

TEMAS DE SALUD PUBLICA  
HOSPITAL DEL NIÑO, LIMA, PERU

## La neumopatía supurada, problema médico-social en el Perú

Por el Dr.:

VASUNCION CABALLERO MENDEZ\*

Caballero Méndez, A. *La neumopatía supurada, problema médico-social en el Perú*. Rev Cub Ped 49: 2, 1977.

Se hace en el Perú un análisis de la magnitud de la incidencia de neumopatías supuradas y su vinculación con los factores socioeconómicos y culturales, en el contexto del proceso de cambios que se han venido produciendo en dicha nación. Se exponen y comentan algunos indicadores hospitalarios, y se recogen las experiencias propias y las de diversos investigadores peruanos.

### *Significado del problema*

Acostumbrados, simplemente endurecidos, ante el diario y permanente espectáculo de decenas de niños que se debaten entre la vida y la muerte, que pasan días y semanas en estado febril, anhelantes de aire, con sus bracitos y piernas sujetos para inmovilizarlos a fin de recibir la venoclisis, y el coro de madres y padres de familia que se agolpan en los corredores, hambrientos y fatigados, ávidos de informes sobre el estado de sus hijos, quienes muchas veces sólo reciben la fría y lacerante noticia de que vayan a la oficina de egresos para recibir el consabido certificado de defunción. Dentro de este cuadro angustioso sólo nos ha interesado el caso clínico, la satisfacción de un buen diagnóstico, la eficacia de un tratamiento o la oportu-

nidad de una documentada y sabia exposición docente con informes anatomo-patológicos. Pero ya es oportuno preguntarse y apreciar debidamente sobre las condiciones sociales del paciente, de la familia, de la comunidad. Es hora de hacernos una autocrítica sobre nuestros métodos, sistemas y actitudes de personas responsables de la vida y el porvenir de un niño, de organizaciones que deben realmente practicar el "humanismo revolucionario", además de asegurar la más oportuna, eficaz y completa norma de rehabilitación y terapéutica. Es tiempo de prestar atención a nuestros ambientes hospitalarios, anti-higiénicos, mugrientos, con grupos humanos hacinados y malolientes, consumiendo alimentos de dudosa preparación que se expenden libre e incontroladamente en los alrededores de los hospitales congestionados de vendedores ambulantes, hornillas, dulces, juguetes, fotógrafos y empresarios de agencias fu-

\* Médico pediatra del hospital de niños, Lima, Perú.

nerarias. Creemos que con seriedad debe planificarse eso de "instituir en el área de la salud un sistema técnicamente moderno y capaz de alcanzar paralelamente metas científicas y sociales de equiparable significación".

Dentro de este contexto hemos revisado algunos trabajos sobre estudios clínicos bacteriológicos y de patología de las neumopatías supuradas,<sup>1-7</sup> pero no hemos encontrado nada relacionado con los aspectos médico-sociales. Por eso es que como modestos trabajadores de la salud, nos atrevemos a presentar este pequeño estudio o enfoque, así como el enjuiciamiento que nos merece esta realidad, si se quiere dolorosa y amarga.

#### Magnitud del problema

Los doctores Manuel Paredes Manrique, Eduardo Villar Palma, Antonio Meza Cuadra Velázquez, Nicolás Velarde Zúñiga y Gerardo Boisset Boisset, presentaron el "Estudio clínico-bacteriológico y anatomo-patológico", de 154 casos de neumopatía supurada y sus complicacio-

nes, al VIII Congreso Panamericano, I Congreso Latino-Americano y XI Congreso Nacional de Pediatría de México, realizado del 29 al 3 de noviembre de 1966<sup>1</sup> (cuadro I).

De estos 935 casos de neumopatías supuradas, efectuaron estudios exhaustivos, incluyendo los casos fallecidos (sin indicar porcentaje), exámenes anatomopatológicos. Encontramos en el 64,3% el Estafilococo coagulasa x (positiva) como agente causal.

