



LA SULFAMIDOTERAPIA EN EL LACTANTE (1)

Por el Profesor Dr. MARIO J. DEL CARRIL
y los doctores GUILLERMO FOLEY, ALFREDO LARGUÍA
y ERNESTO SOJO
Buenos Aires, Argentina.

Los recursos de la medicina moderna se han visto acrecentados en grado considerable a partir del año 1935, con el descubrimiento de las cualidades terapéuticas de los derivados de la sulfamidocrisoidina, realizado por Gerhard Domagk. Los admirables éxitos con ellos conseguidos en todos los campos de la medicina en el corto espacio de tiempo transcurrido desde entonces, justificaría plenamente por sí sólo las posibilidades terapéuticas de las sulfamidas entrevistadas por los primeros investigadores. Y sin embargo, si se piensa que se trata de una droga en estudio y perfeccionamiento, se verá que aun no es posible predecir todos los beneficios que se obtendrán de ellas.

Cada día la acción tesonera de los investigadores nos proporciona nuevos derivados, menos tóxicos y más activos, del producto original, y nos permite conocer nuevos detalles acerca de su modo de acción. Así se ha podido saber que son verdaderos antisépticos químicos que obran directamente sobre las bacterias y sólo secundariamente en forma indirecta estimulando las defensas del organismo. Su acción es ante todo "bacteriostática" o "antigenética", es decir, inhiben el desarrollo e impiden su reproducción, determinando la muerte de las bacterias al interrumpir su ciclo vital. Tan es así que está probado que son más eficaces "in vivo" que "in vitro", porque es la presencia de los leucocitos y anticuerpos quienes contribuyen, en último término, a la destrucción de los microorganismos inhibidos en su capacidad vital.

(1) Trabajo presentado al 4.º Congreso Nacional de Pediatría.

Dos hechos fundamentales de importancia práctica se deducen de lo que acabamos de exponer: 1.º, la necesidad de poner en contacto directo la droga con el germen microbiano; y 2.º, la importancia de mantener y estimular las defensas del organismo durante el tratamiento quimioterápico.

Hasta el momento presente, si bien es aceptada por la mayor parte de los investigadores esta acción bacteriostática de las sulfamidas, es en cambio muy discutido el mecanismo a través del cual se ejerce esta acción. Dos grandes hipótesis, basadas en hechos experimentales son las que predominan actualmente. Las sulfamidas perturbarían el proceso de nutrición proteica de las bacterias al impedirles utilizar las trazas de nitrógeno asimilable que se encuentran en los humores provenientes del metabolismo de las proteínas del organismo, o bien, al llegar las sulfamidas a los tejidos darían origen a un derivado, la hidroxilamina-benceno sulfamida, poderoso oxidante que perturbaría la acción de las enzimas respiratorias de las bacterias, y dificultaría su normal nutrición. Sin embargo, la esterilización de los cultivos en ausencia de leucocitos y anticuerpos y las modificaciones observadas en los microorganismos por una parte, y las observaciones de Osgood estudiando la acción de los cuerpos reductores y oxidantes sobre la actividad de las sulfamidas, hacen pensar que las teorías de Lockwood, Shaffer y otros autores no pueden ser aceptadas sin grandes reservas.

En el momento presente debe aceptarse que no se conoce el mecanismo de acción de los preparados quimioterápicos, y que del examen de las numerosas investigaciones clínicas y experimentales publicadas, sólo puede deducirse que parece probable que las sulfamidas actúan directamente sobre los microorganismos, determinando después de un período de tiempo de seis a ocho horas de duración, alteraciones morfológicas definidas y más tarde la muerte. Y que según los trabajos de Woods la ineficacia de la droga en relación directa al número de bacterias, se debería a la síntesis por dichas bacterias de un cuerpo —el ácido para-nitro-benzoico— que inactivaría la droga.

