

BOLETIN DE LA SOCIEDAD PANAMEÑA DE PEDIATRIA

VOLUMEN VII - JULIO, 1978 - N° 14



BOLETIN CIENTIFICO

CONTENIDO

	Págs.
Editorial	1
Fiebre de origen por determinar.	5
Dr.: Isaac Araúz V.	
Dr.: Telémaco Trujillo	
Dr.: Ricardo McCalla	
379 Casos de Asma manejados en el Cuarto de Urgencia de Pediatría del CHMCSS	16
Dr.: Ludwig Dillman	
Dr.: Abdiel A. Solís P.	
Curundú Espectacular	31
Dr.: Egberto Stanziola	
Educación de las madres y su efectividad en el Cuidado y Alimentación del Niño.	32
Dra.: Ana E. de Ruiz	
Dr.: Rodolfo V. Poveda	
Tumores Malignos en Niños	39
Dra.: Elba Margarita Grain de Roy	
Dr.: Joaquín Chen Pineda	
Morbiletalidad de la Septicemia en el Recién Nacido y Lactante	50
Dr.: Jorge Jean Francois	
Noticias	55

Si se debe complementar la leche materna por insuficiencia parcial o total, existen buenas razones para que se recomiende Pelargon® una fórmula segura, especialmente en los países de clima caluroso.

Alta pureza bacteriológica

El bajo pH de Pelargon evita el desarrollo de bacterias patógenas y disminuye el riesgo de contaminación de los biberones.

Óptimo desarrollo físico

El crecimiento y los fenómenos fisiológicos son bastante parecidos a los de los niños alimentados al seno.

Prevención de la gastroenteritis

Se han demostrado las propiedades profilácticas de Pelargon en presencia de infecciones por colibacilos.

Prevención del raquitismo y de la anemia

Pelargon está enriquecido con vitamina D y hierro, y además el bajo pH facilita la absorción de los minerales.

Amplio campo de empleo

Su excelente tolerancia y digestibilidad permiten emplear Pelargon en muchos casos en que otras fórmulas no dan buenos resultados.

No requiere agregados

Pelargon contiene todas las vitaminas esenciales y minerales.

Lactancia prolongada

Las características de sus nutrientes permiten su administración durante todo el primer año de edad.



Mensaje destinado
al cuerpo médico.





En Gerber nos dedicamos
al bienestar de su bebé.

Gerber

NUTRICIA



Distribuidor
Representaciones LORIC, S. A.
Avenida Justo Arosemena y Calle 45

Tel.: 27-0785
Apartado 6-1468
El Dorado, Panamá.

BOLETIN CIENTIFICO

SOCIEDAD PANAMEÑA DE PEDIATRIA

VOLUMEN VII - JULIO, 1978 - N° 14

Editor Director:

Dra. Doris E. Chorres

Editor Sub-Director:

Dr. Félix E. Ruiz

Editores:

Dra. Criseida de Owens

Dra. Leonor Olivares

Dr. José Gmo. Ros-zanet

Consejo Editorial:

Dr. Ricaurte Crespo V.

Presidente del Capítulo de Panamá
de la Academia Americana de Pediatría

Oficina Editorial:

Sociedad Panameña de Pediatría

Apartado 7093

Panamá 5, Panamá

REGLAMENTACION PARA LAS PUBLICACIONES

1. El "Boletín Científico" es el Organó Oficial de la Sociedad Panameña de Pediatría.
2. Se publicarán dos números anuales que incluirán artículos de interés destinados, especialmente, a comunicar nuestras actividades en el campo de la Pediatría Panameña.
3. Los trabajos deben ser entregados a los Miembros del Comité de Editores personalmente, o por correo enviándolos al Apartado No. 7093, Panamá 5, República de Panamá.
4. Los trabajos que se considerarán para su publicación podrán ser el producto de:
 - a. Investigación básica
 - b. Experiencia clínica
 - c. Investigación clínica
 - d. Investigación bioestadística en relación con la Pediatría
 - e. Revisión bibliográfica de temas de actualidad.
5. Los artículos deberán estar escritos a máquina, en hojas tamaño carta, a doble espacio, con márgenes no menor de 2.5 centímetros y acompañados de dos copias.
6. Todo artículo deberá contar con lo siguiente:
 - a. Título del trabajo
 - b. Nombre y título del (de los) autor (es).
 - c. Introducción
 - d. Material y métodos
 - e. Resultados
 - f. Discusión
 - g. Resumen
 - h. Referencias. Numeradas por orden de aparición con las abreviaturas según el index medicus.
7. Las ilustraciones deberán presentarse en negro sobre papel blanco y serán reproducidas sin cargo; pero serán sufragadas por el autor si éste decide publicarlas a colores. Las fotografías en blanco y negro deberán estar en papel brillante. Todas las ilustraciones se deben numerar y llevarán cabeza y pie de figura.

El autor señalará, en el texto, la posición aproximada que deba ocupar la gráfica, cuadro, tabla o fotografía.
8. La aceptación o el rechazo de los artículos quedará a juicio del Comité de Editores.

CONTENIDO

	Págs.
Editorial	1
Fiebre de origen por determinar.	5
Dr.: Isaac Araúz V.	
Dr.: Telémaco Trujillo	
Dr.: Ricardo McCalla	
379 Casos de Asma manejados en el Cuarto de Urgencia de Pediatría del CHMCSS	16
Dr.: Ludwig Dillman	
Dr.: Abdiel A. Solís P.	
Curundú Espectacular	31
Dr.: Egberto Stanziola	
Educación de las madres y su efectividad en el Cuidado y Alimentación del Niño.	32
Dra.: Ana E. de Ruiz	
Dr.: Rodolfo V. Poveda	
Tumores Malignos en Niños	39
Dra.: Elba Margarita Grain de Roy	
Dr.: Joaquín Chen Pineda	
Morbiletalidad de la Septicemia en el Recién Nacido y Lactante	50
Dr.: Jorge Jean Francois	
Noticias	55

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD PANAMEÑA DE PEDIATRIA
1978 - 1979



MESA DIRECTIVA

Presidente:

DR. PEDRO V. NUÑEZ

Vice Presidente:

DRA. LEONOR E. OLIVARES

Secretario de Asuntos Internos:

DR. JOSE DE JESUS GRIMALDO

Secretario de Asuntos Externos:

DRA. ELBA M. DE ROY

Tesorero:

DR. ERNESTO ECHEVERS

Vocal:

DRA. ZORAIDA PEREZ

Presidente anterior:

DR. EGBERTO STANZIOLA

MIEMBROS FUNDADORES

Dr. EDGARDO BURGOS	Dr. PEDRO MOSCOSO
Dra. HERMELINDA CAMBRA DE VARELA	Dr. PEDRO VASCO NUÑEZ
Dr. RICAURTE CRESPO V.	Dr. CARLOS SOUSA LENNOX
Dr. JOSE RENAN ESQUIVEL	Dr. JOAQUIN VALLARINO

MIEMBROS ACTIVOS

Dr. ABADI, ELIAS	Dr. MATOS L., EDGARDO
Dr. ABDULNARY, MIGUEL	Dr. MENDOZA, JUAN A.
Dr. ARDINES, JULIAN	Dr. MIZRACHI M., ALBERTO
Dr. ARROCHA, ELIO	Dr. MORALES P., EDILBERTO
Dra. BARRAZA T., AMANDA DE	Dra. MORENO, LUCY M. DE
Dr. BARRERA, EDGARDO	Dr. MOSCOSO, PEDRO
Dra. BATISTA ARACELLY DE	Dr. NAAR, HUMBERTO
Dr. BERNET, LUIS F.	Dr. NUÑEZ, PEDRO VASCO
Dra. BOTELLO, ROSA	Dra. OLIVARES, LEONOR
Dr. FRANCISCO BRAVO	Dra. OLMOS, GLADYS C. DE
Dr. CALVO, JOSE E.	Dra. OWENS, CRISEIDA DE
Dr. CASTILLO M., CESAR	Dr. PALACIO, EDUARDO
Dr. CELIS, BLAS	Dr. PALAU C., MANUEL
Dr. CEDEÑO, FEDORA	Dr. PAREDES, JOSE A.
Dr. CORRO, DAGOBERTO	Dra. PEREZ, ZORAIDA
Dr. COUTTE, ALBERTO	Dr. POVEDA, RODOLFO
Dr. CRESPO V., RICAURTE	Dr. RAMIREZ, MAX
Dr. CHEPOTE L., ALBERTO	Dr. RAMOS, GREGORIO
Dr. DE ARAUJO, HERONIDES	Dr. REAL S., EDUARDO
Dr. DE LEON, SIVIARDO	Dr. RIVERA, JORGE
Dr. DE OBALDIA, GUSTAVO	Dr. ROSZANET, JOSE GUILLERMO
Dr. DIAZ G., ALBERTO A.	Dra. ROY, ELBA MARGARITA DE
Dr. DILLMAN, LUDWIG	Dr. RUIZ R., FELIX E.
Dra. DODD, VILMA DE	Dr. SAGEL EDGAR
Dr. ECHEVERS, ERNESTO	Dra. SANCHEZ, LIGIA
Dr. ESCALA, MANUEL	Dr. SALAMIN, GUSTAVO
Dr. ESCALONA, AURELIO	Dr. SCHAW, ANTONIO
Dr. ESQUIVEL, JOSE RENAN	Dra. SIU LOY, ROSA
Dra. GARCIA, ELIA B. DE	Dr. SOSA G., GONZALO
Dr. GARCIA ARAUZ, RAMIRO	Dr. SOUSA LENNOX, CARLOS
Dr. GARNES, CLEMENTE	Dr. STANZIOLA, EGBERTO
Dr. GOYTIA, ABDIEL	Dr. TEJEDOR, MAXIMO
Dr. GRIMALDO, JOSE DE J.	Dr. THOMPSON, EMMANUEL
Dr. HILTON, ORLANDO	Dr. TRUJILLO, TELEMACO
Dr. JEAN-FRANCOIS, JORGE	Dr. URRUTIA, ROLANDO
Dra. JIMENEZ DE BETHANCOURT, EDITH	Dr. VALLARINO, JOAQUIN
Dr. JONES, ANTONIO R.	Dra. VARELA, HERMELINDA DE
Dr. LEANDRO ICARO	Dr. VARGAS T., JORGE
Dr. LOPEZ G., ANIBAL	Dr. VASQUEZ V., CARLOS
Dr. LOPEZ V., ESTEBAN	Dr. VEGA B., LUIS CARLOS
Dr. LOZANO BULA, DANIEL	Dra. VELARDE, MARGARITA DE
Dr. LUQUE P., LEONEL	Dr. VILLALAZ, RENE
Dra. LUQUE, SARA	Dr. VILLALAZ, RUBEN
Dr. LUZCANDO, MANUEL DE J.	Dra. WILSON, DOROTHY
Dr. MARTIZ A., HERNANDO	Dr. YOUNG ADAMES, NARCISO

LA AGRESION INFINITA

Vivimos un tiempo y una circunstancia que crean problemas y situaciones de conflicto para la vida.

El hombre, al contaminar su propio medio (que es una compleja y delicada urdimbre de materia y vida, de frío y calor, de sonido y silencio, de luz y sombra; y más), crea obstáculos al normal desenvolvimiento de la vida vegetal y animal, y humana.

Los abonos, los insecticidas, los pesticidas, los fungicidas, etc., que utiliza el hombre; en su afán —a veces ciego— por incrementar los rendimientos de la tierra y la productividad, envenenan, muchas veces, los productos vegetales destinados al consumo humano y animal.

Los antibióticos y los productos hormonales, que se emplean en la avicultura, en la industria porcina, en la cunicultura y la ganadería, etc., alteran las carnes de los animales, destinadas al consumo humano. Carnes ya alteradas probablemente durante la primera cadena del envenenamiento vegetal; vegetales que consumió el animal.

Los productos vegetales y animales frescos, al ser procesados para conservarlos, con destino a ser consumidos como productos alimenticios enlatados o deshidratados, o multi-procesados, reciben nuevos tratamientos físicos y químicos que alteran notablemente su normal composición. Así se complica la cadena de tóxicos potenciales o reales, que llegan a la mesa del hombre.

Es así como el hombre ingiere diariamente, en su alimentación, múltiples y multiformes compuestos químicos, que someten al organismo humano a duras pruebas. Todo el mecanismo complejo de adaptación humana debe trabajar en situaciones tales de rigores y exigencias que no es de extrañar la caída del hombre, del individuo, en situaciones graves de stress.

Es posible, entonces, que el consumo de carnes, provenientes de animales tratados con dosis masivas de antibióticos, o la ingestión de bebidas enlatadas o embotelladas, no tratadas normalmente siguiendo costosos y lentos procesos de pasteurización, sino mediante rápidos

procesos (que tienen como fundamento el empleo de antibióticos y fungicidas) crean en el hombre situaciones delicadas potencialmente alergénicas, que pueden precipitar cuadros mortales de anafilaxia o de **shock** alérgico; ante la inyección de un antibiótico, que fue prescrito con buen criterio, para el control de un cuadro infeccioso. Una situación grave y un hecho doloroso, producidos por una simple inyección, administrada a un organismo humano sensibilizado ya por el consumo de alimentos irregularmente tratados.

En este mundo de infinitas agresiones para la vida humana, y mientras no se legisle, con sabiduría y sin duros egoísmos, en torno a los alimentos y en relación con la contaminación y purificación y mejoramiento o mantenimiento bueno del medio, el médico debe realizar acciones efectivas que reduzcan, a límites justos y adecuados, el consumo de medicamentos, de productos farmacológicos.

No se debe estimular la automedicación. La **farmacodependencia** no sólo actúa y se da en relación con las drogas prohibidas (cuyo contrabando produce millones de dólares a unos cuantos, y el hundimiento integral de muchos hombres); se da, también, parece ser, en relación con los más sencillos medicamentos: sedantes, anti-histamínicos, antibióticos, etc., etc.

La **Farmacomanía** es, en nuestro mundo y en nuestro tiempo, otro oscuro productor de **stress**. Se debe actuar para salvaguardar el patrimonio genético y mental superiores de la humanidad.

Sólo la evolución integral del hombre, hacia estadios cada vez más perfectos centrados en el ser, en el propio ser del hombre, hará surgir un sentimiento de culpa; sentimiento que deviene solidaridad profunda entre los hombres. Cuando desaparece el egoísmo todos somos la humanidad. Sólo entonces se consagrará, y se hará cumplimiento, la Reverencia por la Vida.

DR. JOSE GUILLERMO ROS-ZANET

PREMIO NESTLE 1978

Fiebre de origen por determinar.

Dr. Telemaco Trujillo

Dr. Isaac Araúz

Dr. Ricardo McCalla

**Revisión Estadística de 379 casos de asma manejados
en urgencia Pediátrica CHMCSS.**

Dr. Ludwig Dillman

Dr. Abdiel Solis

Curundú Espectacular

Dr. Egberto Stanziola

FIEBRE DE ORIGEN POR DETERMINAR REVISIÓN DE 71 CASOS

* Isaac Arauz V.

** Telémaco Trujillo

*** Ricardo McCalla

La fiebre es un síntoma tan común durante la niñez y causa frecuente de preocupación familiar, que se traduce en motivo de consulta médica en alto porcentaje. Generalmente los padres solicitan al pediatra un tratamiento antipirético, el cual en muchas ocasiones es incómodo, peligroso y a veces inefectivo (1). Cuando esto sucede y la fiebre se mantiene al pasar los días, la ansiedad paterna aumenta y el pediatra se enfrenta al dilema de la Fiebre de Origen por Determinar (FOxD). Se presume entonces que el niño está padeciendo una enfermedad grave y se toma la decisión de hospitalizarlo para hacer los estudios correspondientes.

Este tema ha sido tratado con más frecuencia en adultos (2,3) que en niños (4,5). Por tal motivo, se realizó este estudio, procurando lograr una orientación diagnóstica de acuerdo a la realidad clínica de nuestro país.

Material y Métodos:

Se efectuó la revisión de aproximadamente 40,000 historias clínicas del Hospital del Niño durante el período comprendido entre Junio de 1968 a Febrero de 1978 (sobrevivientes) y de pacientes fallecidos desde Enero de 1972 a Febrero de 1978, excluyéndose los anteriores por inexistencia de las mismas. La mayoría de estos pacientes correspondían a casos remitidos por médicos para hospitalización.

Se encontró un total de 98 expedientes con el diagnóstico de admisión de FOxD y se seleccionó 71 casos que cumplían con el requisito de fiebre indeterminada de más de dos semanas de evolución. Se tomó este parámetro porque ha sido el más usado; sin embargo, algunos autores lo varían desde 10 días a 3 semanas o más de duración (5,6).

* Médico Pediatra Hospital del Niño.

** Médico Pediatra Hospital del Niño.

*** Residente Pediatría Hospital del Niño.

Para el análisis y clasificación de los estados febriles encontrados se utilizó los conceptos clásicos de Padilla (7) y de Galdó y Cruz (8).

