocupaban ya el primer lugar en el cuadro de mortalidad por enfermedades infecciosas (cuadro No. 2). De la misma manera, se puede observar que en el Estado de Puebla el grupo de menores de 1 año de edad, las Neumonías y Bronconeumonías ocupaban el 5º lugar (cuadro No. 3), y en el grupo de 1 a 4 años de edad, éstas mismas ocuparon el 6º lugar (cuadro No. 4).

CUADRO No. 1

Las 10 causas más frecuentes de mortalidad por enfermedades infecciosas en los – Estados Unidos Mexicanos en 1989.

---

CAUSA	NUMERO DE CASOS	TASA POR 100,000 HABITANTES
Diarreas	31,467	43.0
NEUMONIAS	26,912	36.8
Tuberculosis pulmonar	5,050	6.9
INFECCIONES RESPIRATORIAS		
AGUDAS	2,520	3.4
Amibiasis	1,761	2.4
Influenza	1,406	1.9
Fiebre Tifoidea	1,008	1.4
Tos ferina	812	1.1
Sífilis congénita	793	1.1
Tuberculosis (otras formas)	736	1.0

---

FUENTE: Dirección General de Epidemiología y Estadística de la SSA.

CUADRO No. 2

Las 10 causas más frecuentes de mortalidad por enfermedades infecciosas en los -- Estados Unidos Mexicanos en 1992.

---

CAUSA	NUMERO DE CASOS	TASA POR 100,000 HABITANTES
NEUMONIAS	7, 158,759	9,226.5
Diarreas	2,412,304	3,109.1
Parasitosis intestinales	1,004,906	1,295.2
INFECCIONES RESPIRATORIAS		
AGUDAS	851,485	1,097.4
Amibiasis	191,471	216.8
Influenza	85,501	110.2
Paludismo	58,782	75.8
Varicela	56,495	72.8
Parotiditis	52,690	67.9
F. Paratifoidea	31,089	40.1

---

FUENTE: Dirección General de Epidemiología y Estadística de la SSA.

## CUADRO No. 3

Las 10 causas más frecuentes de morbilidad en menores de 1 año de edad en el ---  
Estado de Puebla, durante el año de 1992.

CAUSA	NUMERO DE CASOS	TASA
INFECCIONES RESPIRATORIAS		
AGUDAS	26,046	20,973.0
Gastroenteritis	12,157	9,789.1
Amibiasis	2,076	1,671.6
Influenza	788	634.5
NEUMONIA Y BRONCONEUMONIA	734	591.0
Angina estreptocócica	685	551.5
Ascariasis	427	343.8
Sarna	297	239.1
Dermatofitosis	242	194.8
Varicela	157	126.4
Todas las demás	3,311	2,666.1

FUENTE: Reporte semanal de casos nuevos de enfermedades de:

SSA, IMSS, ISSSTE y otras. Departamento de Informática.

Tasa por causa: 100,000

Tasa por grupo: 1,000.

CUADRO No. 4

Las 10 causas más frecuentes de morbilidad en el grupo de 1 a 4 años de edad en el Estado de Puebla, durante el año de 1992.

CAUSA	NUMERO DE CASOS	TASA
<b>INFECCIONES RESPIRATORIAS</b>		
AGUDAS	86,982	17,365.3
Gastroenteritis	27,310	5,452.2
Amibiasis	7,196	1,436.6
Ascariasis	4,321	862.6
Angina estreptocócica	2,013	401.8
<b>NEUMONIA Y</b>		
BRONCONEUMONIA	1,158	231.1
Varicela	1,131	225.7
Accidentes	1,122	223.9
Sarna	1,014	202.4
Influenza	961	191.8
Todas las demás	15,582	3,110.8

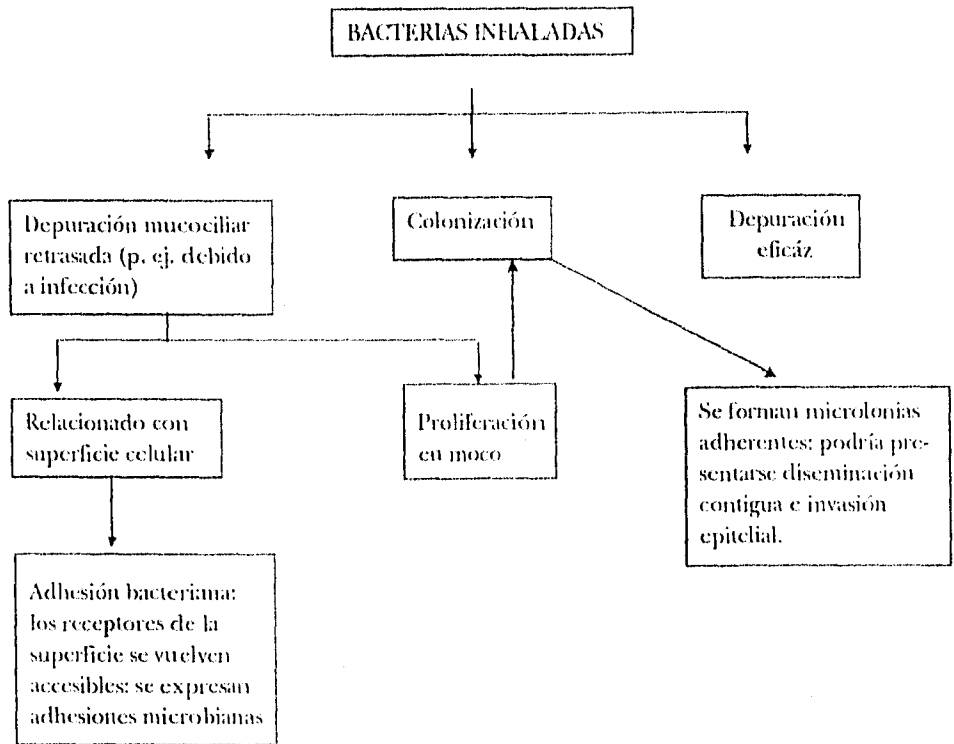
FUENTE: Reporte semanal de casos nuevos de enfermedades de SSA, IMSS, -----  
ISSSTE y otras. Departamento de Informática.