El Dr. Eduardo Villar Palma, en su tesis doctoral sobre tratamiento de 369 casos de neumopatías supuradas, consigna en sus cuadros de 1971 a febrero de 1974, algunos datos que no coinciden con los nuestros, debido, seguramente, a algunos errores consignados en las historias clínicas. Queremos manifestar a este respecto, con mucha pena, que realmente la historia clínica de nuestro hospital requiere mayor atención de parte de todos los médicos y, en particular, de los jefes de servicio, quienes necesariamente deben firmar, previa revisión del diag-

CUADRO I  
NEUMOPATIAS SUPURADAS (1958-1965)

| Años                 | Procesos<br>broncopulmonares<br>agudos | Neumopatías<br>supuradas | %     |
|----------------------|--|--------------------------|-------|
| 1958                 | 1 069                                  | 47                       | 4,38  |
| 1959                 | 1 016                                  | 57                       | 5,61  |
| 1960                 | 1 237                                  | 86                       | 6,95  |
| 1961                 | 1 133                                  | 95                       | 8,38  |
| 1962                 | 1 236                                  | 129                      | 10,43 |
| 1963                 | 1 221                                  | 179                      | 14,66 |
| 1964                 | 1 660                                  | 174                      | 10,54 |
| 1965                 | 1 349                                  | 168                      | 12,45 |
| Totales en<br>8 años | 9 921                                  | 935                      |       |

nóstico definitivo. La historia clínica constituye un instrumento de primer orden para una investigación. Sin embargo, entre nosotros son archivos de papeles sin orden, escritos con letras ilegibles, sin ortografía ni concordancia, exentos de sentido crítico, olvidando o pasando por alto datos indispensables de conclusiones acertadas y diagnósticos diversos.

Para nuestro trabajo hemos utilizado los archivos estadístico del Hospital del Niño, de los años de 1970 a 1975, inclusive, es decir, seis años. No entramos a consideraciones clínicas ni de tratamiento, sólo nos interesan los aspectos sociales del problema.

Dentro del movimiento hospitalario podemos comprobar las siguientes cifras (cuadros II y III).

CUADRO II  
HOSPITAL DEL NIÑO (1970-1975)

| Años              | Camas hospitalarias | Hospitalizados | Procesos broncopulmonares agudos | %    |
|-------------------|---------------------|----------------|----------------------------------|------|
| 1970              | 645                 | 10 676         | 1 746                            | 16,3 |
| 1971              | 701                 | 11 050         | 1 813                            | 16,4 |
| 1972              | 637                 | 9 237          | 1 760                            | 17,9 |
| 1973              | 631                 | 9 129          | 1 473                            | 13,9 |
| 1974              | 633                 | 9 720          | 1 635                            | 15,8 |
| 1975              | 588                 | 9 659          | 1 738                            | 18,1 |
| Totales en 6 años |                     | 59 471         | 10 163                           | 17,2 |

CUADRO III  
HOSPITAL DEL NIÑO (1970-1975)

| Años              | Procesos broncopulmonares agudos | Neumopatías supuradas | %     |      |
|-------------------|----------------------------------|-----------------------|-------|------|
| 1970              | 1 746                            | 193                   | 11,0  |      |
| 1971              | 1 813                            | 287                   | 15,8  |      |
| 1972              | 1 760                            | 192                   | 10,9  |      |
| 1973              | 1 473                            | 245                   | 16,6  |      |
| 1974              | 1 635                            | 274                   | 16,7  |      |
| 1975              | 1 738                            | 314                   | 18,0  |      |
| Totales en 6 años |                                  | 10 165                | 1 505 | 14,8 |

### Características del problema

Neumopatías supuradas (1970-1975).

#### 1. Distribución por edades (cuadro IV).

Hay diferencia entre nuestros datos y los aportados por los doctores *Paredes, Meza Cuadra, Villar y Velarde*, quienes

CUADRO IV  
DISTRIBUCION POR EDADES

| Edades | Número de pacientes | %    |
|--------|---------------------|------|
| 0 - 1  | 489                 | 32,5 |
| 1 - 2  | 516                 | 34,3 |
| 2 - 4  | 295                 | 19,6 |
| 4 - 12 | 205                 | 13,6 |
| Total  | 1 505               | 100  |

CUADRO V  
DISTRIBUCION POR SEXO

|         | Número de pacientes | %     |
|---------|---------------------|-------|
| Varones | 832                 | 55,3  |
| Mujeres | 673                 | 44,7  |
| Total   | 1 505               | 100,0 |

CUADRO VI  
PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES

|                                  | Número de pacientes | %     |
|----------------------------------|---------------------|-------|
| Cercado de Lima                  | 360                 | 23,9  |
| Alrededores (p. jóvenes y prov.) | 1 063               | 70,6  |
| Intrahospitalaria (por complic.) | 82                  | 5,5   |
| Total                            | 1 505               | 100,0 |

consignan un mayor porcentaje para la edad de 0 a 1 año. Si consideramos que el 85% de los niños hospitalizados son desnutridos, creemos que el porcentaje más alto de 34,3% corresponde a la edad más descuidada en nuestro medio, menos protegida, con menos defensas, en consecuencia más susceptible a las complicaciones supurativas.