Resultados:

En los 71 pacientes estudiados el promedio de hospitalización fue de 17.04 días con un rango que varía de 4.5 días (abscesos) a 145 días (fiebre de origen central). 61 casos (85.9%) procedían de áreas consideradas urbanas y 10 (14.1%) de áreas rurales; no hubo relación entre la procedencia y el diagnóstico, exceptuando los casos de malaria (La India y Chepo). 46 pacientes (64.8%) fueron del sexo masculino y 25 (35.2%) del femenino. Menores de 2 años fueron 36 (50.70%), de 2 a 5 años fueron 20

(28.17%) y mayores de 6 años 15 pacientes (21.13%). Tabla y Gráfica No. 1.

Los diagnósticos no tuvieron incidencia estacional, salvo, que los casos virales se observaron solo en los 5 primeros meses del año.

El paciente más joven fue de un mes 24 días de edad y el mayor de 12 años. No hubo relación entre el diagnóstico y la edad salvo las infecciones urinarias que fueron más frecuentes en menores de 2 años (7 de 13). Solo un paciente murió siendo un caso de septicemia. No se encontró malignidad ni colagenosis entre los pacientes estudiados.

Predominan los casos de fiebre de causa infecciosa (58 casos—81.7%) sobre todo bacteriana (59.1%) y viral (14.1%); que-

TABLA No. 1

PACIENTES CON FIEBRE DE ORIGEN POR DETERMINAR, SEGUN EDAD Y SEXO: DE JUNIO 1968 A FEBRERO 1978⁽¹⁾

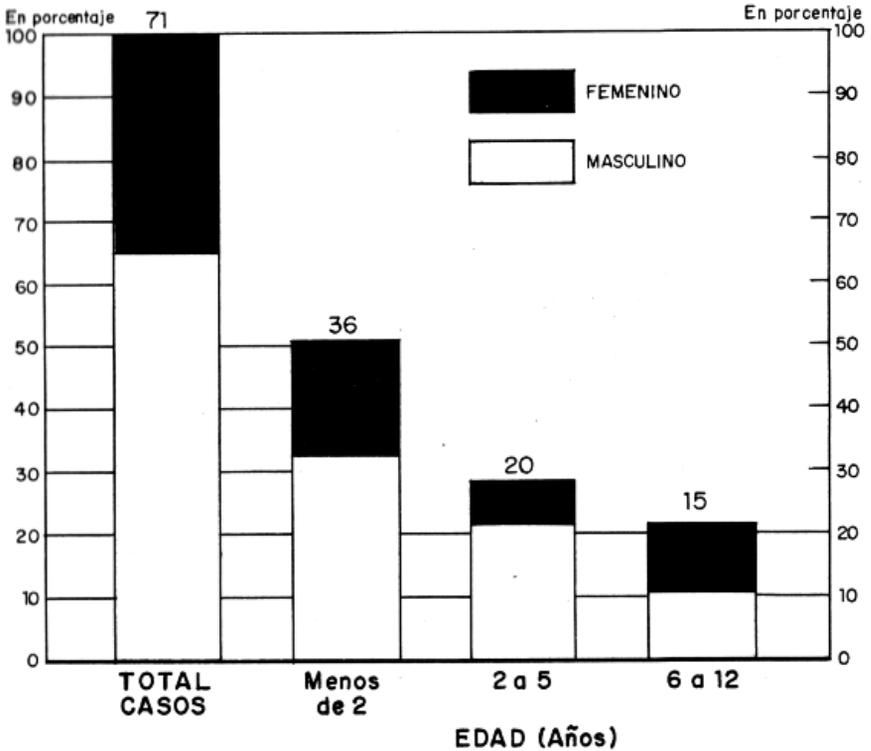
GRUPOS DE EDAD	TOTAL CASOS	PORCENTAJE	MASCULINO	PORCENTAJE	FEMENINO	PORCENTAJE
TOTAL	71	100	46	64.8	25	35.2
MENOS DE 2 AÑOS.....	36	50.7	23	32.4	13	18.3
2 - 5 AÑOS.....	20	28.2	15	21.1	5	7.0
6 - 12 AÑOS.....	15	21.1	8	11.3	7	9.9

(1) Excluye pacientes fallecidos antes de enero de 1972.

FUENTE: Archivos del Hospital del Niño.

Gráfico No.1

PACIENTES CON FIEBRE DE ORIGEN POR DETERMINAR,
SEGUN EDAD Y SEXO: DE JUNIO 1968 A FEBRERO 1978 (1)



(1) Excluye pacientes fallecidos antes de enero de 1972

FUENTE: Archivos del Hospital del Niño.

dan sin diagnóstico 10 pacientes (14.1%) Tabla No. 2.

El diagnóstico final en los 71 pacientes se desglosó de la siguiente manera. Tabla No. 3

PATRONES DE FIEBRE: La fiebre de menor duración fue de 2 semanas y la de mayor duración de 153 días (fiebre de origen central). Las curvas febriles fueron en su orden de tipo in-

T A B L A No. 2

**FIEBRE DE ORIGEN POR DETERMINAR
SEGUN SU ETIOLOGIA: JUNIO 1968 A FEBRERO 1978**

ETIOLOGIA	Número de casos	Porcentaje
TOTAL	71	100.0
I. INFECCIOSA Y PARASITARIA....	58	81.7
BACTERIANA.....	42	59.1
PARASITARIA.....	5	7.0
MICOTICA.....	1	1.4
VIRAL.....	10	14.1
II. ORIGEN CENTRAL.....	1	1.4
III. METABOLICA.....	1	1.4
IV. ORIGEN DIVERSO.....	1	1.4
V. SIN DIAGNOSTICO.....	10	14.1

FUENTE: Archivos del Hospital del Niño.

termitente, febrículas aisladas, remitente, vespertina, continúa e irregular, siendo predominantes las tres primeras (50/71). En el predominio de la fiebre intermitente hay que considerar la modificación yatrogénica de la curva, por la usual orden de disminuir la temperatura en caso de niveles superiores a 38.5 grados centígrados. No hubo relación tampoco entre la curva febril y el diagnóstico, ni aún en los casos de malaria.

SINTOMAS Y SIGNOS: En la mayor parte de los casos pre-

dominaron los síntomas generales como hiporexia, pérdida de peso, cefaleas, adinamia, escalofríos, irritabilidad, dolores abdominales, artralgias, diarreas, vómitos. Síntomas estrechamente relacionados con la etiología solo se observaron en las infecciones respiratorias.

Entre los signos fueron frecuentes las microadenopatías, palidez y hepatomegalia; esta última en las infecciones virales, respiratorias bacterianas y en las toxoplasmosis.

Se presentaron otras manifestaciones como parestesias, meningismos, convulsiones, soplos

cardíacos, etc. que en forma alguna tuvieron relación con el diagnóstico.

TABLA No.3
DIAGNOSTICO FINAL EN 71 PACIENTES

D I A G N O S T I C O	N U M E R O D E C A S O S
TOTAL.....	71
INFECCION URINARIA.....	13
VIROSIS.....	10
BRONCONEUMONIA.....	7
BRONQUITIS.....	5
FARINGOAMIGDALITIS.....	4
ENTERITIS.....	4
SEPTICEMIA.....	3
TOXOPLASMOSIS.....	3
MALARIA.....	2
SALMONELOSIS.....	2
ABSCESOS.....	2
TUBERCULOSIS PULMONAR.....	1
FIEBRE REUMATICA.....	1
HISTOPLASMOSIS.....	1
DISPLASIA ECTODERMICA ANHIDROTICA.....	1
ORIGEN CENTRAL.....	1
DESHIDRATACION POR INGESTA DE LECHE CONCENTRADA.....	1
SIN DIAGNOSTICO.....	10

FUENTE: Archivos del Hospital del Niño.

Estudios de Laboratorio:

La Tabla 4 muestra el porcentaje de positividad de las pruebas efectuadas en un determinado número de pacientes, apre-

ciándose a grandes rasgos que las pruebas rutinarias fueron las que brindaron mayor orientación diagnóstica. Por otra parte hay una gran cantidad de análisis como células falciformes, cé-

TABLA No. 4

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE DE 71 CASOS

TIPO DE ESTUDIO	CASOS ESTUDIADOS	CASOS POSITIVOS	PORCENTAJE
HEMOGLOBINA	70	29	39.2
LEUCOCITOS	71	36	50.7
DIFERENCIAL LEUCOCITARIO	71	18	25.4
VELOC. ERITROSEDIMENTACION	35	18	51.4
PLACA PARA MALARIA	43	2	4.6
URINALISIS	55	18	30.5
HECES GENERAL	29	13	44.8
CULTIVOS VARIOS	65	14	21.5
ANTIGENOS FEBRILES	35	2	5.7
CELULAS FALCIFORMES	13	-	-
ELECTROFORESIS DE HGB.	4	-	-
PROTEINAS Y ELECTROFORESIS DE PROTEINAS	7	3	42.8
QUIMICA SANGUINEA	27	2	7.4
(Electrolitos, N. de Urea, Transam, etc)			
PROTEINA C-REACTIVA	20	9	45.0
A. S. T. O.	20	8	40.0
CELULAS L.E.	11	-	-
ANTIC. ANTINUCLEARES	4	-	-
FACTOR REUMATOIDEO	7	-	-
MONO TEST. O P. BUNNELL	4	-	-
V. D. R. L.	5	-	-
ANTIC. FLUORESC. TOXOPLASMOSIS	8	3	37.5
PUNCION LUMBAR	17	-	-
P.P.D. (TUBERCULINA)	25	1	4.0
BIOPSIA GANGLIONAR Y M. OSEA	8	-	-
RADIOGRAFIAS:			
TORAX	38	23	60.5
P. I. V.	11	2	18.0
CRANEO	7	-	-
ABDOMEN	2	-	-
PELVIS OSEA	1	-	-
COLUMNA	1	-	-
SERIE GASTRODUODEN.	1	1	100.0
ELECTROCARDIOGRAMA	5	2	40.0

FUENTE: Archivos del Hospital del Niño.

lulas LE, anticuerpos antinucleares, factor reumatoideo, monostest, VDRL, punción lumbar, biopsias ganglionares y de médula ósea, en que no hubo ningún caso positivo, pero que destacan el esfuerzo realizado para dilucidar el diagnóstico. En esta tabla no se incluyen algunas pruebas adicionales como crioaglutininas, P. de Machado Guerreiro e histoplasmina que se realizan esporádicamente (esta última resultó altamente positiva en un caso de nuestra casuística con 22 mm).

BIOMETRIA HEMATICA:

En vista de que el mayor número de casos correspondían a causas infecciosas, tratamos de correlacionar cuan útil podrían ser los estudios de leucocitos, que

es lo que representamos en la Tabla 5 en la que se aprecia que solo tres pacientes (4.2%) presentaron leucopenia menor de 5,000 y linfocitosis que en forma típica correspondían a cuadros virales. La mayoría del recuento leucocitario (49.3%) se encuadró dentro de valores normales para su edad (9) y con leucocitosis de 10,000 a 20,000 un 31% (22 pacientes) de los cuales había 14 con neutrofilia, sin estar directamente relacionado a infección bacteriana. En vista de esto, se trató de relacionar el valor de la neutrofilia absoluta (más de 10,000 neutrófilos segmentados por mm^3) con los diagnósticos (10). Tabla No. 6.

TABLA No. 5

LEUCOCITOS, DIFERENCIAL Y CORRELACION CLINICA

LEUCOCITOS	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE	COMENTARIO
TOTAL....	71	100.0	
<5000.....	3	4.2	LINFOCITOSIS (VIROSIS)
5000 - 10000..	35	49.3	NORMALES
10.001 - 20.000..	22	31.0	NEUTROFILIA (14)
>20.000.....	11	15.5	INFECC. SEVERA (8)

FUENTE: Archivos del Hospital del Niño.

TABLA No.6

NEUTROFILIA ABSOLUTA⁽¹⁾ Y RELACION A DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO	NUMERO DE CASOS
TOTAL.....	15
INFECCIONES URINARIAS.....	6
SEPTICEMIAS.....	2
BRONCONEUMONIA.....	3
FARINGOAMIGDALITIS.....	1
TOXOPLASMOSIS.....	1
VIROSIS.....	1
NO DIAGNOSTICADO.....	1

(1) NEUTROFILIA ABSOLUTA >10.000 NEUTROFILOS x mm³

FUENTE: Archivos del Hospital del Niño.

De los 15 casos de neutrofilia absoluta se observaron 6 en 13 infecciones urinarias, 2 en tres casos de septicemia, 3 en 7 bronconeumonías, lo que indica que este parámetro tiene más valor que el recuento leucocitario total.

Los niveles de hemoglobina fueron menores de 10 gramos en 29 de 71 pacientes encontrándose los valores más bajos en casos de malaria e infecciones bacterianas.

VELOCIDAD DE ERITROSEDIMENTACION: Se consideró elevada cuando las cifras eran superiores a 20 mm/hr. Fue to-

mada en 35 pacientes encontrándose aumentada en 5 de 6 infecciones urinarias (de 21-30 mm), en 3 de 5 virosis (menos de 27 mm/hr), en 2 de 4 casos sin diagnóstico, 1 de 3 bronconeumonías, 1 de 2 septicemias y en determinaciones únicas de abscesos, malaria, faringoamigdalitis, fiebre reumática y salmonelosis; encontrándose valores superiores a 30 mm/hr en la salmonelosis (35 mm), septicemia (36 mm) y en la fiebre reumática (37 mm).

URINALISIS: Se efectuó en 55 pacientes, siendo anormal en 18, de los cuales 10 correspondían a infecciones urinarias.

CULTIVOS VARIOS: Se realizan 154 pruebas en 65 pacientes con 14 casos de positividad, 12 de ellos en infecciones bacterianas; 4 hemocultivos de 28 fueron positivos.

ANTIGENOS FEBRILES Y PLACA PARA MALARIA: Se solicitan con gran profusión (35 y 43 pacientes respectivamente) con positividad baja (5.7 y 4.6%).

BIOPSIAS: Se realizaron 8 biopsias de gánglios linfáticos y médula ósea con resultados normales.

RADIOGRAFIAS: (informadas) Las radiografías del tórax fueron las más frecuentes (38) con 60.5% de positividad; de 11 P.I.V. 2 (18.0%) fueron patológicas y una serie gastroduodenal anormal. Las radiografías de cráneo, abdomen, pelvis ósea y columna fueron normales.

ELECTROCARDIOGRAMA: De 5 tomados 2 fueron patológicos: 1 miocarditis tóxica en el curso de una neumonía y 1 cardiopatía congénita.

ASTO-PCR: Solo fueron positivas en un 50% de infecciones variadas bacterianas.

ANTICUERPOS FLUORESCENTES PARA TOXOPLASMOSIS: Resultaron 3 casos positivos de 8 muestras tomadas, todos con titulaciones de 1:1,024.

PPD: Se aplicaron 25 tuberculinas con una positiva en 28 mm; 3 no fueron leídas.

Comentarios:

Cuando los padres y el Pediatra deciden hospitalizar a un niño con FOxD., piensan en una enfermedad poco común o de pronóstico sombrío, sin embargo, en nuestra casuística observamos que hay un predominio de causas infecciosas de intensidad clínica variable, pero algunas de ellas severas como bronconeumonías complicadas y septicemias.

La existencia de un gran número de infecciones urinarias nos permite concordar con Illingworth (11), quien considera que un niño con FOxD puede tener como primera posibilidad diagnóstica una infección urinaria.

Contrario a lo que ocurre a la patología del adulto, hubo escasa incidencia de afecciones raras, ningún caso de enfermedad maligna o degenerativa, ni tampoco abscesos ocultos, etc. Por tal razón, consideramos que los métodos cruentos de diagnósticos y los de alta técnica de laboratorio y gabinete, deben ser ordenados con base a un criterio e indicación clínica precisa.

El alto porcentaje de infecciones bacterianas encontradas (59.1%) reafirma la validez del criterio de que hay que efectuar el mayor número de estudios bacteriológicos pertinentes antes de iniciar la antibioticoterapia. Al mismo tiempo, deben realizarse las pruebas elementales como son: el urinalisis, el hemo-

grama completo con recuento de neutrófilos segmentados y en bandas, la velocidad de sedimentación globular (12) y las radiografías del tórax.

Deseamos destacar que en el caso de histoplasmosis, fué la radiografía lateral la que evidenció con claridad las lesiones hiliares. El caso de **displasia ectodérmica anhidrótica**, fué inicialmente considerado como una progeria; motivó 4 hospitalizaciones con diagnóstico de FOxD durante su primer año de vida. La displasia ectodérmica se confirmó al observar la ausencia total de glándulas sudoríparas en una biopsia cutánea realizada como paciente ambulatorio.

Conclusiones:

Al analizar 71 casos de FOxD observamos que:

1. Hay un predominio de infecciones bacterianas urinarias y respiratorias e infecciones virales, las cuales presentan una constelación de síntomas poco comunes.
2. Tiene importancia la historia y exploración clínica, más aún, la observación directa de la evolución del paciente. Esto seguirá siendo el fundamento para solicitar los análisis pertinentes y elaborar un diagnóstico.
3. Es con el apoyo de las pruebas comunes de laboratorio y gabinete, como lograremos dilucidar en nuestro medio la mayor parte de la incógnita de la FIEBRE DE ORIGEN POR DETERMINAR.