Tasa por causa: 100,000

Tasa por grupo: 1,000

La neumonía es una inflamación que involucra al parénquima pulmonar y vías aéreas muy periféricas, causada por agentes bacterianos, virales parasitarios y micóticos. Existen mecanismos de defensa que protegen contra infecciones: Reflejo epiglótico, Acción ciliar del epitelio respiratorio, Reflejo de la tos, Drenaje linfático de bronquios y bronquiolos y Secreción de moco espeso y células fagocíticas que bordean los alveolos, al fallar estos mecanismos los alveolos se llenan de secrechos purulentos, el aire se excluye, y la parte afectada de los pulmones se solidifica. (3,4).

Puede además presentarse complicaciones múltiples que están en relación con el agente etiológico, las condiciones del huésped y la falta de un tratamiento oportuno y adecuado. En términos generales las complicaciones son: Empiema, Pioncuntotórax, y Fístula Broncopleurales entre otras (5)



La extensión contigua de una infección a partir de una neumonía es el mecanismo patogénico más común del empiema. Otros mecanismos incluyen procedimientos quirúrgicos, trauma, ruptura esofágica, toracocentesis y absceso subdiafragmático (6,7).

Antes de la introducción de las sulfonamidas a finales de los años 30, casi dos terceras partes de los casos de empiema eran causados por *Streptococo pneumoniae*, siendo el resto causado por el *Estafilococo aureus*, *Streptococo piogenes* y *Haemophilus influenzae*. Con la introducción de la sulfapiridina en 1939, hubo un descenso en el empiema debido a *Streptococo pneumoniae* y un aumento en la proporción de casos por *Estafilococo aureus*. El uso de la penicilina a principios de los 40, disminuyó la incidencia de *Neumococo* y hubo predominio del *Estafilococo* como el principal patógeno asociado al empiema. La incidencia aumentó a finales de los 50 y principios de los 60, siendo el mismo germen el responsable del 90 % de los casos. (8).

Debido a que el empiema estafilocócico era una enfermedad severa y a que no había antibióticos efectivos disponibles, se establecieron normas estrictas de manejo quirúrgico para disminuir la mortalidad y morbilidad. Con la introducción de la meticilina en 1962 y el subsecuente desarrollo de otros antimicrobianos efectivos en contra del *Estafilococo aureus*, la incidencia del empiema estafilocócico disminuyó, y el manejo quirúrgico dejó de ser considerado obligatorio. (9).

Actualmente diversos autores coinciden en que el germen que más frecuentemente causa empiema es el *Estafilococo aureus*, siguiendo en orden de importancia el *Streptococo pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y el *Streptococo* grupo A -- y/o B (10,11,12). A diferencia de ellos existen otros reportes que mencionan que el



germen causal más frecuente es el *Streptococo pneumoniae*, siguiendo el *Stafilococo aureus*, el *Streptococo A y/o B* y el *Haemophilus influenzae* en tercer lugar (13,14). Por último, un solo autor reporta al *Haemophilus influenzae* como causa principal y en segundo término al *Streptococo pneumoniae* y *Stafilococo aureus* (15).

A pesar de que la mayoría de los niños con empiema responden a los antibióticos y al drenaje pleural, varios autores preconizan la decorticación en forma temprana en pacientes en quienes se demuestra engrosamiento pleural persistente, leucocitosis, fiebre y ataque al estado general; a pesar de ello, la decorticación ha sido sugerida de manera infrecuente en los años recientes (16,17). Finalmente se piensa que todos los pacientes con empiema en la niñez pueden ser tratados en forma conservadora, de manera adecuada por medio de drenaje con sonda pleural y antibióticos (5,7,13,14).

## ***MATERIAL Y METODOS.***

Se estudiaron y analizaron en el Servicio de Pediatría y Neumología Pediátrica del Centro Médico Nacional "Manuel Avila Camacho", del Instituto Mexicano del Seguro Social Puebla, a pacientes de ambos sexos, con diagnóstico establecido de Neumonía complicada en el lapso de 1 año. Las edades fluctuaron entre 3 meses y 10 años. Dichos pacientes correspondieron a niños enviados de Unidades de Medicina Familiar y Hospitales rurales con diagnósticos de Empiema, Pionemotorax o Derrame Pleural de origen paraneumónico, algunos de los cuales fueron previamente tratados con antimicrobianos y aplicaciones múltiples de sondas pleurales sin buenos resultados.

A todos ellos se les realizó Historia Clínica específica para su padecimiento, Biometría Hemática, Punción pleural con el objeto de identificar el germen causal por medio de Cultivos, así mismo se tomaron Radiografías de tórax en posición anteroposterior y lateral, y a algunos de ellos se les practicó Tomografía Axial Computada.