#### 2. Distribución por sexo (cuadro V).

#### 3. Procedencia de los pacientes (cuadro VI).

Hemos consignado una proporción que alcanza el 5,5% como intrahospitalaria, considerando que se trata de pacientes que ingresaron con otro diagnóstico, y después de diez días de internamiento se presentó la neumopatía supurada como complicación.

#### 4. Atención al paciente en el hospital.

Generalmente el cuadro agudo respiratorio se atiende en el Servicio de Emergencia, en algunas ocasiones en consultorio externo. Se solicita examen radiológico, o se hace punción exploradora o se procede a la toracocentesis. Muchas veces el apresuramiento conduce a la aplicación de sondas de drenaje a procesos agudos parenquimales, o a hernias diafragmáticas o a derrames serofibrinosos de causa tuberculosa, cosa que es bastante frecuente, no se cuidan las medidas de higiene y asepsia con las consiguientes contaminaciones secun-

darias. Cuando el paciente es hospitalizado, no se remiten junto con su historia clínica las radiografías y los exámenes bacteriológicos; claro es que este resultado todavía estará, en el mejor de los casos, al sexto día, cuando la hospitalización se ha realizado en otro servicio.

Los métodos de drenaje son variados, no hay uniformidad de criterio, pues cambia de un servicio a otro, o de un médico a otro que tiene que rotar, variando naturalmente el sistema.

#### 5. Examen bacteriológico.

En 1 505 pacientes, la enorme proporción de 1 143, o sea el 75,9%, no tiene

consignada en la historia clínica el resultado del examen bacteriológico. De los 362 que tienen este dato, el resultado es el siguiente (cuadro VII).

Es interesante anotar que en el último año ocupa el primer lugar la *Klebsiella*, mientras el neumococo ha bajado proporcionalmente. Esto determina naturalmente una terapéutica apropiada.

#### Complicaciones

Seguramente la más frecuente es la infección de la pared costal, de modo tal que se amplía la herida operatoria, lo cual hace difícil su posterior afrontamiento.

CUADRO VII

|                                 | Número de pacientes | %    |
|---------------------------------|---------------------|------|
| Estafilococo coagulasa positiva | 120                 | 33,1 |
| Klebsiella morganni             | 117                 | 32,3 |
| Salmonella                      | 35                  | 9,6  |
| Streptococo                     | 27                  | 7,4  |
| Escherichia coli                | 18                  | 4,9  |
| Pseudomona                      | 13                  | 3,6  |
| Proteus                         | 12                  | 3,3  |
| Neumococo                       | 11                  | 3,2  |
| Hemophilus influenzae           | 9                   | 2,5  |
| Total                           | 362                 | 100  |

CUADRO VIII

|                | Número de pacientes | %    |
|----------------|---------------------|------|
| 1 - 7 días     | 37                  | 2,5  |
| 8 - 30 días    | 268                 | 17,8 |
| 31 - 60 días   | 835                 | 55,4 |
| Más de 60 días | 365                 | 24,3 |

CUADRO IX

|            | Número de pacientes | %    |
|------------|---------------------|------|
| Curados    | 668                 | 44,4 |
| Mejorados  | 544                 | 36,1 |
| Retirados  | 3                   | 0,3  |
| Fallecidos | 290                 | 19,2 |

CUADRO X

| Años | Número de pacientes | Fallecidos | %    | Autopsiados | %    |
|------|---------------------|------------|------|-------------|------|
| 1970 | 10 676              | 1 894      | 17,7 | 427         | 22,5 |
| 1971 | 11 050              | 1 407      | 13,0 | 630         | 44,8 |
| 1972 | 9 237               | 1 688      | 18,3 | 498         | 29,5 |
| 1973 | 9 129               | 1 562      | 17,1 | 468         | 30,0 |
| 1974 | 9 720               | 1 894      | 19,5 | 598         | 31,6 |
| 1975 | 9 659               | 1 753      | 18,2 | 496         | 28,3 |

CUADRO XI

| Años  | Pacientes | Defunciones | %    | Autopsiados | %    |
|-------|-----------|-------------|------|-------------|------|
| 1970  | 193       | 47          | 24,4 | 10          | 21,2 |
| 1971  | 287       | 62          | 21,6 | 7           | 11,2 |
| 1972  | 192       | 43          | 22,3 | 6           | 13,9 |
| 1973  | 245       | 38          | 15,5 | 16          | 42,1 |
| 1974  | 274       | 47          | 17,1 | 9           | 19,1 |
| 1975  | 314       | 53          | 16,8 | 6           | 11,3 |
| Total | 1 505     | 290         | 19,2 | 54          | 20,0 |

La fístula bronquial, que requiere otro tipo de control y tratamiento.