Nota de Agradecimiento

A Mirtha de Somarriba y Thelma Moreno, eficientes funcionarias del departamento de Estadística y Archivos del Hospital del Niño.

BIBLIOGRAFIA

1. Stern Robert C.: Pathophysiologic Basis for Symptomatic Treatment of Fever-Pediatrics, 59: 92 - 1977.
2. Petersdorf Robert G, Beeson Paul B.: Fever of unexplained origin: Report of 100 cases, Medicine, 40: 1, 1961.
3. Vickery Donald M, Quinnell Robert K.: Fever of unknown origin. An Algorithmic Approach. Jama, 28: 2183, 1977.

4. Pizzo P.A, Lovejoy F. H. Jr., Smith D.H.: Prolonged Fever in Children: Review of ases. *Pediatrics*, 55: 468, 1975.
5. Lohr Jacob A., Owen Hendley J.; Prolonged Fever of unknown origin. A record of experiences with 54 Childhoud Patients. *Clinical Pediatrics*, 16: 768, 1977.
6. Graef J.W., Cone T.E.Jr. *Manual of Pediatric Therapeutics*, Little, Brown and Co. Boston, 5th printing, 1976, Pag. 175.
7. Padilla T., Cossio P. *Biblioteca de Semiología - Semiología General - 8ª Edición - Librería "El Ateneo" Editorial*, 1961 Pag. 27-39.
8. Galdó A., Cruz M.: *Exploración Clínica en Pediatría - 3ª Edición*, Granada, Editorial Quesada, 1965, Pag. 227-239.
9. Headings Dennis L.: *The Harriet Lane Handbook 7th Edition*. Year Book Medical Publishers Inc. Chicago. Pag 282. 1975.
10. Gellis Sydneys. *Year Book of Pediatrics*, 1976. Year Book Medical Publisher, Inc. Chicago, Pag. 268.

379 CASOS DE ASMA MANEJADOS EN EL CUARTO DE URGENCIA DE PEDIATRIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO 16 DE DICIEMBRE EN 1 AÑO (16 SEPT. 1976 AL 15 SEPT. 1977)

* Dr. Ludwig Dillman

** Dr. Abdiel A. Solis P.

Introducción:

El estado asmático en la niñez es urgencia médica verdadera y ocurre con frecuencia relativamente alta. El tratamiento siempre significa un desafío, pero particularmente en los niños de corta edad, por los siguientes motivos: 1) los mecanismos homeostáticos no los protegen adecuadamente contra la deshidratación, la acidosis y el colapso vascular rápido; 2) las vías aéreas proporcionalmente menores se obstruyen con mayor rapidez; 3) se atemorizan con facilidad y a menudo no colaboran, y 4) presentan mayor variabilidad en las reacciones a los medicamentos, con la consiguiente dificultad para precisar la dosis. El resultado del tratamiento no siempre es favorable, y la muerte por asma en niños no es rara. Por ello, la vida del niño asmático puede depender de la facultad del médico encargado para enfrentarse con pericia a esta urgencia.

Hasta fecha relativamente reciente, se consideraba suficiente para tratar al niño que presentaba estado asmático, conocer los métodos convencionales de tratamiento (hidratación, broncodilatación, expectorantes y esteroides). Sin embargo, en la actualidad es patente que estas medidas son insuficientes en algunos casos en los cuales el médico debe estar preparado para tratar la insuficiencia respiratoria que sobreviene, por técnicas descritas en fecha más reciente.

Etiología:

En los niños, el asma es con mucha frecuencia el resultado de reactividad alérgica de la variedad atópica. El polvo de la casa es un excitante de mucha importancia a cualquier edad; los alimentos son más o menos importantes en el niño pequeño, y el polen y los mohos en el mayorcito. El asma va corrientemente asociada con infecciones respiratorias indiferenciadas al

* Jefe del Cuarto de Urgencia Pediátrica.

** Médico Residente III

final de la lactancia y principio de la infancia. La actividad física intensa puede dar lugar a episodios de asma que tienden a ser relativamente breves. Generalmente los niños asmáticos tienen más dificultades por la noche, con frecuencia tras un período de sueño.

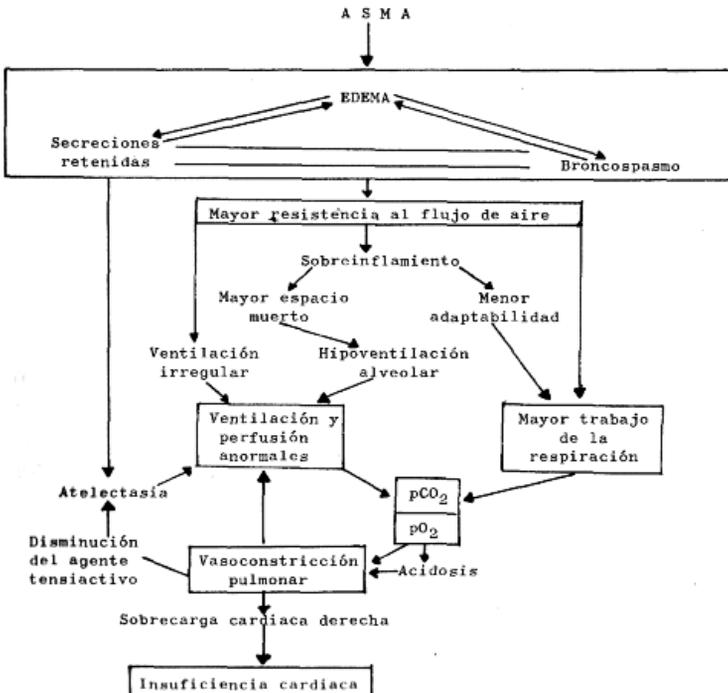
Fisiopatología:

La modificación fundamental de la función respiratoria en el asma consiste en aumento de la resistencia de las vías aéreas, producida por tres mecanismos principales: 1) broncoespasmo, 2) edema de la mucosa, y 3) acumulación de secreciones. El engrosamiento de las paredes de las

vías aéreas por infiltrado inflamatorio e hiperplasia glandular, la obstrucción del calibre por restos celulares y exudado inflamatorio, y el colapso por compresión externa o cohesión interna pueden contribuir a aumentar la resistencia al flujo de aire.

Dado que el árbol traqueo-bronquial se alarga y dilata al inspirar, pero se acorta y torna angosto al espirar, la mayor resistencia al flujo de aire es más intensa durante la espiración. Sin embargo, las dos fases se modifican, la mayor resistencia al flujo de aire motiva los trastornos que se muestran en la figura 1.

FIG. 1 FISIOPATOLOGIA DEL ASMA



En etapa inicial, la obstrucción espiratoria produce sobreinflamación de los pulmones (aire atrapado), que en un comienzo presenta compensación automática por cuanto aumenta al máximo la permeabilidad bronquial y disminuye la impedancia al flujo de aire. Sin embargo, al continuar el sobreinflamamiento, el volumen residual, el volumen pulmonar total y el espacio muerto funcional aumentan y, por último, contribuyen a disminuir la adaptabilidad pulmonar (mayor rigidez de los pulmones) y la ventilación alveolar neta. Al disminuir progresivamente la eficacia de la espiración, se ponen en acción los músculos respiratorios accesorios para brindar fuerza suficiente para vencer la mayor resistencia de las vías aéreas y la menor adaptabilidad pulmonar. La fuerza adicional necesaria para espirar, también puede aumentar la presión transpulmonar lo suficiente para causar cierre de los bronquiolos de menor calibre, lo cual obstruye más la salida de aire. Por haber también resistencia a la llegada de aire y en el ciclo respiratorio se necesita trabajo muscular adicional; el mayor trabajo para respirar origina aumento de la utilización de oxígeno y de la producción de bióxido carbónico y de sustancias resultantes del metabolismo oxidativo.

Los grados variables de obstrucción de las vías aéreas y de menor adaptabilidad en los pul-

mones producen diferencias regionales en la ventilación y la perfusión (desigualdad del cociente ventilación-perfusión). En consecuencia, aumenta la concentración de bióxido carbónico y disminuye la de oxígeno en la sangre que perfunde los alveolos dañados. Sin embargo, a causa de que la hiperventilación de los alveolos menos atacados puede eliminar mayor cantidad de CO₂ y de que la pCO₂ de la sangre venosa "desviada" es algo menor que la de la sangre arterial, la concentración de CO₂ de la sangre arterial suele ser normal o subnormal (hipocapnia). En cambio, no ocurre compensación semejante de la tensión baja de oxígeno en la sangre, por la forma de la curva de disociación del oxígeno, lo cual motiva hipoxemia arterial. Al aumentar el número de vías aéreas que presentan obstrucción el volumen ventilatorio total se torna insuficiente para mantener la pCO₂ normal, y sobreviene la hipercapnia.

La hipoxia y la hipercapnia pueden originar acidosis; la segunda produce acidosis "respiratoria" (dependiente de conversión de bióxido carbónico a ácido carbónico), y la primera causa acidosis "metabólica" (por trastorno de la conversión de ácido láctico a bióxido carbónico y agua con la acumulación resultante de ácido láctico). Los mecanismos compensadores de la acidosis respiratoria aguda (rena-

les y respiratorios) suelen ser ineficaces.

Efectos de la hipercapnia, la hipoxia y la acidosis

Sistema nervioso central. El aumento notable de la presión de bióxido carbónico en sangre arterial ($p\text{CO}_2$) produce vasodilatación cerebral, aumenta la presión intracraneal y, al actuar simultáneamente con la acidosis resultante, perjudica las neuronas del tallo encefálico, lo cual origina disfunción cerebral y trastornos de los movimientos. En cambio, la hipoxia disminuye la excitabilidad de la corteza cerebral y produce trastornos mentales.

Cardiovasculares. La hipercapnia y la hipoxia aumentan el gasto y la frecuencia cardíaca, la presión arterial sistólica y diastólica, la presión del pulso, y cuando son graves, originan dilatación arteriolar e hipotensión. Se ha comprobado que la hipercapnia, la acidosis y la hipoxia graves, o por lo contrario, la disminución brusca de la $p\text{CO}_2$ de la sangre, causan arritmias y paro cardíaco. Este último pudiera explicar la muerte súbita que a veces se observa en el ataque asmático agudo.

La acidosis y la hipoxia motivan vasoconstricción pulmonar, la cual, a su vez, puede originar lo siguiente: 1) sobrecarga, hipertrofia del hemicardio derecho e insuficiencia cardíaca; 2) hipoperfusión alveolar, con cociente

desigual ventilación-perfusión, y 3) disminución de la substancia tensioactiva, importante para impedir algunos tipos de atelectasia. En caso de que la insuficiencia respiratoria aguda se sobreañada a la crónica, el aumento de la viscosidad de la sangre dependiente de policitemia y conglomeración de eritrocitos, leucocitos y plaquetas pudiera ser factor adicional en la patogenia de la insuficiencia cardíaca.

Efectos metabólicos. No se han dilucidado cabalmente los efectos metabólicos del aumento de la $p\text{CO}_2$ y la acidosis. Se postula que dificultan las actividades enzimáticas en las células por virtud de pH subóptimo para la función de estas sustancias, y que inhiben los fenómenos de descarboxilación por la acción de masa del bióxido carbónico. La hipoxia aumenta la producción de ácido láctico, lo cual eleva el cociente lactatopiruvato en la sangre y produce acidosis metabólica. A la inversa, la acidosis torna menos eficaz el transporte de oxígeno por la hemoglobina y aumenta la hipoxia tisular (efecto de Bohr). La hipoxia grave puede lesionar hígado y riñones.

La acidosis en ocasiones produce hiperpotasemia, dependiente de salida de potasio de las células. Se postula que la acidosis puede ser factor importante en la falta de reacción a la adrenalina.

Objetivo:

Determinación dentro de nuestra comunidad: Cuál es la mayor frecuencia de esta patología, según los siguientes parámetros: edad, sexo, mes de presentación, procedencia del paciente, su curso de hospitalización, complicaciones, y eficacia del manejo de acuerdo a las normas del servicio.

Material y Métodos:

379 Casos de Asma de diferentes grupos de edad, comprendidos desde el nacimiento hasta los 12 años de edad, que fueron atendidos en el Cuarto de Urgencia de Pediatría del Hospital 16 de Diciembre del Seguro Social de Panamá. Este estudio se inició el 16 de septiembre de 1976 hasta el 15 de septiembre de 1977. Todos los casos fueron ingresados con diagnóstico de asma, tratados como tal y su diagnóstico de salida fue de as-

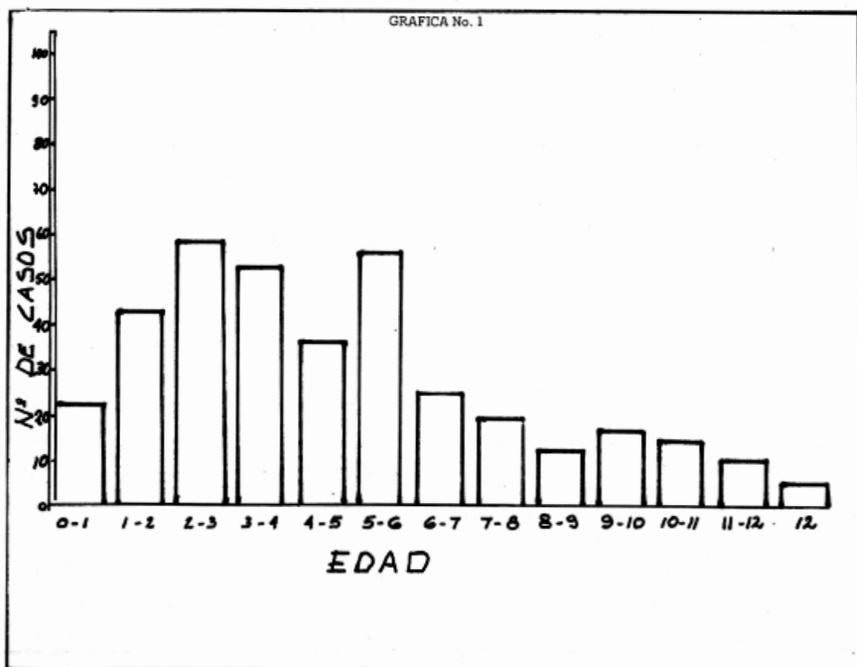
ma (con franca mejoría). Los casos que en 48 horas no se resolvieron fueron hospitalizados en la Sala de Pediatría, Sección de Enfermedades Respiratorias del Hospital 16 de Diciembre.

A. Distribución por Edad:

De los 379 casos atendidos, 93 casos que corresponden al 24.50% eran niños menores de 2 años; 200 casos de niños pre-escolar que corresponde al 52.70% y 86 casos de niños mayores de 6 años, que corresponden al 22.80%. La mayor incidencia se encontró en niños de edad pre-escolar (de 2 a 6 años) y, dentro de este grupo, notamos que se presentan mas los cuadros de asma en niños cuyas edades oscilan entre los 2 y 3 años y los 5 y 6 años, que corresponden al 15.6% y 15.3%, respectivamente. (Tabla No. 1 y Gráfica No. 1).

TABLA No. 1
379 CASOS DE ASMA
DISTRIBUCION POR EDAD

EDAD	NO. DE CASOS	%
< DE 2 AÑOS	93	24.50%
2 - 6 AÑOS	200	52.70%
> DE 6 AÑOS	86	22.80%
TOTAL	379	100.00%



B. Distribución por el sexo

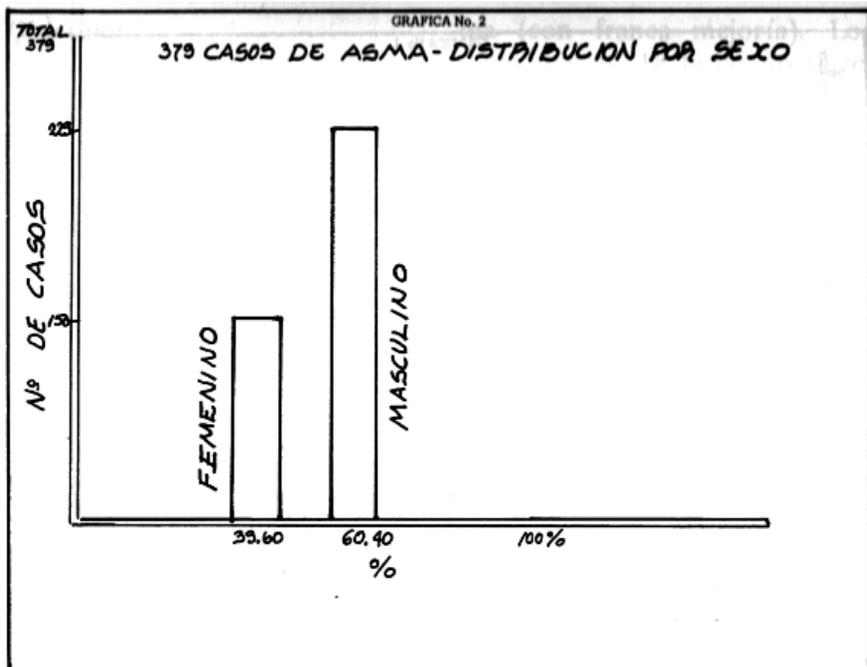
De 379 casos, 229 eran de pacientes pertenecientes al sexo masculino y 150 al sexo femenino, o sea el 60.40% y el 39.60%, respectivamente. (Tabla No. 2 y Gráfica No. 2).