Durante su hospitalización en el servicio, todos ellos fueron manejados inicialmente con antimicrobianos de acuerdo a los gérmenes más frecuentes reportados en la literatura, y posteriormente de acuerdo al resultado obtenido del cultivo del líquido pleural; así mismo, se reinstaló sonda pleural en el sitio más adecuado tomando en cuenta el tipo y sitio de la lesión demostrado por estudio radiológico.

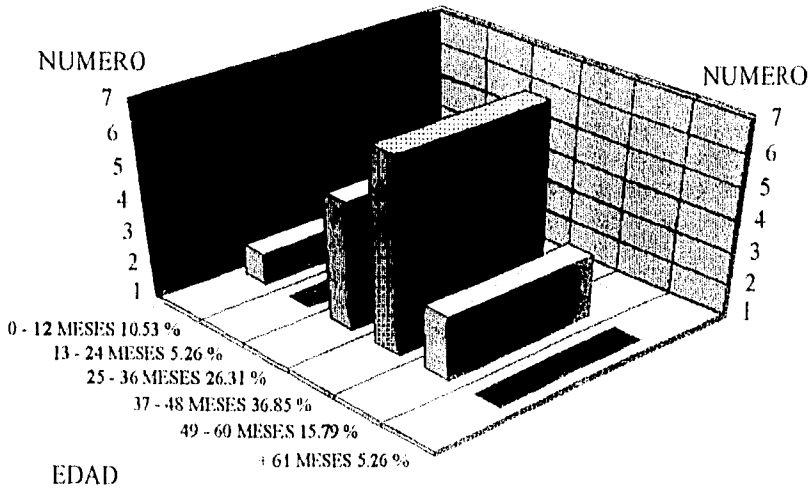
Posterior a su egreso del hospital, todos los pacientes tuvieron seguimiento por 3 meses en la Consulta Externa, valorando su estado clínico y su evolución radiológica.

*CUADRO No. 1*

DISTRIBUCION DE CASOS POR SEXO.

SEXO:	NUMERO:	PORCENTAJE
MASCULINO	12	63.15 %
FEMENINO	7	36.85 %
TOTAL	19	100.0 %

DISTRIBUCION DE CASOS POR EDAD.  
GRAFICA No. 1

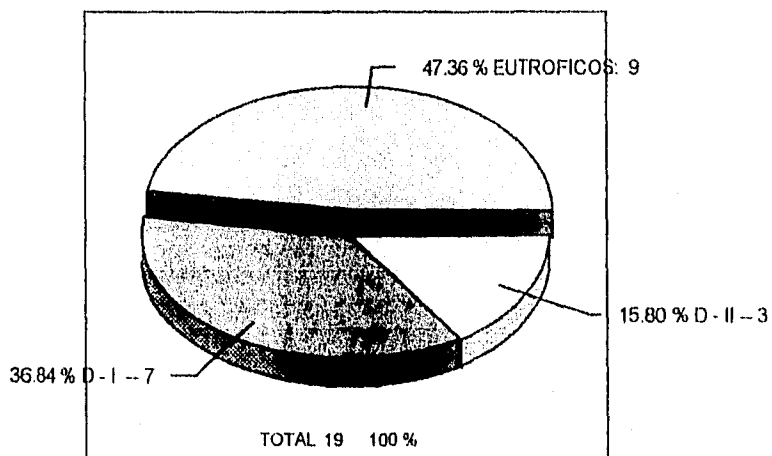


CUADRO No. 2

SIGNOS Y SINTOMAS MAS FRECUENTES.

	NUMERO:	PORCENTAJE:
TOS	19	100 %
FIEBRE	19	100 %
DERRAME Y RAREFACCION	19	100 %
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA:		
A) LEVE	5	26.7 %
B) MODERADA	12	61.6 %
C) SEVERA	2	10.0 %

