

**PREVALENCIA DE SEROLOGIA POSITIVA  
PARA CHAGAS EN MADRES PARTURIENTAS  
DE LA MATERNIDAD "GERMAN URQUIDI"**

Dr. Gonzalo SALINAS (1), Dr. Gonzalo TAPIA (2), Dr. Faustino TORRICO (2),  
Dra. Magaly FERREIRA (3), Dr. Gonzalo VARGAS (3), Dra. Ruth GRAGEDA (3),  
Dra. Wilma TORRICO (3), Dra. Virginia CRESPO (3).

- 1.- Maternidad "Germán Urquidi", Cochabamba - Bolivia.
- 2.- Departamento de Biología de la Facultad de Ciencias y Tecnología de la Universidad Mayor de San Simón.

**ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION.**

La enfermedad de Chagas es una zoonosis originada por el desarrollo del T. Cruzi en el organismo humano y otros mamíferos.

La enfermedad afecta a gran parte del Continente Americano, desde el Norte Argentino hasta el Sud de los Estados Unidos de Norte América, donde siete millones de personas están afectadas y treinta y cinco millones expuestas al peligro de infección. (4).

En Bolivia, de unos tres millones de habitantes de las zonas endémicas, 33% son positivos a la reacción de fijación de complemento, lo que significa que más de un millón de personas han estado de alguna manera en contacto con el agente etiológico de la Enfermedad de Chagas (5).

La prevalencia de Chagas en donadores y receptores de sangre en la ciudad de Santa-Cruz, es de 70.9% y 62.1% respectivamente. (6).

INTRODUCCION

.....

..... nacimiento incapaz en la fisiología del parto desde el origen de la humanidad, en la cual existían modelos de atención del parto y la falta de uso de medicamentos. En contraposición a que actualmente se dá al uso de ocitócicos, sobre todo del Methergin, por los beneficios obtenidos, como se demuestra en la literatura Médica (Referencias Bibliográficas I-II-III).

**DIVISION DE POST GRADO**

Bibliografía I-II-III).

Revisando la literatura, y no habiendo discrepancias de concepto entre los autores sobre este medicamento de nombre comercial "Methergin", que es un derivado del cornazuelo de zentano, se tiene acción directa sobre la musculatura uterina provocando contracciones de la misma. Su mecanismo de acción más importante está a nivel del músculo liso uterino, produciendo una actividad contráctil generalizada. Los cambios obtenidos tiene relación con las dosis administradas, cuando estas son mayores las contracciones tienen mayor fuerza y frecuencia, se hacen tensas y prolongadas, pero el tono uterino también aumenta considerablemente, en consecuencia, su uso es muy útil en el post-parto y post-aborto para mantener la contracción uterina y controlar hemorragia. (5-X)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

hemorragia. (5-X)

La sensibilidad del útero a los alcaloides del cornazuelo de

**INVESTIGACION:** "USO DE METHERGIN EN POST PARTO"

.....

.....

Cbba 24/XI/87

.....

.....

Dep. 37

MFN: 10/96

Universidad Mayor de San Simón  
Facultad de Medicina - Departamento de Patología

# TOXOPLASMOSIS Y EMBARAZO

1987 Cochabamba Bolivia

## INTRODUCCION

"Desde que el hombre existe la principal fuente de nutrición para los lactantes ha sido la leche materna". Lebenthal.

Sin embargo, desde la década de 1.930, se inició una tendencia contraria a la lactancia natural prolongada y hacia la introducción de prepara--dos artificiales, basados en leche de vaca para la alimentación infantil.

No obstante, la leche humana y la bovina son distintas, con diferentes propiedades bioquímicas e inmunológicas.

El contenido proteico de la leche de vaca es más del doble que la hu--mana; además, es distinta, lo que significa distintas características bio--químicas, distinto valor biológico y digestibilidad.

La composición en grasas es también diferente en cuanto a los ácidos grasos, pues la posición de éstos sobre las moléculas de triglicéridos y el contenido de colesterol es diferente. Existen también importantes diferen--cias en el contenido de carbohidratos, vitaminas y minerales que tal vez -influyan en el estado de salud del lactante.

En la leche humana se han identificado muchas sustancias que se sabe, son de naturaleza antimicrobiana. Es posible que cada sustancia sola o -en combinación con otros constituyentes de la leche, actue en el sentido -de proteger al lactante amamantado contra gran variedad de microorganismos infecciosos.

Entre los más importantes, citamos: Solubles, inmunoglobulinas (SIgA, 7SIgA, IgG, IgM, IgD, IgE), factor antiestafilococo, factores quimiotácti--cos, lactoferrina, lisozima, lactoperoxidasa, interferon, factor bífido, f. celulares, factores monocíticos, macrófagos, neutrófilos, linfocitos B. células plasmáticas, linfocitos T, etc. y una variedad que aún no están es--tudiadas.

INTENSIVOS DE RECIEN NACIDOS

L UATE OS URQUIDI - COCHABAMBA N I T A

INTRODUCCION. -

Para todos es bien conocido que entre los grandes flajelos de la humanidad, esta la Lúes ó sífilis que tiene como huesped único y definitivo al hombre.

Hace TIPO DE ESTUDIO: PROSPECTIVO AGOSTO/86 ascenso significativo, para posteriormente JUNIO/87 baja en su frecuencia, tanto en países desarrollados cuanto en países en vías de desarrollo.