C. Porcentaje de Incidencia por Mes de Presentación:

Los casos tomados en consideración se presentan desde el 15 de septiembre de 1976 hasta el 15 de septiembre de 1977. La mayor incidencia se presentó durante el mes de

TABLA NO. 2
379 CASOS DE ASMA
DISTRIBUCION POR SEXO

SEXO	NO.	%
MASCULINO	229	60.40%
FEMENINO	150	39.60%
TOTAL	379	100.00%



agosto de 1977, con un total de 73 casos, correspondiendo al 19.30% del total, le seguían en orden descendente los meses de julio (16.90%) y junio (11.60%). Llama la atención que la mayor incidencia de casos se presentó en las épocas lluviosas, donde también, según estadísticas internacionales, los procesos o enfermedades respiratorias virales o infecciosas son más alta.

En septiembre de 1976, no se atendió ningún caso en 15 días, pero se toma en cuenta que en ese entonces, el Servicio de Urgencia Pediátrica y la atención al niño asegurado se iniciaba por primera vez en

este hospital. Sin embargo, podemos apreciar que en el mes de septiembre de 1977, en sólo 15 días se atendió el 7.70% del total, que supera al porcentaje alcanzado en los meses de diciembre, enero y febrero, meses correspondientes a la época de estación seca en nuestro país.

D. Procedencia de los Pacientes:

Se constató en nuestras estadísticas, que la mayor incidencia de cuadros asmáticos en nuestro país pertenecen a los grupos sociales más bajos. La incidencia más alta se registró en el Distrito de San Miguelito, incluyendo los sectores de Villa Guadalupe, Sa-

maria, Nuevo Veranillo, San Isidro y aledaños. Esta incidencia fue del 24.80% del total de los casos, cuyo porcentaje fue tres veces mayor en relación con el del siguiente sector, en orden descendente, que fue el barrio de Calidonia con el 7.70%.

E. Promedio de Estancia:

El promedio de estancia en la Sala de Observación del Cuarto de Urgencia fue de 1.3 días, equivalente a 32 horas de hospitalización.

De los 379 pacientes, 323 (85.20%) fueron dados de alta, mientras que 56 (14.80%) fueron trasladados a la sala de Enfermedades Respiratorias, por no ceder su cuadro en 48 horas de tratamiento en el cuarto de Urgencia.

F. Asma, complicaciones y enfermedades asociadas:

Los casos de asma que ameritaron hospitalización en la Sala de Enfermedades Respiratorias fueron en total 56 casos (14.77% del total).

De los cuales, 11 fueron hospitalizados por cuadro de estado asmático puro sin complicaciones ni enfermedades asociadas, o sea el 2.9% del total.

De asma y bronconeumonía asociadas encontramos 34 casos (9.1% del total).

Asma y bronquitis: 3 casos.

Asma e I.C.C.: 2 casos.

Las otras enfermedades asociadas con asma, dentro de los casos hospitalizados, correspondieron a faringoamigdalitis, faringotraqueitis, bronconeumonía y cisuritis, bronconeumonía y anemia falciforme, impétigo y diarrea.

Comentarios:

Hemos revisado 379 casos de asma tratados durante 1 año en el Cuarto de Observación de Urgencia Pediátrica del Complejo Hospitalario 16 de Diciembre de la Seguridad Social de Panamá. Nos encontramos con cuadros diagnosticados de asma ante de los 2 años de edad, a los cuales se les hizo el diagnóstico diferencial con otros cuadros respiratorios, tales como la Bronquiolitis o Bronquitis Asmatiforme. En niños menores de 2 años, los procesos infecciosos juegan un papel importante, en especial el virus sincitial respiratorio, encontrado en el 90% de los pacientes con un cuadro de Bronquiolitis por primera vez.

Otros estudios indican, que aquellos pacientes con un cuadro de Bronquiolitis, al cabo de 5 años, cerca del 50 al 60% padecían cuadros frecuentes de asma. Algunos autores consideran estos cuadros como precursores de asma bronquial. Hoy día se acepta que el cuadro de Bronco-espasmo es una reacción de tipo alérgico al virus sincitial en los casos de bronquiolitis. Se ha comprobado a la vez un aumento en IgE en los cuadros a repe-

tición. De todas formas en nuestro medio la frecuencia mas alta del asma la encontramos en la edad pre-escolar, notándose una incidencia más baja en la edad escolar, la cual va disminuyendo a medida que nos acercamos a la adolescencia.

En cuanto al sexo, en nuestro medio se nota, al igual que al nivel internacional, que el asma es mas frecuente en los varones (60.40%), que en las mujeres (39.60%).

En nuestro país contamos con 2 estaciones a lo largo de todo el año, la estación seca y la lluviosa. Según los datos recogidos se nota que la incidencia aumenta en la época lluviosa, siendo mayor en la época seca.

Los extremos térmicos, particularmente el frío y la excesiva humedad suelen ser mal tolerados por los asmáticos. Los cambios bruscos de temperatura y el frío pueden provocar ataques, bien inespecíficamente, o bien en ocasiones a causa de una alergia física específica (alergia al frío). De acuerdo con los estudios hechos por Mueller (Pediatra Alergólogo) los niños asmáticos parecen estar confortables en zonas donde las temperaturas son templadas y la humedad es baja. Esto explica los beneficiosos efectos obtenidos por algunos niños después de un cambio de clima frío a un clima seco y cálido. Lo que se relaciona con nuestra estadística de la menor incidencia de asma du-

rante la estación seca y la mayor durante la estación lluviosa, en la cual aumenta la humedad, y a la vez los cuadros de infecciones respiratorias que actuarían como factores desencadenantes.

Estudios hechos por Pediatras Alergólogos (Tuft, Mueller, Fontana) valoran la residencia de los niños con asma, dándoles la importancia, no sólo a causa de la exposición a alergenos en el interior de la casa, sino a también a causa de su relación con factores externos. La exposición del niño a la presencia del humo, polvo y otros contaminantes del aire es importante en la producción o agravación del asma. En este sentido, en nuestras estadísticas notamos que el mayor número de casos, procede de las áreas socio-económicas y barrios más pobres de la ciudad donde los factores ambientales, a los cuales está expuesto el niño, son abundantes, a parte de que también juega papel importante la atención y cuidado que reciban estos niños de parte de sus padres, los cuales tienen una instrucción y educación deficientes.

El problema de infección y alergia existe en estos casos y se sabe que están vinculados. Se sabe que una infección puede influir en el curso de un proceso alérgico, y por otra parte un proceso infeccioso es influenciado por una reacción alérgica. Observamos que los procesos infecciosos presentan un ataque

de asma, y en el paciente en status, la infección tiene un papel de importancia. Tal vez, de alguna manera, la infección influye para disminuir la tolerancia del paciente, y lo hace más susceptible a ciertos inhalantes y alimentos. Por otra parte, el edema de la mucosa y la producción de moco, son la consecuencia de una reacción alérgica y crea un buen medio de cultivo de bacterias patógenas. Lo cual hemos podido comprobar con la incidencia de asma con Bronconeumonía o con Bronquitis. Se piensa que los microorganismos infecciosos alteran una enzima (adenil-ciclasa), la usan para su metabolismo. Y que el huésped la necesita para la relajación del músculo bronquial, los pacientes con asma tienen una deficiencia de esta enzima. Se registró un aumento de IgE en los pacientes con enfermedades atópicas, y según estudios recientes, encontramos que la IgE se encuentra elevada en el 75% de los pacientes con asma.

Conclusiones:

- 1) El asma se presenta con mayor frecuencia, en nuestro medio, en pacientes de edad pre-escolar.
- 2) Predominan los ataques de asma en pacientes del sexo masculino.
- 3) En las épocas de estación lluviosa existe un aumento en la frecuencia del asma, debido a que se crea un ambiente atmosférico propicio para que se desencadenen dichos cuadros.
- 4) Los cuadros infecciosos actúan como factores desencadenantes de los cuadros de asma, haciendo al paciente más sensible a los demás factores desencadenantes.
- 5) Los pacientes que residen en los suburbios de la ciudad y cuya atención familiar es deficiente con mayor frecuencia desencadenan cuadros asmáticos.
- 6) Al alcanzar el 1.3 días promedio de hospitalización (32 horas) y que sólo el 14.77% del total de los pacientes ameritaron tratamiento ulterior por complicaciones, creemos que, actualmente, estamos utilizando el manejo correcto de dichos pacientes. A la vez, de que en nuestra estadística contamos con un índice de readmisión del 0.2% y un índice de mortalidad de 0.

TABLA NO. 3
379 CASOS DE ASMA
PORCENTAJE DE INCIDENCIA POR MES DE PRESENTACION
(DEL 15 SEPT-1976 AL 15 SEPT-1977)

MES	AÑO	NO. DE CASOS	%
16 SEPT.	1976	0	0.00
OCT.	1976	13	3.40
NOV.	1976	12	3.20
DIC.	1976	17	4.50
ENE.	1977	15	3.90
FEB.	1977	24	6.30
MAR.	1977	30	7.90
ABRIL	1977	31	8.20
MAYO	1977	27	7.10
JUN.	1977	44	11.60
JUL.	1977	64	16.90
AGO.	1977	73	19.30
15 SEPT.	1977	29	7.70
TOTAL		379	100.00%

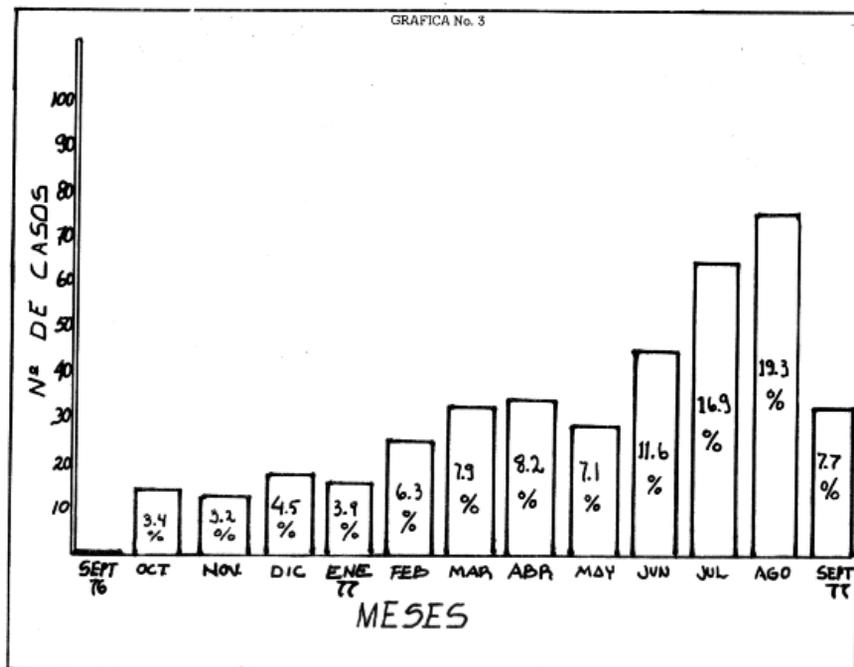


TABLA NO. 4
379 CASOS DE ASMA
PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES

PROCEDENCIA	NO. DE CASOS	%
SAN MIGUELITO	94	24.80
CALIDONIA	29	7.70
JUAN DIAZ	24	6.30
SANTA ANA	22	5.80
RIO ABAJO	19	5.10
BETANIA	16	4.20
PEDREGAL	15	3.90
ARRAIJAN	14	3.70
CHORRERA	13	3.40
CURUNDU	12	3.20
PARQUE LEFEBRE	12	3.20
PUEBLO NUEVO	10	2.60
CHORRILLO	10	2.60
OTROS	89	23.50
TOTAL	379	100.00%

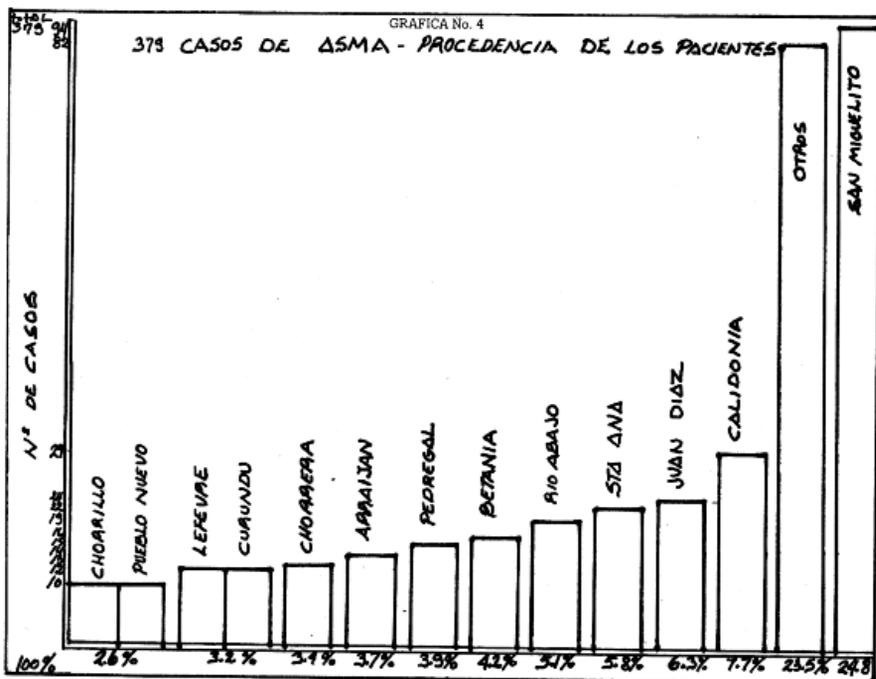


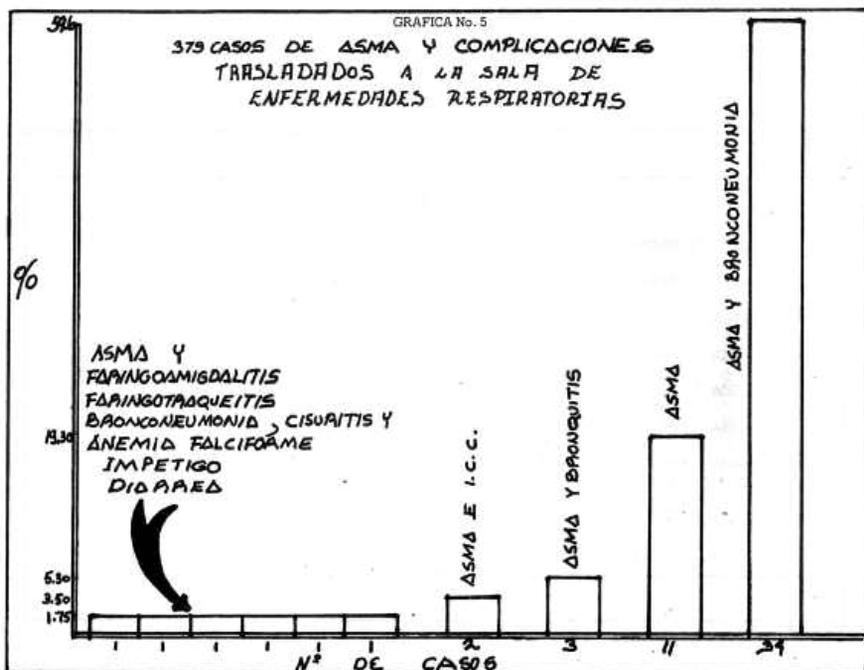
TABLA No 5
379 CASOS DE ASMA

PROMEDIO DIAS DE ESTANCIA EN LA SALA DE OBSERVACION DE URGENCIA	1.3 DIAS
DADOS DE ALTA.....	323	85.20%
TRASLADADOS A LA SALA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.....	56	14.80%
TOTAL.....	379	100.00%
READMISIONES.....	1	0.2%
MORTALIDAD.....	0	0.0%

TABLA NO. 6
379 CASOS DE ASMA
CASOS DE ASMA Y COMPLICACIONES

	NO. DE CASOS	%
ASMA	11	19.30
ASMA Y BRONCONEUMONIA	34	59.60
ASMA Y BRONQUITIS	3	5.30
ASMA E I.C.C.	2	3.50
ASMA Y FARINGOAMIGDALITIS	1	1.75
ASMA Y FARINGOTRAQUEITIS	1	1.75
ASMA, BRONCONEUMONIA Y CISURITIS	1	1.75
ASMA, BRONCONEUMONIA Y ANEMIA FALCIFORME	1	1.75
ASMA E IMPETIGO	1	1.75
ASMA Y DIARREA	1	1.75
T O T A L	56	100.00%

PORCENTAJE DE CASOS DE ASMA Y SUS COMPLICACIONES DENTRO DEL TOTAL (DE 379 CASOS)	56	=	14.77%
PORCENTAJE TOTAL DE ASMA	11	=	2.9%
PORCENTAJE DE ASMA Y BRONCONEUMONIA	34	=	9.1%



BIBLIOGRAFIA

- CLINICAS PEDIATRICAS DE NORTEAMERICA, Febrero 1975, Alergia Pediátrica.
 REVISTA CHILENA DE PEDIATRIA, Volumen 45, 1975.
 O'CONNELL, E.J. AND LOGAN G.B., An Allergy 23, 142, 1974.
 INMUNOLOGIA, Dr. Russel S. Wetsets, Dr. Questin N. Myrvik, Dra. Nancy N. Pearsall.
 ALERGIA EN PEDIATRIA, Fontana.
 ALERGIA EN EL NIÑO, L. Tuft, H.L. Mueller.
 TRATADO DE PEDIATRIA, Nelson, Vaughan, Mc Kay.
 YEAR BOOK DE PEDIATRIA, 1975.
 CLINICAL SYMPOSIA, Bronchial Asthma, Vol. 27, Numbers 1-2, 1975.
 TRIBUNA MEDICA, Noviembre 1975.
 BOLETIN DE LA SOCIEDAD PANAMEÑA DE PEDIATRIA, Vol. III, Junio 1973, N° 5,
 Bronquitis Asmatiforme -vs- Asma Bronquial, Aspecto Alérgico e Infeccioso, Dra.
 Rosa E. Siu.