## GRADO NUTRICIONAL



GRAFICA No.2

CUADRO No. 3

RADIOGRAFIA DE TORAX

SITIO DE LA LESION	NUMERO	PORCENTAJE
DERECHO	15	79.0 %
IZQUIERDO	4	21.0 %
TOTAL	19	100.0 %

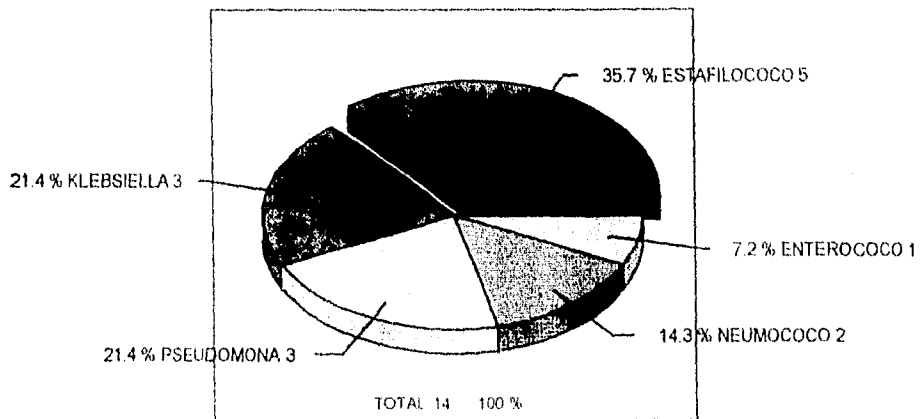
CUADRO No. 4

CULTIVOS DE LIQUIDO PLEURAL

	NUMERO	PORCENTAJE
POSITIVOS	14	73.7 %
NEGATIVOS	5	26.3 %
TOTAL	19	100 %

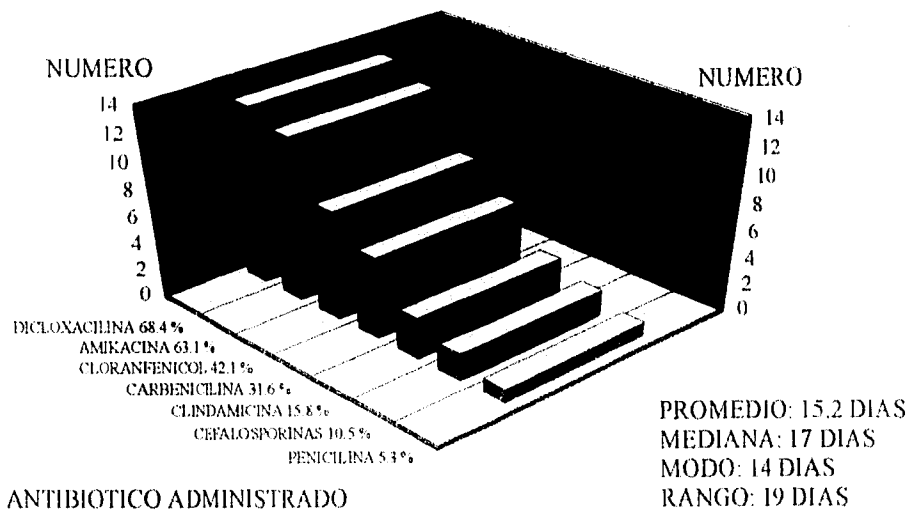


## GERMENES AISLADOS



GRAFICA No. 5

## TRATAMIENTO EMPLEADO



GRAFICA No. 4

## **RESULTADOS.**

El estudio de los pacientes mostró los siguientes resultados:

Se estudió un total de 19 pacientes con Neumonía Complicada. No se incluyeron en el estudio a 2 pacientes, debido a que antes de su ingreso al servicio ya habían sido decorticados.

En cuanto a la distribución por sexo, se observó predominio del sexo masculino en relación con el femenino, lo cual coincide con reportes de la literatura nacional y extranjera.

La distribución por edades mostró una edad mínima de 4 meses y una máxima de 10 años. La población que observó mayor número de complicaciones fue la comprendida entre los 25 y 48 meses de edad, siendo 12 de 19 pacientes los afectados y correspondiendo al 63.15 % de la población total.

El grado nutricional de los pacientes reportó lo siguiente: 9 casos (47.36%), resultaron ser pacientes Eutróficos; 7 casos (36.84%), mostraron Desnutrición de Primer Grado; y sólo 3 casos (15.80%), presentaron Desnutrición de Segundo Grado. A diferencia de lo que pudiéramos esperar, y de acuerdo a lo reportado, no se encontró ningún caso de Desnutrición de Tercer Grado.

Los signos y síntomas más frecuentes que se reportaron fueron Tos en el 100 % de los casos; Síndrome de derrame y rarefacción en el 100 % de los casos; Fiebre en el 100 % de los casos y signos de Insuficiencia Respiratoria en todos los pacientes, la cual se dividió en Leve en 5 pacientes (26.7%), caracterizada por Tiraje Intercostal y Salvas de Polipnea.

Moderada en 12 casos (61.6 %), con Tiraje Intercostal, Polipnea y Disociación Toracoabdominal. Severa en 2 pacientes (10.0%), con Tiraje Intercostal importante, Disociación Toracoabdominal, Polipnea de hasta 90 x<sup>1</sup> y Retracción --- Xifoidea.

Las cifras de Hemoglobina variaron entre 6.5 y 14.4 con un rango de 7.9 y un promedio de 11.2. Los Leucocitos oscilaron entre 4,600 y 20,900 para un rango de 16,300 y un promedio de 10,989.

Los cultivos del líquido pleural resultaron ser positivos en 14 casos (73.7%) y negativos en 5 (26.3 %). De los cultivos positivos los gérmenes más frecuentes resultaron ser Estafilococo aureus en primer lugar, ocupando en segundo término - Klebsiella y Pseudomona, y por último Neumococo y Énterococo en tercer lugar - y cuarto lugar respectivamente.

A todos los pacientes se les practicó pleurotomía cerrada con sello de agua y ninguno ameritó Decorticación u otro procedimiento quirúrgico. El tiempo de permanencia del sello de agua varió entre 9 y 28 días con un rango de 19 días y un promedio de 15 días.

Los antibióticos más utilizados fueron la asociación de Dicloxacilina con - Amikacina, seguido de Cloranfenicol, Carbenicilina, Clindamicina y por último - Cefalosporinas de Tercera Generación del tipo de la Cefotaxíma y de la Cefazidíma.

Las placas de tórax mostraron lesión derecha en 15 de los 19 casos (79.0%)

lesión izquierda en 4 pacientes (21.0 %), sin encontrarse lesión bilateral.

Una vez dados de alta se efectuó seguimiento posterior de los pacientes a 3 meses, valorando el grado de pleuritis residual; al Egreso 8 pacientes (41.0 %) --- mostraron Pleuritis Severa; 7 pacientes (36.3 %) Pleuritis Moderada; y 4 pacientes (22.7 %) Pleuritis Leve, en ninguno de los casos se observó placa normal a su alta del servicio. Al mes de su egreso sólo 3 pacientes (13.3 %) mostraban Pleuritis Severa; a los 2 meses se presentó Pleuritis Leve en 9 pacientes (45.5 %), y por último a los 3 meses de su egreso el 100 % de los pacientes obtuvieron radiografía normal de tórax, sin evidencia de pleuritis.