SALA DE CUIDADOS INTENSIVOS DE RECIEN NACIDOS (CIREN)

En los últimos diez años vimos nuevamente para sorpresa nuestra que la frecuencia de esta enfermedad sube en proporciones alarmantes, siendo los factores predisponentes, la pobreza, promiscuidad y hacinamiento, condiciones que tipifican a los países en vías de desarrollo.

La frecuencia de nuevos casos en los adultos, condiciona lógicamente la reaparición de Lúes Congénita en nuestro universo. AUTORES: DRS.

- + RUBEN ARANDIA V.
- + JUAN CORRALES CH.
- ++ ANGELICA VIDAL P.
- ++ MARIA SANDOVAL C.

(CIREN) nos motivaron hacer un estudio cuya intención será el insent + PEDIATRAS - NEONATOLOGOS DE CIREN la Salud en especial a los ++ RESIDENTES DE PEDIATRIA II AÑO. con más ahinco y extremar recursos tendientes a minimisar la incidencia y consecuentemente disminuir la Norbi Cochabamba - BOLIVIA Lúes Congénita.

"Primo non nocere", aforismo tan antiguo como la misma Medicina, fue el punto de partida del presente estudio, ya que en buen castellano, significa Primero, no dañar. Empesaremos por definir el término Yatrogenia, que a la letra muerta quiere decir: Error producido por Médico o Enfermera, en el manejo de pacientes.

Estas dos personas intervienen directamente en el cuidado del paciente enfermo, constituyéndose en los puntos vulnerables del estudio. Pero es necesario conocer que si bien pueden ser causa de Yatrogenia: Desconocimiento de la Patología en curso, Falta de entrenamiento, trabajo excesivo, delegación de funciones y decidia, por la magnitud del estudio, obviamos diferentes aspectos **YATROGENIAS EN PEDIATRIA**, como ser aquellos dependientes del sector administrativo, problemas de infraestructura, factores de índole social y pacientes derivados de otros centros de atención Médica, aspectos que nos limitan como a todos los otros países como en el nuestro en vías de desarrollo.

Las causas mencionadas, intervienen de una manera definitiva en el establecimiento de un nuevo estado patológico, o agravamiento del ya existente, los cuales tendrán diversos grados de severidad, de manera que el estado final del paciente sea peor que el inicial.

Justificamos la elaboración del presente trabajo, en defensa de la Salud que como a humanos se nos asigna, como causa concurrente importante en el establecimiento del paciente en 21% del total. (Cuadro 3)

**Tipo de trabajo: Prospectivo Junio/86  
Mayo /87**

**OBJETIVOS**  
**Autores: Drs.**

+ Ruben Arandia V.  
++ Ricardo Sevilla  
Edgar Villarroel

Como objetivo principal nos fijamos en el estudio de las causas concurrentes que intervienen en nuestra Unidad de Pediatría para conocer la responsabilidad frente a los niños Capital Humano de nuestro futuro.

Asimismo quisimos estudiar, los grupos etarios más afectados, Relacionar la influencia de los aspectos socio-economicos y culturales que puedan insidir, para producir Yatrogenias.

Como objetivos secundarios, determinar quien es el responsable más frecuente de la Yatrogenia, la mayor influencia del nuevo estado sobre el ya existente y por último recomendar acciones de salud, tendientes a minimizar las Yatrogenias.

**+ Pediatra - Neonatólogo, Jefe de Cuidados Intensivos de Recien Nacidos**

**++ Residentes de Pediatría II año**

Este estudio de tipo prospectivo orientado e intensificado se llevó a cabo en el Hospital Clínico Francisco Viedma, en las unidades de Pediatría y Maternidad sala de Cuidados Intesivos del Recien Nacido, desde Junio de 1986 a Mayo de 1987.

En los pacientes en quienes se detectaron alteraciones Yatrogenicas, se procedio a: Revisión y análisis exhaustivo de la Historia Clínica, vigilancia continua durante el tiempo de internación.

INTRODUCCION.-

EICEFALOPATIA HIPOXICA ISQUEMICA

HEMORRAGIA INTRACRANEAL

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

LUGAR.- Sala de cuidados Intensivos de Neonatología (CIHEK) de la maternidad "Gerrán Urquidí" dependiente del Hospital Clínico "Francisco Viedma".

TIPO DE ESTUDIO.- Prospectivo Octubre 1986 a Noviembre de 1987.

AUTORES.-

1. Dr. Rubén Arardía  
Jefe de Servicio de Neonatología  
Hospital Clínico "Francisco Viedma"  
Cochabamba.
2. Dr. Ciro Zabala  
Director del Centro de Gastroenterología  
Boliviano-Japonés de Cochabamba.
3. Dra. Martha Espinoza  
Médico-Residente sección Pediatría  
Hospital Clínico "Francisco Viedma"  
Cochabamba.
4. Dra. Susana Córdova  
Médico-Residente Sección Pediatría  
Hospital Clínico "Francisco Viedma"  
Cochabamba,

PRODUCCION. - Se define como hipoglicemia neonatal a los valores en sangre menores a 40 mgr.% para recién nacidos a término y menores a 20 mgr.% para recién nacidos prematuros.

Los recién nacidos corren el riesgo de presentar hipoglicemia a causa de algunos caracteres peculiares, es decir, necesitan mayor aporte de glucosa para satisfacer las necesidades de azúcar del encéfalo, comparativamente voluminoso en relación al resto de la economía.

