

BOLETIN DE LA SOCIEDAD PANAMEÑA DE PEDIATRIA



VOL. III - JUNIO, 1973 - Nº 5

BOLETIN CIENTIFICO CONTENIDO

	Pág.
Editorial	1
La Fototerapia en la Hiperbilirrubinemia del Recién Nacido	3
Dr. Félix E. Rufz R.	
Revisión Perinatal	12
Dra. Doris E. Chorres	
Estudio Médico-Antropométrico en Escolares panameños	20
Dr. Thomas P. Owens · Dra. Criseida de Owens	
Bronquitis Asmatiforme -vs- Asma Bronquial ..	34
Dra. Rosa E. Siu	
Técnica de la Sectorización Hospitalaria para un mejor Control de los Pacientes	42
Dr. Jorge Jean Francois	
Caso Clínico Patológico	49
Dres. Doris E. Chorres, Manuel Roy Jr. Jaime Arias	
Estatutos	53
Requisitos Mínimos para la Presentación de Trabajos Científicos en las Jornadas panameñas de Pediatría	60
Noticias	62

UN BEBE SIMILAC™

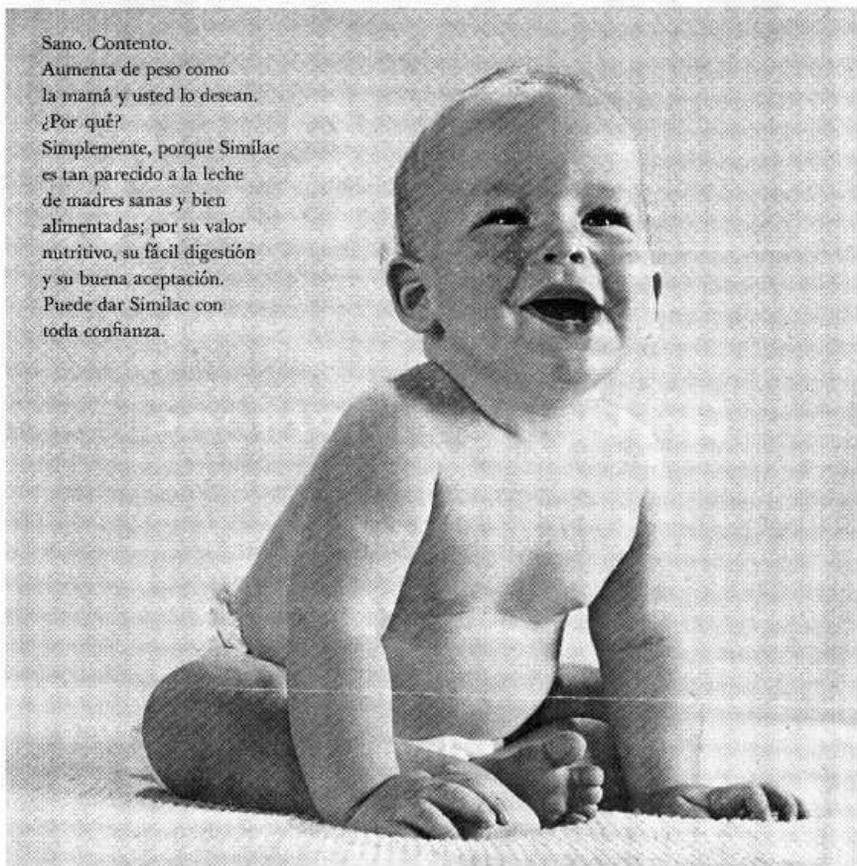
Sano. Contento.

Aumenta de peso como
la mamá y usted lo descan.

¿Por qué?

Simplemente, porque Similac
es tan parecido a la leche
de madres sanas y bien
alimentadas; por su valor
nutritivo, su fácil digestión
y su buena aceptación.

Puede dar Similac con
toda confianza.



ABBOTT LABORATORIES INTERNATIONAL, CO.
APARTADO POSTAL 4543 - TELEFONO 23-0739
CALLE 45 OESTE No. 47 (Antigua Martín Sosa)
PANAMA 5, PANAMA

PROMED,
S. A.

**Articulos Medicos
Hospitalarios y
de Laboratorio**

APTDO. 6281 PANAMA, 5 R. de P.

TELS. 23-8654 - 23-5566

BOLETIN CIENTIFICO

VOLUMEN III

- JUNIO DE 1973 -

Nº 5

EDITOR:

Dr. JOSE GUILLERMO ROS-ZANET

Dr. RICAURTE CRESPO V.

Presidente del Comité Científico de la
Sociedad Panameña de Pediatría.

CONSEJO DE EDITORES:

Dra. DORIS E. CHORRES

Presidente de la Sociedad Panameña de
Pediatría.

Dres. JOSE G.MO. ROS-ZANET

RENE A. VILLALAZ

Comité de Editores de Acta Pediátrica
Latino Americana.

Dra. HERMELINDA C. DE VARELA

Presidente del Comité de Revista y Boletín
de la Sociedad Panameña de Pediatría.

Dres. FELIX E. RUIZ R.

CRISEIDA S. DE OWENS

ABDIEL GOYTIA

Comité de Revista y Boletín de la
Sociedad Panameña de Pediatría.

REGLAMENTACION DE PUBLICACIONES

1. El "Boletín Científico" es el Organó Oficial de la Sociedad Panameña de Pediatría
2. Se publicarán dos números anuales, con artículos de interés en el campo de la Pediatría, en lo que respecta a la práctica de la Especialidad en la República.
3. Los manuscritos pueden ser enviados por correo al Apartado 7093, Panamá 5, República de Panamá, o entregados personalmente en la oficina de la Sociedad.
4. Se preferirán artículos originales, escritos a máquina sobre papel standard, a doble espacio y con margen no menor de 2.5 centímetros.
5. Todo artículo deberá contar (según las normas aceptadas internacionalmente) de introducción, material y método usados, resultados, discusión, resumen y bibliografía.
6. Las gráficas, cuadros y tablas serán hechos en cartulina blanca, con tinta china. Las fotografías deben ser presentadas en papel satinado positivo, con su leyenda en hoja aparte.
7. 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 queda a juicio del Comité de Editores.

CONTENIDO

	Pág.
Editorial	1
La Fototerapia en la Hiperbilirrubinemia del Recién Nacido	3
Dr. Félix E. Ruíz R.	
Revisión Perinatal	12
Dra. Doris E. Chorres	
Estudio Médico-Antropométrico en Escolares panameños	20
Dr. Thomas P. Owens	
Dra. Criseida de Owens	
Bronquitis Asmatiforme -vs- Asma Bronquial ..	34
Dra. Rosa E. Siu	
Técnica de la Sectorización Hospitalaria para un mejor Control de los Pacientes	42
Dr. Jorge Jean Francois	
Caso Clínico Patológico	49
Dres. Doris E. Chorres, Manuel Roy Jr. Jaime Arias	
Estatutos	53
Requisitos Mínimos para la Presentación de Trabajos Científicos en las Jornadas panameñas de Pediatría	60
Noticias	62

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD PANAMENA DE PEDIATRIA

— 1973 —



MESA DIRECTIVA

Presidente:

Dra. DORIS E. CHORRES

Vice-Presidente:

Dr. FELIX E. RUIZ R.

Secretario de Asuntos Internos:

Dra. LEONOR E. OLIVARES

Secretario de Asuntos Externos:

Dr. ALBERTO CHEPOTE

Tesorero:

Dr. LUIS C. VEGA

Presidente Anterior:

Dr. RENE A. VILLALAZ

MIEMBROS ACTIVOS

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|
| Dr. ABADI, ELIAS | Dra. MARMORSTEIN, SUSI DE |
| Dr. BARRERA, EDGARDO | Dr. MATOS L., EDGARDO |
| Dra. BATISTA, ARACELLY DE | Dr. MENDOZA, JUAN A. |
| Dr. BATISTA, CARLOS | Dr. MORALES P., EDILBERTO |
| Dr. BENEDETTI, LEOPOLDO | Dr. MOSCOSO, PEDRO |
| Dr. BERNAL, CESAR A. | Dr. NAAR, HUMBERTO |
| Dr. BRAVO, FRANCISCO | Dr. NUÑEZ, PEDRO VASCO |
| Dr. BURGOS, EDGARDO | Dra. OLIVARES, LEONOR |
| Dr. CALVO, JOSE E. | Dra. OLMOS, GLADYS C. DE |
| Dr. CARRIZO, HUMBERTO | Dra. OWENS, CRISEIDA DE |
| Dr. CEDENO, FEDORA | Dr. PALAU C., MANUEL |
| Dr. COUTTE, ALBERTO | Dr. PAREDES, JOSE A. |
| Dr. CRESPO V., RICAURTE | Dr. POVEDA, RODOLFO |
| Dr. CHEPOTE L., ALBERTO | Dr. RAMOS, GREGORIO |
| Dra. CHORRES, DORIS | Dr. REAL S., EDUARDO |
| Dr. DE ARAUJO, HERONIDES | Dr. RIVERA, JORGE |
| Dr. DE LEON, SIVIARDO | Dr. ROS-ZANET, JOSE GUILLERMO |
| Dr. DE OBALDIA, GUSTAVO | Dra. ROY, ELBA MARGARITA DE |
| Dr. DIAZ G., ALBERTO A. | Dr. RUIZ R., FELIX E. |
| Dr. DILLMAN' LUDWIG | Dra. SANCHEZ, LIGIA |
| Dra. DODD, VILMA DE | Dra. SIU LOY, ROSA |
| Dr. ESCALONA, AURELIO | Dr. SOSA G., GONZALO |
| Dr. ESQUIVEL, JOSE RENAN | Dr. SOUSA LENNOX, CARLOS |
| Dra. GARCIA, ELIA B. DE | Dr. TEJEDOR, MAXIMO |
| Dr. GARCIA ARAUZ, RAMIRO | Dr. THOMPSON, EMMANUEL |
| Dr. GARNES, CLEMENTE | Dr. URRUTIA, ROLANDO |
| Dr. GUERRA, CARLOS | Dr. VALLARINO, JOAQUIN |
| Dr. GOYTIA, ABDIEL | Dra. VARELA, HERMELINDA DE |
| Dr. JEAN-FRANCOIS, JORGE | Dr. VARGAS T., JORGE |
| Dra. JIMENEZ DE BETHANCOURT,
EDITH | Dr. VASQUEZ V., CARLOS |
| Dr. JONES, ANTONIO R. | Dr. VEGA B., LUIS CARLOS |
| Dr. LOPEZ G., ANIBAL | Dra. VELARDE, MARGARITA DE |
| Dr. LOPEZ V., ESTEBAN | Dr. VILLALAZ, RENE |
| Dr. LUQUE P., LEONEL | Dra. WILSON, DOROTHY |
| Dr. LUZCANDO MANUEL DE J. | Dr. YOUNG ADAMES, NARCISO |

SIGNOS DE LOS TIEMPOS

Es cada día más evidente que la peor política que puede seguir la clase médica es la que lleva a la discordia, la desunión y el aislamiento. Es obvio que la solidaridad médica no debe tener miras egoistas, ni la finalidad de mantener o propiciar privilegios ilegítimos y negativos. El ejercicio de la profesión es hoy una función social y muy duros desengaños esperan a quienes así no lo comprendan. La carrera médica no es tampoco medio fácil para acumular bienes ni un recurso para ganar prestigio, como no sea el legítimo renombre científico y profesional.

Contrariamente a la noción popular, en la profesión médica no todo es holgura y bienestar. En ninguna otra profesión hay latentes tantas posibilidades de conflicto, tanto potencial de polémicas, ni tantos juicios adversos de tipo netamente subjetivo. Y tales juicios son emitidos, generalmente, por profanos en materia médica. Por otra parte no es ningún privilegio trabajar seis u ocho horas en algún hospital o policlínica, servir después a la clientela privada y estar dispuesto a atender llamadas de urgencia a cualquier hora.

En medio de estas contingencias solamente la solidaridad médica pueden darnos confianza y apoyo contra tantos riesgos potenciales, que ya no provienen solamente de los individuos sino también de los gobiernos. Porque algunos gobernantes, con el fin de hacer el juego y halagar las inclinaciones primarias de las masas, que se deleitan en abatir y humillar lo que no comprenden, tratan de ejercer su dominio contra una clase médica que consideran privilegiada, cercenándoles derechos penosamente adquiridos.

Así vemos que el gobierno del DR. JOSE MARIA VELASCO IBARRA derogó por decreto todos los fundamentos de la defensa profesional de los médicos del Ecuador. Estos derechos habían sido conseguidos después de muchos años de lucha y sacrificios. Estos médicos perdieron la estabilidad en los cargos y se instituyó el despido intempestivo sin causa justificada y sin indemnización. Se suprimió la libertad de agruparse en Colegios Médicos y se derogó el sueldo básico mínimo, compatible con una vida decorosa.

Hace poco el gobierno boliviano disolvió la Confederación Médica de Bolivia, se apoderó de su patrimonio y creó un nuevo Colegio Médico Oficial. Varios médicos fueron encarcelados por tener ideas de izquierda y hasta donde llegan nuestras informaciones aún no han sido liberados. Aparentemente estas represalias se basaron en el respaldo que el Sindicato Médico de Bolivia dio a la gestión del ex-Presidente JUAN JOSE TORRES.

En estos momentos la Unión Médica Nacional de Costa Rica se encuentra en dificultades con la Caja Costarricense de Seguro Social, debido a las duras condiciones de trabajo y a la mezquindad de las remuneraciones. El gobierno los ha amenazado con importar médicos extranjeros, en vez de examinar si sus demandas son justas o antojadizas.

Considerando estos síntomas, la Asociación Médica Nacional estima que la unión monolítica de todas las fuerzas médicas es la única garantía de que puede disponer un grupo que no pide otra cosa que condiciones humanas de trabajo, una remuneración que permita una vida decorosa y que cuando se juzguen sus actuaciones, ello sea por medio de otros médicos, sin la intervención de desconocedores de los asuntos médicos.

(EDITORIAL TOMADO DEL BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACION MEDICA NACIONAL DE LA REPUBLICA DE PANAMA).

Febrero - 1972.

**LA FOTOTERAPIA
EN
LA HIPERBILIRRUBINEMIA DEL RECIEN NACIDO
H.G.C.S.S.**

**PREMIO NESTLE 1973
VI Jornadas Panameñas de Pediatría**

Dr. FELIX E. RUIZ R. *

Se considera que es un gran riesgo para el recién nacido de término, especialmente para el prematuro, el hecho de que, independientemente de su etiología, se presenten elevaciones de los valores de la bilirrubina no conjugada, ya que los niveles altos pueden tener acción tóxica sobre los núcleos basales cerebrales y producir kernicterus (1), actualmente designado más descriptivamente como "encefalopatía bilirrubínica".

Ultimamente se han dado a conocer diferentes medidas para evitar que la bilirrubina alcance las células nerviosas y entre ellas, está el empleo de la fototerapia o luminoterapia.

El uso de este método en el manejo de la ictericia neonatal se debe a Cremer que, en 1958, pensó en aplicar "in vivo" el principio ya conocido "in vitro" de la sensibilidad de la bilirrubina a la luz. Sus resultados en 12 niños fueron muy alentadores y

se concluyó que los fotones de las radiaciones lumínicas de 420-480 m μ afectaban la molécula de bilirrubina favoreciendo su deshidrogenación y transformándola en biliverdina o productos intermediarios más polares y por tanto, de más fácil excreción que la bilirrubina misma (3).

Para varios autores latinoamericanos, entre ellos: Costa Ferreira, Ferreiro, Obes Polleri, etc. y para otros de origen sajón, Lucey entre éstos, la luminoterapia resulta ser un procedimiento eficaz e inocuo, particularmente en ictericia fisiológica, hiperbilirrubinemia del prematuro y en la Incompatibilidad ABO con leve o moderada hemólisis (4).

Una de las medidas que más se utiliza en el tratamiento de la hiperbilirrubinemia del recién nacido es la exanguinotransfusión que, todavía no deja de ser peligrosa. Ahora bien, la práctica de este procedimiento ha disminuído con el empleo de la fototerapia.

* Pediatra de la Clínica Pediátrica y de la Sección de Recién Nacidos del Hospital General de la Caja de Seguro Social.

pia. Sin embargo, se insiste en que en presencia de procesos hemolíticos por incompatibilidad Rh o por incompatibilidad ABO muy severos, el tratamiento de elección sigue siendo la exanguinotransfusión.

En la Sección de Recién Nacidos del Hospital General de la Caja de Seguro Social de esta ciudad, empezamos el uso del tratamiento lumínico a inicios de 1971 y, desde entonces hasta fines de 1972 han sido sometidos a fototerapia 341 recién nacidos ictericos con resultados satisfactorios, siendo oportuno mencionar que el número de exanguinotransfusión bajó en un 50% (5).

Del total de niños que recibió fototerapia, hemos obtenido una muestra representativa formada por 100 recién nacidos para elaborar el presente estudio que, a continuación damos a conocer.

Material y Métodos:

El material Biológico estuvo constituido por 200 recién nacidos del Hospital General de la Caja de Seguro Social, que presentaron ictericia en los primeros días de vida. Cien de estos niños fueron sometidos a fototerapia y otros cien no recibieron este tratamiento, siendo considerados como grupo control. Todos ellos fueron estudiados desde el punto de vista clínico y de laboratorio para dilucidar la causa de la ictericia, de tal manera se les practicó: dosificación de bilirrubinas fraccionadas empleando el micro-método del método de Evelyn Malloy, grupo sanguíneo, factor

Rh, prueba de Coombs. Se ordenó V D R L cuando se encontró una serología materna positiva.

Fueron distribuidos de acuerdo a su edad gestacional, peso al nacer y etiología de la hiperbilirrubinemia.

Se sometió a fototerapia a todo recién nacido de término con bilirrubina indirecta de 10 mgs% en las primeras 72 horas de vida. En el caso del prematuro el valor de la bilirrubina indirecta para iniciar el tratamiento se estimó en 8 mgs% en las primeras 72 horas de vida, dada la posibilidad de padecer kernicterus con niveles bajos de bilirrubina.

A todo niño en luminoterapia se le mantuvo desnudo; se le cubrió los ojos con venda o apósitos para evitar el daño de la mácula retiniana en desarrollo; se les cambió de posición cada 2 horas para lograr que una mayor superficie de su cuerpo quedara expuesta a la luz. Se les conservó con buen estado de hidratación y con una temperatura corporal entre 36.5°C y 37°C.

Los recién nacidos de término recibieron el tratamiento en sus cunas y los prematuros en Issollette.

Las bilirrubinas se dosificaron cada 6, 12 y 24 horas según su evolución. La duración de la fototerapia osciló entre 24 y 72 horas en forma continua, interrumpiéndose solamente en los momentos de alimentar al recién nacido y durante la extracción de muestras de sangre para exámenes.

Al salir del hospital, fueron evaluados periódicamente en las Clínicas Pediátricas de la Caja de Seguro Social, poniéndose especial atención a los aspectos somatométricos, concentración de hemoglobina y hematrocito.

Se empleó una cámara de fototerapia construída en el taller de mantenimiento del Hospital General de la Caja de Seguro Social, previa instrucciones de la Jefe de la Sección de Recién Nacidos Dra. Chorres y de este autor. Se utilizaron 10 lámparas fluorescentes tipo "Daylight" de 20 Wats cada una (F20 T 12 D) con intensidad de 350 bujías-pie, colocadas a 40 cms. del niño. Las lámparas se cambiaron después de 200 horas de uso, pues a ese

tiempo su efectividad ha bajado en un 40% (6).