La sepsis debido a las condiciones precarias del paciente o la resistencia del germen.

La fístula esofágica, que según parece es extraordinaria, pero la cual hemos observado en un niño que se retiró por sí mismo la sonda y al volvérsela a aplicar, seguramente debido a cierta brusquedad, empezó el paciente a drenar la leche que ingería.

La hemorragia, por compromiso de algún vaso de cierto calibre.

### Evolución

#### 1. Estancia hospitalaria (cuadro VIII).

La mayoría de los pacientes con neumatía supurada permanece en el hospital durante 60 días, con un costo de 23 100 soles, considerando el costo cama diario de 385 soles, sin considerar gastos en medicamentos.

#### 2. Resultados finales (cuadro IX).

#### 3. Mortalidad.

Es interesante considerar la mortalidad general hospitalaria y las autopsias practicadas (cuadro X).

La mortalidad de nuestros pacientes hospitalizados por neumopatías supuradas, a nuestra consideración, es todavía muy elevada (cuadro XI).

#### CONCLUSIONES

La salud es responsabilidad del Estado, en suma, de la sociedad toda. La recuperación de la salud quebrantada, no obstante el perfeccionamiento continuo de sus técnicas, no puede asegurar por sí sola la rehabilitación del enfermo, ni garantizar el mantenimiento de un nivel adecuado de salud. La rehabilitación, la promoción y protección de la salud, se imponen como actividades prioritarias cuando se trata de bienestar de una comunidad.

##### 1. Situación social del Perú (1970-1975).<sup>11</sup>

El Perú en esta etapa vive un proceso de profundos cambios estructurales, tales como: la reforma de la banca, la nacionalización de importantes riquezas minerales, la comunidad laboral; y la más importante y trascendental reforma agraria. Mediante esta reforma se ha alterado totalmente la estructura agraria del país, se está organizando así, progresivamente, un nuevo orden, caracterizado por el predominio de la propiedad socializada en un marco de grandes transformaciones sociales. Pero todo proceso de transformaciones estructurales crea un estado de "crisis social", que se agrava por la crisis cíclica del capitalismo.

Desde 1970, los países capitalistas se han visto atrapados por una profunda crisis económica, en la que por primera vez se dan simultáneamente una inflación galopante con recesión agravada por una crisis monetaria mundial dura y prolongada, crisis de alimentación y ecología, crisis energética, y, además, crisis moral, política y social. La crisis económica del país es repercusión de esa crisis del sistema capitalista mundial, que se manifiesta en la deficiencia de la balanza comercial, que en 1975 llegó a la cifra de 1 113 millones de dólares;

una deuda externa que alcanza niveles muy altos, 3 700 millones de dólares; una devaluación monetaria creciente e incontenible.

El descenso de valor adquisitivo de nuestra moneda, la desocupación y el subempleo, el elevado costo de alimentos básicos y del nivel de vida, repercuten directamente en la gran mayoría de la población. Hambre, desnutrición y enfermedades, es el cuadro de las capas pobres de nuestro país. De allí el aumento de las complicaciones supurativas, de allí las altas tasas de mortalidad, pese a todas las medidas científicas y el buen deseo y desvelos de los profesionales médicos y paramédicos.

Además, se comprueba una subcobertura sanitaria en el país, con medios o instrumentos insuficientes para una población con un gran índice de analfabetismo o de semianalfabetismo, con una orientación médica fundamentalmente de tipo curativo y con una filosofía esencialmente capitalista.

##### 2. Actitud social con respecto al paciente.

El paciente requiere que se le garantice una atención oportuna, eficaz y cuidadosa; para ello el hospital debe garantizarle un personal médico y paramédico de alto nivel técnico y diligente, además de un ambiente higiénico y agradable. Los familiares deben ser informados diariamente con amabilidad de las contingencias de la enfermedad, para prestar su colaboración en medicinas y especies auxiliares. Para los indígenas, el hospital debe contar con reservas suficientes en medicamentos, para no estar sujetos a las contingencias de las muestras médicas. El paciente no debe ser dado de alta sin que esté recuperado completamente.

##### 3. Acción social del área hospitalaria.

Tomado el hospital o el centro de salud como el Estado Mayor, su área programática respectiva debe distribuir sus servicios en distintos niveles y catego-

rias, de acuerdo con las características de la comunidad, problemas sanitarios de la población y sus perspectivas de desarrollo.

Debe proyectar una transmisión continua de información cruzada en relación con la atención a pacientes y las actividades y problemas de la comunidad.