## Trabajo de parto inducido ó

Una vez instalada la hipoglicemia puede producir a corto y a largo plazo a conducido y sus efectos, etc; y a largo plazo secuelas graves como retardo mental, convulsiones, espasmos y

## sobre la glicemia neonatal

Entre las muchas causas de hipoglicemia neonatal se cita en la literatura la inducción ó conducción del parto: el mayor aporte de glucosa a la madre en estos periodos produce un paso de glucosa hacia el niño el cual responde con un aumento de insulina para metabolizar esta glucosa. Una vez producido el nacimiento, cesa el aporte de glucosa y se mantiene hiperinulinemia en el neonato que consume en forma acelerada su glucógeno.

OBJETIVOS. -

- 1.- Determinar la glicemia en los recién nacidos obtenidos previa inducción ó conducción del parto.
- 2.- Estudiar la repercusión clínica de la hipoglicemia en los recién nacidos que la presentaron.

MATERIAL Y METODOS. -

- 1.- Se tomaron en cuenta todos los recién nacidos obtenidos previa inducción ó conducción del parto en la Maternidad "Germán Urquidi" durante los meses de Abril y Mayo del presente año.

Tipo de Trabajo: Prospectivo Abril/Mayo 1987.

Lugar: Maternidad "G. Urquidi" Cochabamba.

Autores: Dr. Rubén Arandia. recién nacido cumplía

Dra. Rosario Bellot.

Marcelo Torrico.

- 5.- Para la determinación de la glicemia se utilizaron tiras de Dextix de Ames, tomando muestras de sangre por punción, con lanceador el talón del recién nacido. La lectura de las cintas se realizó por análisis con fotocolorímetro (Glucómetro de Ames Computarizado).

INTRODUCCION:

Se considera como niño de bajo peso para la edad gestacional (PBEG) a todo producto vivo cuyo peso al nacimiento es menor de 2.500 gramos, este concepto válido para Obstetricia, varía si se lo toma desde el punto de vista de Neonatología, así veremos que para los neonatólogos, niño de (PBEG) es aquel recién nacido (RN) cuyo peso al nacimiento está por debajo de PESO BAJO PARA LA EDAD GESTACIONAL Dra. Lubchenco, tabla en la que se toman las variables peso al nacimiento y edad gestacional, para emitir el concepto de (PBEG).

En base a estos conceptos obstétricos y neonatológico a guisa de exordio, de decimos hacer el presente estudio de tipo retrospectivo.

Estudios paralelos en CUIDADO INTENSIVO DEL RECIEN NACIDO de Neonatología, pudimos estudiar que: "Los C.I.R.E.N. políticos y culturales, juegan un papel preponderante, en la HOSPITAL CLINICO VIEDMA de niños con PBEG". La deficiente nutrición materna, parece ser la causa de mayor trascendencia para el nacimiento de niños con PBEG.

En circunstancias normales, hay proporción lineal, entre la Edad Gestacional y el Crecimiento Fetal, que se manifiesta por los parametros antropométricos de peso, longitud, circunferencia cefalica, etc. ELABORADO:

Según la literatura, el 25% de las criaturas que pesan poco al nacimiento son víctimas de un desarrollo fetal desviado o con retraso del crecimiento intra uterino; la mortalidad Neonatal, guarda estrecha relación con esta entidad y sus ulteriores complicaciones.

Dr. Ruben Arandia Valdez  
Dra. Martha Montecinos C.  
Dra. Jenny Antezana R<sub>2</sub>

OBJETIVOS:

En base a las consideraciones del epígrafe anterior, Dra. Rosario Bellot R<sub>1</sub> realizar este estudio, el cual consideramos sera de gran utilidad para las Est. Jose Masias Abasto y Univ. Ruth Carvallo S. aplicaciones futuras.

Una de las principales incognitas a esclarecer fue Univ. Ruth Carvallo S. la incidencia de niños de PBEG, en nuestro Universo de trabajo y aprendizaje, Maternidad German Urquidí de la ciudad de Cochabamba, Centro de Remisión y piloto del Sistema de Salud, Y Centro docente asistencial.

Así mismo nos propusimos investigar las características maternas más íntimamente relacionadas con el nacimiento de niños de PBEG. El identificar las complicaciones en el neonato fue otra inquietud, para así mismo recomendar programas y acciones de salud tendientes a disminuir esta patología.

MATERIAL Y METODOS:

Revisamos todas las historias clínicas de las pacientes que acudieron a la Maternidad German Urquidí, para atención de parto normal o con cesarea, en el periodo comprendido entre el 1º de Enero de 1986 has el 31 de Diciembre de 1986.

1.987

INTRODUCCION.- El riesgo de morbi-mortalidad del recién nacido obtenido por operación cesárea es mayor que cuando el parto se produce por vía vaginal(1). En comparación con la presentación cefálica, los partos de nalgas asociado o no con prematuridad, ofrecen un aumento de mortalidad y morbilidad (2), debido al traumatismo del parto.

En casi todos los centros la tendencia es recurrir cada vez más frecuentemente a la operación cesárea en todas las presentaciones de nalgas.