Resultados:

En el cuadro No. 1 se ilustra la distribución de los 200 recién nacidos según la edad gestacional y peso al nacer, observándose que tanto en el grupo que recibió fototerapia como en el grupo control predominaron los recién nacidos de término: 94% y 98% respectivamente. Similar hallazgo se observó en cuanto a su peso al nacer, pues en el grupo tratado el 88% de los niños pesaron más de 2.500 grs. y en el grupo control ese porcentaje fue de 89%. De tal manera que nuestro estudio se realizó, prácticamente, con recién nacidos de término y adecuados a su edad gestacional.

Cuadro No. 1

DISTRIBUCION DE LOS 200 RECIEN NACIDOS SEGUN SU EDAD GESTACIONAL Y PESO AL NACER

	Edad gestacional				Peso al nacer		
	< 37 S %	> 38 S%			< 2500 grs. %	> 2500 grs. %	%
Tratados	6	6	94	94	12	12	88
No Tratados	2	2	98	98	11	11	89

Fuente: Datos tomados de los expedientes de la Sección de Recién Nacidos del Hospital General de la Caja de Seguro Social.

En el cuadro No. 2 se presenta la distribución de los 200 recién nacidos según su diagnóstico. La enfermedad hemolítica por Incompatibilidad ABO constituyó el 38% en el grupo de fototerapia y el 20% en el grupo control. En los recién nacidos en que no se encontró un factor hemolítico ni otra entidad etiológica se consideró como diagnóstico la ictericia fisiológica. El 62% correspondió al grupo tratado y el 80%, al grupo no sometido a luminoterapia. No hubo incompatibilidad Rh en este estudio.

que bajó el nivel de la bilirrubina indirecta después de 24 horas de tratamiento y obsérvese que hubo un descenso de 4.7 mg% después de 72 horas de luminoterapia. (Gráfica No. 1)

En el cuadro No. 4 que se refiere a los que no recibieron el tratamiento lumínico, se presenta el valor promedio de la bilirrubina indirecta en el 2., 3o., 4o., 5o. y 6o. día de vida, siendo 10.7 mg%, 11.5 mg%, 10.9 mg%, 11.0 mg% y 9.5 mg% respectivamente. (Gráfica No. 2)

Cuadro No. 2
DISTRIBUCION DE LOS 200 RECIEN NACIDOS SEGUN
SU DIAGNOSTICO

	Incompatibilidad				No hubo Incompatibilidad		
	ABO	%	Rh	%	Ictericia Fisiológica	%	
Tratados	38	38	-	-	62	62	
No tratados	20	20	-	-	80	80	

Fuente: Datos tomados de los expedientes de la Sección de Recién Nacidos del Hospital General de la Caja de Seguro Social.

Dada la imposibilidad de presentar cada una de las gráficas individuales, se decidió comunicar los valores promedios de las cifras de bilirrubina indirecta tanto en el grupo de fototerapia como en el que no recibió este tratamiento, tal se observa en los cuadros No. 3 y 4. En el No. 3 que se refiere a los sometidos a luminoterapia, el valor promedio de bilirrubina indirecta antes de iniciarse el tratamiento fue de 13.8 mg%; después de 24 horas, 11.1 mg%; después de 48 horas, 9.4 mg% y después de 72 horas, 9.1 mg%. Nótese la rapidez con-

Nótese que el curso de la bilirrubina es inicialmente ascendente, luego con tendencia al aplamamiento y por último descende.

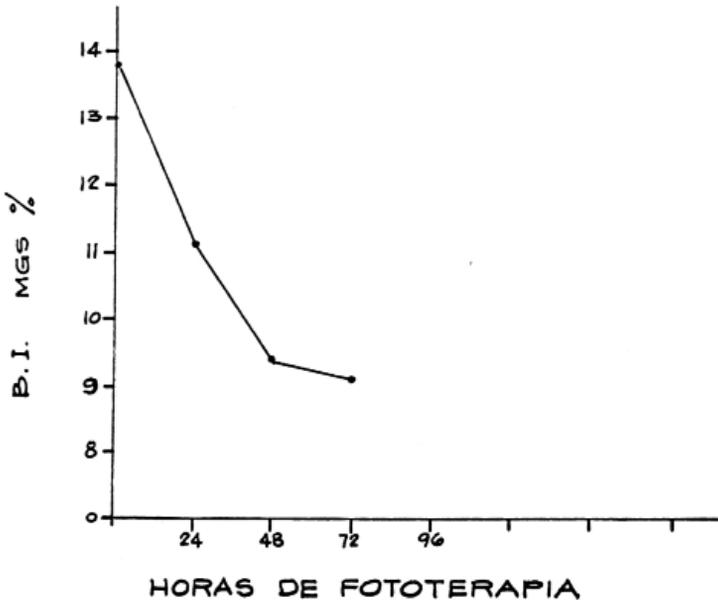
En el cuadro No. 5 se ilustra el número de exanguinotransfusión que se practicó en los dos grupos de recién nacidos aquí estudiados. En el grupo de fototerapia se empleó este procedimiento en un 2% de los niños y en un 8% en el grupo que no fue tratado.

Observando que tanto en el grupo sometido a luminoterapia como en el control, los exanguini-

CUADRO No. 3

VALORES PROMEDIO DE LA BILIRRUBINA INDIRECTA
EN LOS 100 RECIEN NACIDOS SOMETIDOS A
LA FOTOTERAPIA

	Mgs%	Descenso Mgs %
Antes de la Fototerapia	13.8	
Después de 24 Hrs.	11.1	2.7
48 Hrs.	9.4	4.4
72 Hrs.	9.1	4.7



Gráfica No. 1. Donde se muestra el descenso de la bilirrubinemia en los recién nacidos sometidos a fototerapia.

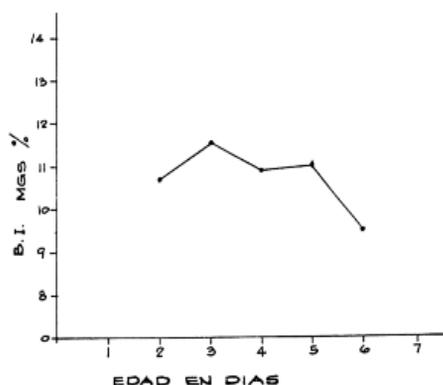
nados fueron recién nacidos con Incompatibilidad ABO, he considerado interesante destacar en el cuadro No. 6 esta relación. Obsérvese que en el grupo tratado se presentaron 38 casos de Incompatibilidad ABO, de los cuales 2 (5.4%) ameritaron recambio de

sangre. En cambio en el grupo no tratado 20 recién nacidos tuvieron esta incompatibilidad y en 8 de ellos (40%) fue necesario practicar la exanguinotransfusión.

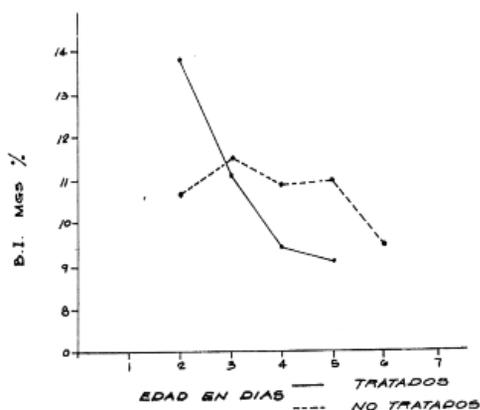
Se señala que los niños en fototerapia presentaron evacuaciones de color verde intenso.

CUADRO No. 4
VALORES PROMEDIO DE LA BILIRRUBINA INDIRECTA
EN LOS 100 RECIEN NACIDOS NO SOMETIDOS
A LA FOTOTERAPIA

Edad en días	B. I. Mgs. %
2	10.7
3	11.5
4	10.9
5	11.0
6	9.5



Gráfica No. 2. Muestra la evolución de la bilirrubinemia en los recién nacidos no sometidos a fototerapia.



Gráfica No. 3. Donde se aprecia la rapidez con que descendió el nivel sérico de la bilirrubina indirecta en los 100 recién nacidos que recibieron el tratamiento lumínico con relación al grupo control.

CUADRO No. 5
INCIDENCIA DE LA EXANGUINOTRANSFUSION EN LOS
100 RECIEN NACIDOS SOMETIDOS A FOTOTERAPIA
Y EN LOS 100 NO TRATADOS

	No.	%
Tratados	2	2%
No Tratados	8	8

CUADRO No. 6
INCIDENCIA DE LA EXANGUINOTRANSFUSION EN RECIEN NACIDOS
CON ENFERMEDAD HEMOLITICA POR INCOMPATIBILIDAD ABO QUE
FUERON SOMETIDOS A FOTOTERAPIA Y EN LOS DEL GRUPO CONTROL

	Incompatibilidad ABO	Exanguinotransfusión	%
Tratados	38	2	5.4
No tratados	20	8	40.0

Comentarios:

Los datos comunicados aquí han comprobado la acción de la luz sobre los niveles séricos de bilirrubina en recién nacidos con hiperbilirrubinemia que, en nuestra serie se debió a "ictericia fisiológica" y a procesos hemolíticos por incompatibilidad ABO. Las evacuaciones verde intenso que algunos autores consideran tipo "hierba molida", es un hecho que se ha señalado como indicativo de que la bilirrubina se transforma en subderivados biliverdinoideos. (7).

Aunque la tendencia general es la de emplear lámparas fluorescentes de luz azul, por considerarla de mayor efectividad, nosotros hemos empleado la luz tipo "Daylight" con resultados satisfactorios.

Es interesante destacar el hecho de que los valores de bilirrubina indirecta descendieron más rápidamente en las primeras 24 horas del tratamiento lumínico y que este descenso fue muy importante al cabo de 72 horas de terapia.

Esto habla en favor de este procedimiento, toda vez que en el grupo no tratado los niveles séricos de bilirrubina llevaron un curso ascendente con lento descenso hacia el 6o. día de vida.

La exanguinotransfusión se practicó en mayor número en el grupo no sometido a fototerapia. Dado que en ambos grupos estudiados los recién nacidos exanguinados tuvieron hiperbilirrubinemia por incompatibilidad ABO, el resultado obtenido con-

firma que el tratamiento lumínico es eficaz en el manejo de estos procesos hemolíticos. Quiero llamar la atención al hecho de que en los niños con incompatibilidad ABO que fueron sometidos a fototerapia, 5.4% necesitó exanguinotransfusión lo que significa que el concepto anteriormente emitido no es absoluto. Y es que cuando la hemólisis es muy severa, la producción de bilirrubina excede de la capacidad de la luz para descomponerla, siendo entonces el recambio de sangre el tratamiento indicado y la fototerapia podría utilizarse como coadyuvante (8).

Aunque en nuestro estudio no se presentó ningún caso de incompatibilidad al factor Rh, la ocasión es propicia para señalar que en esta enfermedad hemolítica el tratamiento de elección sigue siendo la exanguinotransfusión y, en todo caso, la luminoterapia puede emplearse como coadyuvante en los períodos antes y después del procedimiento de recambio, siendo en este último momento eficaz para disminuir la ictericia residual e impedir nuevos ascensos de bilirrubina.

A excepción de dos recién nacidos que presentaron eritema facial durante la exposición a la luz, no encontramos otras manifestaciones que podrían considerarse como complicaciones inmediatas de la fototerapia.

Podemos adelantar que en el grupo de niños sometidos al tratamiento lumínico que hemos evaluado periódicamente en la

consulta de las Clínicas Pediátricas de la Caja de Seguro Social, no hemos encontrado todavía retardo en el peso, talla y perímetro cefálico, ni anemia importante.

Dada la eficacia del procedimiento, su facilidad de aplicación y su inocuidad aquí demostrada también, se concluye que la fototerapia puede utilizarse, con las limitaciones ya establecidas, en el manejo de la hiperbilirrubinemia del recién nacido ya sea en nuestro medio urbano como en los hospitales del interior de la República.

Resumen:

Se presenta el estudio de 200 recién nacidos de la Sección de Recién Nacidos del Hospital General de la Caja de Seguro Social, que cursaron con ictericia desde los primeros días de vida. 100 fueron sometidos a fototerapia y otros 100 no recibieron este tratamiento.

Con los resultados obtenidos se pudo comprobar la efectividad de la luminoterapia en la hiperbilirrubinemia del recién nacido quedando establecido que no es beneficiosa en los procesos hemolíticos severos, donde solamente podría emplearse como medida coadyuvante de la exanguinotransfusión. Se hizo constar que a todo recién nacido icterico se le evaluó desde el punto de vista clínico y de laboratorio para encontrar la etiología de la ictericia con anterioridad al inicio del tratamiento lumínico. Finalmente se consideró que por su

eficacia, facilidad de aplicación e inocuidad, la fototerapia es un procedimiento que puede emplearse en todos los centros hospitalarios del país.

Summary:

This is a study of 200 cases of newborn of the Newborn Nurseries of the Social Security General Hospital, which were jaundice since birth, 100 were under phototherapy and the other 100 were the control cases.

With the results obtained we confirm the efectivity of the

phototherapy on the hyperbilirubinemia in the newborn and do not give results in others serious hemolitics disorders; in these cases the only treatment is the exchangetransfusion.

These patient were under strict clinical and laboratories examination previous to the initiation of any treatment to look for the etiology of the jaundice.

We arrive to the conclusion that for the efficiency, inoquity and the easiness of aplication, the Phototherapy is a treatment that can be used in any hospital of our country.

REFERENCIAS:

1. Schömörl, G.: Kernicterus des ikterus neonatorum insbesondere desdabie auftretenden gehirnveraenderungen. Verh. dtsh. Path. Ges. G.: 109, 1903.
2. Waters, W. J.; Richert, D. A. y Rawson, H. H.: Bilirunbin encephalopathy (Kernicterus). Amer. J. Dis. Child. 86: 483, 1953.
3. Cremer, R. J.; Perryman, P. W.; Richards, D. H. Influence of lighth on the hyperbilirubinemia of infants. Lancet 1.: 1094, 1958.
4. Lucey, J. Ferreiro and Hewitt.: Prevention of Hyperbilirrubinemia of Prematurity by Phototherapy. Pediatrics. 41: 1047, 1968.
5. Chorres, D.: Revisión Perinatal. H. G. S. S. Comunicación Personal. Enero 1973.
6. Behrman, R. E. y Hsia, D. Y. Y.: Summary of a Symposium on Phototherapy for hyperbilirubinemia. J. Ped. 75: 718, 1969.
7. Jurado-García: N. Grisard; Moreno R. M. E.; Alvarez de los Cobos.: La Fototerapia en el Manejo de la Hiperbilirrubinemia Neonatal. Bol. Méd. Hosp. Inf. Mex. 27: 141, 1970.
8. Sisson, Kendall, Glauser, Knutson y Bunyaveroch.: Phototherapy in ABO incompatibility. The J. of Pediatrics. 79: 904, 1971.

REVISION PERINATAL — H.G.C.S.S.

Morbilidad y Mortalidad. Sección de Recién

Nacidos. Hospital General C.S.S. 1970 - 1973

Dra. Doris E. Chorres*

Introducción:

El presente trabajo es una revisión de la Morbilidad y Mortalidad de la Sala de Recién Nacidos del Hospital de la Caja de Seguro Social en los últimos tres años.

Hasta la fecha se han atendido 18,338 nacimientos vivos en un período de 10 años, que comprende desde el año 1962 a 1972.

La Sección de Recién Nacidos del Departamento Materno Infantil y de Ginecología de la Caja de Seguro Social, fue reorganizado a partir del mes de septiembre de 1969. Desde entonces se han manejado casi todos los problemas, menos los quirúrgicos, disminuyendo así los traslados al Hospital del Niño.

Esta sección es manejada por un grupo de Pediatras, en forma permanente las 24 horas del día. La atención del recién nacido por el Pediatra se realiza en la Sala de Partos, Salón de Operaciones y Sala de Recién Nacidos para la asistencia inmediata del recién nacido por Cesá-

reas, partos distócicos, prematuros y casos problemas.

A partir de enero de 1971, se acondicionó una Sala de Terapia Intensiva con equipo de monitores, siguiendo los actuales conceptos de neonatología, para atender al niño de alto riesgo, es decir los prematuros, insuficiencia respiratoria, recién nacidos por cesáreas y partos distócicos, etc. Además se acondicionó un cuarto para Exsanguinotransfusión y Fototerapia. Actualmente se mantiene también una Sala de Observación para niños potencialmente infectados por ruptura prematura de membranas, parto séptico, etc. A estos niños se les practican cultivos antes de iniciar el tratamiento de antibioterapia.

La Mortalidad en los últimos tres años, que es la más cercana a la realidad, ya que se han manejado los casos problemas, ha disminuido notablemente en el último año.

Materiales y Métodos:

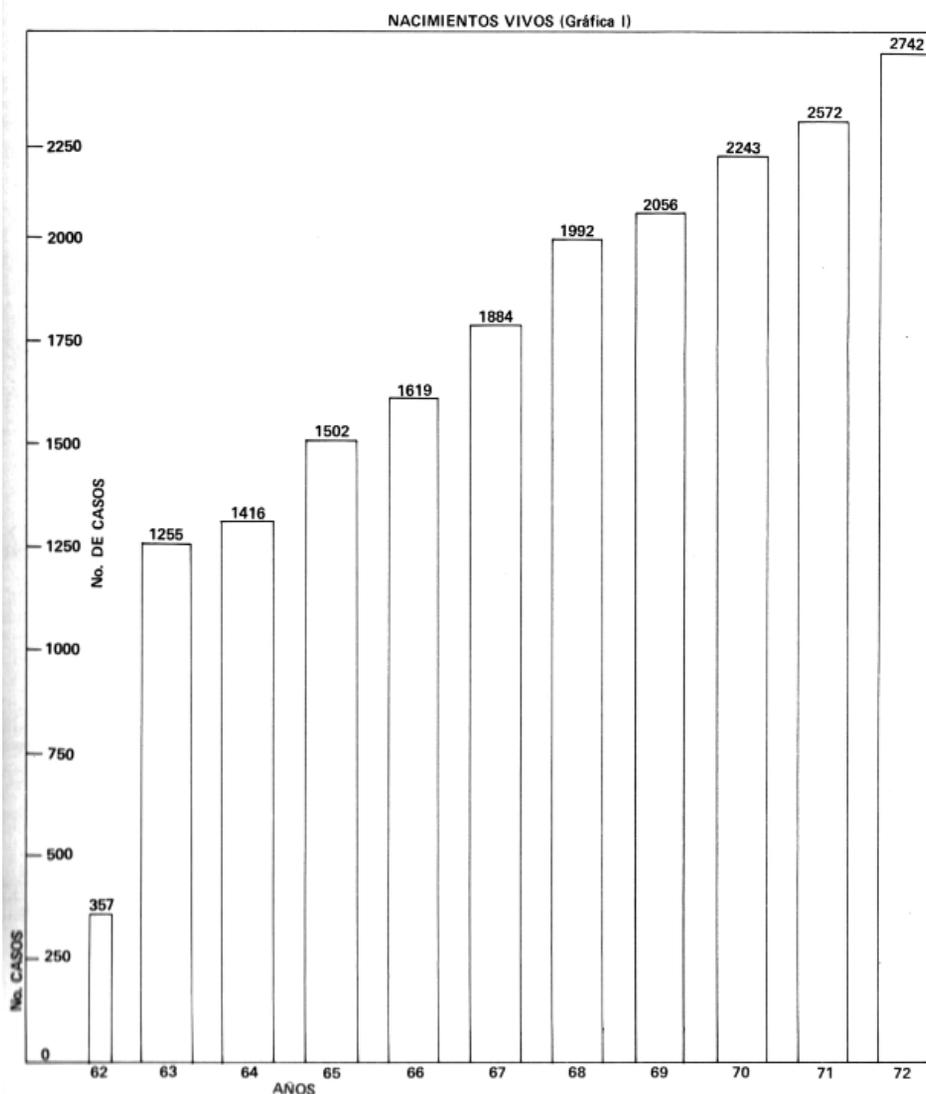
Se estudió la morbilidad y mortalidad en los últimos tres años. Para esta investigación se

* Jefe de la Sección de Recién Nacidos, Hospital General C.S.S.; Pediatra de las Clínicas Pediátricas; Pediatra del Hospital del Niño.

han revisado los expedientes de los recién nacidos de 1970 a 1972, tomando en cuenta las diferentes complicaciones maternas, tipo de parto, etc. y en cuanto al niño se tomaron en consideración los siguientes parámetros, peso, edad gestacional, índice de Apgar, Gasometría (determinación de ph, pCO₂, pO₂ y bicarbonato), etc.