CURUNDU ESPECTACULAR

***Dr. Egberto Stanziola**

Audiovisual de diapositivas y sonido que muestra la realidad de una población marginada y los esfuerzos realizados por el Equipo de Salud en asociación con la participación popular en forma dinámica, en la solución de los múltiples problemas.



* Director Médico del Centro de Salud de Curundú.

EDUCACION DE LAS MADRES Y SU EFECTIVIDAD EN EL CUIDADO Y ALIMENTACION DEL NIÑO

* Dra. Ana E. de Ruiz

** Dr. Rodolfo V. Poveda

En el año 1972 se inició el Programa de Atención Directa Madre-Hijo (Rooming-In) en las Salas del Puerperio de la Maternidad del Hospital Santo Tomás.

Este Programa tiene entre sus objetivos principales: "Promover la Lactancia Materna, impartir enseñanza a la madre sobre los cuidados del Recién Nacido a su regreso al hogar y persuadirla de la importancia de los controles del niño en su respectivo Centro de Salud". (1)

La enseñanza y recomendaciones que se dan a las madres en el Programa, se realiza mediante charlas dictadas por el Médico Residente asignado a la Sala de Neonatología y por demostraciones prácticas que ofrecen las Enfermeras y Auxiliares de Enfermería con el niño al lado de su madre.

Además, las madres reciben orientación en el Centro de Sa-

lud de acuerdo con las normas del Programa Materno-Infantil. (2)

Con el propósito de evaluar el Programa de atención Madre-Hijo, especialmente en sus aspectos educativos, efectuamos un estudio prospectivo con un grupo de Recién Nacidos de la Maternidad.

El objeto de la presente comunicación es dar un informe sobre los resultados y conclusiones obtenidos en dicha evaluación.

Material y Métodos:

El "campo de la investigación" fue: Las Salas de Puerperio y la Sala de Neonatología de la Maternidad del Hospital Santo Tomás y los Centros de Salud de la Región Metropolitana.

El "universo en estudio" lo constituyó la población de Neo-

* Pediatría de la División de Neonatología. Hospital del Niño

** Jefe de la División de Neonatología. Hospital del Niño de Panamá.

(1) Programa Atención Directa Madre-Hijo (Rooming-In) en la División de Neonatología del Hospital del Niño.

IX Jornada Panameña de Pediatría, marzo de 1977.

(2) Programa de Salud Materno Infantil, Ministerio de Salud, Panamá, 1971.

natos nacidos en la Maternidad del Hospital Santo Tomás, durante los meses de Abril, Mayo y Junio de 1977.

Durante esos meses (Cuadro No. 1) se admitieron 2,955 Recién Nacidos en la Sala de Neonatología de la Maternidad; de las cuales 1,332 fueron trasladados junto a su madre.

bido educación primaria y 46%, educación secundaria.

El seguimiento de los niños se hizo a través de los diferentes Centros de Salud de la Región Metropolitana; estableciéndose un período de observación de un año, para ver los efectos a largo plazo sobre algunos de los parámetros en estudio.

CUADRO No. 1

POBLACION DE NEONATOS ESTUDIADOS

Mes	Recién Nacidos Admitidos	Recién Nacidos Traslados a Las Salas de Puerperio	Recién Nacidos que participaron en el estudio
Año 1977:			
Abril.....	974	412	80
Mayo.....	1,038	485	109
Junio.....	943	435	111
TOTAL	<u>2,955</u>	<u>1,332</u>	<u>300</u>

De estos, 300 (22.5%) neonatos participaron en el estudio: 155 varones y 145 mujeres. El promedio de peso de nacimiento del grupo fue de 3.20 ± 0.43 Kilos.

El promedio de edad de las madres fue 24 años. El promedio de embarazos fue de 3 a 4. Cuarenta y dos por ciento (42%) de las madres había reci-

La información necesaria para la evaluación se obtuvo en los Centros, mediante la revisión de los expedientes de los niños en estudio, anotando en una tarjeta individual los siguientes datos:

1. No. de Registro en el Centro de Salud.
2. Edad en que se efectuó la captación del Recién Nacido en el Centro.

3. Tipo de Alimentación: Pecho, mixta o artificial al momento de la captación y durante los controles siguientes.
4. Número de visitas para control de Niño Sano.
5. Visitas por morbilidad y diagnósticos.
6. Peso al nacimiento y en los controles siguientes.
7. Edad de la madre, número de embarazos y escolaridad.

La información se recolectó en los meses de Julio de 1977 y Marzo de 1978. Los datos obtenidos fueron tratados por los métodos estadísticos habituales y se confeccionaron cuadros para el análisis e interpretación de la información.

Resultados y Comentarios:

Los resultados que se dan en este estudio corresponden esencialmente al período Neonatal. En otro trabajo se dará la infor-

mación obtenida en el primer año de vida.

La primera dificultad encontrada fue la falta de estudios similares en la República para poder comparar los datos. Otra dificultad fue el de establecer un grupo control, ya que todas las madres en las Salas del Puerperio tengan o no su hijo al lado reciben charlas en grupos y observan demostraciones prácticas.

El cuadro No. 2 muestra el número de niños que acudió a los controles de salud por referencia desde la Maternidad (captación) y mediante citas efectuadas en el mismo Centro de Salud.

Una apreciable cantidad de Recién Nacidos (84%) es captada en el Centro de Salud respectivo. La mayor frecuencia se registra en la 3ra. semana de vida (cuadro No. 3), lo que está de acuerdo con las normas de referencia del Programa. El resto es captado en el Centro, antes o

CUADRO No. 2

NUMERO DE NIÑOS QUE ACUDIERON A LOS CONTROLES DE SALUD :

	<u>No.</u>	<u>PORCENTAJE</u> (300=100%)
CAPTACION.....	252	84.0
1 - 2 MESES..	231	77.0
3 - 4 MESES	186	62.0

después de ese período más bien por razones de morbilidad y otros problemas afines.

Solo un tercio de los niños (33%) recibe alimentación exclusiva a pecho. El porcentaje se

CUADRO No. 3

EDAD DE LA CAPTACION :

EDAD	No.	PORCENTAJE
TOTAL.....	<u>300</u>	<u>100.00</u>
MENOS 7 DIAS	2	0.7
7 - 13 DIAS	28	9.3
14 - 20 DIAS	228	76.0
21 - 28 DIAS	11	3.7
MAS 28 DIAS	27	9.0
SIN DATOS	4	1.3

En el cuadro No. 4 se muestra el tipo de alimentación que recibió el recién nacido al momento de su inscripción.

eleva a 76% si incluimos a los niños con alimentación mixta.

El cuadro No. 5, muestra la

CUADRO No. 4

TIPO DE ALIMENTACION :

ALIMENTACION	No.	PORCENTAJE
PECHO	99	33.0
MIXTA	130	43.3
ARTIFICIAL	37	12.3
SIN DATOS	34	11.4

CUADRO No. 5

TIPO DE ALIMENTACION Y EDAD :

	14 - 20 DIAS		1 - 2 MESES		3 - 4 MESES	
	No.	PORCENTAJE	No.	PORCENTAJE	No.	PORCENTAJE
TOTAL	266	100.00	220	100.00	179	100.00
PECHO	99	37.2	45	20.5	24	13.4
MIXTA	130	48.8	130	59.0	63	35.2
ARTIFICIAL.....	37	14.0	45	20.5	92	51.4

evolución de la lactancia en los 3 a 4 primeros meses de vida.

La tendencia observada, señala hacia una disminución franca de la lactancia materna y un incremento apreciable en el suministro de fórmulas artificiales.

El cuadro No. 6, muestra la morbilidad durante los 3 a 4 primeros meses de vida en 98 niños (33%) del grupo estudiado.

La mayor frecuencia corresponde a enfermedades leves de las vías respiratorias altas y diagnósticos no especificados. En menor proporción se observan algunas enfermedades incluyendo la diarrea, el impétigo y otras infecciones benignas.

En el período neonatal 28 niños presentaron enfermedades tales como infecciones respirato-

rias leves (12 niños), no especificadas (7 niños), impétigo, (3 niños), diarrea (2 niños), moniliasis cutánea (1 niño) y onfalitis (1 niño).

Resumen y Conclusiones:

1. Mediante un estudio prospectivo se evaluó el Programa de Atención Madre-Hijo de la Maternidad del Hospital Santo Tomás, utilizando como población de estudio 300 neonatos cuyas madres participaron en dicho Programa, durante los meses de abril, mayo y junio de 1977.
2. Se utilizó en esta evaluación algunos indicadores tales como: edad de captación del Recién Nacido, tipo de alimentación suministrada al niño, número de consultas de control (salud) y consultas de morbilidad.

3. De los resultados obtenidos se concluye lo siguiente:

a) La captación del Recién Nacido (84% de los niños) parece ser satisfactoria y está de acuerdo con las normas de referencias de la Maternidad que establece la 1ra. cita en el Centro, a los 15 días de nacido.

b) La lactancia exclusiva a pecho (33% de los niños) no es satisfactoria. En el Programa se recomienda que todos los niños deben recibir exclusivamente pecho. Esto sugiere una revisión de todos los factores en juego con el objeto de eliminar aquellos que son ne-

CUADRO No. 6

MORBILIDAD (DIAGNOSTICOS)

D I A G N O S T I C O S	No.	PORCENTAJE
TOTAL	<u>98</u>	<u>100.0</u>
I.V.R.A(*)	50	51.0
Sin Especificar.....	25	25.5
Diarrea.....	5	5.1
Impetigo.....	5	5.1
Conjuntivitis.....	3	3.0
Onfalitis	2	2.1
Moniliasis Cutánea.....	2	2.1
Alergia, S. E.....	2	2.1
Meningitis.....	1	1.0
Bronquitis.....	1	1.0
Amebiasis Intestinal.....	1	1.0
Escabiasis.....	1	1.0

(*) Infecciones de vías respiratorias altas.

gativos para la lactancia natural.

- c) Aunque 98 niños (33%) presentó alguna patología en los 3-4 primeros meses

de vida, la incidencia de enfermedades graves incluyendo la diarrea, se considera baja en el grupo estudiado.

Nota: Agradecemos la colaboración prestada para el seguimiento de los niños a la Enfermera coordinadora de la Región Sra. María de Cumberbatch y al personal de los siguientes Centros de Salud: San Felipe, Santa Ana, Calidonia, Curundú, Río Abajo No. 1 y 2, Boca La Caja, Pueblo Nuevo, Juan Díaz, Pedregal, Nuevo Veranillo.

X Jornada Panameña de Pediatría.

Panamá, 8 de Abril de 1978.

BIBLIOGRAFIA

1. Benjamín, J. D., Prediction an Psychopathological Theory, in Jessner, L., and Pavstedt, E.: Dynamic Psychopathology in Childhood, Gryen & Stratton, N.Y., 1969.
2. Provence, S. T., and Lipton, R.C.: Infants and Institutions, International University Press 1962.
3. Graham, K., Matarazzo, R. G., and Caldwell, B. M. Behavioral differences between normal an traumatized newborn, Psychol. Moñogr. 70-427 (1936).
4. Brazelton, T. B., Pesichophysiological Reations in the Neonate, No.1: The value of Observation of the Newborn, Journal of Pediatrics 58, 508 (1961).
5. Brazelton, T. N., Psicophysiological Reactions in the Neonata, No. 11: Effect of Maternal Madication on the Neonateand his behavior, Journal of Pediatrics, 58,513 (1961).
6. Brazelton, T. B.: Observation of The Neonate, Journal of Child Psychiatry 1,38, (1962).
7. Brazelton, T. B., and Young, G. O.: An example of Iniciative Behavior in a nine week olf infant, Journal of Child Psychiatry 3,53 (1964).
8. Brazelton, T. B., Robey, J. S., and collier, G. A. infant Development in the Zinacanteco Indians of Southern Mexico, Pediatrics 44, 274. (1969)
9. Paine, R.S.: Neurologic examinantion of infants and children, Pediatric Clin. N. Amer. 7, 471 (1960).
10. André Thomas, O.Y., Chesni, Y., Saint Anne Dargassies, S. Neurological Examination og the Infañt London: National Spastic Society Publications (1960).
11. Prechtl, H., and Beintema, O.: The Neurological Examination of The Full Term Newborn Infant (London, Willian Heineman Medical Brooks. (1964).
12. Brazelton, T.B., Robey, J. S.: Observations of Neonatal Behavior. The Effect of Perinatal Variables in particular that of Maternal Medication, Journal of Child Psychiatry 4, 613 (1965).

TUMORES MALIGNOS EN NIÑOS

(Estudio preliminar durante 18 meses en el Servicio de Pediatría del CHMCSS)

* Dra. Elba Margarita Grain de Roy

** Dr. Joaquín Chen Pineda

Introducción:

El presente trabajo tiene como objetivos principales:

- 1) Efectuar un estudio estadístico preliminar de toda la patología tumoral maligna presentada por niños hospitalizados en la Sala de Pediatría, Sala de Neonatología y de la Consulta Externa Especializada de Pediatría del Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja del Seguro Social, durante 18 meses, tiempo transcurrido desde la apertura de la Sala de Pediatría.
- 2) Presentar nuevos avances en el tratamiento de enfermedades neoplásicas en niños, con modalidad de terapia combinada, nueva era del optimismo cauteloso de los niños con cáncer.

Material y Métodos:

Se estudiaron 22 pacientes hospitalizados, y se establecieron los siguientes parámetros de estudio:

- 1) Clasificación.
- 2) Distribución por Sexo.
- 3) Distribución por Edad.
- 4) Método de diagnóstico histopatológico.
- 5) Tratamientos utilizados:
 - Cirugía.
 - Quimioterapia.
 - Radioterapia.
 - Tratamiento combinado.
- 6) Complicaciones y efectos secundarios al tratamiento.
- 7) Movimiento de pacientes.
- 8) Tiempo de vida de los pacientes fallecidos.
- 9) Supervivencia actual.
- 10) Causas de muerte.
- 11) Diseminación metastásica.

Resultados:

Se efectuó una clasificación de neoplasias en niños, en donde se incluyen las leucemias, linfomas, tumores sólidos comunes a estas edades e histiocitosis. (Cuadro No. 1)

Los tumores sólidos representaron más de la mitad del total, y las leucemias un tercio del total de 22 pacientes.

* Pediatra Hematóloga, C.H.M.C.S.S.