Los días de estancia hospitalaria, tomando en cuenta sólo su permanencia - en nuestro Servicio, oscilaron entre 11 y 44 días para un rango de 33 días y un promedio de 21 días.

EVOLUCION RADIOLOGICA DEL PACIENTE A SU EGRESO

	EGRESO	1 MES	2 MESES	3 MESES
PLEURITIS:	NUM. (%)	NUM. (%)	NUM. (%)	NUM. (%)
SEVERA	8 (41.0)	3 (13.3)	0 (0)	0 (0)
MODERADA	7 (36.3)	4 (22.7)	0 (0)	0 (0)
LEVE	4 (22.7)	11 (60.0)	9 (45.5)	0 (0)
PLACA NORMAL	0 (0)	1 (4.0)	10 (54.4)	19 (100)

CASO # 1

FIG. # 1



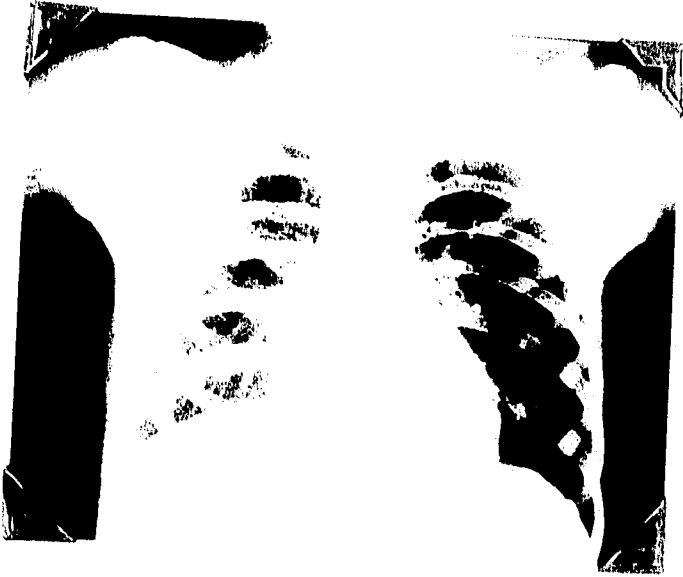
FIG. # 2

FIG. #3



FIG. #4





*FIG. # 5*

CASO # 2 :