Resultados y Comentarios:

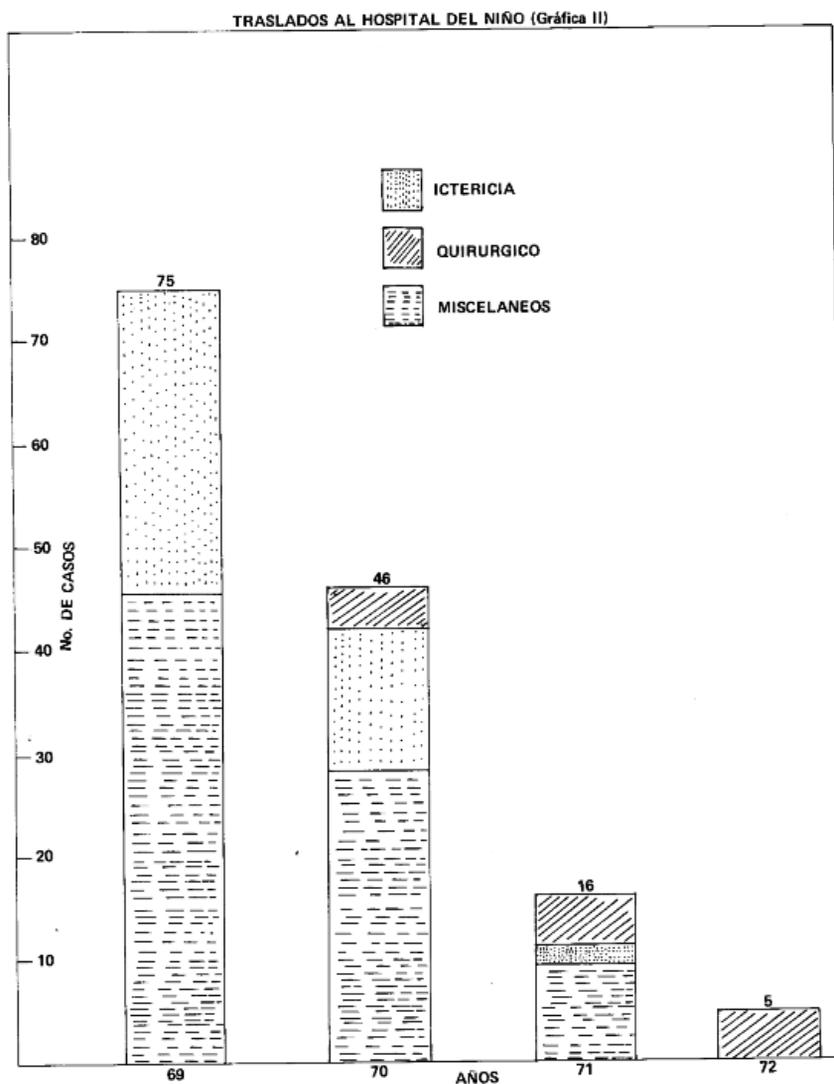
En la década de los nacimientos ocurridos desde el año de 1962 hasta el de 1972, observamos un aumento acentuado especialmente en los últimos cuatro años, de aproximadamente 250 niños por año, promedio que anteriormente había sido de 100 niños anuales. (Gráfica 1)



Según el tipo de parto, el promedio de los últimos tres años fue el siguiente: parto vaginal, 80%; parto por cesárea, 12%; parto por fórceps, 8% y parto podálico, 2%, siendo el

tipo de parto vaginal el más frecuente.

Los traslados de niños al Hospital del Niño desde el año 1969 hasta el año 1972 fue el siguiente: (Gráfica 2)



En el año 1969, se trasladaron 75 niños de los cuales 45 fueron icterícos y 30 de patología variada como prematuridad, enfermedad hemorrágica, quirúrgicos, etc.

En el año 1970, se trasladaron 46 niños de los cuales 28 fueron icterícos, 4 quirúrgicos y 14 de patología variada.

En el año 1971, se trasladaron 16 niños de los cuales 10 fueron icterícos, 5 quirúrgicos y 1 de patología variada.

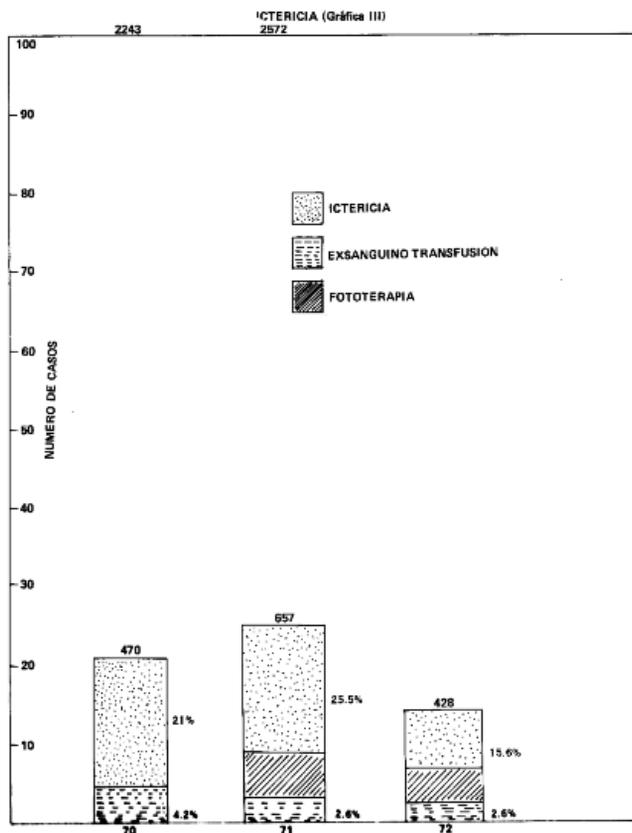
En el año 1972, se trasladaron solamente 5 niños quirúrgicos.

Se observó disminución de los traslados de tipo icteríco en el año 1971 por las exsanguinotransfusiones practicadas en el Hospital General desde el mes de abril de ese mismo año.

En cuanto a la Morbilidad los resultados fueron los siguientes:

Las ictericias en el año 1970 constituyeron un 21% y las exsanguinotransfusiones en el Hospital del Niño 4.2%.

En el año 1971 la ictericia fue de 25.5%, fototerapia 26.6% y las exsanguinotransfusiones disminuídas a 2.6% por el tratamiento de la hiperbilirubinemia con la fototerapia. (Gráfica 3)



En el año 1972 la ictericia disminuyó a 15.6% por el efecto de la luz fluorescente acondicionada en los cuartos de niños usada en forma preventiva para la hiperbilirubinemia.

Se observó un aumento de la fototerapia a 38.8% por inicio de la fototerapia en forma más temprana, tan pronto aparece la ictericia antes de las 24 horas de vida y al empleo de la fototerapia desde los 10 mlg de bilirubina después de las 24 horas de vida como norma.

Las exanguinotransfusiones 2.1% siendo ligeramente disminuída, ya que se presentaron casos de Incompatibilidad Rh donde, como es sabido la fototerapia no trabaja.

En orden de frecuencia en la Morbilidad siguió la insuficiencia respiratoria de origen periférico y de origen central (Apgar menos de 4) con un promedio de 3.5%.

Entre las causas asociadas más frecuentes en la insuficiencia respiratoria estuvo en primer lugar, el sufrimiento fetal; en segundo lugar la ruptura prematura de membranas; en tercer lugar el desprendimiento placentario; y en cuarto lugar la toxemia gravídica.

El tipo de parto más frecuente fue el vaginal en la insuficiencia respiratoria.

El promedio en los últimos tres años en cuanto a los otros diagnósticos fue el siguiente:

Las infecciones, 3%; entre las cuales se observaron las conjuntivitis, impétigo, onfalitis y septicemia.

Los casos misceláneos 2.4%, siendo estos los casos de vómitos del recién nacido, diarreas transicionales no infecciosas, etc.

Las enfermedades de la sangre 0.1%.

Las anomalías congénitas mayores 1.5%.

Los traumatismos relacionados con el parto 1.4%, es decir la parálisis braquial, facial, cefalohematoma, etc.

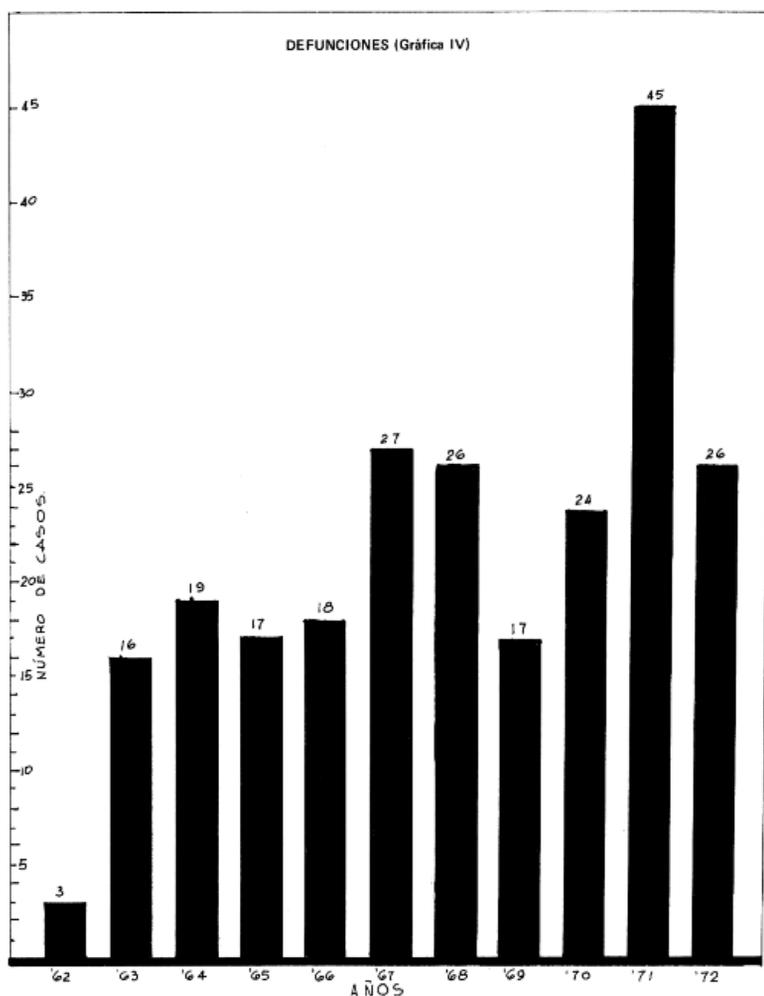
La Mortalidad en los últimos tres años muestra nuestra realidad, ya que se manejan los casos problemas. (Gráfica 4)

Así tenemos que en el año 1970 la Mortalidad Precoz que es la que va desde el nacimiento hasta los 7 días de nacido, fue de 10.7‰, y la Mortalidad Corregida (es decir sin los previables) de 6.7‰.

En el año 1971 la Mortalidad Precoz fue de 17.5‰ por aumento de los casos previables y la Mortalidad Corregida de 12.1‰.

En el año 1972 la Mortalidad Precoz fue de 8.5‰ y la Mortalidad Corregida de 7.7‰.

En cuanto a la mortalidad según el peso de los prematuros, observamos que todavía es alta en los niños menores de 1500 gramos comparando las estadísticas de otros países.



El promedio de autopsias obtenidas es de 68 a 70%.

Entre las causas principales en la mortalidad según el diagnóstico, estuvo en primer lugar la insuficiencia respiratoria que en el año 1970 fue de 78.8%, en el año 1971 fue 46.7% y en el año 1972 fue 23%. (Cuadros 5 y 6)

Observándose esta disminución notable en la mortalidad por el empleo de soluciones hipertónicas en venoclisis en forma temprana, el empleo de soluciones alcalinizantes — el bicarbonato de sodio, la administración adecuada de Oxígenos según los resultados de gasometría (pH, pCO₂, pO₂ y bi-

carbonato) en estos pacientes. Las Hemorragias Intracraneales ocuparon en el año 1972 un lugar importante siendo el 23% y ocurrieron en niños con antecedentes maternos de toxemia severa.

Cuadro No. 5
MORTALIDAD
CAUSAS PRINCIPALES S/DIAGNOSTICO

	<u>1970</u>	<u>1971</u>	<u>1972</u>
	<u>o/o</u>	<u>o/o</u>	<u>o/o</u>
S.I.R.	78.8	46.7	23.0
ANOMALIAS CONGENITAS MAYORES	4.1	11.1	15.4
HIPOXIA SEVERA	4.1	4.4	11.4
SEPTICEMIA	-	4.4	3.2
HEMORRAGIA INTRACRANEAL	4.1	-	23.0

Cuadro No. 6
MORTALIDAD
S. I. R.

	<u>1970</u>	<u>1971</u>	<u>1972</u>
	<u>%</u>	<u>%</u>	<u>%</u>
HEMORRAGIA PULMONAR	100.0	100.0	100.0
ATELECTASIA PULMONAR	66.6	-	20.0
MEMBRANA HIALINA	66.6	39.2	21.0
BRONCONEUMONIA	14.7	20.0	5.0

cialmente los casos de Membrana Hialina.

Siguiendo en orden de frecuencia en la Mortalidad tuvimos en segundo lugar las Anomalías Congénitas Mayores, en el año 1970 fue 4.1% en el año 1971 11.1% y en el año 1972 15.4%.

En tercer lugar la hipoxia severa, en el año 1970 4.1%, en el año 1971 4.4% y en el año 1972 11.4%.

En cuarto lugar, las septicemias para el año 1971 4.4% para el año 1972 3.2%.

Resumen y Comentarios:

En resumen se presenta una revisión estadística de la Morbilidad y Mortalidad de la Sala de Recién Nacidos del Hospital General de la C.S.S. de los años 1970-1972 donde se ha observado el aumento de los nacimientos, el mejoramiento en el estudio de diagnósticos y manejo del recién nacido normal y patológico, lo cual ha traído una disminución en las cifras de mortalidad.

Hay que señalar que esta buena marcha de nuestro servicio se

debe a la buena coordinación que existe entre el Obstetra y el Pediatra, en el sentido de que hay una temprana información de parte del primero y una atención inmediata del recién nacido por parte del segundo, que a su vez hace uso de nuevas técnicas de laboratorio y de un equipo más adecuado.

SUMMARY

In conclusion, I have presented statistical facts of Morbidity

and Mortality of the Newborn Nurseries of the Social Security General Hospital for the period 1970 - 1972.

As you may observe we have had an augment of the newborn per year, b)improvement in handling the normal and pathological c) and also the diagnostical technique; which consequently has brought forth a considerable decrease of mortality.

Bibliografía:

1. Clínica y Patología del Recién Nacido
Dr. Ernesto Díaz del Castillo
2. The lungs and its disorders in the newborn. Avery M. D.
3. Management of high risk pregnancy and intensive care of the neonate.
Benson M. D.
4. Disorders of the newborn.
Schaeffer M. D.

ESTUDIO MEDICO-ANTROPOMETRICO EN ESCOLARES PANAMEÑOS

Dr. Thomas P. Owens *
Dra. Criseida de Owens **

Introducción:

Este trabajo fue realizado con la activa colaboración, y como parte del Programa de Investigaciones Antropológicas y Biotipológicas de la Universidad de Panamá. Tenemos que agradecer la participación de la Campaña de Vacunación BCG, del Centro A.V. Mastellari, de los Dres. Víctor Him, R. Jay Lung, G. Aparicio y R. Sandoval, así como las facilidades ofrecidas por la Dirección del Colegio Javier y su Club de Padres de Familia.

Durante el año escolar de 1969 el Club de Padres de Familia del Colegio Javier y la Dirección del mismo colegio nos revelaron su interés en desarrollar una revisión médica global del alumnado, con miras a evaluar la condición física y la salud orgánica general de sus estudiantes. En virtud de que recientemente habíamos desarrollado algunas modestas experiencias en exámenes médicos y antropométricos de población indígena y universitaria, nos entusiasmó la idea de ini-

ciar el estudio de una población en pleno desarrollo.

Material y métodos:

El Colegio Javier es un colegio católico privado, únicamente para varones, con un sólido prestigio en Panamá. Aunque posee algunos alumnos de los distintos estratos sociales, muchos de ellos becados, la mayor parte de los mismos pertenece a niveles socio-económicos más elevados de la ciudad de Panamá. El hecho de incluir los grupos desde el kindergarten (cinco años de edad) hasta el nivel secundario de quinto año (16 años de edad promedio) nos presentaba una excelente población escolar, con grupos relativamente homogéneos en nivel socio-económico y cronológico. El total de alumnos examinados resultó ser de 1260 de los cuales 751 fueron de primaria y 509 de secundaria.

La ficha médica confeccionada, después de revisar varias de éstas incluye los datos básico.

* Dr. Thomas P. Owens. Jefe del Servicio de Medicina General. Caja de Seguro Social.

** Dra. Criseida de Owens. Médico Pediatra del Hospital del Niño y Caja de Seguro Social.

Todos los exámenes antropométricos fueron tomados por el mismo médico examinador para dar más validez estadística a los datos. Se hizo uso del sobre de Martin, de un banquillo de 50 centímetros para medidas sentadas mientras que las mediciones de talla total se tomaron sobre la pared, por medio de un nivel para hacerlo más expedito y exacto. La tensión arterial fue tomada con el niño sentado, sobre el brazo izquierdo aproximadamente a nivel del atrio, cuando el sujeto no se encontraba muy taquicárdico o aprensivo. La medición del perímetro del tórax se hizo bajo las tetillas, a nivel que corresponde con la unión del cuerpo esternal y apéndice xifoideas, según la orientación francesa (14). Los datos que se tomaron solamente en forma muy aproximada fueron los de visión, audición, biotipo y porcentaje de hemoglobina. Para la visión se sentó al alumno a la distancia deseada, se tapó un ojo y se le hacía leer las letras de la gráfica de rutina para advertir si estaba dentro de los límites de la normalidad o existía una ametropía notable. La audición se tomó por medio del uso de un diapasón de 256 vibraciones; si había audición similar a la del examinador se consideraba normal. El biotipo, totalmente arbitrario, se anotó después de observar y medir al alumno; es pues un dato subjetivo del examinador pero equivaldría a la anotación que hace con frecuencia el médico para encabezar un examen físico. Final-

mente, el porcentaje aproximado de hemoglobina fue obtenido por el método grosero de colocar una gota de sangre sobre papel indicador para compararlo con una escala determinada; esto no lo aceptamos como dato de significado estadístico, pero al combinarlo con el examen de las mucosas consideramos nos ayudaría en la pesquisa de una anemia importante.