** Residente de Pediatría, C.H.M.C.S.S.

CUADRO No. 1
CLASIFICACION

CLASIFICACION	TIPOS	Nº DE CASOS	%
TUMORES LINFO- PROLIFERATIVOS Y LEUCEMIAS	LEUCEMIAS	7	32 %
	ENFERMEDAD DE HODGKIN	1	4 %
TUMORES SOLIDOS	NEUROBLASTOMA	4	20 %
	Tumor DE WILMS	2	9 %
	OSTEOSARCOMA	1	4 %
	RABDOMIOSARCOMA	1	4 %
	LEIOMIOSARCOMA	1	4 %
	MEDULOBLASTOMA	1	4 %
	ADENOCARCINOMA TIROIDEO	1	4 %
	ADENOCARCINOMA OJO IZQ.	1	4 %
HISTIOCIITOSIS X	GRANULOMA EOSINOFILO	1	4 %
	HAND-SCHULLER-CHRISTIAN	1	4 %

En el esquema de Distribución por Sexo, observamos que hay igual proporción entre los pacientes del sexo masculino y el femenino. (Cuadro No. 2)

CUADRO No. 2
DISTRIBUCION POR SEXO

CLASIFICACION	SEXO	
	MASCULINO	FEMENINO
LEUCEMIAS	3	4
HODGKIN		1
NEUROBLASTOMA	2	2
TUMOR DE WILMS		2
OSTEOSARCOMA		1
RABDOMIOSARCOMA	1	
LEIOMIOSARCOMA	1	
MEDULOBLASTOMA	1	
ADENOCARCINOMA TIROIDEO		1
ADENOCARCINOMA DEL OJO	1	
GRANULOMA EOSINOFILICO	1	
HAND-SCHULLER-CHRISTIAN	1	
TOTAL:	11 (50%)	11 (50%)

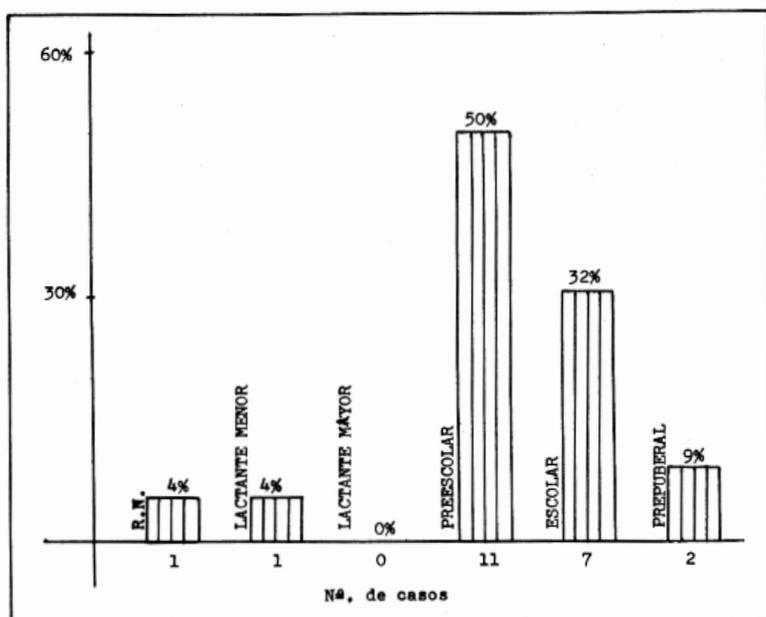
En cuanto a la Edad, se observó que 11 pacientes (50%) tenían edad preescolar, y 7 pacientes (32%) correspondían a la edad escolar, por lo que se concluye que el 82% de los pacientes eran preescolares y escolares. No tuvimos ningún caso entre los lactantes mayores. (Cuadro No. 3)

Todas las leucemias diagnosticadas por examen de médula ósea fueron Leucemias Linfoblásticas Agudas (LLA). Diveros hematólogos concuerdan que aproximadamente el 78 a 85% de las leucemias agudas en niños son LLA. (Cuadro No. 4)

A los 4 neuroblastomas presentados se les efectuó cirugía mayor para corroborar el diagnóstico, con la excepcional coincidencia de que cada uno era de diferente sitio, abarcando así, toda la cadena simpática y las suprarrenales.

Más del 60% de los pacientes recibieron quimioterapia de inducción de remisión con Sulfato de Vincristina y prednisona, y de reinducción con mercapto purina, ciclofosfamida, methotrexate y adriamicina en menor proporción. Tres pacientes recibieron estas drogas en otra Institución, y 2 pacientes fallecieron antes de iniciarse la

CUADRO No. 3
DISTRIBUCION POR EDAD

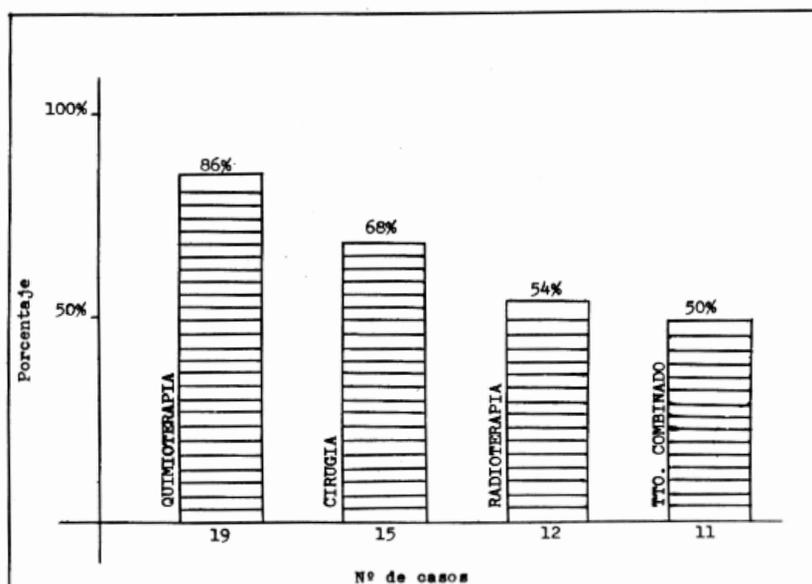


CUADRO No. 4
DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO

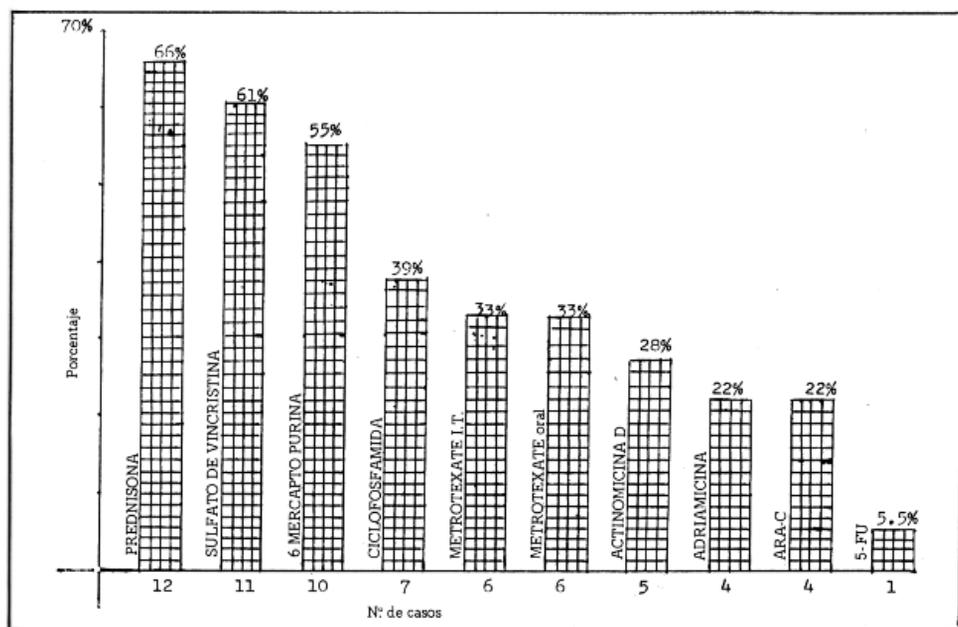
METODO	Nº DE CASOS	CLASIFICACION
POR MEDULA OSEA	7	LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA (100%)
POR BIOPSIA	5	RABDOMIOSARCOMA ALVEOLAR OSTEOSARCOMA DE HUMERO DERECHO ENFERMEDAD DE HODGKIN GRANULOMA EOSINOFILO DE CUBITO IZQ. SINDROME DE HAND-SCHULLER-CHRISTIAN
POR RESECCION QUIRURGICA	10	NEUROBLASTOMA { ABDOMINAL CERVICAL SUPRRRRENAL PELVICO TUMOR DE WILMS IZQUIERDO (2 casos) LEIOMIOSARCOMA GLUTEO MEDULOBLASTOMA DE FOSA POSTERIOR ADENOCARCINOMA FOLICULAR DEL TIROIDES ADENOCARCINOMA DE CUERPO CILIAR OJO IZQ.

quimioterapia. (Gráfica No. 1 y 2) Quince pacientes de los 22 (68%), fueron intervenidos

GRAFICA No. 1
TRATAMIENTOS UTILIZADOS



QUIMIOTERAPIA



quirúrgicamente, y 5 reintervenidos por complicaciones secundarias y metástasis.

Más de la mitad de los pacientes (12), recibieron radioterapia selectiva, porcentaje que se eleva con los pacientes que son recién diagnosticados y en fase inicial de tratamiento de quimioterapia sistémica.

El 50% de los pacientes recibieron tratamiento combinado (11 de 22), y el 72% de éstos, (8 de 11), recibieron los tres tratamientos. (Gráficas No. 3 y 4)

Dentro de las complicaciones, observamos que la infección más

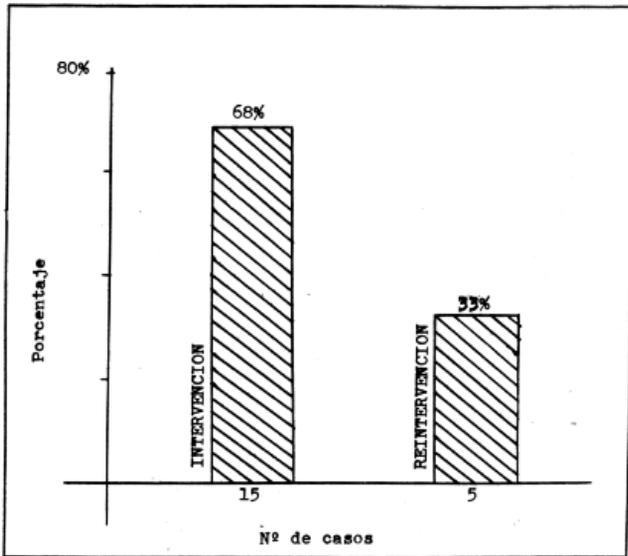
frecuente es la respiratoria, seguida de las diarreas y la septicemia. (Cuadro No. 5)

Las complicaciones más frecuentes secundarias al tratamiento de quimioterapia fueron: vómitos, anemia, alopecia, leucopenia, anorexia, plaquetopenia, úlceras orales, hemorragias digestivas, facies cushingnoide.

El promedio de días de hospitalización fué de 54 días por paciente, porcentaje que puede disminuir drásticamente en el transcurso del tiempo, si contamos con un aislamiento adecuado para evitar infecciones en pacientes en remisión, y con un

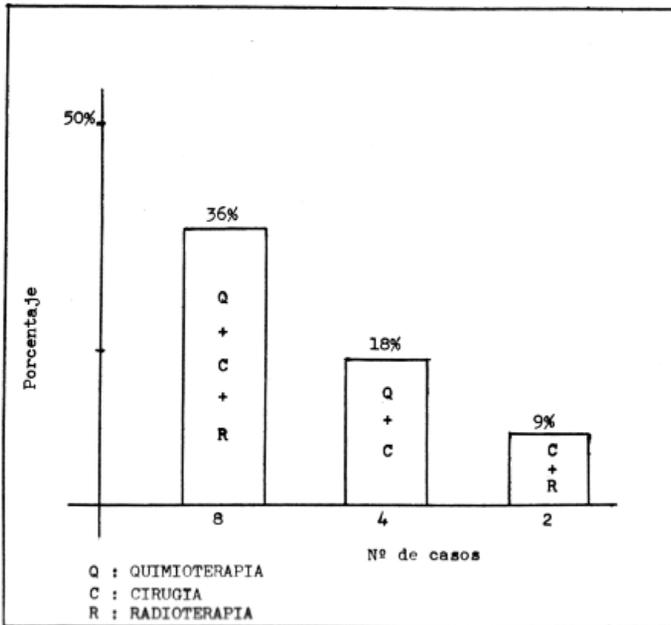
GRAFICA No. 3

TRATAMIENTO QUIRURGICO



GRAFICA No. 4

TRATAMIENTO COMBINADO



CUADRO No. 5
 COMPLICACIONES Y EFECTOS SECUNDARIOS AL TRATAMIENTO

COMPLICACIONES	CASOS	%
NEUMONIA	10	45%
VOMITOS	8	35%
ANEMIA	8	35%
ALOPECIA	7	32%
LEUCOPENIA	6	27%
ANOREXIA	6	27%
PLAQUETOPENIA	5	23%
ULCERAS ORALES	4	18%
HEMORRAGIA DIGESTIVA	4	18%
BRONQUITIS	4	18%
CEFALEA	3	14%
DIARREA	3	14%
CONVULSIONES	3	14%
FACIES CUSHINGNOIDE	3	14%
APLASIA MEDULAR	3	14%
SEPTICEMIA	2	9%
I.C.C.	2	9%
MENINGITIS	2	9%
INFECCION URINARIA	2	9%

equipo médico y paramédico especializado para atención del niño con cáncer, además del equipo apropiado para dar radioterapia a estos niños dentro de la misma Institución. (Cuadro No. 6)

El porcentaje de Reingresos fué de 73% cónsono con los múltiples tratamientos y estudios que estos niños ameritan en

su control cuidadoso y etapas sucesivas de su enfermedad, y por sus recaídas.

45% de los pacientes han fallecido, haciéndose constar que uno falleció en otra Institución.

40% de los fallecidos tuvieron una sobrevida menor de 6 meses, y 2 pacientes (20%), a 24 meses. (Cuadro No. 7)

CUADRO No. 6
MOVIMIENTO DE PACIENTES

	DIAS	Nº CASOS	%
TOTAL DIAS DE HOSPITALIZACION	1,192		
PROMEDIO DIAS DE HOSP. X PACIENTE	54		
REINGRESOS		16	73 %
DEFUNCIONES		10	45 %
SIN SEGUIMIENTO		2	11 %

CUADRO No. 7
TIEMPO DE VIDA DE LOS 10 PACIENTES FALLECIDOS

	Nº DE PACIENTES	%
MENOS DE 6 MESES	4	40%
12 MESES	3	30%
18 MESES	1	10%
24 MESES	2	20%

Los 4 pacientes con neuroblastoma fallecieron, por metástasis presentadas desde su diagnóstico inicial, y 3 de los 7 pacientes con leucemia, con diagnóstico inicial de Alto Riesgo (de más de 50,000 glóbulos

blancos), los que representan un 70% de las defunciones. (Graf. 5)

Actualmente, 4 pacientes presentan una supervivencia de 2 años, y 1 paciente con supervivencia de más de 5 años. (Cuadro No. 8)

CUADRO No. 8
SUPERVIVENCIA ACTUAL DE 12 PACIENTES TRATADOS Y VIVOS

	Nº DE PACIENTES	%
MENOS DE 6 MESES	4	33 %
12 MESES	3	25 %
2 AÑOS	4	33 %
5 AÑOS o MAS	1	8 %

En cuanto a las metástasis, observamos que los neuroblastomas fueron los que presentaron más diseminación metastásica, y las leucemias las que menos, a pesar de representar el mayor número de casos. Las metástasis más frecuentes en general fueron a pulmón, SNC, gánglios linfáticos y hueso. (Cuadro No. 9)

Conclusiones finales:

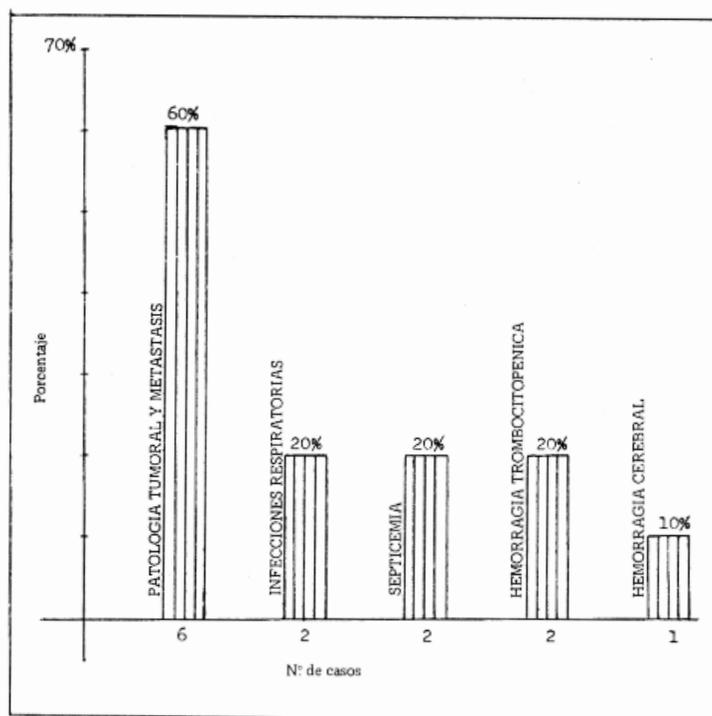
El cáncer en niños tiene un mejor pronóstico hoy, que hace unos pocos años. Esto se debe a

una combinación de tratamientos tales como: cirugía infantil, quimioterapia y radioterapia.