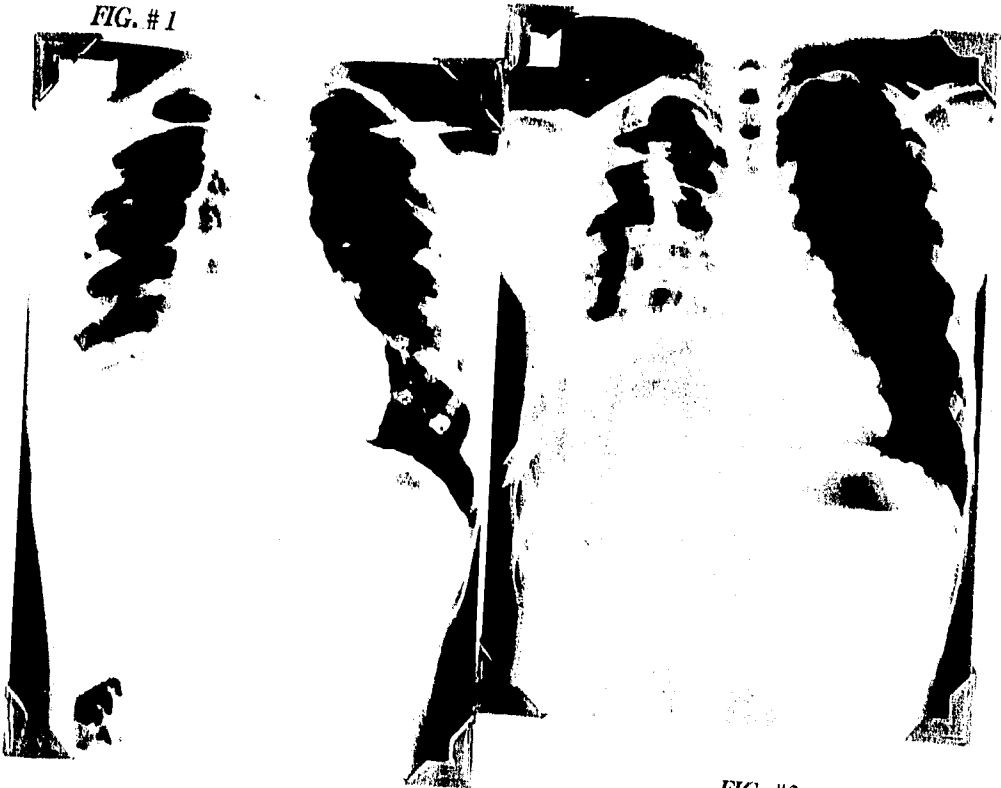


FIG. #2

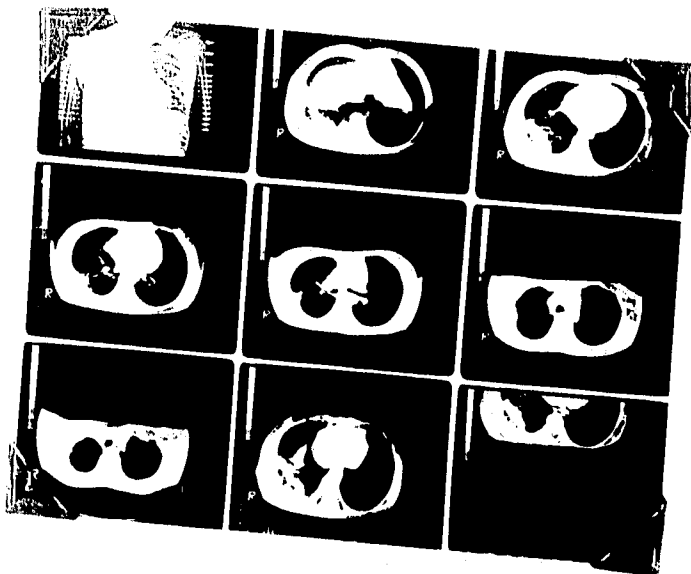


FIG. #3



FIG. #4

CASO #3:



FIG. #1



FIG. #2

FIG. #3

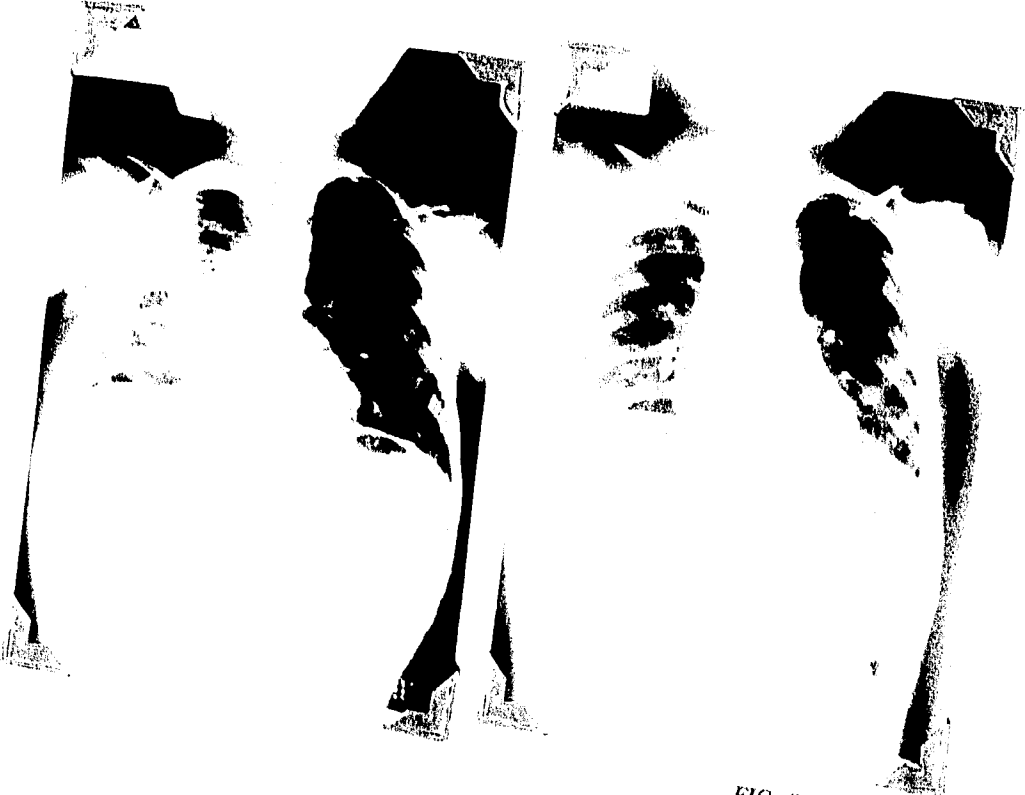


FIG. #4

**CASO No. 1:**

Se trata de paciente masculino de 23 meses de edad, con presencia de derrame pleural derecho, y neumonía apical, evoluciona con la presencia de bulas subpleurales. Se coloca sello pleural por espacio de 28 días. Evolución favorable, la fig. No. 5 muestra placa de tórax completamente normal a los 3 meses del egreso del paciente.

**CASO No. 2:**

Femenino de 10 años de edad. Se observa derrame pleural y desarrollo de bulas subpleurales. Se presenta Tomografía Axial computarizada de la paciente a su ingreso, evidenciándose presencia de paquipleuritis importante y zonas de tabacamiento en el pulmón derecho, el cuál no se halla totalmente reexpandido.

Se realiza pleurotomía cerrada, con colocación de sonda pleural por espacio de 20 días, evolución favorable. La Fig. No. 4 muestra placa normal a los 3 meses de su egreso.

**CASO No. 3:**

Paciente masculino de 48 meses de edad, con derrame pleural que abarca el 90% del pulmón derecho, requirió sonda pleural por espacio de 10 días. Evolución satisfactoria, sin desarrollo de otra complicación. La Fig. No. 4 muestra placa normal a los 3 meses del alta hospitalaria.

## ***DISCUSION.***

A pesar de los avances recientes en cuanto a los métodos de diagnóstico - etiológico, el descubrimiento de nuevos antimicrobianos de amplio espectro y los recursos quirúrgicos utilizados, las neumonías complicadas en el niño, continúan siendo una de las causas de morbilidad y de internamientos frecuentes y prolongados en nuestro medio. Se ha observado que para ello influyen las condiciones socioeconómicas y culturales del paciente y su entorno. El tratamiento inadecuado por falta de criterio uniforme en el manejo adecuado de los antimicrobianos así como la mala utilización de la sonda pleural en fases iniciales de la neumonía complicada propicia un incremento en el desarrollo de complicaciones más complejas.