A los alumnos a los cuales se les observó alguna anomalía se les envió con una nota del médico para sus padres o acudientes. Tales hallazgos generalmente fueron de poco significado clínico; los ejemplos más frecuentes fueron de obstrucción de conductos auditivos por cerumen, Tinea pedis y Tinea versicolor, hipertrofias amigdalinas, eccemas leves, hipertrofias de cornetes nasales, rinitis atópicas, soplos sistólicos aparentemente fisiológicos y miopías aparentes. Estos hallazgos rutinarios, aunque solamente de interés médico individual, podrían servir para un futuro estudio más detallado.

Resultados:

Hallazgos clínicos y de laboratorio.

Estudio de la Tensión Arterial.

Nos interesó sobremanera el estudio de este parámetro por ser un dato clínico tan usado en adultos, pero del cual tenemos tan pocos informes estadísticos en nuestros medios, particularmente en la niñez y la juventud. Nos pareció que la población del

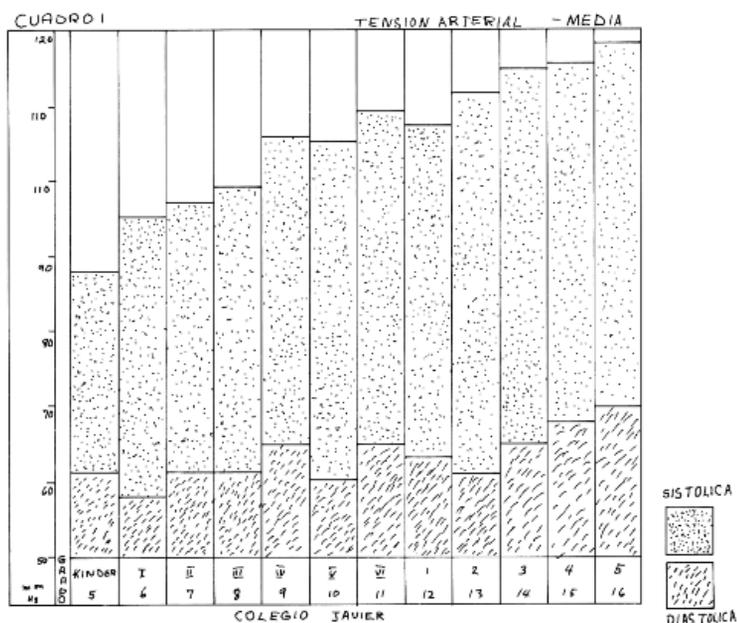
Colegio Javier sería óptima para delinear una curva de tensiones normales aplicable al niño panameño de este nivel.

La tensión se tomó con un manómetro de aire previamente calibrado; siempre se tomó en reposo y con el niño examinado individualmente, sin la algarabía y bullicio de compañeros. Si se encontraba algún hallazgo peculiar, se tomaba la tensión nuevamente y además en el otro miembro.

Es importante anotar que no hubo ningún hallazgo de hipertensión arterial, que consideramos como cifras mayores de 150/90. Tampoco hubo casos de ausencia de presión aunque sí va-

rios casos de tensiones diastólicas que descendían a niveles menores de 40 y más de uno 40-0, fenómeno ya descrito con frecuencia, particularmente en jóvenes. En estos casos tomamos el nivel diastólico como el punto donde hubo cambio en la tonalidad de los ruidos; en todos los otros casos se consideró la diastólica como el punto de desaparición de los ruidos. Las mediciones que tomamos serían entonces lo que Housay llamó convencionalmente normales y no basales.

Las medidas de Tensión Arterial por grupo y edad resultaron como se indica en el cuadro No. 1:



Advertimos, que a diferencia de algunos autores, no encontramos cambios repentinos de tensión arterial a ninguna edad; los cambios drásticos a la edad de 6 años o a los 10 a 12 años no se observaron. Algunas de nuestras cifras parecen ser escasamente más bajas que lo supuesto en el renglón de tensión diastólica, cosa que atribuimos al hecho de que algunos autores toman la tensión diastólica como el punto donde se modifica el ruido mientras otros el punto donde desaparece.

El cuadro 1 nos presenta las modificaciones de la Tensión Arterial por grupo de edad y aclara además el dato de la presión de pulso en los distintos grupos. Notamos cómo el ascenso en la tensión es ligero pero uniforme, con un ligerísimo mayor grado de ascenso en la sistólica, más homogénea, aunque sin duda ambas curvas son unimodales y comparables a los trabajos similares en adultos como los de Lellouch (6). Los rangos, bastante amplios en algunos casos, resultaron del orden de entre 80/50 y 150/90 pero la mayor parte de los datos se congregaron cerca a las medias. Los pocos casos de la ya citada "hipotensión de la juventud" no modificarían el cuadro estadístico, pues no más del 0.5% presentó bajonazos en la diastólica.

Coproparasitoscopia:

Los exámenes de heces se hicieron en forma cotidiana mientras duró la investigación. El

alumno traía la muestra de heces al colegio por la mañana y esta se examinaba la misma mañana bajo el microscopio. Se hicieron dos emulsiones con agua y se procedió a teñirlas para estudiar con bajo y alto poder bajo el microscopio con miras a la detección exclusiva de parásitos intestinales. Las muestras fueron examinadas cuidadosamente por dos estudiantes de medicina recientemente adiestrados en estos menesteres.

El gran total de exámenes de heces fue de 950 muestras. El 96% del alumnado de la secundaria cumplió con este requisito, pero en los años inferiores de la primaria el déficit fue mucho mayor. El total de muestras positivas por parásitos fue de 34, lo que equivale a un 3.6% del gran total. El desglose indica que hubo 19 muestras positivas en la primaria y 15 en la secundaria lo que nos indica de inmediato que la incidencia de parásitos no fue muy distinta en los diferentes grupos de edad.

Dichas determinaciones con el método de encuesta nos han dado, muy probablemente, resultados inferiores a lo que se hallaría con el método de concentración, más preciso, pero más delicado y costoso; es probable que no menos del 10 al 15% resultaría positivo en este método. Comunicaciones verbales nos revelan que en las escuelas públicas de Panamá un 40% del alumnado presenta parasitosis. Nuestra propia experiencia de campo, con el mis-

mo método de la encuesta, siempre nos ha revelado 100% de positividad al examinar campesinos e indígenas.

Los parásitos encontrados en nuestra encuesta fueron los siguientes:

Trichuris trichiura:	16
Ascaris lumbricoides:	13
Necator americanus:	2
Giardia lamblia:	2
Enterobius vermicularis:	1
Strongyloides stercoralis:	1

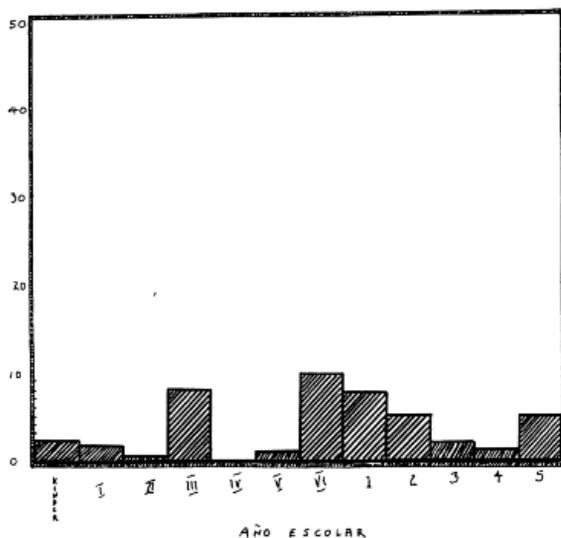
No se tomó en consideración el hallazgo de parásitos considerados como no patógenos.

Prueba de tuberculina:

Otro parámetro que consideramos de importancia fue la Prueba de Tuberculina. El procedimiento rutinario consistió en la administración subcutánea de 0.1 ml de tuberculina inyectada en el tercio superior del antebrazo iz-

quierdo, en la zona del supinador largo (el tipo de tuberculina fue PPD de concentración 2 U por 0.1 ml, del Laboratorio del BCG, Secretaría de Salubridad y Asistencia de México, donada por el Director del Servicio Nacional de Vacunación BCG de Panamá). Según los convenios generales, la lectura a las 72 horas fue considerada como negativa si la zona de induración o eritema era de diámetro menor a los 9 mm. Los casos solamente revelarían contacto probable con tuberculosis si resultaban positivos y a los mismos se les recomendaría la toma de una radiografía pulmonar.

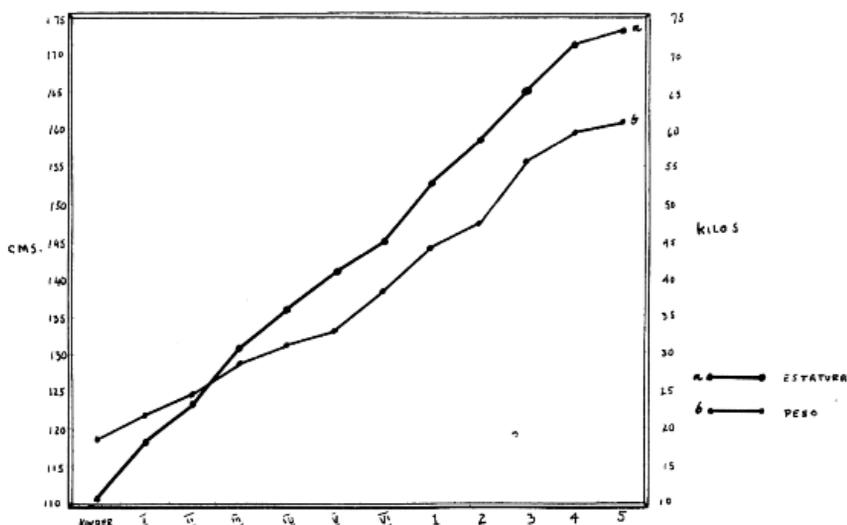
Resultaron con pruebas positivas un total de 42 alumnos solamente; 23 de la primaria y 19 de la secundaria. Estos hallazgos se encontraron dispersos en todos los grupos como demuestra el cuadro No. 2.



CUADRO 2 PORCENTAJES DE ALUMNOS CON TUBERCULINA POSITIVA - POR GRUPOS.

Advertimos, así, una distribución totalmente errática, con grupos de cero % de positividad como los de edades de 9 años y de 15 años y grupos de 10% como el de sexto grado (once años). No parece haber una curva ascenden-

te como es lo esperado, y todos los niveles son bastante bajos, solamente comparables con niveles como los estadounidenses citados por autores como Lincoln y Sewell (7). Véase el cuadro 2.



CUADRO 3 CRECIMIENTO EN TALLA Y PESO
COLEGIO JAVIER - ESCALAS DIFERENTES

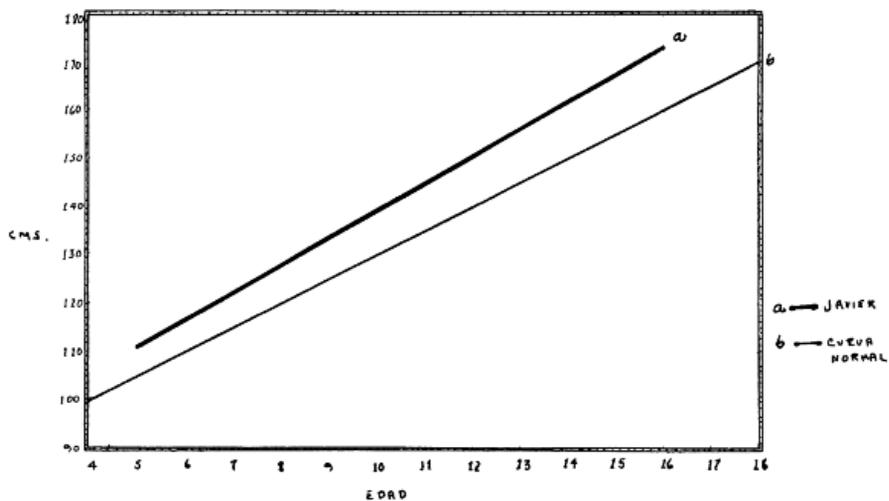
Crecimiento en peso y estatura:

Todos los alumnos se pesaron en ropa interior y se computaron los datos al medio kilo más cercano y a la libra más cercana. La medida de talla total se tomó con el niño erguido y apoyado a una pared calibrada al centímetro más cercano.

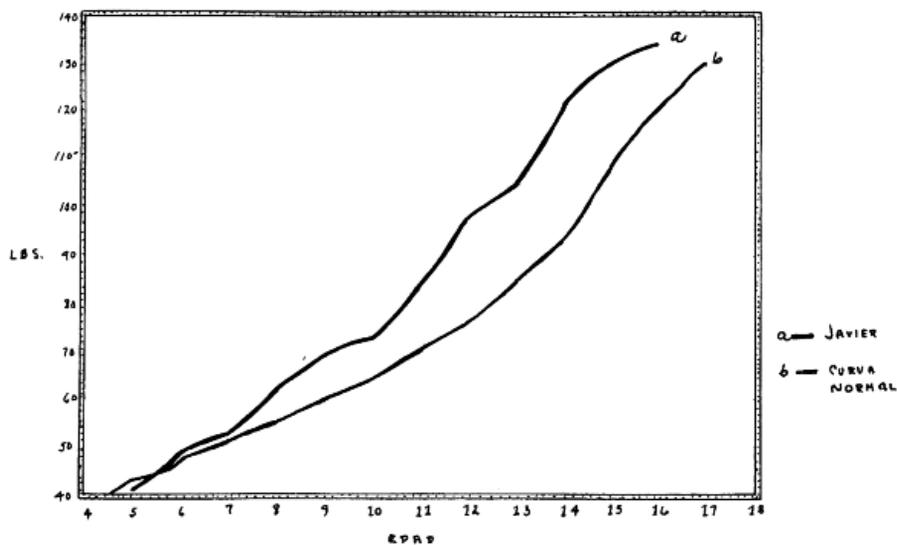
La Gráfica 3 nos presenta las curvas de crecimiento en talla y peso computadas con los promedios por grupo para el Colegio Javier. Las gráficas 4 y 5 nos

revelan el crecimiento en talla y peso con las curvas consideradas como normales; se nota aquí de inmediato un notorio predominio de los alumnos de este nivel socio-económico seleccionado, particularmente en la edad de la pubertad y hacia la adolescencia. Las diferencias a las edades de 5 y 6 años parecen exiguas o no-significativas.

No veríamos así la homeorrexia descrita por Ramos Galván en estos niños los cuales están relati-



CUADRO 4 COMPARACION DEL CRECIMIENTO DEL COLEGIO JAVIER CON LA CURVA NORMAL



CUADRO 5 COMPARACION DEL PESO DEL COLEGIO JAVIER CON LA CURVA NORMAL

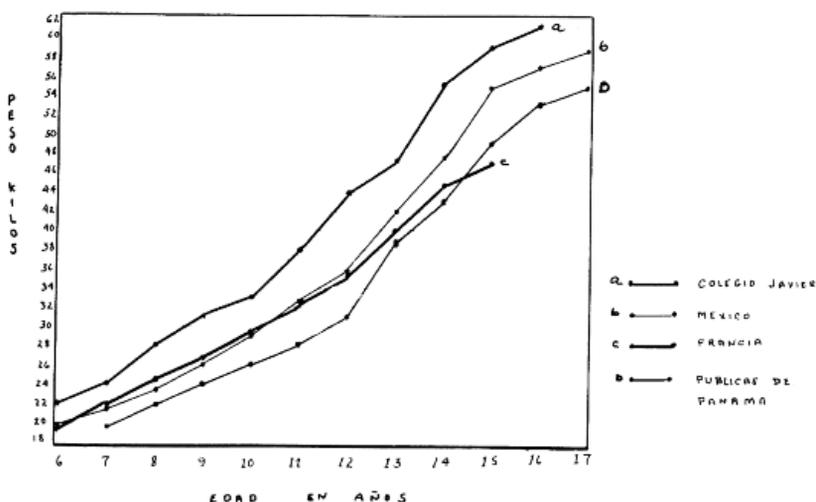
vamente normonutridos. Los cuadros 6 y 7 nos comparan el peso y la talla total del Colegio Javier con varios grupos. Hemos tratado de aproximar las mediciones lo más posible pero en cualquier forma se vislumbra un predominio en peso y talla en todas las edades. Los datos franceses de Olivier y los mexicanos de Ramos Galván tienen el mismo tiempo de tomados que los datos de escuelas públicas panameñas, algo más de 10 años. En los datos panameños encontramos algunas disparidades y optamos por escoger los que consideramos, muy subjetivamente, más apropiados. Dichas gráficas también indican de manera elocuente la similitud en los patrones de crecimiento de México, Francia y las escuelas públicas panameñas, en contraposición con nuestras curvas de la escuela privada. Véase cómo el patrón de la curva, particularmente la de México, es

semejante en parte a la del Colegio Javier, pero la última es siempre mayor y se comprueba así parcialmente la homeorrexis.

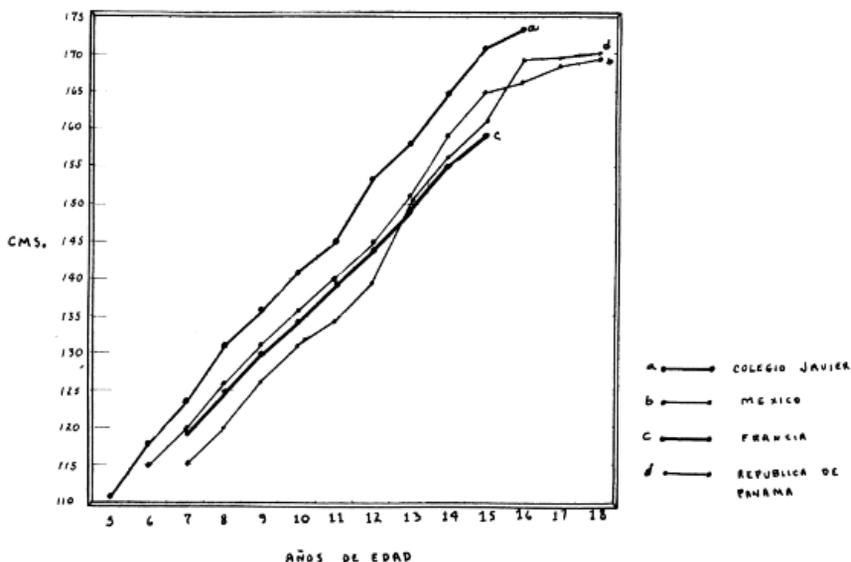
En casi todos los grupos de edad la estatura del Colegio Javier resulta ser de 5 o más centímetros mayor que en los otros grupos y el peso resulta ser de cuatro o más kilos superior.

Muchas otras conclusiones pueden obtenerse con estos datos y esto no es más que un primer jalón en este campo para nosotros. Creemos que nuestros datos son fidedignos; en el pesaje usamos dos balanzas, una en kilos, otra en libras y cada día se calibraban, de tal forma que si un peso parecía errado se comprobaba de inmediato por medio de la otra balanza.

Obsérvese en el cuadro previo cómo se tomaron los datos en las escuelas públicas de Panamá y de México hasta la edad de 18 años



CUADRO 6 COMPARACION DEL PESO
EN NIÑOS DE DISTINTAS LATITUDES .



CUADRO 7 COMPARACION DEL CRECIMIENTO EN ESTATURA DE DISTINTAS LATITUDES .

y ni a esta edad alcanzan los niveles del Colegio Javier, ni en peso ni en estatura.