HOSPITAL CLINICO, " VIEDMA "

MATERNIDAD "GERMAN URQUIDI"

"ESTUDIO RETROSPECTIVO DEL RECIEN NACIDO OBTENIDO POR OPERACION CESAREA"

El concepto de 1986 - 1987 es una patología nacional, es aceptado por la mayoría del cuerpo médico nacional, pero poco o nada se ha hecho para definir sus características. Es por esto que nos hemos propuesto realizar un estudio retrospectivo, para conocer la incidencia, sus características y la morbi-mortalidad de los partos obtenidos por operación cesárea en la Maternidad Germán Urquidi; al que asisten pacientes con características socioeconómicas y culturales muy diferentes de los que asisten a otros centros.

Doctores: CORRALES J.

ARANDIA R.

Residentes: Dra. VIDAL A.

Dr. ZARZUELA F.

- OBJETIVOS.-
- 1.- Pretendemos conocer la real frecuencia de los partos por operación cesárea en la MGU.
  - 2.- Conocer de diagnóstico preoperatorio.
  - 3.- Conocer la morbi-mortalidad del binomio madre-niño.
  - 4.- Establecer las variables: Apgar, peso, sexo del RN.

MATERIAL Y METODOS.- Se revisaron el libro de registros del pabellón de operaciones de la MGU, correspondiente al año 1986-1987, y el libro de ingresos del servicio de RN, de la MGU, cuyos datos son registrados por los residentes del Departamento de Pediatría.

MORBI-MORTALIDAD NEONATAL, PATOLOGIA DE LA SALA DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL RECIEN NACIDO DE LA MATERNIDAD GERMAN URQUIDI, CBBA.

Dra. Martha Montecinos C. Dr. Ruben Arandia V.

El objetivo del presente estudio es tratar de establecer cuales son las mayores causas de morbi-mortalidad neonatal en la sala de cuidados intensivos del recién nacido de la maternidad "German Urquidi" de la ciudad de Cochabamba, en la que la mayoría de muertes ocurre antes de las 48 horas de vida, con un promedio anual de 24.9%, siendo la más frecuente la muerte asociada con enfermedad de membrana hialina. Otras causas que contribuyen a elevar la morbi-mortalidad neonatal son el sufrimiento fetal agudo, sepsis, prematuridad y otros.

La sala de cuidados intensivos cuenta en la actualidad con casi todos los implementos necesarios para el control y tratamiento del Recién Nacido de Alto Riesgo; para tal efecto cuenta con respirador, monitor, equipos de fototerapia, etc. Siendo necesario recalcar que aun nos faltan los medios auxiliares de diagnóstico la gran ayuda del clínico.

En Agosto de 1.984 se introdujeron modificaciones como ser: nueva distribución de ambientes, eliminandose la sala de infecciosas, nuevas pautas de tratamiento y mejora en los métodos de enfermería previa capacitación del personal médico y paramédico para atender al recién nacido clasificado de Alto Riesgo.

#### MATERIAL Y METODOS

Los datos del estudio retrospectivo de Enero 1.982 a Junio 1.985 fueron obtenidos de los libros de Estadística, registrados por el Médico Residente que a su turno rota por el servicio.

En el presente análisis las muertes atribuibles a Enfermedad de Membrana Hialina y Síndrome de Dificultad Respiratoria fueron agrupados, ya que estos terminos son sinónimos y pueden ser usados de acuerdo a criterio diagnóstico.

#### RESULTADOS

En la sala de partos de la Maternidad "German Urquidi", el año 1.982

MORBI-MORTALIDAD, PATOLOGIA DE LA SALA DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL RECIEN NACIDO DE LA MATERNIDAD GERMAN URQUIDI, COCHABAMBA, ENERO A DICIEMBRE DE 1984.

Elaboraron: Dr. RUBEN ARANDIA V.  
Dr. VIGMAR MUÑOZ

#### INTRODUCCION Y OBJETIVOS:

La Sala de Cuidados Intensivos del Recien Nacido de la Maternidad German Urquidi de Cochabamba, cuenta en la actualidad con casi todos los implementos necesarios, para el control y tratamiento del Recien Nacido de Alto Riesgo. Para tal efecto tiene: nueve incubadoras nuevas en su mayoría, diez cunas para pacientes cuya temperatura corporal sea menor de 36°C, un monitor, equipo de oxígeno, equipo de aspiración, equipo de diagnóstico, la gran ayuda del Clínico.

MORBI-MORTALIDAD. PATOLOGIA DE LA SALA DE RECIEN NACIDOS DE LA MATERNIDAD GERMAN URQUI, COCHABAMBA. REVISION RETROSPECTIVA, MESES ENERO A DICIEMBRE AÑO 1984.

Desde Agosto de 1984, se ELEBAORARON: DRS. RUBEN ARANDIA V. VIGMAR MUÑOZ modificaciones, en cuanto se refiere a: nueva distribución de ambientes por ejemplo eliminamos la sala de Infecciosas, capacitación actualizada del personal Médico y Para-médico, nuevas pautas de tratamiento y mejora de los métodos de enfermería para el manejo del Recien Nacido tipificado de Alto Riesgo.

Hechas estas consideraciones a modo de ensayo, surgió la inquietud en el personal Médico de la Sala, de hacer un análisis de la morbimortalidad en el Servicio, que al mismo tiempo, sirviera de evaluación de las modificaciones establecidas.

Cochabamba, Marzo de 1985.