El tratamiento de cáncer en la niñez es un proceso complejo que envuelve varias disciplinas y especialidades. Un tratamiento victorioso depende con frecuencia de la cooperación estrecha entre el pediatra, el hematólogo, oncólogo infantil, el cirujano infantil, el radioterapeuta, el psiquiatra y el psiquiatra. El pediatra debe estar dispuesto para comunicarse con la familia,

GRAFICA No. 5
TUMORES MALIGNOS EN NIÑOS

CAUSAS DE MUERTE



CUADRO No. 9
DISEMINACION METASTASICA

CLASIFICACION	METASTASIS	Nº CASOS
L.L.A.	a S.N.C.	2
NEUROBLASTOMA	a S.N.C.	1
	a PULMON	2
	a HUESO	2
	a GANGLIOS	2
	a MEDULA OSEA	2
	a PANCREAS	1
TUMOR DE WILMS.	a GANGLIOS	1
	a PERITONEO	1
	a PLEURA	1
RABDOMIOSARCOMA	A S.N.C. ?	1
LEIOMIOSARCOMA	a PULMON	1
OSTEOSARCOMA	a PULMON	1
	a HUESO	1
ADENOCa. CUERPO CILIAR	a GANGLIOS	1
	a GLAND. PAROTIDA	1
HAND-SCHULLER-CHRISTIAN	a HUESOS	1

para discutir la condición del niño, el cuidado futuro y el pronóstico.

Aún los niños que no se pueden curar de su cáncer, se les puede ayudar prolongándoles la vida saludable, y dando cuidado pediátrico igual al que se le da a cualquier otro niño con otro padecimiento.

Los Progresos en Cáncer se deben a diferentes factores, que incluyen:

- 1) Mejor conocimiento de la historia natural y curso de la enfermedad.
- 2) Desarrollo de la radioterapia.
- 3) El uso intensivo, intermitente, y cursos cortos de quimioterapia, generalmente con combinación de drogas, adjuntas a cirugía y radioterapia, o dados solos, que han aumentado la sobrevida y producido curas en muchos casos.

BIBLIOGRAFIA

1. Smith, CH: Blood diseases of infancy and childhood.
2. Salkan, SE y Buchanan CR: Selective aplasia during leukemia treatment. Pediatrics, June 1977. Vol 59. No. 6.

3. Malpas, JS: Radiotherapy and adjuvant combination chemotherapy for childhood rhabdomyosarcoma. British Medical Journal, January, 1976. Pág. 247.
4. Hornback, Ned: Rhabdomyosarcoma in the pediatric age group. A.J.R. March, 1976. Vol 126. No. 3. Page 542.
5. Evans, A: Tumores en Pediatría.
6. Oncología pediátrica. Clínicas pediátricas de Norteamérica. Febrero, 1976.
7. Williams, IG: Tumores en el niño.
8. Nelson, J: Tratado de Pediatría.
9. Pochedly, C: Clinical management of cancer in children.
10. Sutow: Oncología pediátrica.
11. Marsden, HB y Steward, JK: Resultados recientes en investigación de tumores en niños.

MORBILETALIDAD DE LA SEPTICEMIA EN EL RECIEN NACIDO Y LACTANTE

* Dr. Jorge Jean Francois

Introducción:

La Septicemia aún constituye, a pesar de los grandes avances en el campo de la microbiología, en las medidas de prevención y en los recursos terapéuticos, una entidad clínica de gran actualidad tanto por su incidencia, que no se ha modificado mayormente en los últimos lustros, así como por su alta letalidad.

Con el propósito de conocer cual es la situación de esta enfermedad en los niños menores de 2 años, dependientes del Hospital del Niño de Panamá, se procedió a hacer un estudio retrospectivo de los pacientes que egresaron con este diagnóstico durante el año de 1976.

Materiales y Métodos:

Se revisaron los expedientes clínicos de todos los pacientes recién nacidos y lactantes, hasta los dos años de edad, que egresaron del Hospital del Niño de Panamá, durante el período comprendido entre el 1o. de

enero al 31 de diciembre de 1976.

Las variables que se consideraron fueron las siguientes: Morbilidad, edad pediátrica, diagnóstico clínico y bacteriológico, letalidad y tratamiento.

Resultados:

1. Movilidad - Incidencia:

Se registraron un total de 173 casos representando un 3.1% de los egresos (5,512) de las Salas del Hospital durante ese año, excluyendo la sala de Neonatología No. 1 correspondiente a la Maternidad del Hospital Santo Tomás en donde se atienden los Recién Nacidos sanos o con problemas menores, pero incluyendo al servicio de Neonatología No. 2, ubicado en el edificio principal del Hospital del Niño, lugar de atención para los casos graves como la septicemia.

2. Edad:

Se hizo una clasificación del grupo estudiado en Recién

* Jefe de la División Médico Quirúrgica - Hospital del Niño de Panamá. Jefe y Profesor titular del Depto. de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Panamá.

Nacidos (menores de 28 días) y Lactantes (de 1 mes a 2 años de edad). A su vez los Recién Nacidos se dividieron en 2 grupos A término y pre-terminos o bajo peso.

el paciente. En muchos casos no se alcanzó a practicar hemocultivo o se hizo cuando ya se había iniciado el tratamiento con antibióticos. Sólo se logró aislar germen en

La distribución fue la siguiente:

<u>Edad</u>	<u>No. de Casos</u>	<u>%</u>
<u>Recién Nacidos</u>	122	70.5
A término	79	
Prematuros o bajo peso	43	
Lactantes	51	29.5
TOTAL		100
TOTAL		173

Fuente: Archivos Clínicos de la Institución.

3. Diagnóstico:

Básicamente se hizo bajo criterio clínico, según los síntomas y signos que presentaba

un total de 17 pacientes (10%) en sangre u otro material biológico (orina, cordón umbilical, piel, etc.) siendo las bacterias encontradas:

<u>GERMEN</u>	<u>Nº. de Casos</u>
Klebsiella	9
Estafilococo Dorado	4
Proteus	2
E. Coli	1
Pseudomona	1
TOTAL	
17	

Fuente: Archivos Clínicos de la Institución.

4. Letalidad - Pronóstico:

La letalidad fue elevada, tal como sucede en otros centros hospitalarios con un total de 102 defunciones lo que representa 58.9% del total de la morbilidad, con mayor incidencia en el grupo de prematuros y bajo peso (72%).

La distribución de la condición de egreso por grupo de edad fue la siguiente:

renterales, transfusión de sangre total, esteroides.

6. Conclusiones y Comentarios:

Los diferentes autores señalan en la literatura consultada (1,2,3,5,6) una incidencia de la septicemia muy variable con un rango que oscila entre 1 a 54 por 1000 nacimientos vivos en el grupo de Recién Nacidos, con mayor predomi-

	RECIEN NACIDOS				LACTANTES		TOTAL	
	A TERMINO		PREMAT. O BAJO PESO					
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
VIVOS	41	52	12	28	18	36	71	41.1
MUERTOS	38	48	31	72	33	64	102	58.9
TOTAL	79	100	43	100	51	100	173	100.0

Fuente: Archivos Clínicos de la Institución.

5. Tratamiento

Antibióticos: el esquema principal consistió en la combinación de ampicilina con kanamicina, o gentamicina, el cual se mantuvo según evolución clínica o aislamiento del germen causal.

Otros antibióticos utilizados fueron: Meticilina, oxacilina, tobramicina, carbenicilina, cefalotina y amicacina.

Medidas de Soporte: Incubadora, oxígeno, soluciones pa-

nio en los prematuros y bajo peso según edad gestacional, alcanzando para estos últimos, cifras tan elevadas como las que apunta Buetow (4) de 164 x 1000, en niños de 1.001 a 1,500 gm.

Durante el año de 1976 se recibieron en el Servicio de Neonatología No. 1, 13,366 niños procedentes de la Maternidad del Hospital Santo Tomás.

Tuvimos en esta serie 122 Re-

cién Nacidos afectados, pero 52 procedían de otras instituciones lo que la incidencia real fue de 5.1 x 1,000 nacimientos vivos.

Llama la atención el aislamiento de la klebsiella como principal agente causal de la infección en nuestros casos, que difiere de lo encontrado en estudios de otros países (2,3) que muestran predominio de los coliformes y del Estreptococo B, así como también del estafilococo, aunque este último germen en nuestra serie ocupó el segundo lugar en frecuencia.

Sin embargo, hay que recordar que la Septicemia se presenta a veces en brotes epidémicos institucionales que varía según el germen infectante a través de alimentos y materiales contaminados, pacientes o por general

portador. Así tuvimos en este hospital en 1974 un brote epidémico séptico por Salmonella Typhimurium variedad copenhagen.

La letalidad, como se señala, es alta sobre todo en los niños prematuros y de bajo peso para la edad gestacional, lo que coincide también con otras series (2) que muestran como promedio una letalidad de 40%.

El arsenal terapéutico y los esquemas de tratamiento han ido variando de acuerdo a la modificación de la flora bacteriana predominante y de los cambios que se han producido con las cepas resistentes.

A continuación presentamos un cuadro con el esquema de tratamiento que se recomienda en la actualidad de acuerdo al germen causal:

ANTIBIOTICOS

<u>GERMEN</u>	<u>ANTIBIOTICO</u>	<u>R. N.</u>	<u>LACTANTE</u>
DESCONOCIDO	AMPICILINA	150 - 200 mg. kg/día	300 - 400 mg kg/día
	+	en 3 a 4 dosis I. V.	en 4 a 6 dosis I. V.
	KANAMICINA	15 a 30 mg. kg/día	20 - 30 mg kg/día
	6	en 2 dosis I. M.	en 2 - 3 dosis I. M.
	GENTAMICINA	5 mg kg/día en 2 dosis	5 - 7.5 mg kg/día
		I. M. 6 I. V.	en 2 - 3 dosis I. M. 6 I. V.
ESTAFILOCOCO	METICILINA	100 - 300 mg kg/día	300 mg kg/día en
	6	en 4 dosis I. V.	4 a 6 dosis I. V.
	OXACILINA	MISMA DOSIS	MISMA DOSIS
KLEBSIELLA	KANAMICINA 6	GENTAMICINA =	DOSIS INDICADA - DOSIS INDICADA
PSEUDOMONA	CARBENICILINA	400 mg kg/día en 4 do-	I G U A L
		sis I. V. DOSIS INDICADA	

<u>GERMEN</u>	<u>ANTIBIOTICO</u>	<u>R. N.</u>	<u>LACTANTE</u>
SALMONELLA	AMPICILINA + GENTAMICINA	DOSIS INDICADA	DOSIS INDICADA
E. COLI PROTEUS	AMPICILINA + KANAMICINA 6 GENTAMICINA	DOSIS INDICADA	DOSIS INDICADA
LISTERIA	AMPICILINA	DOSIS INDICADA	DOSIS INDICADA
ESTREPTOCOCCO	PENICILINA G CRISTALINA	100,000 U. kg/día en 2 - 3 dosis I.V.	100,000 U. x kg x dosis cada 4 - 6 hrs. I. V.
NEUMOCOCCO	" "	" "	" "
HEMOPHILLUS I.	AMPICILINA 6 CLORANFENICOL	DOSIS INDICADA 25 - 50 mg kg/día en 2 - 3 dosis I. V. I. M.	DOSIS INDICADA 100 - 150 mg kg/día en 3 - 4 dosis I. V. I. M.
NUEVOS AMINOGLICOSIDOS * PARA G ⁻ Y ESTAFILOCOCCO	AMICACINA	10 - 15 mg kg/día en 2 dosis I.M. I.V.	15 mg kg/día en 2 - 3 dosis I. M. 6 I. V.
	TOBRAMICINA	3 - 5 mg kg/día en 2 dosis I.M. 6 I.V.	5 mg kg/día en 2 - 3 dosis I.M. 6 I.V.
	SISOMICINA	IGUAL	IGUAL

UTILIZARLOS SI NO HAY RESPUESTA CLINICA CON LOS OTROS ANTIBIOTICOS O SI EL ANTILOGRAMA MUESTRA SENSIBILIDAD SOLO A ESTOS ANTIBIOTICOS.

BIBLIOGRAFIA

1. Krugman S, Ward R: Enfermedades Infecciosas 5a ed, Interamericana 1974, México pp. 153-161.
2. Rudolph AM: Pediatrics 16th ed, Appleton 1977, New York, pp. 181-183.
3. Wilson HD, Eichwald HF: Sepsis del Neonato, Clin Ped North Am 21:571, 1974.
4. Buetow KC, Klein SW and Lane RB: Septicemia in Premature infants. Amer J. Dis Child 110:29-41, 1965.
5. Nelson WE, Vaughan Vc, McKay RJ: Textbook of Pediatrics, 10th ed, WB Saunders Co. Philadelphia 1975, pp 571-572, 398-402.
6. Meneghello J: Pediatría, Inter-Médica 1972, pp. 561-570.
7. Departamento de Estadísticas y Archivos Clínicos del Hospital del Niño, Panamá, Panamá.

NOTICIAS

Toma posesión la Nueva Directiva de la Soc. Panameña de Pediatría.

El pasado 15 de julio, en ceremonia celebrada en el salón Bolívar del Hotel Continental de esta ciudad, tomó posesión la nueva directiva para el período 1978-1979, la cual esta integrada en la siguiente forma:

Presidente: Dr. Pedro V. Núñez

Vice Presidente:

Dra. Leonor E. Olivares.

Secretario de Asuntos Internos:

Dr. José de Jesús Grimaldo.

Secretario de Asuntos Externos:

Dra. Elba M. de Roy.

Tesorero:

Dr. Ernesto Echevers.

Vocal:

Dra. Zoraida Pérez.

Presidente anterior:

Dr. Egberto Stanziola.

El Presidente anterior, Dr. Stanziola juramentó al Nuevo Presidente quien a su vez juramentó al resto de la directiva.



El Presidente saliente: Dr. Egberto Stanziola presentando su informe de las actividades realizadas durante su período.



El Presidente entrante Dr. Pedro V. Núñez pronunciando su discurso, comunicando su programa de trabajo.



En esta foto se aprecia al Dr. Egberto Stanziola juramentando al Dr. Pedro V. Núñez durante el acto de la Transmisión de Mando.

El Dr. Pedro Vasco Núñez, Presidente entrante y Sra. y el Dr. Egberto Stanzola, Presidente saliente y Sra. durante la ceremonia de Toma de Posesión celebrada el 15 de Julio de 1978.



Bodas de Plata de la Sociedad Panameña de Pediatría:

El 26 de enero de 1979 cumplirá sus 25 años de fundada nuestra sociedad, acontecimiento que coincidirá con la celebración de las Bodas de Oro de la Asociación Médica Nacional, motivo por el cual la celebración de nuestras Bodas de Plata tendrá lugar dentro del marco de las celebraciones de la Asociación Médica de la cual somos filiales.

Al mismo tiempo y con el mismo motivo tendrán lugar nuestras XI Jornadas Panameñas de Pediatría, para los cuales han sido invitados los profesores:

Dr. Mario Ferreiro Serrano.

Neonatólogo de Santiago de Chile.

Dr. Enrique Chávez

Neurólogo Pediatra de la Universidad de IOWA-USA.

Dr. Enrique Dulanto Gutiérrez

Jefe del Depto. de Salud de Adolescentes del Hospital Infantil de México.

Otorgado el Premio Nestlé 1978

Durante la ceremonia de cambio de directiva en el Hotel Continental, fueron entregados los pergaminos correspondientes al Premio Nestlé 1978, el cual este año fue otorgado a tres trabajos:

Fiebre de origen por determinar

Dr. Telemaco Trujillo

Dr. Isaac Araúz

Dr. Ricardo McCalla

Revisión Estadística de 379 casos de asma manejados en urgencia Pediátrica del Complejo Hospitalario Metropolitano CSS.

Dr. Ludwig Dillman

Dr. Abdiel Solís

Curundú Espectacular

Dr. Egberto Stanzola

los cuales fueron presentados en los X Jornadas Panameñas de
Pediatria. Entregó los premios el Sr. Juan Mateos, Jefe de Productos
de la Cía. Panameña de Alimentos, en representación del Sr.
Hermann Meyers, Gerente Gral. de la citada compañía.



Los Drs. Ludwig Dillman, Isaac Araúz y Egberto Stanzola recibieron el Premio Nestlé
1978 de manos del Sr. Gerente de la Cía Panameña de Alimentos.