Otros datos antropométricos:

Los otros datos tomados fueron los de perímetro torácico, diámetros biacromiales y bicrestales y estatura sentado.

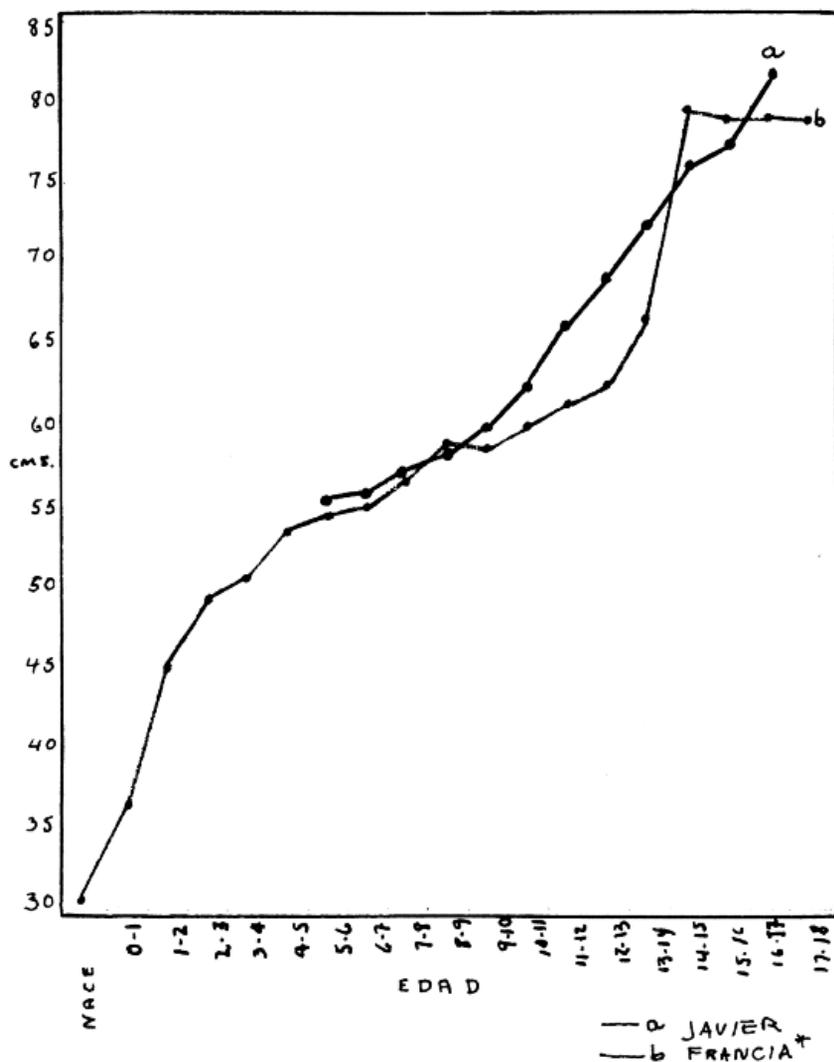
El perímetro torácico:

Se tomó esta medida con una

cinta métrica a nivel de la unión entre cuerpo esternal y apéndice xifoides, con la misma bajo el ángulo caudal de la escápula. Esto se decidió así con miras a comparar los datos con los de los antropometristas franceses y a fin de eliminar las notorias diferencias entre varones y niñas por razón del busto. La medida se tomó a media inspiración.

El cuadro 8 nos indica la similitud entre las medidas de Vandervael y las del Colegio Javier.

La tabla que sigue nos indica los hallazgos por grupo:



CUADRO 8 COMPARACION DEL PERIMETRO TORAXICO . NIÑOS DE FRANCIA . NIÑOS DEL JAVIER .
* VANDERVAEL

Diámetros biacromial y bicrestal:

Se tomaron tales mediciones, con el compás correspondiente, más que todo con miras a futuras determinaciones de índices esqueléticos y delineación de parámetros de crecimiento del niño panameño en sus distintas etapas.

El cuadro 9 nos indica la curva de crecimiento de estos diámetros y resalta la divergencia que se percibe a medida que crece el niño varón quien desarrolla cada vez más un índice Androgénico más elevado (relación biacromial-bicrestal de Tanner). Nótese una diferencia de tan solo 7 cms. entre estas mediciones a la edad de 5 años y de 12 cms. desde la edad de 14 años.

Determinación del índice esquelético de Manovrier:

Una de las razones por las cuales se tomó la talla sentado (so-

bre banquillo de 50 cms.) fue la de determinar un índice Esquelético. Esto comprobaría si los sujetos tienen miembros largos, cortos o medios. Este parámetro es para uso en el adulto; lo tomamos en los alumnos de la secundaria para observar si había cambios a medida que maduraba el niño y considerar a los jóvenes de 16 años, casi en su desarrollo completo.

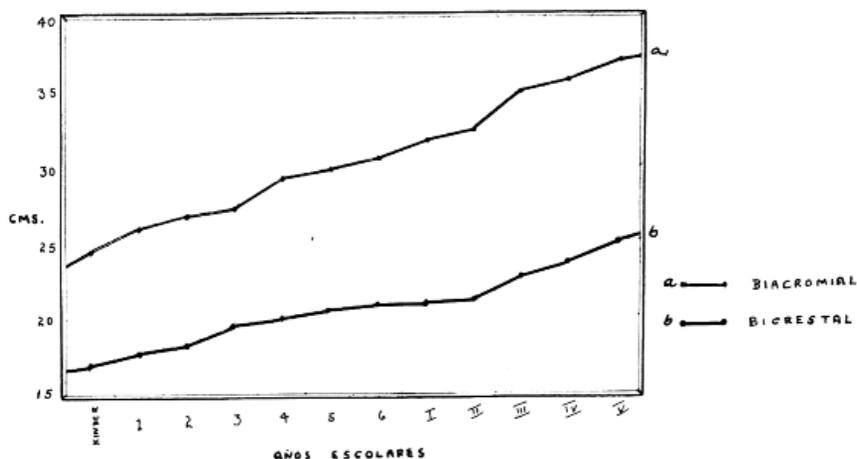
La fórmula para la determinación es la siguiente:

$$\text{INDICE ESQUELICO:} \\ \frac{\text{TALLA DE PIE} - \text{TALLA SENTADO}}{\text{TALLA SENTADO}} \times 100$$

Los macrosqueléticos (miembros largos) tendrían un índice de 96.2 o más.

Los mesatisqueléticos (medios) un índice de 87.9 a 92.1.

Los braquisqueléticos (miembros cortos), menores a 83.8.



CUADRO 9 DIÁMETROS BIACROMIALES Y BICRESTALES COLEGIO JAVIER

Los resultados nuestros revelan las siguientes cifras:

I año	-	98.6
II año	-	97.5
III año	-	94.4
IV año	-	95.4
V año	-	94.4

Se nota enseguida que los jóvenes nunca alcanzan el nivel de medios sino que en la pubertad son verdaderos macrosquélidos y solamente se acercan al nivel medio (realmente submacrosquélidos) a los 16 años.

Se torna así el joven de miembros más cortos a medida que se desarrolla, pero todavía en plena adolescencia no sale del nivel de miembros largos. Estos datos resultarían de interés si se compararan con grupos de pubertad y adolescencia en indígenas y campesinos, particularmente en indígenas como los Cunas donde se considera que existe el prototipo de braquisquélido.

Comprobación de los datos estadísticos:

En todos los casos verificamos los hallazgos estadísticos para comprobar la ausencia de error importante. Para todas las mediciones determinamos la variancia, el desvío tipo, el rango, las medias y las medianas y el "error standard" de la media. Todos los resultados, demasiado extensos para enumerar, coinciden con los hallazgos estadísticos aceptables.

Como ejemplo de la rutina seguida indicamos los hallazgos de un grupo, el segundo grado:

Variancia de la estatura:	31 cms.
Desvío tipo de la estatura en cms.:	5.55
Error standard de la media:	2+ 0.56
Variancia del peso:	18.9
Desvío tipo del peso en kilos:	4.3

Las medidas fueron todas tomadas en la misma forma y por el mismo examinador y los datos revisados por dos personas distintas como comprobación.

Conclusiones

Consideramos que este es un primer intento en nuestro medio de realizar una encuesta y un estudio clínico de la condición médica de un grupo humano a nivel socio-económico relativamente elevado.

Muchos de los datos fueron comparables con los de otras latitudes y nos han servido como paso inicial para profundizar en otros estudios similares en el futuro. Creo que comprobamos el hecho de que el alumnado en el sentido antropométrico y médico se encuentra en nivel superior al medio en nuestro medio y también en otros lugares. No podemos decir lo mismo del nivel fisiométrico ni atlético, cosa que requeriría otros estudios comparativos para determinar condición física.

Sería de mucho interés hacer estudios similares en colegios privados de niñas y luego completar estudios análogos en escuelas públicas para así tener toda la gama de posibilidades y poder iniciar la confección de parámetros autóctonos. Ya con nuestras mediciones de Tensión Arterial y nues-

tros datos antropométricos tenemos, para empezar, las normas para el varón panameño de este nivel socio-económico.

Falta por escudriñar el aspecto social, psicológico y económico; como estos inciden en producir las diferencias nítidas observadas en grupos del mismo ambiente ecológico. Resta la revisión de la patología agregada para determinar los campos que requieren más estudio y quizá darnos nuevas luces sobre la morbilidad en nuestro medio.

Resumen:

Se realizó una revisión médico-antropométrica general de 1260 alumnos del Colegio Javier de la ciudad de Panamá, una escuela católica privada que incluye kindergarten, primaria y secundaria, con estudiantado primordialmente de los estratos socio-económicos más elevados del medio. Los datos incluyeron un examen médico general, mediciones antropométricas, examen de muestra de heces, prueba de tuberculina y determinación aproximada de hemoglobina.

El examen estadístico pormenorizado revela que en todos los parámetros el alumnado de dicho plantel muestra ventajas sobre los datos comparables de alumnos de escuelas públicas de Panamá y de México y Francia. Los hallazgos de positividad en el examen de heces y la prueba de tuberculina resultaron muy bajos y los datos de estatura y peso sobrepasan claramente los de otros estudios.

Se determinaron las normas para la Tensión Arterial del niño de este plantel y se determinó el Índice Esquélico para la secundaria.

Consideramos este es sólo un primer paso en el sendero hacia la confección de normas autóctonas del orden del crecimiento y desarrollo, antropometría y fisiometría. Esperamos continuar elaborando los datos para llenar estos vacíos en el conocimiento de la condición médica, fisiológica y antropométrica del joven panameño.

Summary:

A medical and anthropometrical study of 1260 students from a private school, Colegio Javier, was undertaken. This is a school for boys run by the Jesuits in Panama City, Panama and it includes kindergarten, elementary and high school levels and the student body is mainly of moderate and high socio-economic standards.

The data gathered included a general physical examination, anthropometric determinations, stool test, tuberculin testing and an approximate determination of hemoglobin.

The detailed statistical findings reveal that in almost all parameters the school shows advantages over data gathered from other sources in Panamanian public schools as well as public schools in Mexico and France. The findings on stools and tuberculin testing resulted very low while those on height and weight

very clearly surpass others. The norms for the mean blood pressure in the different age groups was determined and a Skeletal Index for the high-school boys was determined.

We consider this as only the first step in our work towards the development of autochto-

nous norms for growth and development, anthropometry and physiologic measurements in our country. We hope to continue the elaboration of data to fill these needs in the knowledge of the medical condition, the physiology and anthropometry of panamanian youth.

REFERENCIAS

1. Arrocha, E., Salamín, D., Galeano, V., Gutiérrez, G.: Estudio Biométrico de la Población Escolar Secundaria de los Colegios Oficiales de las Provincias de Panamá y Colón - Tesis- U. de Panamá 1963-1964.
2. Comas, J., Manual de Antropología Física, U. Nacional Autónoma de México, México, 1966.
3. Hill, A. B., Estadística Médica, Biblioteca Interamericana de Estadística 1950, Argentina.
4. Houssay, B. A., Fisiología Humana, Librería el Ateneo, Edición III, Argentina, 1958.
5. Jaén, J. D., Méndez, N. E., Sinclair, J. C. y Ramos, W. Estudio Biométrico del Escolar Primario de la Provincia de Panamá, Tesis, U. de Panamá 1960-1961.
6. Lellouch, J., Richard, J. L., La pression arterielle d'une population masculine active, La Presse Medicale, No. 40, Tomo 79 set. 1971, pp 1749-1751.
7. Lincoln, E. M., Sewell, E. M., Tuberculosis in Children, McGraw-Hill Book Co Inc. N. Y., 1963.
8. Mann, G. V., The interpretation of human measurements, Amer. J. Clin. Nutrition 20-9 1967 p 1040-1042
9. Oliver, G., Morphologie et Types Humains, Vigot Freres France 1961.
10. Pryor, H. B., Charts of normal body measurements, J. Pediatrics, 68/615 1966
11. , Growth deviations in handicapped children, Clin. Pediatrics 6-8 1967 pp507-512
12. Ramos Galván, R., Crecimiento en peso y talla durante las etapas preescolar y escolar- Problemas en Pediatría- Hospital Infantil de México 1966.
13. Smit, P. J. Body Measurements of School Children of Four Racial Groups in Pretoria, S. African Med. J. 45/35 1967 pp 868-886)
14. Vandervael, F., Biometrie Humaine, Masson e Cie. Paris, France 1964.

BRONQUITIS ASMATIFORME -vs- ASMA BRONQUIAL Aspecto Alérgico e Infeccioso

Rosa E. Siu M.D. F.A.A. P.

Introducción:

La relación que existe entre Bronquitis Asmatiforme y Asma Bronquial es un tema complicado y de mucha controversia. ¿Es en realidad la Bronquitis Asmatiforme o Bronquiolitis la etapa inicial en la Historia Natural del Asma Bronquial? Si es cierto, ¿cómo podemos definir cuál es el paciente con el primer cuadro de Bronquitis asmatiforme o Bronquiolitis que va a desarrollar Asma Bronquial?

El propósito de este estudio es evaluar el aspecto infeccioso y alérgico como causa o factor de los episodios repetidos de broncoespasmo. Se admite que en los cuadros de Bronquiolitis o Bronquitis asmatiforme en niños menores de 2 años los procesos infecciosos respiratorios juegan un papel importante, en especial el virus sincitial respiratorio que se ha encontrado en el 90% de los pacientes con un cuadro de Bronquiolitis por primera vez (7). Otros estudios indican que aquellos pacientes que tuvieron un cuadro de Bronquiolitis al cabo de 5 años cerca del 50-60% padecían de cuadros

frecuentes de asma. Algunos autores consideran estos cuadros como precursores de Asma Bronquial. Hoy día se acepta que el cuadro de broncoespasmo es una reacción de tipo alérgico al virus sincitial en los casos de Bronquiolitis; se ha comprobado un aumento en IgE en los cuadros a repetición.

En este estudio se evaluará a un grupo de pacientes menores de 30 meses que fueron referidos a la Consulta de Alergología con el Diagnóstico de Bronquitis Asmatiforme o Bronquiolitis a repetición. Todos padecían de 1-2 episodios por mes siempre asociados a cuadros infecciosos de vías respiratorias.

Este estudio prospectivo se inició en abril 1972 hasta enero 1973 en la Consulta Pediátrica de la Policlínica de San Miguelito.

En la evaluación clínica de los Pacientes se cubrieron los siguientes puntos:

1. **Aspecto Diagnóstico:** Se hizo una evaluación basada en la Historia y pruebas de Laboratorio.

* Pediatría Alergológica - Policlínica Manuel María Valdés - Prof. Asistente Microbiología, Universidad de Panamá.

2. Evaluación entre el cuadro infeccioso y alérgico. **Tratamiento general:** Infección, parásitos, corrección de la anemia, etc. Pruebas cutáneas.
3. Efecto del Tratamiento Alérgico: Específico, Inespecífico con vacunas Bacterianas y Placebo (Salina Normal).

Materiales y Método:

Se seleccionaron 25 pacientes con el Diagnóstico de Bronquitis Asmatiforme o Bronquiolitis a repetición, edades de 10-30 meses. A cada paciente se le hizo el mismo protocolo. Ver Fig. 4. La siguiente información se obtiene: Edad del 1er. episodio, Frecuencia, Historia de Asma en la Familia, otras alergias. **Exámenes de Laboratorio:** Cuenta completa de sangre, cultivo, faríngeo, Secreción nasal para Eosinófilos, Ex. heces x3, Urinálisis, Prueba de tuberculina, Rayo X. Tórax. **Pruebas cutáneas:** Hongos, polvo, Bacterias.

A medida que los pacientes se veían en la Consulta se les asignaba como Grupo I, II, III. Cada grupo representa diferente Tratamiento:

- I. Se tratarán con Antígenos Bacterianos (una mezcla de Pneumococos, estreptococos, Estafilococos, Micrococos catarralis y Cocobacilo de Pfeiffer.
- II. Antígenos Específicos: Hongos y polvo.
- III. Placebo (Salina Normal).

Se procede con el tratamiento en la forma usual, comenzando con diluciones de 1:100,000 se aumenta progresivamente cada semana hasta llegar a diluciones de 1:100. El promedio de Tratamiento es de 4-6 meses, el máximo de 10 meses.

Con cada episodio de Broncoespasmo se repite la cuenta de sangre y el cultivo faríngeo.

A todos los pacientes se les recomendó una dieta Hipoalérgica por el primer mes.

Comentarios sobre los resultados:

Las gráficas resumen los resultados clínicos: Fig. 1.

Llama la atención los siguientes puntos: Una Historia familiar de Asma Bronquial, Eosinofilia más manifiesta en la periferia que en la secreción nasal. Lo más llamativo en este grupo es la frecuencia de Estreptococo Beta Hemolítico asociado a infecciones de vías respiratorias en 21/25 pacientes o sea 84%. Estos resultados indican que los pacientes alérgicos tienen una alta incidencia de Faringitis estreptocócicas. Posiblemente esta clase de infección bacteriana sea un factor que contribuye a los episodios frecuentes de asma.

Parasitosis: Tal vez lo miremos con un poco de indiferencia, ya que es algo que se ve a diario y bastante. Pero recordemos que estos pacientes son pequeños, menores de 2 años.

Se sabe que los pacientes con parásitos tienen niveles altísimos

Fig. 1

Historía familiar	+	19	76%	
Alergia asociada:				
D.a		5	20%	
Rinitis		10	40%	
Parasitosis		16	64%	
Cultivo Faringeo:	Estrep.	21	84%	
E.s.r.		5	20%	
Eosinofilia	↑	10%	20	80%
Número de Pacientes			25	

de IgE, que es el anticuerpo mediador de las reacciones alérgicas de tipo inmediato o anafilaxis. Es posible que su presencia hace más propicio un cuadro de alergia, ya que los antígenos parasitarios son altamente antigénicos. Si se ha descrito una asociación entre pacientes que han tenido asma por primera vez en contacto con parásitos intestinales ingeridos accidentalmente, esto sugiere la participación de una reacción inmune a antígenos parasitarios; los pacientes con menos anticuerpos tenían manifestaciones pulmonares, y Eosinofilia en mayor grado. Recordemos una vez más que el niño pequeño no tiene su sistema inmune completo y que este grupo de pacientes no ha tenido suficientes experiencias con los antígenos parasitarios para desarrollar cierta inmunidad.

Dos clases de Inmunoglobulinas se asocian a la larva que emigra a través del parenquima pulmonar: IgE y IgM. La IgE media la liberación de vasoaminas que aumentan la permeabilidad vascular, edema y broncoconstricción lo cual facilita la deposición de complejos inmunitarios que son responsables de las lesiones de tipo infiltrativo.