#### MATERIAL Y METODOS:

Se tomaron como puntos de referencia los meses de Enero a Diciembre de 1984 y se revisaron los libros de estadísticas, llenados por el Médico Residente que a su turno rota por el Servicio.

#### RESULTADOS:

La Maternidad German Urquidi; tiene un promedio anual de 3.000 nacimientos, correspondiendo al año en estudio la cifra de 3.303 de los cuales 131 nacieron muertos (4 %).

su aporte calórico. NUTRICION CONTROLADA CON "PRELAC" mismo la carga calórica estaría re LECHE MODIFICADA PARA LACTANTES ratos y Proteínas en una adecuada proporción.

### INTRODUCCION

La alimentación láctea en los recién nacidos (RN) y lactantes, especialmente en los 6 primeros meses de vida, es fundamental e insustituible para el crecimiento y desarrollo normales. La deficiente alimentación en esta etapa, trae consigo la Desnutrición, que es el sustrato principal para el aumento de la morbi-mortalidad infantil, factor de retraso en el desarrollo socio-económico de los pueblos.

Desde tiempos inmemoriales, la alimentación natural o al seno materno ha sido y es la más favorable, siendo el criterio actual, el de ser "Irreemplazable" pero, existen situaciones, cuyas causas especialmente maternas, hacen que tenga que ser sustituida ya sea parcial o totalmente. En tal sentido, la leche de vaca ha sufrido muchas modificaciones, tratando de igualar en su composición a la leche materna humana, existiendo en la actualidad muchas fórmulas lácteas que nos llegan del exterior a precios prohibitivos, resultando casi imposible su adquisición por la situación económica por la que atraviesa el país.

Las características preponderantes en el Universo en cuestión fueron: No tener Patología Materna, ovular o fetal, la de que por una u otra Frente a esta coyuntura, surge un nuevo producto lácteo modificado para lactantes, elaborado en las instalaciones de la Corporación Boliviana de Fomento-Planta Industrializadora de Leche (PIL), cuya composición es equiparable a los similares importados (Cuadro I) ya que

MFN: 27/96

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS  
PATOLOGIA MATERNO INFANTIL DEL  
HOSPITAL CLINICO VIEDMA

- Se estudiaron los efectos de la R.P.M. de seis a veinticuatro horas ó mas antes del trabajo de parto, en 65 R.N., evaluando los hallazgos clínicos de infección fetal, patología asociada y de laboratorio.
- De los niños con R.P.M., se infectaron el 38%, no encontrando diferencias entre los periodos de latencia de la R.P.M., ni la vía por la que se obtuvo el producto.
- La mortalidad fué de 24.6% y se relacionó mas con prematuridad.
- No se uso antibioticos profilacticamente en ninguna de las madres con antecedente de R.P.M.

Se define como ruptura prematura de membranas al evento de membranas amnióticas rotas antes de la ruptura normal de las membranas uterinas regulares, sea antes del periodo de latencia y el intervalo transcurrido desde la ruptura hasta el comienzo del parto.

**" RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.**

**PATOLOGIA MATERNO INFANTIL DEL HOSPITAL CLINICO VIEDMA  
MATERNIDAD " GERMAN URQUIDI "**

La ruptura prematura de membranas es el principal factor de contaminación del feto, antes y durante el trabajo de parto, esta infección de origen intrauterino es un hecho frecuente en la patología del recién nacido, y se consideran como vías de infección intrauterina las siguientes: la vía trasplacentaria, las membranas, y la vía ascendente vaginal siendo esta última la más importante.

**ELABORARON: DR. RUBEN ARANDIA VALDEZ**

**DRA. MARTHA MONTECINOS C.** como

Como factor importante se cita el tiempo transcurrido entre la ruptura de la bolsa amniótica y el nacimiento, ya que a mayor duración, mayor es el riesgo de infección para el producto; si tomamos en cuenta las condiciones inmunológicas del recién nacido, su baja respuesta a la agresión bacteriana por tener una menor respuesta inflamatoria, menor actividad fagocitaria, sumado al antecedente de R.P.M., condiciona una serie de complicaciones como la hipoxia, acidosis, alta incidencia de preterminos y asfixia neonatal.

Julio de 1980

Procuramos hacer un diagnostico de esta patología, su incidencia, pautas de tratamiento en neonatología, logrando así una perspectiva mas amplia y una mejor comprensión de los problemas del recién nacido después de R.P.M. en un medio como el nuestro, tratando de identificar



PRESENTACION DE UN CASO DE INTERES EN PEDIATRIASOCIEDAD BOLIVIANA DE PEDIATRIA FILIAL CBBA.

El siguiente trabajo se funda en la presentación de un caso de interes en Pediatría, dada su extremada rareza en la edad pediatrica

**CASO PRESENTADO:**

Se trata de un niño de 3 años y medio de edad, sexo masculino, que consulta al servicio de Consulta Externa del Hospital de COSSMIL de Cochabamba, en fecha 15 de Agosto del pasado año.

La causa de consulta es "No habla". Su enfermedad se remonta hasta los dos años de edad en que según refiere la madre, el niño sólo pudo caminar gracias a los Jarabes de Calcio que su Pediatra le formulo. Acude en esta oportunidad a la consulta para que se le realice "la cirugía de frenillo" y se le corte el frenillo" Con la esperanza de que el niño pueda finalmente comenzar a hablar.