SOCIEDAD PANAMEÑA DE PEDIATRIA COMISIONES DE TRABAJO

Comisión de Admisión de Socios

Dr. Antonio Schaw

Dr. Dagoberto Corro

Dr. Julián Ardines

Comisión Científica

Dr. Ricaurte Crespo

Dr. Félix Ruíz

Dra. Rosa Siu Loy

Dr. Jorge Jean-Francois

Dr. Abdiel Goytía

Comisión de la Revista

Dra. Doris Chorres

Dr. Francisco Bravo

Dra. Margarita de Roy

Dr. Manuel Palau

Dr. Esteban López

Comisión de Biblioteca

Dr. Leonel Luque
Dr. Edilberto Morales
Dr. Rolando Urrutia
Dra. Dorothy Wilson
Dr. Alberto Mizrachi
Dr. Antonio Jones
Dr. Icaro Leandro

Dr. Abdiel Goytía
Dr. Telémaco Trujillo
Dr. Isaac Araúz

Comisión de Finanzas

Dr. Ernesto Echevers
Dra. Leonor Olivares
Dr. Blas Celis

Comisión de Etica

Dr. Gonzalo Sosa García
Dra. Hermelinda Cambra
de Varela
Dr. Joaquín Vallarino
Dr. Pedro Moscoso
Dr. Rodolfo V. Poveda

Asesores del Presidente

Dr. Egberto Stanziola
Dr. Félix Ruíz
Dr. Ricaurte Crespo
Dr. René Villaláz
Dra. Doris Chorres
Dr. Siviardo De León
Dr. Carlos Sousa Lennox
Dr. Gonzalo Sosa
Dr. Rodolfo V. Poveda
Dra. Hermelinda C.
de Varela

OTRAS COMISIONES

Comisión de Arte

Dr. Egberto Stanziola
Dr. Carlos Sousa Lennox
Dr. Rubén Villaláz

Bodas de Oro de la Asociación Médica Nacional

El 21 de septiembre de 1979 cumplirá 50 años de fundada la Asociación Médica Nacional, acontecimiento que será celebrado conjuntamente con todas sus sociedades especializadas filiales en un gran evento científico y social que tendrá lugar del 24 al 27 de enero próximo.

XIII CONGRESO CENTROAMERICANO DE PEDIATRIA

En la ciudad del San Salvador, El Salvador, tendrá lugar, del 12 al 17 de febrero de 1979, el XIII Congreso Centroamericano de Pediatría, conjuntamente con el V Curso Internacional de Post-Grado en Pediatría. Con el objeto de hacer la promoción de este Congreso, recibimos la visita en los últimos días del mes pasado de julio, de tres distinguidos colegas salvadoreños, miembros del Comité Organizador del mismo: Dres: Guillermo Guillén Alvarez, Francisco Rodríguez Porth y Gustavo Dreiss R.

X JORNADAS PANAMEÑAS DE PEDIATRIA
Y
Ier. CURSO INTERNACIONAL DE POST-GRADO
DE PEDIATRIA



El Dr. Egberto Stanziola, presidente de la Sociedad Panameña de Pediatría, dirigiéndose a la concurrencia, durante el acto de Inauguración de la X Jornada de Pediatría y Ier. Curso Internacional de Post-Grado de Pediatría.



Momento en que la Dra. María V. de Arias presentaba a los distinguidos profesores que nos impartieron el curso de Otolología Pediatrica. De izq. a derecha: Dr. Egberto Stanziola, Dr. Edgar Chrossine Lares, Dra. María V. de Arias y el Dr. Francisco Pérez Olivares.



El Dr. Francisco Pérez Olivares en una de sus conferencias sobre los problemas del oído en el niño.



El Dr. Fabio Hernández ofreciendo una de sus interesantes conferencias sobre Neurología Pediatrica.



Los distinguidos participantes de la Discusión abierta sobre los Problemas del Adolescente Dr. Enrique Dulanto jefe del Servicio de Adolescentes del Hospital Infantil de México, Dr. Pedro V. Núñez, Presidente de la Mesa e invitados.



La Directiva de la Sociedad Panameña de Pediatría en Compañía de representantes de Alimentos Infantiles GERBER.

Discurso pronunciado por el Dr. Pedro V. Núñez, Presidente de la Sociedad Panameña de Pediatría, por el buen año 1978-1979 en la toma de Posesión celebrada el día 15 de Julio de 1978 en el Hotel Continental.

Señoras y señores:

Sean mis primeras palabras para expresar mi más profundo agradecimiento a todos los miembros de esta entidad que, en forma espontánea y unánime, emitieron su voto para distinguirme con el alto cargo de Presidente.

Quiero interpretar esta deferencia como expresión del aprecio que me profesan y por ello la acepto con humildad y con los mejores propósitos de corresponder, con dedicación y máximo interés, en el desempeño de todos los deberes que atañen a esta honrosa designación.

Por segunda vez, después de más de veinte y cuatro años, asumo la dirección de esta cara entidad que nació el 18 de Enero de 1954 al calor de ocho pediatras que, con fe y confianza en el porvenir y con el más acendrado deseo de superación, colocaron las piedras fundamentales de su estructura.

Por ello doy paso al recuerdo evocando los nombres de quienes me acompañaron en la primera Directiva, los doctores: EDGARDO BURGOS, Vice-Presidente; HERMELINDA CAMBRA DE VARELA, Tesorero; JOSE RENAN ESQUIVEL, Secretario y RICARTE CRESPO VILLALAZ, Vocal; y también los de los otros Fundadores Doctores CARLOS SOUSA LENNOX, PEDRO MOSCOSO DIAZ y JOAQUIN VALLARINO.

Durante ese año se construyeron los cimientos de la Sociedad con la aprobación de los Estatutos y la organización y coordinación del programa de labores. Celebrábamos sesiones mensuales en el Hospital del Niño con presentación de trabajos científicos seguido de cuestiones administrativas.

Con participación de varios miembros, se llevó a cabo la primera mesa redonda sobre Poliomiélitis, en la cual se actualizó un tema de máxima importancia por el descubrimiento de la vacuna contra esta enfermedad.

El tiempo ha transcurrido lleno de logros para la Sociedad Panameña de Pediatría, pues a esa Directiva han sucedido muchas más, todas con actuaciones altamente positivas y rodeadas cada vez de un mayor número de miembros que, ya sea aportando trabajos científicos o desempeñando a cabalidad los cargos correspondientes, han contribuido a convertirla en una entidad adulta de proyecciones nacionales e internacionales reconocida por panameños y extranjeros.

Por ello y consciente de la responsabilidad que conlleva el cargo de dirigente, quiero compartirla con ustedes anunciándoles que durante el presente año se realizarán importantes actividades que exigirán de todos nosotros mucha dedicación y trabajo tesonero.

Tres congresos tendrán verificativo durante el presente período. A fines de septiembre, simultáneamente, se celebrarán en México el V Latinoamericano, el XII Panamericano y el XVI Nacional de Pediatría. En el mes de enero del año próximo, conjuntamente con el Congreso del Cincuentenario de la Asociación Médica Nacional, se efectuarán las XI Jornadas Panameñas de Pediatría, Jornadas de nuestras Bodas de Plata. Finalmente, en febrero tendrá lugar en la hermana República del Salvador el XII Congreso Centroamericano de Pediatría. Debemos añadir a esto que el año 1979 ha sido declarado "El Año Internacional del Niño" anunciándose un nutrido programa de actividades en el que la Pediatría ocupa destacado sitio.

Con este hermoso panorama a la vista creo que debemos unificar esfuerzos para que nuestra labor resulte fructífera y satisfactoria.

El Boletín Científico, órgano de comunicación pediátrica que se ha publicado con material importante y regularmente, gracias al esmero de su comisión, creo que amerita un número extraordinario con motivo de las Bodas de Plata. El Pediatra, que ha constituido un éxito periodístico y que continuará publicándose bajo la dirección de su creador el DR. EGBERTO STANZIOLA, mi inmediato predecesor, a quien aprovecho la ocasión para felicitar por su brillante y fecunda gestión presidencial, espera la colaboración entusiasta de todos los miembros.

Los Estatutos, recientemente aprobados, deberán complementarse con la confección de un Reglamento Interno adecuado a nuestro funcionamiento para hacerlos más efectivos.

Con el mayor entusiasmo inicio hoy este período, bien acompañado por una Directiva eficiente y activa y por un equipo de trabajo integrado por colegas ejemplares a los cuales, de antemano, agradezco su colaboración tan necesaria para llevar a cabo nuestro programa de actividades.

Sólo me resta pedir al Todopoderoso que me ilumine para que, al final de la jornada, pueda sentir la satisfacción del deber cumplido y la íntima alegría de saber que la Sociedad Panameña de Pediatría ha sido colocada un paso más adelante en el cumplimiento de sus postulados.

Bactrim Roche

Jarabe

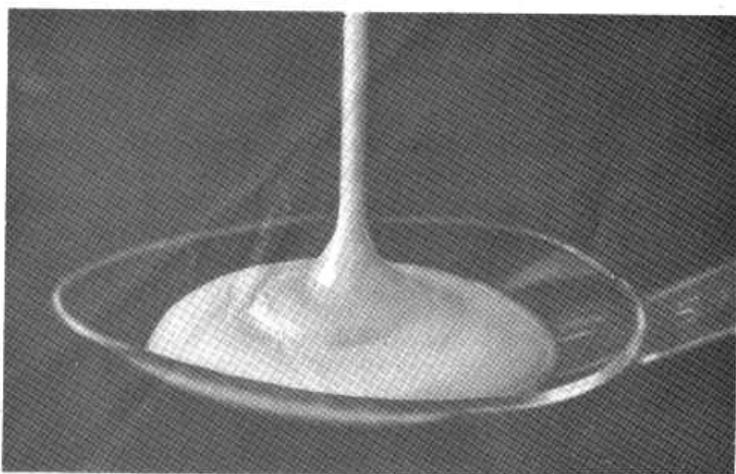
Nuevo bactericida de acción doble

Espectro ultra amplio

Gran actividad

Fácil manejo

Sin efectos secundarios



Esquema de posología	Mañana	Anochecer
6 semanas a 5 meses		
6 meses a 5 años		
6 a 12 años	 	 



Un notable progreso
en la moderna quimioterapia

KANTREX*

INYECTABLE

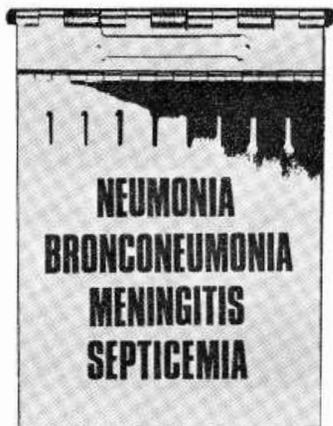
"Cuanto más se le conoce, mejor se le valora" (1)

VALIOSO EN PEDIATRIA

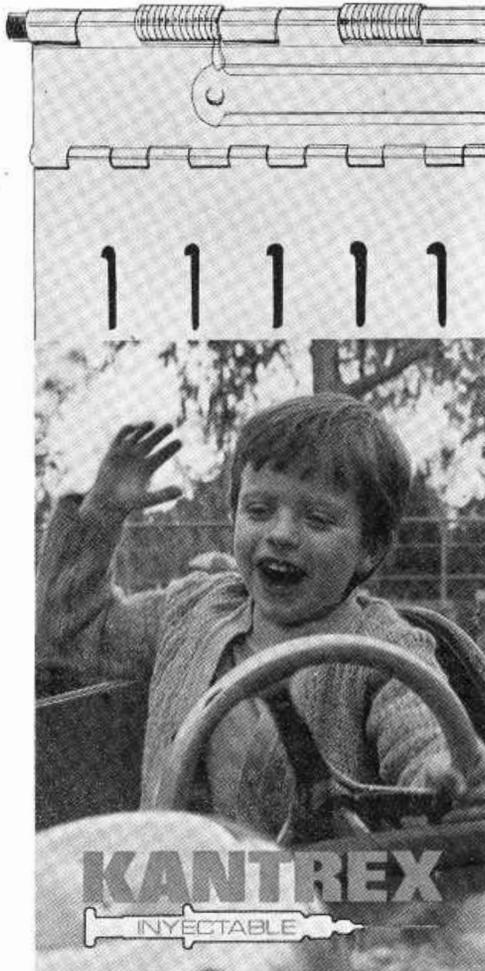
"El empleo de la Kanamicina (KANTREX) en las infecciones por gramnegativos, aumenta significativamente el índice de supervivencia" (2)

SEGURO EN PEDIATRIA

"La valoración actual del grupo KANAMICINA-GENTAMICINA-NEOMICINA, cita a KANTREX como el más seguro para administración parenteral" (3,4)



...POR SUS RESULTADOS CLINICOS



* Reg. S. San. (S) 4848 (Mar. 1975). - Reg. S. S. (S) 4848 (Mar. 1975).
1. Reg. S. S. (S) 4848 (Mar. 1975). - Reg. S. S. (S) 4848 (Mar. 1975). - Reg. S. S. (S) 4848 (Mar. 1975).
LITENATURA EXCLUSIVA PARA MÉDICOS, SU ÚNICA FUENTE DE RECETA MÉDICA. LOS CONSULTOS VERIFICADOS EN ESTA LITENATURA SON DE LA RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES MENCIONADOS EN LA IDENTIFICACIÓN, NUNCA REGISTRADA. REG. MED. 55086-67387. 673-76-701-2. ALE-29483(1)

¡NO SE ESFUERCE..!



Laxoberon[®]

PRIMERA SOLUCION LAXANTE de CONTACTO
en gotas

AZAGRA, S. A.
Apartado 8625
Panamá 5,
Rep. de Panamá
Tel. 64 -7138

**Boehringer
Ingelheim**



Amikin*

ROMPE LAS BARRERAS DE RESISTENCIA

Investigado específicamente para resistir la degradación enzimática, la molécula de AMIKIN* está capacitada para ser la menos afectada por la inactivación de las aminoglucosidasas. Erradicando por consiguiente, cepas resistentes a la gentamicina, tobramicina y kanamicina.

AMINOGLUCOSIDASAS	TIPO	FOSFOTRANSFERASAS			ACETILTRANSFERASAS				NUCLEOTIDIL TRANSFERASA	TOTAL	
	NUMERO	1	2	3	4	5	6	7	8		9
KANAMICINA-B		●	●		●	●	●		●	●	7
GENTAMICINA					●	●	●	●	●	●	6
KANAMICINA-A		●	●			●	●		●	●	6
SISOMICINA					●	●	●	●	●	●	6
TOBRAMICINA					●	●	●		●	●	5
AMIKIN*AMIKACINA							●				1

● Sustancia creadora de resistencia bacteriana por su intensa actividad aminoglucosidolítica específica.

Donde AMIKIN* ocasionalmente no actúe, ningún otro aminoglucósido, usado en clínica, actuará.

Ya que, la cepa que sea resistente a otros aminoglucósidos conocidos, invariablemente será sensible a AMIKIN*.

MeadJohnson*

SCHERING CORPORATION U.S.A.



GARAMICINA INYECTABLE

Casi todos los micro-organismos "resistentes" son sensibles a la Garamicina.

C E L E S T O N E

Reafirmado en el transcurso del tiempo, por los resultados clínicos y la opinión médica mundial como "el corticosteroide número 1"..... en eficacia, seguridad y economía.

P O L A R A M I N E

Domina rápidamente los síntomas alérgicos, cualquiera que sea el alérgeno ofensivo.

T I N A D E R M

Por su potente acción fungicida, el medicamento ideal para las micosis superficiales.

TEL.: 25- 1077



Hyper-Tet MR.

(Globulina Inmune Antitetánica HUMANA)

- Mayor protección temporal con dosis más bajas
- Preparado a partir de sangre venosa humana
- Administración compatible con individuos sensibles a la antitoxina equina
- Evita las reacciones anafilácticas derivadas de la administración de suero equino
- Evita el efectuar pruebas cutáneas o conjuntivales

DISTRIBUIDOR

F. ICAZA Y CIA.

Teléfono: 62-7300

Apartado postal: 2140

Panamá 1, R. de P.

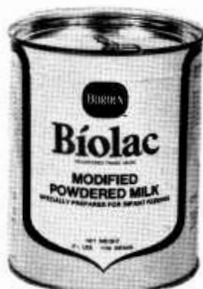


**En la
alimentación
infantil,
Borden
es garantía
de calidad
científica.**



KLIM

LECHE EN POLVO INTEGRAL.
Por su flexibilidad, fácilmente adaptable a las necesidades del bebé, debidamente modificada.



BIOLAC

LECHE MODIFICADA COMPLETA.
Fácil de formular, fortificada con vitaminas A, B1, B2, C y D. Contiene sulfato ferroso y adecuada cantidad de carbohidratos.



DRYCO

LECHE SEMIDESCREMADA HIPERPROTEICA.
Fortificada con vitaminas A y D, especialmente adaptada para la alimentación de prematuros.



NEO-MULL-SOY

LECHE HIPOALERGENICA DE SOYA PARA INFANTES.
Fortificada con vitaminas y minerales para ser usada como reemplazo a la leche.

DISTRIBUIDOR:



CIA. INTERNACIONAL DE VENTAS, S. A. TELEFONO 61-8000.

La lactancia al seno es la ideal...

...pero cuando no se reúnan todas las condiciones para su realización óptima y que Ud. se encuentre en la obligación de prescribir una leche cuya composición cuantitativa y cualitativa se aproxime a la de la leche materna...

...**Nan** puede complementarla o sustituirla con toda garantía puesto que los diversos nutrientes de **Nan** fueron objeto de un examen muy profundo, tanto desde los puntos de vista técnico como de los efectos fisiológicos.



Nan está avalado con la tradicional calidad y garantía **Nestlé**