En este grupo de Pacientes la presencia de parásitos intestinales es otro factor que contribuye a cuadros repetidos de broncoespasmo, estos son niños pequeños que por su edad han tenido pocas experiencias parasitarias y no han desarrollado suficiente inmunidad; posiblemente a medida que crecen van adquiriendo mayor protección y la presencia de parásitos deja de ser un factor. Experimentalmen-

te en animales se ha observado que en la primera infestación con *Ascaris* hay mayor cantidad de larvas que migran a través del parenquima pulmonar en comparación con la re-infestación que se nota menos daño al pa-

renquima pero hay más signos de inflamación y edema bronquial. Este experimento explica el efecto de inmunidad e hipersensibilidad en relación a los parásitos intestinales.

Fig. 2

RESUMEN: Pruebas cutáneas Intra-dérmicas.

Total de pruebas cutáneas		75
		22.6%
LEVE (19) 25.3%		MOD. (17)
		MARCADA (13) 17.3%
Reacción positivas		49 65.3%
R. Negativa	26	34.7%
Hongos	20	26.4%
Polvo	18	24%
Bact.	11	13.3%

Con respecto a las pruebas cutáneas: Fig. 2.

Estas son definitivamente positivas en 40% de los casos, lo que indica que es un signo de alergia presente en un número significativo de pacientes y que el cuadro descrito como Bronquitis asmátiforme puede ser en algunos un episodio de Asma Bronquial. Estudios epidemiológicos indican que Bronquitis Asmátiforme en presencia de pruebas cutáneas positivas a inhalantes es la etapa inicial a un cuadro de Asma Bronquial. Las pruebas cutáneas indican la presencia de IgE, que es el anti-

cuerpo responsable de la reacción alérgica.

Comentarios generales:

El problema de Infección y Alergia existe en estos casos, y ambos 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. La pregunta es ¿cuál es el papel de la infección como causa primaria de la reacción alérgica? Observamos que los procesos infecciosos precipitan 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 para bacterias patógenas. Es común encontrar que el primer episodio de asma se asocia a un proceso infeccioso como bronquitis o bronconeumonía. Experimentalmente en animales sí se ha podido observar la inter-relación entre alergia e infección; se ha podido sensibilizar animales a bacterias con el uso de vacunas de pertusis más el antígeno bacteriano. Hasta el momento se piensa que los micro-organismos 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. Su mecanismo es parte de la Teoría Beta Adrenérgica.

Por último mencionaremos sobre el Tratamiento con antígenos de Hongos, polvo y Bacterias para evaluar el tratamiento alérgico y su uso. El uso de vacunas Bacterianas es un tema de mucha discusión entre los especialistas, algunos lo recomiendan con gran entusiasmo y otros lo condenan por no haber suficiente data que indique su efectividad.

Otro problema es su purificación, dosificación y estandarización. Si se acepta como una forma inespecífica de estimular al mecanismo de anticuerpos, estimula la producción de Interferon que es una proteína con actividad anti-viral, que también la tienen los antígenos de hongos y polvo. Hasta el momento hay insuficiente data que indique su uso definitivo; **explico** que su uso es empírico en la práctica de Alergología. Su uso no se condena en aquellos casos en que se comprueba que los procesos infecciosos intervienen en la reacción.

Conclusiones:

1. Hay correlación entre los cuadros de Bronquitis asmática y una Historia familiar de asma.
2. El aspecto infeccioso es un factor definitivo en la frecuencia de episodios de asma en individuos genéticamente predispuestos.
3. La detección de un Asma Bronquial incipiente en la infancia, tiene sus implicaciones en el pronóstico y Terapéutica. La presencia de una historia familiar de asma en un infante con Bronquitis asmática o Bronquiolitis debe de ser evaluada clínicamente como se hizo al inicio de este estudio. La repetición de estos cuadros debe ser evaluada desde el punto de vista infeccioso y alérgico. Hemos demostrado que un análisis clínico es de gran importancia

en la evaluación de esta clase de pacientes y que el Pediatra cuenta con suficiente data para evaluar cuando no todo es infeccioso y cuando se necesita tratamiento alérgico. En el niño pequeño el aspecto infeccioso domina. En este estudio podemos decir que cerca del 60% de los pacientes tenían pruebas cutáneas negativas.

4. El tratamiento de los 3 grupos. Fig. 3. demuestra que ninguno es superior al otro. Esto implica que el Tratamiento general; contra la infección, parásitos, mejorar el estado general del Paciente, control ambiental y dieta hipo-alérgica es muy efectivo en el control de los episodios frecuentes de asma.

Resultados: después de Inmunoterapia.

- I. Uso de antígenos bacterianos.
- II. Uso de antígenos de polvo & Hongos.
- III. Salina Normal.

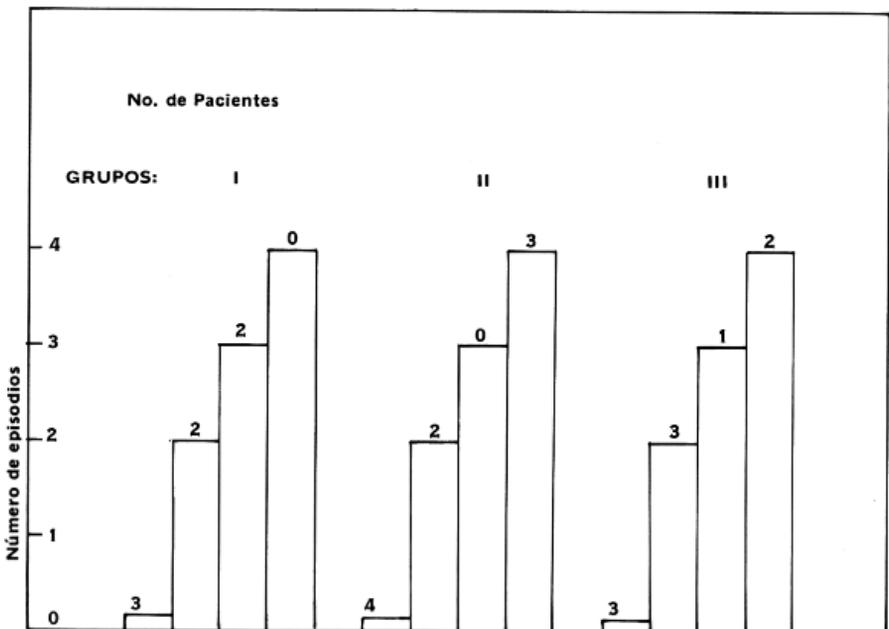


Fig. 3

ESTUDIO: PACIENTES CON BRONQUITIS ASMATIFORME

Nombre:

Edad 1er. episodio:

Otras alergias:

Edad:

Fecha:

Frecuencia:

EPISODIO	B.H.	Cultivo faríngeo	Secreción nasal: eosinófilos	Ex. heces	Us.	PRUEBAS CUTÁNEAS I.D.	INMUNOTERAPIA
						Hongos: Polvo: Bacterias:	Fecha:
						Rayos X del torax	
						MEDICAMENTOS	

Fig. 4

REFERENCIAS

1. Foucard, T. Berg T., Johanssen S. G. Wharen B.
Virus Serology and Serum IgE levels in Children with Asthmatoïd Bronchitis.
Acta Paediatrica Scandinavica. 60:621 (1971).
2. Eisen A. H., Bacal H. L.
The relationship of acute Bronchilitis to Bronchial Asthma a 4-14 follow up.
Pediatrics 31:859 (1963).
3. Phills J., Harrold A. J. Whiteman G. Perelmutter L.
Pulmonary infiltrates, Asthma and Eosinofilia due to *Ascaris suum* infestation in man.
The New England Journal of Medicine Vol. 286 No. 18 (1972).
4. Rhyne M. B.: Skin Test concepts and realities.
The Pediatric Clinics of N. A. Vol. 16:227 (Feb. 1969).
5. Rooney J. C. William H. E.
The relationship of Viral Bronchiolitis and subsecuent wheezing.
The Journal of Pediatrics (Nov. 1971).
6. Singer S. Hardegree H.
Induction of interferon by bacterial vacines and Allergenic extracts.
The Journal of Allergy (June 1971).
7. Simon G., Jordan W. S.
Infectious and allergic aspects of Bronchiolitis.
The Journal of Pediatrics 70:533 (1967)
8. Patterns of Allergic Respiratory disease in Children with a past History of Bronchiolitis. Sweman B. Schoenwetter W. F., Pappano J. E. Tempest B.
The Journal of Allergy and Clinical Immunology (Noc. 1971).
9. Taranta A., Moody M.
Diagnosis of Streptococcal Pharyngitis and Rheumatic Fever.
The Pediatric Clinics of N. A. (Feb. 1971).
10. Williams H. E. McNeal K. N.
Prevalence, Natural History and relationship of wheezy bronchitis and Asthma in Children. An epidemiological study.
The British Medical Journal 4:321 (1969).
11. Wittig, H. J. Glaser J.
The relationship between Bronchiolitis and Allergic Asthma.
The Journal of Allergy 30:19 (1959).
12. Wittig H. J., Chong CH.
Bronchilitis or Asthma? *Pediatric Clinics of N. A.* 16:55
13. Warren K. *Ascaris*. A practical joke?
The New England Journal of Medicine Vol 286 No. 18 (1972)
14. Eisen A. The role of Infection in Allergic Diseases.
The Pediatric Clinics of N. A. (Feb. 1969).

TECNICA DE LA SECTORIZACION HOSPITALARIA PARA UN MEJOR CONTROL DE LOS PACIENTES EN SU COMUNIDAD

DR. JORGE JEAN FRANCOIS *

I. DEFINICION

¿Qué se entiende por SECTORIZACION?

La República de Panamá, se encuentra dividida en 4 Regiones y 17 Areas Médico-Sanitarias, como sigue:

Regiones	Areas
1. ORIENTAL	La Chorrera, Colón, Chepo Darién, San Blas.
2. CENTRAL	Penonomé, Aguadulce, Chitré, Los Santos, Las Tablas, San- tiago, Soná.
3. OCCIDENTAL	David, San Félix, Barú, Bu- gaba, Bocas del Toro.
4. METROPOLITANA	Distrito Panamá, Distrito San Miguelito.

A su vez cada Area comprende: DISTRITOS Y CORREGIMIENTOS.

Los Corregimientos se subdividen en SECTORES que corresponden en la ciudad de Panamá a los Sectores censales con una población aproximada de 4.000 habitantes cada uno con ciertas

condiciones o características socio-económicas similares.

Sectores y Centros de Salud responsables de su control sanitario.

Así tenemos en la Región Metropolitana los siguientes Corregimientos con sus respectivos

* Sub-Director Hospital del Niño Panamá, R. de P.

CORREGIMIENTO	SECTORES	CENTROS DE SALUD
1. San Felipe	1 -2- 3	Mercado
2. Chorrillo	4 al 9	Chorrillo
3. Santa Ana	10 al 16	Santa Ana
4. Calidonia	17 al 31	Emiliano Ponce
5. Bella Vista	32 al 34	Emiliano Ponce
6. Betania	35 al 37	Pueblo Nuevo
7. Pueblo Nuevo	38 al 40	Pueblo Nuevo
8. San Francisco	41 al 48	Boca La Caja, Río
9. Parque Lefevre	48 al 50	Abajo No. 1 y Río
10. Río Abajo	51 al 54	Abajo No. 2
11. Distrito Especial de San Miguelito	55 al 58	Nuevo Veranillo y Villa Guadalupe
12. Juan Díaz	59 y 60	Juan Díaz
13. Pedregal	61	Juan Díaz
14. Las Cumbres		Pueblo Nuevo
15. Chilibre		Pueblo Nuevo

La "SECTORIZACION" consiste en la técnica de ofrecer servicio de salud a los habitantes de un SECTOR determinado, utilizando los recursos disponibles del Ministerio de Salud los que aunados a los de dicha comunidad, emprenden diferentes acciones para mantener la salud de la población así como para resolver los problemas que más la afectan.

En otras palabras, existe una participación activa de los habitantes del Sector, los que se organizan en COMITES DE SALUD que desde el 29 de diciembre de 1970 (Ley 401) gozan de personería jurídica.

II. ATENCION MEDICA EN LOS CENTROS DE SALUD

Se hace en base a Sectores ofreciendo a la comunidad una atención médica INTEGRAL, es decir, manteniendo un control

del niño, la madre, la familia y la comunidad tanto en salud como en enfermedad, realizando acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

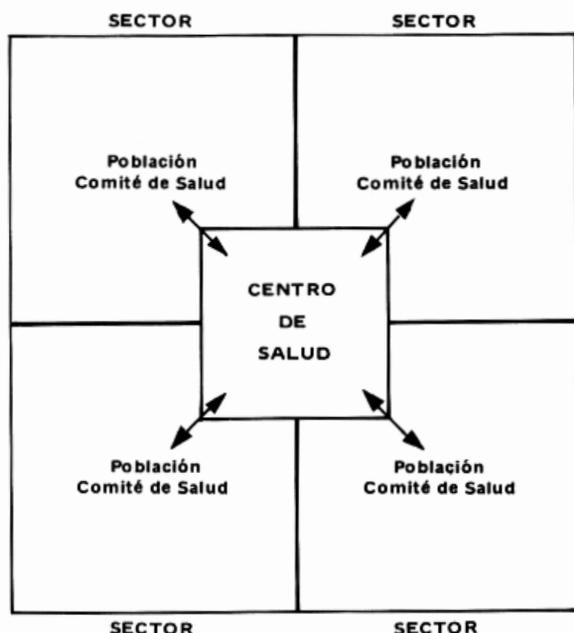
De acuerdo al Sub-Programa Infantil los servicios que se ofrecen en los Centros de Salud son los siguientes:

1. Control de Crecimiento y Desarrollo.
2. Control Nutricional.
3. Vacunaciones.
4. Atención oportuna de la morbilidad.
5. Educación a los padres.

Siguiendo el principio de la SECTORIZACION es el mismo equipo de salud, tanto médico como para-médico el que mantiene un control permanente sobre la población de su Sector con la ayuda de los Comités de Salud.

REPUBLICA DE PANAMA
HOSPITAL DEL NIÑO
COORDINACION CENTRO DE SALUD-SECTOR

CORREGIMIENTO



III. ATENCION MEDICA HOSPITALARIA

Veamos ahora qué sucede en la forma tradicional cuando un paciente tiene que hospitalizarse:

PROCEDENCIA	(ADMISION)	EGRESO
1. REFERIDO 2. ESPONTANEO	HOSPITAL	CONSULTA EXTERNA HOGAR

La procedencia puede ser a través de referencia de una Institución de Salud, del Estado o Privada o que el paciente sea traído directamente sin ningún control o asistencia médica previa, que es lo habitual en personas de escasos recursos socio-económicos.

Al ser dado de alta por lo regular es referido a la Consulta Externa de la Institución de donde procede o corresponda.

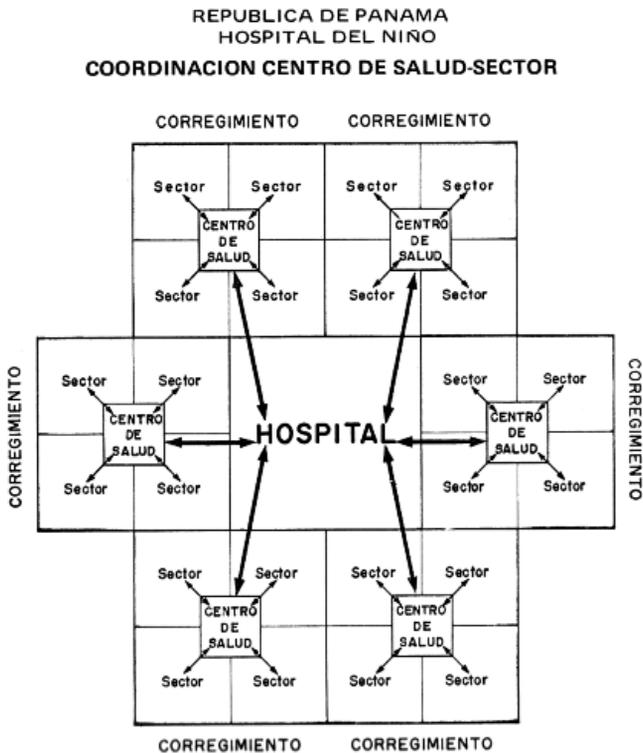
Nuevamente se observa que los niños que vienen de familia con múltiples problemas socio-económicos no son llevados a control "perdiéndose" el pacien-

te, para reingresar una y otra vez más en un futuro cercano por enfermedad habitualmente infecciosa. Tal es el caso de los desnutridos.

IV. OBJETIVOS DE UNA SECTORIZACION HOSPITALARIA

1. Mantener la continuidad de la Atención Médica Integral de los niños durante una morbilidad que amerite la hospitalización, es decir, que sea que el mismo médico que atiende al niño en su Centro de Salud, lo atienda también en el Hospital, igual que se haría con un "paciente privado".

2. Lograr una mayor participación de los Comités de Salud en la atención de los niños hospitalizados.
3. Aunque la captación de los niños debe hacerse precozmente en su corregimiento y antes de que enfermen, todavía se hospitalizan pacientes que por diferentes razones no están siendo controlados en su Centro de Salud y que en ocasiones reingresan por el mismo problema.
4. Se pretende con la sectorización que este niño quede captado y se mantenga posteriormente su control en su Centro de Salud respectivo.



V. SECTORIZACION DEL HOSPITAL DEL NIÑO

El 20 de diciembre de 1971, se procedió previo estudio por una Comisión especial, a sectorizar los locales de las antiguas Salas de Lactantes I, Lactantes II y Pre-Escolares, utilizando los datos estadísticos recientes de la procedencia de los pacientes, creándose así las Salas de Medicina I, II y III en donde los pacientes hasta los 6 años —límite que cubre integralmente el Programa Infantil del Ministerio de Salud— son agrupados por SECTORES de acuerdo al lugar donde residen.

Esto ha permitido, siguiendo el objetivo básico de la sectorización hospitalaria, que él o los Pe-

diatras que atienden a los niños en los Centros de Salud de su sector, lo atiendan también en el Hospital en caso que tengan que hospitalizarse. Al mismo tiempo se informan sobre los pacientes de su sector que se encuentran en otras salas v.g. Escolares, Infecto-contagioso, Cirugía, etc., para mantener su control en el Centro de Salud en caso necesario.

Así mismo se están “captando” por el mismo médico del sector aquellos pacientes que ingresan sin ningún control médico previo, ya que a su salida mediante mecanismos de referencia más efectivos, se logra que estos pacientes se sigan controlando en el Centro de Salud de su Sector por el mismo médico, que lo atendió en el Hospital.

SECTORIZACION HOSPITAL DEL NIÑO SERVICIO DE MEDICINA

(Hasta 6 años de edad; excluye Neonatología y Escolares)

MEDICINA I (Primer piso) (Lact. 1)

SECCION A	SECCION B
Juan Díaz Pedregal Tocumen	Río Abajo Parque Lefevre San Francisco

MEDICINA II (Primer piso)
(Lact. 2)

SECCION A San Miguelito	SECCION B San Miguelito
SECCION D Santa Ana Chorrillo San Felipe	SECCION C Calidonia Bella Vista

MEDICINA III (Tercer piso)
(Pre-Escolares)

SECCION A Pueblo Nuevo Las Cumbres	SECCION B Bethania Chilibre	SECCION C Provincia de Panamá	SECCION D Provincias: Chiriquí Bocas del Toro Veraguas Coclé Los Santos Herrera
	COMEDOR	SECCION E Colón Darién San Blas	

Por otro lado, al establecerse sectores definidos dentro del Hospital, se ha promovido la participación de los Comités de Salud del Sector correspondiente en la solución de ciertos problemas que afectan estas salas. Hasta ahora se ha logrado ayuda económica para mejoras físicas y donaciones de equipo y se espera que

esta colaboración aumente y se extienda también a recursos humanos mediante la utilización de voluntarias en ciertas labores de las salas.