**CASO DE INTERES EN PEDIATRIA**

Se trata de un niño producto del 5º embarazo de una madre de 28 años, el padre de 37 años. Tiene dos hermanos, una mujer de 7 años y un varón de 10, todos ellos completamente sanos. Obtenido por vía vaginal de parto eutósico, peso al nacer 3.300 grs. Lloró y respiró al nacer. Goza de todas las inmunizaciones acorde con la edad. Como antecedentes Patológicos cabe mencionar cuadros gripales ocasionales, casi siempre fue un niño sano.

Cochabamba, Marzo de 1982

Los antecedentes del desarrollo Psicomotor es como sigue: Sostuvo la cabeza a los 8 meses. Se sentó solo al año, se paró con ayuda a los 2 años y caminó entre los 2 y medio a 3 años. Obedece órdenes sencillas, no habla, y los familiares le enscriben a señas y gritos. Tiene mal carácter, se irrita con facilidad y

SOCIEDAD BOLIVIANA DE PEDIATRIA FILIAL COCHABAMBA.

INDICE

"FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LAS MALFORMACIONES CONGENITAS EN LA MATERNIDAD GERMAN URQUIDI" 1982 - 1983	Pag. 1 2 3 4 8 8 9 10
INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	2
MATERIAL Y METODO	3
RESULTADOS Y DISCUSION	4
CONCLUSIONES	8
RESUMEN	8
*** DR. NELSON VEGA LINARES	9
RECONOCIMIENTOS	9
**** DR. RUBEN ARANDIA VALDEZ	10
BIBLIOGRAFIA	10

\*\*\* Médico Pediatra del Departamento de  
Pediatría del Hospital Clínico Viedma.

\*\*\*\* Jefe de Neonatología de la Maternidad  
Germán Urquidí de Cochabamba.

INTRODUCCION

I N D I C E

En la reproducción humana, el 30 % de los cigotos concebidos no llega a nacido vivo y la mitad de éstos tiene graves defectos del desarrollo. El recién nacido vivo, es el sobreviviente de un riguroso proceso de selección prenatal, la misma

	Pag.
INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	2
MATERIAL Y METODO	3
RESULTADOS Y DISCUSION	4
CONCLUSIONES	8
RESUMEN	8
RECONOCIMIENTOS	9
BIBLIOGRAFIA	10

Solo la existencia de registros permanentes, permitirá descubrir la eventualidad de picos epidemiológicos en la frecuencia de las malformaciones. Es dable sospechar que si el proceso de la Talidomida hubiera ocurrido solo en Latinoamérica, quizás aun hoy existiría la droga en el mercado, pues no habrían pruebas suficientes aunque sí sospechas de su acción teratógena, como fue posible obtener en Alemania y Suecia, — merced a sus registros (1,4).

El reporte de incidencia de malformaciones congénitas, — varía considerablemente dependiendo de la definición y clasificación de las malformaciones, la causa del diagnóstico y la

MFN: 31/96

DISTROFIA MUSCULAR PROGRESIVA TIPO DUCHENNE

REPORTE DE UN CASO

La Distrofia Muscular Pseudohipertrofica tipo Duchenne, llamada tambien Distrofia Muscular Progresiva Infantil es una miopatia que aparece en la primera decada de la vida de tipo progresivo y caracterizada por debilidad de diferentes grupos musculares.

Se reporta un caso de Distrofia Muscular Pseudohipertrofica presentado en el Hospital Clinico Viedma de la ciudad de Cochabamba.

DMP: Distrofia Muscular Progresiva

CI: Coeficiente Intelectual

ECG: Electrocardiograma

DISTROFIA MUSCULAR

CASO REPORTADO

Escolar de 11 años con antecedentes de dificultad para caminar y mantenerse en pie desde los 6 años de edad, cuadro que se acentua progresivamente requiriendo de ayuda para poder realizarlos, posteriormente la deambulacion se torna mas dificultosa, la marcha que se lleva a cabo sobre la punta de los pies, con incurvacion del torax hacia adelante simulando el andar de pato.

El caso fue referido por DR. RUBEN ARANDIA de enfermeria en su servicio de trabajo social asignada en la zona del Temporal y reportado al hospital para su estudio por DRA. MARTHA MONTECINOS

Antecedentes familiares.- Madre 38 años casada en segundas nupcias, con signologia similar al del paciente en estudio, un primo materno con la misma signologia DR. WINSTON ROJAS fallecido a los 12 años DR. MIGUEL JIMENO

Del primer matrimonio 3 hijos varones, el primero fallecido a los 11 años con igual patologia, el tercero fallecido por cuadro pulmonar; del segundo matrimonio 4 hijos, el mayor 4 años con dificultad para subir gradass presenta al examen fisico pseudohipertrofia de los gemelos, el segundo hermano fallecido por cuadro gastrointestinal y dos hermanas aparentemente sanas. Todos los embarazos fueron normales, partos eutocicos atendidos en maternidad, la familia es de recursos socioeconomicos bajos.

Al examen fisico escolar cronicamente enfermo con talla baja para su edad, marcha de pato con lordosis acentuada, poco comunicativo, el abdomen proyectado adelante, la pelvis y el sacro con inclinacion posterior, los musculos pectorales poco desarrollados.