Debe efectuar un apoyo técnico y científico en lo referente a la educación sanitaria, saneamiento, alimentación y perspectivas de salud social.

Debe propiciarse una participación cruzada de profesionales, técnicos y personal con las organizaciones comunales.

Debe aprovechar la concurrencia de los familiares de pacientes hospitalizados, para impartir programas de educación sanitaria con tendencia a la colaboración de las madres en las tareas de alimentación e higiene a sus propios hijos.

4. Participación de la comunidad en los programas de salud.

Todo proceso de cambios progresivos —para hacerse irreversible— requiere la

participación activa de las masas. La aplicación correcta de incentivar el interés de las masas en el campo de la salud pública, se hace posible mediante el contacto, en todos los niveles del área hospitalaria, con todas las organizaciones populares, como los municipios, sindicatos, organizaciones docentes, culturales, deportivas, de teatro, de mujeres, etc.

La participación popular tiene por objetivo:

1. Elevar el nivel de educación sanitaria de la población.
2. Obtener el apoyo efectivo de la población para programas de salud, en las campañas de inmunizaciones, controles sanitarios, donaciones de sangre y tareas de saneamiento.
3. Estrechar las relaciones: hospital-comunidad; servicio médico-familia; médico tratante-paciente.
4. Promover o acrecentar la confianza de la comunidad en los servicios de salud y sus programas.

#### SUMMARY

Caballero Méndez, A. *Suppurative pneumonopathy. A medical-social problem in Peru.* Rev Cub Ped 49: 2, 1977.

An analysis of the magnitude of the incidence of suppurative pneumonopathies in Peru and also of their relation with socioeconomic and cultural factors within the frame of the process of changes experienced by the nation is made. Some hospital indicators are exposed and commented, and personal experiences as well as those of other Peruvian investigators are indicated.

#### RESUME

Caballero Méndez, A. *La pneumopathie suppurée, un problème médico-social au Pérou.* Rev Cub Ped 49: 2, 1977.

Au Pérou, on fait une analyse de la magnitude de l'incidence de pneumopathies suppurées et leur rapport avec les facteurs socioéconomiques et culturels, dans le contexte du processus de changements qui ont eu lieu dans ce pays. Quelques indicateurs hospitaliers sont signalés et commentés, et on rassemble les expériences propres et celles de divers chercheurs Péruviens.

## РЕЗЮМЕ

Кабайеро Мендес А. Гнойная пневмония, медицинско-социальная проблема в Перу. *Rev Cub Ped* 49:2, 1977.

Производится анализ распространения гнойной пневмонии и её связи с социально-экономическими и культурными факторами в Перу, имея в виду влияние, которое оказали на этот процесс изменения, имеющие место в данной стране. Экспонируются и комментируются некоторые стационарные показатели, собирается собственный опыт и различные перуанские исследования.

## BIBLIOGRAFIA

1. *Paredes, M. et al.* Estudio clínico-radiológico, bacteriológico y anatomopatológico de 154 casos de de neumopatía supurada y sus complicaciones. *Rev Ped Perú* 25: 71, 1967.
2. *Bauza, R. et al.* Causas de hospitalización prolongada en lactantes admitidos por infecciones respiratorias intratorácicas no tuberculosas. *Arch Pediatr* 44: 61, 1973.
3. *Boisset, G.* Contribución al conocimiento de las infecciones pulmonares más frecuentes en los niños y sus principales complicaciones. Ed. Imp. UMSM, Lima, 1971.
4. *Negro, R. C.* Estafilococcias en el niño. Ed. Intermédica. Buenos Aires, 1959.
5. *Pelliza, J. M.* Supuración pulmonar en el niño. *Rev Hosp Niño* 7: 71, 1965.
6. *Rodriguez, H. et al.* Contribución al estudio de neumonías por gérmenes Gram-negativos. *J Pediatr* 1968. Ed. Talleres Gráficos de la Nación. México, 1969.
7. *Brenneman's. Practice of Pediatrics.* Chap. 54, II: page 24, 1968.
8. *Cisneros-Vizquerro, E. P. Graf.* Discurso sobre Política Sanitaria. La Prensa, Lima, junio 27, 1976.
9. *Matos Mar, J.* Conceptos sobre Reforma Agraria. "Oiga" No 638, 1976.
10. *Opinión Libre. Comentarios sobre Economía Peruana.* Lima, junio 28, 1976.
11. "Unidad". Editorial. Lima, julio 1, 1976.

Recibido: agosto 19, 1976.

Aprobado: octubre 13, 1976.