Se ha logrado por el momento que el personal médico del Centro de Salud participe en los programas de Sectorización del Hos-

pital y sin que se pretenda desviar recursos del Centro de Salud hacia el Hospital en perjuicio de actividades que se podrían realizar en la comunidad, es recomendable que se incremente hasta donde sea posible la participación principalmente de enfermeras, trabajadoras sociales y nutricionistas de los Centros de Salud

en las actividades de las salas sectorizadas.

Aún hay problemas que resolver pero creemos que con el método de la sectorización se logra una atención médica más organizada disminuyendo el riesgo de hospitalización y por lo tanto de muerte precoz en nuestra población infantil.

Dr. Jorge Jean Francois
Director Médico del Hospital del Niño a.i.
-Marzo 1972-

BIBLIOGRAFIA

1. Política y Programa de Medicina Comunitaria en Panamá, 1968 - 1971. Ministerio de Salud, Diciembre 1971.
2. Ciudad de Panamá, Sectores Censales. Preparado por el I. V. U. en cooperación con la Dirección de Estadística y Censo de la Contraloría General. Agosto 1960.
3. Salud Materno-Infantil, Situación y Programación para el país. Departamento de Salud Materno Infantil, Ministerio de Salud de Panamá, 1969.
4. Departamento de Estadísticas y Cómputos Electrónicos. Ministerio de Salud, República de Panamá.
5. Departamento de Estadísticas y Archivos Clínicos. Hospital del Niño de Panamá.

MEMBRANA HIALINA CASO CLINICO PATOLOGICO

Drs. Doris E. Chorres*

Manuel Roy Jr.**

Jaime Arias***

Recién nacido de madre de 18 años Grava I Para o AbO FUM 9 de Nov. de 1972 FPP 16 de Agosto. 1973. Gestación 30 semanas. Embarazo no controlado.

Labor de 2 horas. REM 2 horas. Parto vaginal con período expulsivo rápido. Nace con Apgar de 8 al minuto.

Al examen físico de ingreso se encontró: Peso 1.47 Kg. Talla 38 cm CC 27 cm CT 24 cm. Signos de insuficiencia respiratoria, quejoso, ligera disnea, aleteo nasal, discreto tiraje, pulmones hipoventilados. Tonos cardíacos rítmicos, sin soplos, tono muscular moderadamente disminuido, reflejo de Moro Positivo. La impresión diagnóstica inicial fue de: Recién nacido pretérmino AEG. Insuficiencia Respiratoria (Probable Síndrome Aspirativo o Probable Membrana Hialina). De inmediato se ordena gasometría, Radiografía del tórax, y se administra el siguiente tratamiento: incubadora Isolette con oxígeno 7 lt/mn con Vapojette, Humedad máxima, Vit Kl sc. Ampicilina intramuscular y por

Venocclisis Solución de Dextrosa en agua al 10% El resultado de la gasometría indicó un pH 7.25, pCO₂ 52 mmHg, pO₂ 30 mmHg, Reserva alcalina de 17 mEq. En vista del progreso de la insuficiencia respiratoria y de la acidosis reflejada en los datos anteriores se adicionaron 5 mEq de Bicarbonato de Sodio a la venocclisis que estaba pasando. A las 10 horas de vida los resultados de la gasometría fueron los siguientes: pH 7.25, pCO₂ 52 mmHg, pO₂ 34 mmHg y Reserva alcalina de 14.5 mEq. En este momento se le aumentó la concentración de oxígeno a más de 40 % en vista de la persistencia de la hipoxemia. A las 18 horas de vida el niño continúa con insuficiencia respiratoria severa, FR 74/mn, quejumbroso, con cianosis generalizada, hipoactivo e hipoventilación pulmonar. Una nueva gasometría comunicó un pH 7.29, pCO₂ 56 mmHg pO₂ 36 mmHg y una reserva alcalina de -2 mEq. Se le administraron otros 5 mEq de Bicarbonato de Sodio por venocclisis y oxígeno directo. Se agre-

* Jefe de Recién Nacidos del Hospital General la Caja de Seguro Social

** Radiólogo del Hospital General de la Caja de Seguro Social

*** Patólogo del Hospital General de la Caja de Seguro Social

ga Kanamicina al tratamiento antibiótico. Dos horas más tarde el niño se observa agónico, con períodos de apnea, con bradicardia y se le ausculta un soplo sistólico Grado I en el mesocardio. Reacciona discretamente a las

maniobras de reanimación y una hora después presenta paro cardiorespiratorio irreversible.

Diagnóstico Clínico:

Prematuridad

Insuficiencia respiratoria

Idiopática (Membrana Hialina)

Hallazgos radiológicos: (Fig. 1 y 2)

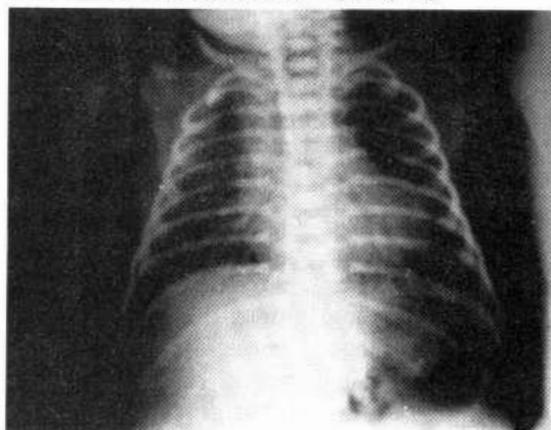


Fig. No. 1



Fig. No. 2

El estudio radiológico incluye proyecciones del tórax de frente y de perfil que muestran: 1) hiperaereación pulmonar 2) aspecto reticulogranular intenso y extenso de ambos campos pulmonares 3) aerobroncograma.

Los hallazgos son compatibles con dificultad respiratoria por membrana hialina; el patrón uniforme pulmonar señala severidad del proceso.

Hallazgos patológicos:

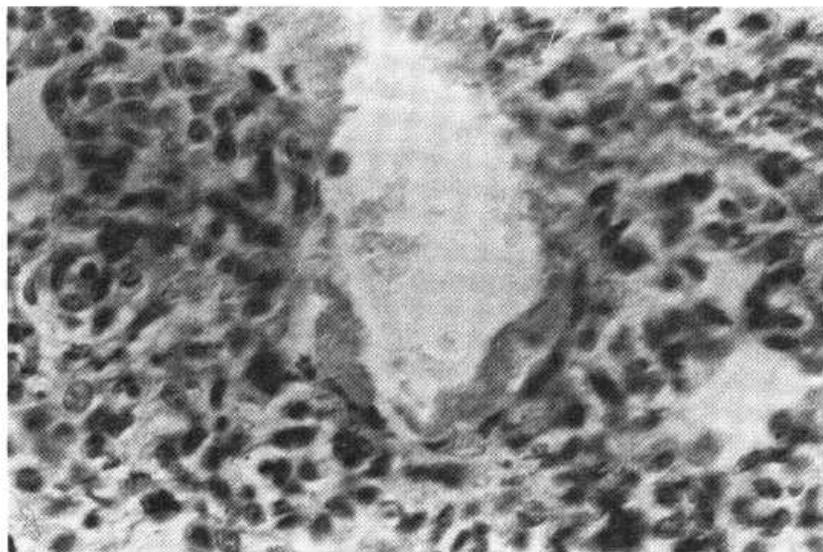
La autopsia reveló solamente congestión vascular y patología pulmonar. En el estudio macroscópico de los pulmones se encontraron éstos, aumentados en peso y consistencia, de color rojo purpurino que se hunden rápidamente en agua, superficie de sección firme, algo esponjosa y elástica.

Las secciones histológicas muestran variados grados de atelectasia con colapso total y parcial de los sacos aéreos, así co-

mo dilatación y congestión de capilares, venulas y pequeñas arteriolas pulmonares. Hay infiltración del parenquima con leucocitos polimorfonucleares y mononucleares. Se observa membrana hialina acidofílica, inspisada y retraída con precipitado finamente granular revistiendo cavidades aéreas, algunas de ellas con epitelio cúbico que revela la premadurez del niño.

Diagnóstico Pos-Morten:

1. Membrana Hialina
2. Prematuridad



Enfermedad de Membranas hialinas en infantes recién nacidos. Edad fetal, 30 semanas; tiempo de sobrevivida horas.

Se observan zonas con variados grados de atelectasia alternados con cavidades aéreas revestidas por membranas hialinas; precipitado finalmente granular; parenquima respiratorio infiltrado por polimorfonucleares y mononucleares. (X4000).

COMENTARIOS:

Se presenta un caso de un recién nacido prematuro que nace en buenas condiciones y que pronto inicia cuadro de insuficiencia respiratoria progresiva. El cuadro clínico y los hallazgos de laboratorio, que nos mostraron una acidosis metabólica, nos permitió hacer el diagnóstico de Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Ideopática. Este diagnóstico fue confirmado por los hallazgos de radiología y patología.

La membrana hialina es una enfermedad especialmente de los prematuros, recién nacidos por cesáreas y de madres diabéticas. Aunque la causa primaria es todavía desconocida, numerosas

hipótesis han sido expuestas para explicar la patogénesis incluyendo, hipoperfusión pulmonar, deficiencia de la sustancia surfactante alveolar, aumento de la permeabilidad de la pared alveolar con deposición de fibrina, sistema fibrinolítico deficiente, aspiración de líquido amniótico. Todos son factores contribuyentes en el origen y curso de la enfermedad, pero que no nos ayudan a mejorar el tratamiento ni a prevenirlo.

Las lesiones patológicas de membrana hialina, resultan por severo daño pulmonar (necrosis de las células epiteliales del lóbulo pulmonar) aumento de la transudación plasmática, y aspiración de líquido amniótico.

ESTATUTOS DE LA SOCIEDAD PANAMEÑA DE PEDIATRÍA
CAPITULO I
CONSTITUCION Y FINES

ARTICULO 1o.- Constitución de la Sociedad:

Los Médicos Pediatras panameños, reunidos en sesión especial el día 18 de enero de 1954, decidieron constituir la Sociedad Panameña de Pediatría, con domicilio en la ciudad de Panamá.

ARTICULO 2o.- De los fines de la Sociedad:

- a) Estimular el desarrollo de la Pediatría en nuestro país en todos sus aspectos científicos, social, sanitario, asistencial, educativo y de investigación.
- b) Promover el acercamiento entre los médicos pediatras nacionales.
- c) Fomentar las relaciones con Organismos y Sociedades nacionales e internacionales que se interesen por la salud del niño.

ARTICULO 3o.- Para cumplir sus fines, la Sociedad realizará:

- a) Sesiones Ordinarias mensuales
- b) Sesiones Extraordinarias
- c) Organizará una Biblioteca médica
- d) Editará una revista científica, que será el órgano oficial de la Sociedad.
- e) Patrocinará y organizará eventos científicos relacionados con la Pediatría, y en general con el bienestar del niño.

CAPITULO II
DE LOS SOCIOS

ARTICULO 4o.- La Sociedad tendrá las siguientes clases de socios o miembros:

I.- ACTIVOS:

- a) Fundadores
- b) Ordinarios

II.- ASOCIADOS.

III.- HONORARIOS

IV.- CORRESPONDIENTES

V.- EMERITUS

I.- SOCIOS ACTIVOS;

Son los miembros de la Sociedad que tienen voz y voto. Para ser socio activo se debe cumplir con los siguientes requisitos mínimos:

1. Se panameño.
2. Haber realizado el período de Internado, de acuerdo con lo establecido por la ley pertinente.
3. Haber realizado una RESIDENCIA PEDIATRICA COMPLETA O SU EQUIVALENTE' EN UN SERVICIO DE PEDIATRIA DE UN HOSPITAL RECONOCIDO POR LA SOCIEDAD PANAMEÑA DE PEDIATRIA, por un PERIODO NO MENOR DE DOS AÑOS o bien, tener práctica HOSPITALARIA EXCLUSIVA Y NO MENOR DE CINCO AÑOS, en un SERVICIO ORGANIZADO DE PEDIATRIA' RECONOCIDO POR LA SOCIEDAD, en un Hospital General de la República.
4. Presentar un Trabajo Científico, que deberá ser aprobado previamente por la Comisión de Admisión.
5. Pertenecer a la Asociación Médica Nacional.

PARAGRAFO: estas modificaciones no afectan a los Socios actuales.

II. MIEMBROS ASOCIADOS:

Son los MEDICOS NO PEDIATRAS, que por su interés en la Pediatría, se hagan merecedores de esta distinción. Deben ser propuestos por cinco socios activos y aprobados por la mayoría de los socios presentes, en votación secreta.

III. SOCIOS HONORARIOS:

Son aquellas PERSONAS que, en atención a sus méritos o servicios excepcionales relacionados con la Pediatría, se hagan merecedores de tal distinción. Deberán ser propuestos por la Junta Directiva a la Asamblea General, y aprobados por las dos terceras partes de los socios activos presentes.

IV. SOCIOS CORRESPONDIENTES:

Son aquellos MEDICOS PEDIATRAS NO PANAMEÑOS que deseen cooperar activamente con la Sociedad Panameña de Pediatría y manifiesten su deseo de pertenecer a ella. Su solicitud deberá ser apoyada por dos Socios Activos que le conozcan, y aprobada por la mayoría de los socios presentes y en votación secreta.

V. SOCIOS EMERITUS:

Son los Socios Activos que habiendo cumplido los 65 años de edad, soliciten a la Sociedad se les considere en esta categoría. Deberán estar en paz y salvo con la Tesorería, y desde ese momento quedarán exentos de cuotas. Gozarán de todos los privilegios de los Socios Activos, pero no tendrán derecho a voto.

CAPITULO III ORGANOS DIRECTIVOS

ARTICULO 5o. La autoridad máxima de la Sociedad reside en sus socios reunidos en Asamblea General, Hacen "QUORUM" un tercio de los miembros activos de la Sociedad, residentes en la ciudad de Panamá, y que incluya a cuatro miembros de la Directiva.

ARTICULO 6o. La Junta Directiva será elegida anualmente y estará constituida por Siete Socios Activos, con los siguientes cargos: Presidente, Vice-Presidente, Secretario de Asuntos Externos, Secretario de Asuntos Internos, Tesorero y Vocal. El Presidente saliente será miembro ex-oficio de la nueva Junta Directiva con derecho a voz y voto.

ARTICULO 7o. Las elecciones de la nueva Directiva se efectuarán en la sesión ordinaria del mes de Mayo, y serán por votación secreta. En caso de no lograrse el quorum reglamentario, las elecciones se verificarán en una Sesión Extraordinaria convocada especialmente para tal efecto, dentro de los 15 días siguientes. La nueva Junta Directiva tomará posesión en el mes de Junio siguiente.

ARTICULO 8o. En caso de quedar vacante algún cargo de la Junta Directiva, el Presidente de la Sociedad está facultado para llenarlo con algún socio activo, por el resto del período administrativo correspondiente.

ARTICULO 9o. En una Asamblea General, la MAYORIA ABSOLUTA estará constituida por la mitad más uno de los socios activos presentes, la que decidirá toda elección o votación, excepto cuando se establezca de otra manera en estos estatutos.

CAPITULO IV DE LAS SESIONES

ARTICULO 10o. Se realizarán sesiones ORDINARIAS Y EXTRAORDINARIAS.

- a) Son Sesiones Ordinarias las que se realizan mensualmente con el fin de conocer la marcha de la Sociedad y aprobar o des-

aprobar los temas que se presenten. La convocatoria deberá hacerse por lo menos con 24 horas de anticipación y por escrito. Las sesiones Ordinarias deberán incluir en el orden del día, un Programa Científico.

- b) Son Sesiones Extraordinarias, las que se celebren por convocatoria especial del Presidente de la Sociedad, o por solicitud escrita de 15 ó más socios activos elevada a la Junta Directiva. Para que los acuerdos de las Sesiones Extraordinarias tengan valor, los temas que se traten deberán ser incluidos previamente en la convocatoria.

CAPITULO V PERSONERIA JURIDICA Y RECURSOS

ARTICULO 11o. El Presidente de la Sociedad tendrá la representación legal y social de este organismo.

ARTICULO 12o. Los recursos de la sociedad provendrán de las siguientes fuentes:

- a) La cuota de Admisión de los Socios Activos, que será de 20.00 Balboas.
- b) La cuota mensual de los Socios Activos, que será de 2.00 Balboas. Ambas cuotas podrán ser modificadas según acuerdo de la Sociedad.
- c) Las donaciones que recibiera de personas o sociedades.
- d) De las actividades que desarrolare la Sociedad (congresos, etc.)

CAPITULO VI DE LOS DEBERES DE LOS SOCIOS

ARTICULO 13o. Los Socios Activos tendrán los siguientes deberes:

- a) Cumplir estrictamente con los estatutos y con las disposiciones que señale la Asamblea General o la Junta Directiva.
- b) Asistir a las Sesiones ordinarias y extraordinarias. En caso de no poder concurrir deberá informarlo a la Secretaría.
- c) Aceptar cargos en la Junta Directiva si no existiere causa que lo impida.
- d) Presentar un trabajo científico ante la Sociedad, por lo menos cada 5 años.

- e) Cumplir con los Cargos o Misiones a ellos encomendadas.
- f) Aprobar o rechazar las solicitudes de ingresos de nuevos socios, previo informe de la Comisión de Admisión.
- g) Perderá su condición de Socio de esta Sociedad, aquel que faltare a cinco sesiones ordinarias consecutivas sin presentar excusa justificada, o bien, los que dejen de pagar sus cuotas por más de 24 meses sin razón justificada a juicio de la Junta Directiva.

ARTICULO 14o. Son deberes de la Junta Directiva:

- a) Hacer cumplir los estatutos, reglamentos y acuerdos que se dicten.
- b) Sesionar con la frecuencia que los asuntos pendientes lo requieran.
- c) Preparar y organizar los programas o temarios para las sesiones.
- d) Aplicar medidas disciplinarias a los Socios cuando fuere del caso hacerlo.

ARTICULO 15o. Son deberes del Presidente:

- a) Convocar por intermedio del Secretario a las sesiones ordinarias, extraordinarias y de la Junta Directiva.
- b) Presidir las sesiones generales y de la Junta Directiva.
- c) Autorizar junto con el Tesorero y por medio de cheques, el pago de las cuentas de la Sociedad.
- d) Presentar un informe anual de la labor desarrollada durante su período administrativo, en la sesión de la toma de posesión de la nueva Directiva.
- e) Nombrar las Comisiones de Trabajo y Estudio que estime conveniente.

ARTICULO 16o. Son deberes del Vice-Presidente, sustituir al Presidente en todas atribuciones durante sus ausencias temporales o permanentes.

ARTICULO 17o. Son funciones del Secretario de Asuntos Internos:

- a) Llevar los libros de Actas de las Sesiones.
- b) Mantener al día el registro de los Socios.
- c) Convocar a las Sesiones.
- d) Mantener y actualizar los Archivos de la Sociedad.
- e) Atender la correspondencia con los Socios y Organismos o Sociedades a nivel Nacional.