En miembros superiores marcada debilidad de los musculos de la cintura escapular con disminucion de la masa muscular y aumento del tejido

Universidad Mayor de San Simón  
 Facultad de Medicina  
 Maternidad "German Urquidi"

BILIRRUBINOMETRO THOSA A INGRAM: ESTUDIO COMPARATIVO

EN RELACION A LABORATORIO

1. CONSIDERACIONES GENERALES:

En todo servicio de neonatología la ictericia constituye un factor de riesgo para el recién nacido, que se presenta con mayor frecuencia en los prematuros.

Como es conocido, los efectos de la hiperbilirrubinemia en el sistema nervioso central se traduce en el quernícterus y en la llamada "Disfunción Cerebral Mínima", nominación que acoge a causas específicas no bien definidas, constituyendo las mismas

el gran BILIRRUBINOMETRO THOSA A INGRAM:  
 ESTUDIO COMPARATIVO EN RELACION A LABORATORIO  
 En el servicio de recién nacidos de la Maternidad "Germán Urquidi" (Hospital de) terminación de hiperbilirrubinemia se recurre al criterio clínico que permite diferenciar las ictericias en leves, moderadas y graves: otras veces, cuando los medios económicos así lo permiten, se efectúa el examen de laboratorio (espectrofotometría).

El bilirrubiómetro Thosa A Ingram, consiste en una regla fibroplástica transparente de ocho centímetros de ancho, con cinco bandas que van del color rojo a azul, aumentando a mayor intensidad, con un Dr. Ruben Arandia V. Jefe de Sala CIREN  
 Dr. Esteban Sanabria G. Residente II

La escala presenta variaciones de los cuales la medición de la birrubinemia tiene una gran seguridad dadas por desviaciones standar.  
 Dr. Freddy Cordova Medico-Pediatra

Cochabamba-Bolivia

El uso de la regla se efectúa directamente a contacto con piel, especialmente en el dorso de nariz, en la frente y como también en la región pre-esternal superior, bajo la influencia de luz natural.

## INDICE

CENTRO GASTROENTEROLOGICO  
BOLIVIANO JAPONES

Resumen	Pag. 1
Introducción	Pag. 3
Material y Métodos	Pag. 6
Resultados	Pag. 7
Casos de Vólvulo de Sigmoides (Cuadro 1)	
Tratamiento Efectuado (Cuadro 2)	Pag. 8
Mortalidad por Vólvulo (Cuadro 3)	Pag. 8
Procedencia (Cuadro 4)	Pag. 9
Tiempo de Evolucion (Cuadro 5)	Pag. 10
Estado de Mucosa en relacion al tiempo de evolucion	Pag. 11
<b>MANEJO DEL VOLVULO DE SIGMOIDES</b>	
Cuadro Similar (Cuadro 7)	Pag. 12
Maniobras Prev 1981 - 1986	Pag. 12
Sitio de Oclusion (Cuadro 9)	Pag. 13
Mortalidad segun tipo de Cirugia (Cuadro 10)	Pag. 14
Estadia Hospitalaria segun tipo de cirugía (Cuadro 11)	Pag. 16
Conclusiones	Pag. 17
Bibliografía	Pag. 20
<b>Dr. F. WILMER MENDEZ MERINO</b>	
<b>Dr. RICARDO MORGENSTERN Z. (asesor)</b>	
<b>Dr. FRANCO IBARRA G. (asesor)</b>	

COCHABAMBA - BOLIVIA

NOVIEMBRE 1987

## INDICE

### MANEJO DEL VOLVULO DE SIGMOIDES

Resumen	Pag. 1
Introducción	Pag. 3
Material y Métodos	Pag. 6
Resultados	Pag. 7
Casos de Vólvulo de Sigmoides (Cuadro 1)	
Tratamiento Efectuado (Cuadro 2)	Pag. 8
Mortalidad por Vólvulo (Cuadro 3)	Pag. 8
Procedencia (Cuadro 4)	Pag. 9
Tiempo de Evolución (Cuadro 5)	Pag. 10
Estado de Mucosa en relación al tiempo de evolución (Cuadro 6)	Pag. 11
Cuadro Similares Previos (Cuadro 7)	Pag. 12
Maniobras Previas (Cuadro 8)	Pag. 12
Sitio de Oclusión (Cuadro 9)	Pag. 13
Mortalidad según tipo de Cirugía (Cuadro 10)	Pag. 14
Estadía Hospitalaria según tipo de cirugía (cuadro 11)	Pag. 16
Conclusiones	Pag. 17
Bibliografía	Pag. 20

Fueron intervenidos quirúrgicamente 38 pacientes (33%), de urgencia 25 (22%) y en forma electiva 13 (11%). Fueron sometidos a cirugía de Hartman el 25 % y de cirugía en un

MIFN: 34/96

INDICE

Página  
Página.

I.	INTRODUCCION. DE CASOS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. . . . .	1
II.	MATERIAL Y METODOS. . . . .	1
III.	RESULTADOS. . . . .	2
A.	Edad y Sexo. . . . .	2
B.	Actividad del Sangrado. . . . .	4
C.	Hemoglobina Inicial. . . . .	6
D.	Diagnóstico. . . . .	7
E.	Grupo Sanguíneo. . . . .	9
F.	Tratamiento. . . . .	10
G.	Evolución. . . . .	13
IV.	COMENTARIO. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA C.G.B.J. 1981 - 1986. . . . .	15
V.	RESUMEN. . . . .	17
	ASESOR: Dr. Osvaldo Carvallo . . . . .	18
	AUTOR : Dr. Juan Carlos Ledo G. . . . .	18

COCHABAMBA - BOLIVIA  
NOVIEMBRE DE 1987

PARA UN ANALISIS COMPARATIVO ENTRE LOS DIFERENTES PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE SU MORBI-MORTALIDAD Y OTRAS CARACTERISTICAS.