En nuestro universo de estudio, al igual que en otras series publicadas el sexo masculino tuvo predominio estadísticamente significativo sobre el sexo femenino.

Las edades encontradas como más frecuentes y que ocuparon el 80% de los casos, fueron las observadas hasta los 4 años y que corresponden en algunos casos con la literatura; aunque muchos trabajos publican que las complicaciones neumónicas se presentan en escolares.

A diferencia de lo que podría esperarse en nuestro medio, no se observó Desnutrición de Tercer Grado en ningún caso; solo un porcentaje mínimo de Desnutrición de Segundo Grado y el mayor porcentaje de la población correspondió a pacientes Eutróficos.

De acuerdo a los reportes de la literatura, el Estafilococo ocupa el primer — lugar como causa de complicación neumónica, específicamente de Derrame Pleural, y en segundo término el Neumococo, sin embargo en el estudio se encontró — en raras ocasiones como causante de complicación. Es posible que éste germen en nuestro medio sea causa frecuente de Neumonía no complicada, cuya evolución — está posiblemente limitada al uso de antimicrobianos en forma o no adecuada.

A diferencia de casi todas las series nacionales y extranjeras, en el presente-trabajo se observó que ninguno de los casos ameritó Decorticación u otro procedi-miento quirúrgico, debido tal vez a la aplicación oportuna de los antimicrobianos- y al manejo adecuado de la sonda pleural.

Independientemente de la extensión y grado de la lesión, el 100% de los pa-cientes evolucionaron en forma satisfactoria tanto clínica como radiológicamente.

ESTAFILOCOCCO  
SOLUS DE LA COLECCIÓN



De acuerdo a los reportes de la literatura, el Estafilococo ocupa el primer — lugar como causa de complicación neumónica, específicamente de Derrame Pleural, y en segundo término el Neumococo, sin embargo en el estudio se encontró — en raras ocasiones como causante de complicación. Es posible que éste germen en nuestro medio sea causa frecuente de Neumonía no complicada, cuya evolución — está posiblemente limitada al uso de antimicrobianos en forma o no adecuada.

A diferencia de casi todas las series nacionales y extranjeras, en el presente trabajo se observó que ninguno de los casos ameritó Decorticación u otro procedimiento quirúrgico, debido tal vez a la aplicación oportuna de los antimicrobianos y al manejo adecuado de la sonda pleural.

Independientemente de la extensión y grado de la lesión, el 100% de los pacientes evolucionaron en forma satisfactoria tanto clínica como radiológicamente.

ESTADO VENEZOLANO  
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA  
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

### **CONCLUSIONES:**

En conclusión podemos determinar que los gérmenes más frecuentes en las neumonías complicadas en el presente trabajo fueron: Estafilococo en primer lugar, y en segundo término otras bacterias como Klebsiella y Pseudomona. El Neumococo en raras ocasiones produce complicaciones. En relación al Haemophilus influenzae, desconocemos el verdadero papel que juega en las Neumonías Complicadas, debido a que no contamos con cultivos especiales para aislar éste germen.

Debido a las hospitalizaciones frecuentes y prolongadas de los pacientes, es que podemos explicarnos la aparición de la Pseudomona como germen causal, -- concluyendo que posiblemente este germen no sea el que originó la complicación inicial.

En base a los gérmenes aislados el esquema antimicrobiano debe ser de Primera elección: una combinación de Dicloxacilina y Aminoglucósido o bien Cefalosporinas de Tercera Generación que cubran entre otros gérmenes a la Pseudomona, como la Cefotaxima. El cambio de un antimicrobiano debe realizarse de acuerdo al resultado del cultivo y a la sensibilidad del germen aislado.

Con el uso racional de antibióticos y un manejo adecuado de la sonda pleural, ningún paciente debe ameritar Decorticación u otro procedimiento quirúrgico, concluimos por tanto, que el tratamiento conservador de ésta patología debe ser el utilizado para una evolución satisfactoria en éstos pacientes.

**NOTA AGREGADA.**

El presente trabajo fué llevado inicialmente al XXVI CONGRESO NACIONAL DE NEUMOLOGIA Y CIRUGIA DE TORAX, realizado del 21 al 24 de marzo de 1995, en el Estado de Zacatecas, Zac. Siendo presentado como Trabajo Libre.

Así mismo, se presentó en la VII REUNION NACIONAL DE NEUMOLOGOS, llevado a cabo los días 3, 4 y 5 de Agosto de 1995, en ésta Ciudad de Puebla, también como Trabajo Libre.

Se anexan constancias de participación en dichos eventos.



## SOCIEDAD MEXICANA DE NEUMOLOGIA Y CIRUGIA DE TORAX, A.C.

La Sociedad Mexicana de Neumología y  
Cirugía de Tórax, A.C., agradece al (a):

MESA DIRECTIVA  
1993 - 1995

**PRESIDENTE**  
DR. HECTOR VILLAREAL VELARDE

**VICEPRESIDENTE**  
DR. JOSE MORALES GOMEZ

**SECRETARIO**  
DR. JUAN URUETA ROBLED

**TESORERO**  
DR. MIGUEL ANGEL SALAZAR LEZAMA

**VOCALES**  
DR. GABRIEL DE LA ESCOBARA  
DR. JUAN ANTONIO GONZALEZ DON  
DR. LUIS AGUILAR PACHECO  
DR. DOMINGO LEZARDI GARCIA

**EDITOR DE LA REVISTA**  
DR. ROGELIO PEREZ PADILLA

**DR. (A) R.A. CORTES H.**

su brillante participación con el **trabajo libre:**

### "NEUMONIAS COMPLICADAS EN EL ENFERMO PEDIATRICO"

durante el **XXVI CONGRESO NACIONAL DE  
NEUMOLOGIA Y CIRUGIA DE TORAX**,  
realizado del 21 al 24 de marzo del presente  
año, en el Estado de Zacatecas, Zac.