ARTICULO 18o. Son funciones del Secretario de Asuntos Externos:

- a) Mantener correspondencia con las Sociedades y Organismos Internacionales, de acuerdo con los intereses de la Sociedad Panameña de Pediatría.
- b) Llevar un registro adecuado y actualizado de las sociedades pediátricas en el extranjero, y de sus respectivos órganos directivos.

ARTICULO 19o. Son atribuciones del Tesorero:

- a) Llevar la contabilidad de la Sociedad.
- b) Cobrar las cuotas a los socios, extendiendo en cada caso el recibo correspondiente.
- c) Mantener los fondos de la Sociedad en un Banco de la ciudad.
- d) Pagar las cuentas de la Sociedad por medio de cheques, y firmados conjuntamente con el Presidente.
- e) Informar semestralmente a la Junta Directiva del movimiento económico de la Sociedad.
- f) Presentar un informe anual de Tesorería en la Sesión Inaugural de la Nueva Junta Directiva.

ARTICULO 20o. Son atribuciones del Vocal:

- a) Vigilar por la buena marcha de la Sociedad y denunciar cualquier irregularidad.
- b) Cooperar con el Tesorero en el cobro de las cuotas.

CAPITULO VII DE LAS COMISIONES

ARTICULO 21o. Existirán Comisiones de Trabajo y Estudio, ya sea en forma Permanente o Transitoria.

Comisiones Permanentes:

Son aquellas con funciones y objetivos estipulados en los estatutos. Su duración será la del período de la Junta Directiva por la que fueron nombradas. Estas Comisiones son:

- a) Comisión de Admisión de nuevos socios.
- b) Comisión de ética.
- c) Comisión de Actividades Científicas
- d) Comisión de Biblioteca.
- e) Comisión de la Revista de la Sociedad.

Comisiones Transitorias: Son aquellas nombradas para lograr objetivos no contemplados específicamente por los estatutos, pero que son de interés para la Sociedad.

CAPITULO VIII DE LAS RELACIONES CON LA ASOCIACION MEDICA NACIONAL

ARTICULO 22o. La Sociedad Panameña de Pediatría estará oficialmente afiliada a la Asociación Médica Nacional, manteniendo su condición de Sociedad Médica Especializada con todos sus privilegios y derechos.

CAPITULO IX MODIFICACIONES A LOS ESTATUTOS Y LIQUIDACION DE LA SOCIEDAD

ARTICULO 23o. Los presentes estatutos podrán ser modificados o sustituidos totalmente, mediante el voto aprobatorio de la mayoría absoluta de los Socios Activos que componen la Sociedad, en dos sesiones ordinarias consecutivas. Los socios deberán ser informados con anterioridad.

ARTICULO 24o. Para la liquidación o disolución de la Sociedad se necesita el voto aprobatorio de las dos terceras partes de los socios activos, y como la Sociedad tiene Personería Jurídica se registrará por lo que le señale la ley.

Panamá, 28 de Octubre de 1971.

**REQUISITOS MINIMOS PARA LA PRESENTACION
DE TRABAJOS CIENTIFICOS
EN LAS JORNADAS PANAMEÑAS DE PEDIATRIA**

1. Ser de auténtico interés para la pediatría en Panamá, y en general, debe cubrir un tema que promueva la actualización científica y la mejora de los conocimientos del especialista.
2. La exposición del trabajo debe durar el tiempo que el programa científico especifique.
3. El trabajo presentado debe ser original (por uno o más autores) con datos recopilados personalmente o de instituciones reconocidas por el Consejo Técnico de Salud Pública.
4. Una copia del trabajo, escrita a doble espacio y a máquina, debe ser entregado a más tardar el día de la presentación del mismo a uno de los miembros del Comité Científico. Esta copia debe incluir diapositivas, fotos, esquemas y cuadros que figuren en la presentación. Además, se acompañará de un resumen en español y en inglés, y una lista de referencias.
5. Todo resumen de trabajo a presentarse, está sujeto a la previa aceptación por el Comité Científico, 30 días antes del comienzo de las Jornadas.*
6. Todos los trabajos que se presenten en las Jornadas de Pediatría quedarán bajo el cuidado del Comité Científico para su publicación futura en el boletín de la Sociedad.

BASES PARA EL CONCURSO: "PREMIO NESTLE"

1. Llenar todos los requisitos para la presentación de trabajos científicos mencionados anteriormente.
2. El participante debe pertenecer a la Sociedad Panameña de Pediatría en calidad de SOCIO ACTIVO y encontrarse a paz y salvo con la tesorería.
3. El Premio único NESTLE constará de B/.1,000.00 y se otorgará al mejor de los trabajos presentados. En caso de que existan iguales méritos en más de un trabajo, el premio podrá ser compartido.

* Anuales de Pediatría.

4. La decisión sobre la elección del o de los trabajos a premiar recaerá sobre el Jurado del Concurso. Este jurado está constituido por tres (3) miembros del Comité Científico, los cuales serán elegidos por el Presidente de la Sociedad Panameña de Pediatría ANTES de inaugurarse las Jornadas.
5. El fallo del Jurado será definitivo e inapelable, y será dado a conocer dentro de los 30 días siguientes a la fecha de terminación de las Jornadas.
6. No podrá participar en el concurso ninguno de los miembros del Jurado.

CONTRIBUCIONES A LAS VI JORNADAS PANAMEÑAS DE PEDIATRIA

Abbot Laboratories International Co.

Carter - Wallace U. S. Inc.

Compañía Internacional de Ventas, S. A.

Compañía Panameña de Alimentos, S. A.

Distribuidora Médico Dental, S. A.

Distribuidora Médico Dental, S. A. (Sandoz)

Droguería Saro, S. A. (Merck Sharp & Dome)

Eli Lilly De Centro América, S. A.

Laboratorios Prieto

Lederle

Mead Johnson - Bristol Myers

Miles Laboratories Inc. Pfizer Corporation

Pfizer Corporation

Promed, S. A.

Productos Gerber, S. A.

Schering Corporation

Strassenbergh International

Uppjohn Inter-American Corporation

NOTICIAS

VI JORNADAS DE PEDIATRIA

Los días 9, 10 y 11 de Marzo último se celebraron las VI Jornadas Panameñas de Pediatría, las cuales tuvieron como sede el Hotel El Panamá.

Intervinieron como invitados especiales el Dr. Heinz F. Eichenwald, Profesor y Jefe del Departamento de Pediatría de la Universidad de Texas, Estados Unidos, el Dr. Ernesto Díaz del Castillo, Jefe de Neonatología del Instituto Mexicano de Seguridad Social y el Dr. Orlando Cañizares, dermatólogo, profesor de Dermatología de la Universidad de New York, quienes expusieron los últimos adelantos en el diagnóstico y tratamiento de diversos procesos dermatológicos e infecciosos en el niño. También tomaron parte destacados colegas locales, quienes hicieron interesantes exposiciones entre las cuales se distinguió la presentada por el Dr. Félix E. Ruiz "La fototerapia en la hiperbilirubinemia del Recién Nacido por la cual se hizo acreedor al Premio ofrecido por la Cía. Nestlé al mejor trabajo presentado cada año en este evento.

También se desarrolló un variado y ameno programa social, además de los pediatras locales se inscribieron varios miembros del Departamento de Pediatría, del Hospital Gorgas y gran cantidad de médicos que actualmente hacen su residencia en Pediatría.





XI CONGRESO CENTROAMERICANO DE PEDIATRIA

En la sesión ordinaria del pasado 24 de Mayo se acordó por votación general escoger la fecha del 2 al 7 de Diciembre de 1974, para la celebración del XI Congreso Centroamericano de Pediatría, el cual se celebrará en la Ciudad de Panamá. Los dos primeros días serán dedicados a seminarios y el verdadero Congreso ocupará los días 4, 5, 6 y 7 de Diciembre.

XIV CONGRESO INTERNACIONAL DE PEDIATRIA

Del 3 al 9 de Octubre de 1974, tendrá lugar en la ciudad de Buenos Aires, Argentina el XIV Congreso Internacional de Pediatría, el cual cubrirá interesantísimos temas como: El feto y el recién nacido. El adolescente. El niño en el mundo en desarrollo. El niño en el mundo desarrollado y el niño y el futuro.

En relación con este evento, el día 21 de mayo arribaron a nuestro país en visita oficial, los Drs. Angel Plaza y Rodolfo Moreno, integrantes del Comité Organizador, con el propósito de establecer contacto con los pediatras que laboran en nuestras instituciones de salud, con los miembros del Ministerio de Relaciones Exteriores. Su misión fue la de promover el interés de los médicos en este cónclave científico y exponer los detalles de su organización. Para tal fin la Directiva de la Sociedad, efectuó una reunión con los Pediatras del País, en la Terraza del Hotel Granada, donde se ofreció un exquisito Buffet típico ofrecido por la Cía Nestlé.

NUEVA JUNTA DIRECTIVA:

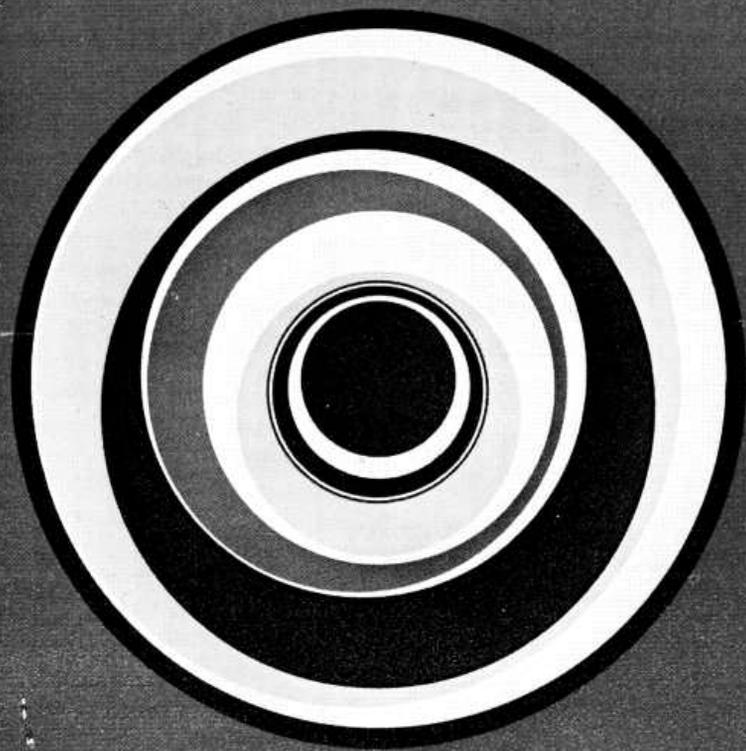
Cumpliendo con los reglamentos de la Sociedad, durante la sesión ordinaria del 24 de Mayo del presente año, se realizaron las elecciones de la nueva Junta Directiva que regirá los destinos de la misma durante el período 1973-1974. La Directiva quedó integrada así:

Presidente	Dr. Ricaurte Crespo V.
Vice-Presidente	Dr. Félix E. Ruiz R.
Secretario de Asuntos Internos	Dr. Ludwig Dillman
Secretario de Asuntos Externos	Dr. Leonel Luque
Vocal	Dr. Elías Abadi
Presidente anterior	Dra. Doris E. Chorres

Felicitamos a los nuevos Directores y les deseamos éxito en las delicadas funciones que asumirán, pues ellos llevarán la responsabilidad de la organización del próximo Congreso Centroamericano.

El punto de inicio

**en el tratamiento
de las infecciones
genitourinarias y
pediátricas es...**



EL PUNTO DE INICIO en el tratamiento de las infecciones por gramnegativos y estafilococo dorado es

KANTREX* **PARENTERAL**

MAS DE 12 AÑOS DE USO Y MAS DE 1400 TRABAJOS CLINICOS RESPALDAN SU EFICACIA Y SEGURIDAD .

MAXIMA SENCILLEZ DE DOSIFICACION 15 mg./Kg./día

EN CUALQUIER ENFERMO... (niños y adultos)

EN CUALQUIER INFECCION... (gramnegativos, estafilococo)

INDICACIONES:

INFECCIONES GENITOURINARIAS: Pielonefritis aguda o crónica, Cistitis, Prostatitis, Uretritis, Blenorragia.

INFECCIONES RESPIRATORIAS: Traqueítis, Neumonía, Bronconeumonía, Absceso Pulmonar, Pleuritis.

INFECCIONES PEDIÁTRICAS: Septicemia, Meningitis, Pielonefritis aguda o crónica, Neumonía, Bronconeumonía del recién nacido.

POSOLOGIA:

ADULTOS: 1 frasco ampula de 1 gramo diario en una o dos aplicaciones.

NIÑOS: 1 frasco ampula de 75 mg. por cada 5 Kg. de peso (15 mg/Kg/día) en una o dos aplicaciones.

BLÉNORRAGIA: Como dosis única 1 frasco de 1 gramo en cada región glútea simultáneamente.



PRESENTACIONES:

Adultos: Frasco ampula con 1 g. de sulfato de Kanamicina en 3 ml. Listo para usarse.
Frasco ampula con 5 g. de sulfato de Kanamicina en 2 ml. Listo para usarse.

Pediátrica: Frasco ampula con 75 mg. de sulfato de Kanamicina en 2 ml. Listo para usarse.

La barrera contra sarampión, parotiditis y rubéola

M-M-R*

(Vacuna de virus vivos contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola, MSD)

Frascos con una dosis.

Usted puede vacunar al mismo tiempo contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola con una sola inyección de M-M-R. Los porcentajes de respuesta serológica —sarampión 96%, parotiditis 95%, rubéola 94%— son casi tan altos como los de 98%, 96% y 96%, respectivamente, que se obtienen al administrar las tres vacunas vivas por separado. Es de esperarse que los títulos de anticuerpos producidos por la vacunación con M-M-R serán tan duraderos como los que se obtienen con cada vacuna por separado. Los efectos colaterales rara vez son importantes, y la transmisión de una infección viral de las personas vacunadas a otras sensibles, aunque es una posibilidad teórica, no es considerada un problema significativo. M-M-R: La barrera contra sarampión, parotiditis y rubéola, creada por la investigación de Merck Sharp & Dohme.

**Un producto de
Merck Sharp & Dohme...
Líder en inmunología viral.**

MSD MERCK SHARP & DOHME

(LAJCORP SUCURSAL CENTROAMERICANA S.A. SUI SUI COSTA RICA)
Subsidiaria de Merck & Co., Inc., Rahway, N.J., EE.UU.

DONDE LA TEORIA DE HOY ES LA TERAPEUTICA DE MAÑANA

Información detallada a solicitud del médico.

*Marca registrada por Merck & Co., Inc., Rahway, N.J., U.S.A.



Las Farmacias que le Sirven a Usted

FARMACIAS RENE

Farmacia RENE N° 1

Calle 50 y Vía Brasil
Teléfonos: 23-6766 64-3236

Farmacia RENE N° 3

Vía Fernández de Córdoba
Teléfono: 23-6320

Farmacia RENE N° 2

Calle Principal de
Villa Guadalupe
Teléfono: 67-0036

Farmacia RENE N° 4

Punta Paitilla
Teléfono 64-6834

SURTIDO COMPLETO DE MEDICINAS Y REGALOS



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.



Droguería Saro, S. A.

APARTADO 4694

PANAMA 5, PANAMA

VIA ARGENTINA 57
EDIFICIO SAMIL

DIRECCION CABLEGRAFICA
SAROSA - PANAMA

Representantes de:

**MERCK SHARP & DOHME (I.A.) CORP.
FROSST LABORATORIES INC.
PRODUCTOS SANITARIOS DE NICARAGUA, S. A.
(PROSAN)
J.B. WILLIAMS INTERNATIONAL**

EUROPHARMA
ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS

EUROPHARMA INTERNATIONAL INC.
DIVISION DE

Calle Venezuela No. 1 Esquina Vía España
Teléfonos: 23-7446 y 23-8732 Panamá, R. de P.

LABORATORIOS EUROPHARMA, S. A.
LABORATORIOS PROMECO DE MEXICO, S. A.

XIV CONGRESO INTERNACIONAL DE PEDIATRIA

3-9 - OCTUBRE - 1974

BUENOS AIRES - ARGENTINA

SOLICITE INFORMES Y
FORMULARIOS DE INSCRIPCION

VIAJES TIVOLI

AVE. TIVOLI No. 8
VIA ESPAÑA 208

TELEFONOS:
62-0445 - 23-3106

LINCOCIN

AYUDA A SOLUCIONAR LOS PROBLEMAS DE LA ANTIBIOTICOTERAPIA

Lincocin brinda ausencia notable de reacciones de hipersensibilidad en contraposición con la penicilina, que produce reacciones alérgicas en una proporción de hasta el 10%¹ Lincocin no comparte propiedad antigénica con las penicilinas. Además, The Upjohn Company no ha tenido nunca informes sobre muertes por anafilaxia producida por Lincocin.² Por otra parte, sus pacientes apreciarán el hecho de que Lincocin, Solución Estéril es bien tolerado localmente, sin producir más dolor que la penicilina procaínica.

En infecciones de la garganta u otras infecciones de las vías respiratorias superiores, confíe en Lincocin por su eficacia, inocuidad y ausencia de dolor en el sitio de la inyección.

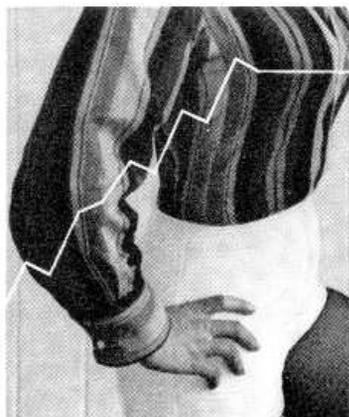
Lincocin, Solución Estéril: Cada frasco-ampolla de 2 ml. contiene clorhidrato de lincomicina monohidratado equivalente a 600 mg. de lincomicina base.

Lincocin, Solución Pediátrica Estéril: Cada frasco-ampolla de 1 ml. contiene clorhidrato de lincomicina monohidratado equivalente a 300 mg. de lincomicina base.

Lincocin, Jarabe: Cada 5 ml. contienen clorhidrato de lincomicina monohidratado equivalente a 250 mg. de lincomicina base. Jarabe, en frascos de 60 ml.;

Upjohn

714 MARCA DE FABRICA: LINCOCIN 5 6177.1



Postafen

INDICACIONES

Inapetencia
Delgadez constitucional

POSOLOGIA

Adultos: 2 ó 3 comprimidos al día,
sea 1 comprimido en la $\frac{1}{2}$ hora que precede a las comidas
sea 1 comprimido antes de la comida de mediodía y 2
comprimidos antes de la cena

Niños: de 10 a 20 kg 25 mg/día
de 20 a 30 kg 37.5 mg/día
de 30 a 40 kg 50 mg/día
en 2 ó 3 tomas iguales, administradas $\frac{1}{2}$ hora antes de las
comidas

PRESENTACIONES

Frascos de 25 comprimidos dosificados a 25 mg
Frascos de 150 ml de jarabe a 1 mg/ml

(*) En algunos países se vende bajo el nombre de
POSTAFEN



DIVISIÓN FARMACÉUTICA
Bruselas Bélgica

ALIMENTACION INFANTIL



KLIM
LECHE INTEGRAL EN POLVO
DE LA MAS PURA CALIDAD

BIOLAC
LECHE MODIFICADA
CON ADICION DE VITAMINAS
ALIMENTO INFANTIL COMPLETO



DRYCO
LECHE SEMIDESCREMADA
HYPERPROTEICA





El no
podría preocuparse
menos
de Nestlé ... y nosotros

*no podríamos preocuparnos
más de él.*



Nestlé, al servicio de la alimentación infantil



PH 2242 81