INDICE DE CUADROS  
INDICE

Página.  
Página.

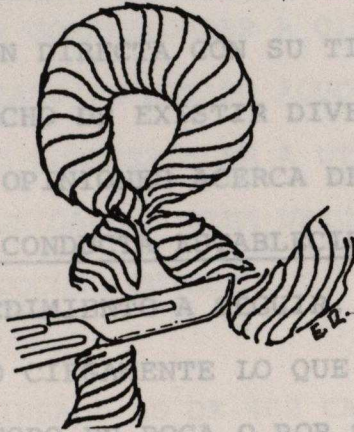
1.	DISTRIBUCION DE CASOS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA AGUDA (HDA), POR AÑOS . . . . .	2
I.	INTRODUCCION DE CASOS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA AGUDA (HDA) SEGUN SEXO. . . . .	1
II.	MATERIAL Y METODOS. . . . .	1
3.	DISTRIBUCION DE CASOS DE HDA SEGUN ESTRUCTURA DE	
III.	RESULTADOS. . . . .	2
4.	A. SU Edad y Sexo. RACION SNG . . . . .	2
5.	B. SU Actividad del Sangrado. POS. CON. SNG. POSITIVA . . . . .	4
	PARA SANGRADO . . . . .	5
	C. Hemoglobina Inicial. . . . .	6
6.	SANGRADO ACTIVO . . . . .	6
	D. Diagnóstico. . . . .	7
7.	VALOR DE LA HEMOGLOBINA INICIAL Y SU RELACION CON EL Grupo Sanguineo. . . . .	9
8.	F. SU Tratamiento. . . . .	10
9.	G. SU Evolución. . . . .	13
IV.	COMENTARIO. . . . .	15
V.	RESUMEN DE CAUSAS DE HDA SEGUN SEXO. . . . .	17
VI.	BIBLIOGRAFIA. . . . .	18
13.	TRATAMIENTO DE LA HDA. . . . .	10
14.	CIMETIDINA Y/O ANTIACIDO . . . . .	11
15.	ESCLEROSIS DE VARICES ESOFAGICAS . . . . .	11
16.	INFILTRACION CON ALCOHOL. . . . .	11
17.	CAUSAS DE CIRUGIA DE EMERGENCIA. . . . .	12
18.	CAUSAS DE CIRUGIA PROGRAMADA. . . . .	12
19.	CAUSAS DE DEFUNCION Y MALA EVOLUCION POST-OPERATORIA. . . . .	13
20.	CAUSAS DE EVOLUCION ESTACIONARIA . . . . .	14
21.	CAUSAS DE DEFUNCION. . . . .	14

Revista del Segundo año del F. Q. B. J.

## INTRODUCCION:

ESTUDIO COMPARATIVO DEL MANEJO  
QUIRURGICO DEL VOLVULO DEL SIGMOIDE  
REALIZADO EN EL HOSPITAL CLINICO  
FRANCISCO VIEDMA

DESDE EL 1-ENERO-1975 HASTA EL  
31-DICIEMBRE-1984



DATOS OBTENIDOS DEL LIBRO DE REGISTRO  
QUIRURGICO Y LAS HISTORIAS CLINICAS  
CONTEMPLADAS EN ESTA PATOLOGIA EN EL  
LAPSO DE 10 AÑOS  
BRINDAR EN LO POSIBLE UN CONJUNTO DE DATOS PARA SU ANALISIS  
E INTERPRETACION PERSONAL.

SE ELIGIERON LOS AÑOS 1975 - 1984 SOBRE LA SUPOSICION  
DE QUE 1979 ERA EL AÑO EN QUE LOS PROCEDIMIENTOS ESTEN

AUTORIA : DR. EDGAR RIVERO

CON FRECUENCIA CASI SIMILAR Y EXCLUYENDO LOS ULTIMOS AÑOS  
HASTA NUESTROS DIAS POR QUE LA RECTOSIGMOIDOSCOPIA ES MUY

COLABORADORES : INT. ROSSANA AREVALO G.

EFICIENTE, DISMINUYENDO CONSIDERABLEMENTE EL NUMERO DE  
CASOS QUIRURGICOS DE URGENCIA QUE NOS INTERESAN.

INT. CARMEN AREBALO B.

OBJETIVO.- ES PRETENSION DE ESTE ESTUDIO, BASADO EN LA  
REVISION DE HISTORIAS CLINICAS DE LOS PACIENTES OPERADOS

ASESOR : DR. PRUDENCIO GUZMAN B.

POR VOLVULO DEL SIGMOIDE POR LAPSO DE 10 AÑOS EN EL HOS-  
PITAL CLINICO F. VIEDMA, ESTABLECER DATOS ESTADISTICOS

PARA UN ANALISIS COMPARATIVO ENTRE LOS DIFERENTES PROC-  
DIMIENTOS QUIRURGICOS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE SU MORBI-

MORTALIDAD Y OTRAS CARACTERISTICAS.