Esperamos seguir contando con su valiosa  
colaboración en eventos científicos  
venideros.

ATENTAMENTE

DR. HECTOR VILLAREAL VELARDE  
Presidente

DR. JUAN URUETA ROBLED  
Secretario



# ASOCIACION NACIONAL DE NEUMOLOGOS A.C.



## VII REUNION NACIONAL 3, 4 y 5 de Agosto de 1995


OTORGA LA PRESENTE


### CONSTANCIA


A: DRA. ROSA AMELIA CORTEZ HERNANDEZ.

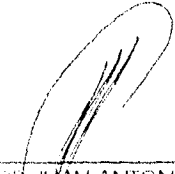
POR SU PARTICIPACION COMO: PONENTE  
"CONCEPTOS ACTUALES EN NEUMONIAS Y SUS COMPLICACIONES"  
CON UNA DURACION DE 30 HORAS

PUEBLA, PUE. A 5 DE AGOSTO DE 1995.

  
\_\_\_\_\_  
DR. OCTAVIO CASTILLO YL  
Director D.U.C.S.  
Salud UPAEP

  
\_\_\_\_\_  
DR. JORGE BAUTISTA O'FARRIL  
Director de la Fac. de  
Medicina UPAEP

  
\_\_\_\_\_  
DRA. GRACIELA  
MENDOZA RANGEL  
Presidente de la A.N.N.A.C.

  
\_\_\_\_\_  
DR. JUAN ANTONIO  
CONZALEZ DON  
Presidente del  
Comite Organizador

**BLIBLIOGRAFIA.**

- 1.- Brook, I. Microbiología del empiema en niños. *Pediatrics (ed. esp.)*, 29 (6): 234 - 238, 1990.
- 2.- Denny, F., Clyde, W. Acute lower respiratory tract infections in nonhospitalized children. *The Journal of Pediatrics*, 108 (5-1): 635 - 645, 1986.
- 3.- Varkey, B. Pleural effusions by infection. *Postgraduate Medicine, Infection.*— 80 (5): 213 - 223, 1986.
- 4.- Hoff, S. T., Neblett, W; W; Heller R. M. et. al. Empyema in childhood: selecting appropriate therapy. *Journal of Pediatric Surgery*, 24 (7): 659 - 664, 1989.
- 5.- Foglia, R. P., J. Current indications for decortication in the treatment of empyema in children. *Journal of Pediatric Surgery*, 22 (1): 28 - 33, 1987.
- 6.- Solak, H. Yükses, T., Solak, N. Methods of treatment of childhood empyema in a Turkish University Hospital. *Chest*, 92 (3): 517 - 519, 1987.
- 7.- Ferguson, M. Thoracoscopy for empyema, bronchopleural fistula and chylothorax. *Ann. Thorac. Surg*, 56 (3): 644 - 645, 1993.
- 8.- Lewis, K. T. Parapneumonic empyema in children: diagnosis and management. *Am. Fam. Physician*, 46 (5): 1443 - 1445, 1992.
- 9.- Fick, R. B., Reynolds, H. Y. Changing spectrum of pneumonia News media - creation or clinical reality. *The American Journal of Medicine*, 74 (1): 1-7, 1993
- 10.- Chonmaitree, T. Powel, K. R. Parapneumonic pleural effusion and empyema in children. *Clinical Pediatrics*, 22 (6): 414 - 419, 1993.

- 11.- Filloy, L. Epidemiología y Etiología de las infecciones agudas del aparato — respiratorio bajo. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. 42 (5): 337 - 341. 1985.
- 12.- Querol, Q. M. Custardoy, J. Empyema due to Moraxella (Branhamella) catarrhalis. *Ann. Med. Interna*. 9 (11): 554 - 556. 1992.
- 13.- Bartlett, J. G. Anaerobic bacterial infections of the lung and pleural space.- *Clin. Infect. Dis*. 16 (Supl. 4): S248 - 255. 1993.
- 14.- Hooker, T. P. Hammond, M. Empyema necessitatis: review of the manifestations of thoracic actinomycosis. *Clin. J. Med*. 59 (5): 542 - 548. 1992.
- 15.- Haddad, J. Gut, J. P. et. al. Enterovirus infections in neonates. A retrospective study of 21 cases. *Eur. J. Med*. 2 (4): 209 - 214. 1993.
- 16.- Raffensperger, J. G. Luck, S. R. et. al. Mini Thoracotomy and chest tube insertion for children with empyema. *J. Thorac. and Cardiovasc. Surg*. 84: 497- 504. 1992.
- 17.- Escobedo, C. E. Ake, C. A. Neumonías infecciosas. *Práctica Pediátrica*. 3 (6) 12 - 18. 1994.
- 18.- Garrity, K. Revisión de neumonía en lactantes y niños pequeños. *Práctica - Pediátrica*. 3 (7): 47 - 52. 1994.