Otro problema de gran interés es el que se refiere a la posible acción tóxica de las sulfamidas sobre las células del organismo. En realidad se acepta que la misma acción inhibitoria del desarrollo sobre las bacterias, la tienen sobre las llamadas células móviles del organismo (hematíes, leucocitos, espermatozoides), y ésta sería la explicación de la anemia y leucopenia que a veces se observa después de una administración prolongada de la droga. Pero si se recuerda que la dura-

ción del ciclo vital de los hematíes y leucocitos es de por lo menos ocho a diez días, se comprenderá que limitando la indicación a pocos días se puede actuar con eficacia sobre las bacterias y evitar inconvenientes a las células del organismo. Estos hechos nos permiten establecer la tercera conclusión de importancia práctica; el tratamiento quimioterápico debe ser suficiente, pero de duración limitada.

Hemos hablado de diversos derivados de la sulfamidocrosoidina de Dogmak, aislados por investigadores posteriores. Entre ellos se destacan sobre todo la sulfanilamida, la sulfapiridina y el sulfatiazol, caracterizados cada uno de ellos por poseer una acción selectiva sobre determinados gérmenes microbianos. Así se acepta que la sulfanilamida actúa con mayor eficacia sobre los procesos de origen estreptocócico y sobre todo cuando interviene el estreptococo hemolítico; que la sulfapiridina está indicada en las neumococcias y que el sulfatiazol es más eficaz sobre el estafilococo y el colibacilo y menos sobre el neumococo. Claro está que es aún muy reciente el descubrimiento de estas drogas y relativamente escasa la experiencia adquirida, para poder dar reglas definitivas sobre sus indicaciones precisas. La acción selectiva que hemos indicado no es absoluta —excepto sobre el estreptococo hemolítico— y la prueba de ello es que en presencia de un proceso meningocócico y gonocócico no se sabe con seguridad si debe preferirse la sulfanilamida o la sulfapiridina.

Consideraciones generales sobre el modo de empleo de las sulfamidas. — Para obtener la mayor eficacia en el empleo de las sulfamidas es necesario conocer ante todo los principios fundamentales en que debe basarse su esquema terapéutico. De acuerdo con las características que hemos enunciado sobre su modo de acción, resulta indudable que el tratamiento debe ser precoz, intenso y de duración limitada. Precoz, porque de esa manera la droga actuará sobre un número menor de bacterias, lo que equivale a mayor eficacia. Además, es evidente que siendo el organismo en último término quien ha de dominar la infección, la indicación de las sulfamidas debe ser precoz, antes que la infección haya disminuído en un grado peligroso los medios de defensa orgánicos. Con respecto a la segunda condición, "intenso", la experiencia ha demostrado la ineficacia de las dosis frente a los riesgos muy reducidos de las altas dosis. Es muy importante recordar que la indicación de los preparados sulfamídicos debe ser reservada solamente para aquellos casos en que sean realmente necesarios, por que una vez resuelto su empleo, la dosis debe ser grande y mantenida sin interrupción durante un periodo de tiempo "limitado".

La experiencia enseña que pasados tres días sin haber obtenido resultados favorables, es conveniente no insistir más. Procediendo en esta forma, se evitarán los inconvenientes y fenómenos de intolerancia que ya veremos más adelante. En algunos casos especiales —por ejemplo cuando hay recaídas— conviene volver a repetir la medicación, lo que se hará con el mismo criterio que acabamos de exponer.

Debe ser destacado también que las distintas sulfamidas tienen una acción selectiva sobre determinados gérmenes y en consecuencia se tratará de precisar por los más modernos medios bacteriológicos a nuestro alcance, la etiología microbiana, con el objeto de hacer la indicación terapéutica más adecuada.

¿Cuál será entonces la dosis a indicar? Deben tenerse en cuenta para contestar a esta pregunta, los siguientes factores: 1.º la gravedad de la infección; 2.º la tolerancia al medicamento, y 3.º el estado del niño. En efecto, la dosis útil que podríamos llamar mínima en lactantes de 0 a 24 meses, es 0,10 gr. por kilo de peso y en 24 horas, y la dosis máxima, 0,30 a 0,40 gr. Dentro de estos límites, será el criterio del médico, quien teniendo en cuenta los factores que acabamos de indicar, fijará la dosis conveniente. La administración del medicamento se hará cada seis horas para las sulfanilamidas y sulfapiridinas y cada cuatro para el sulfatiazol, y siempre la primera dosis será el doble de las subsiguientes con el objeto de obtener rápidamente un nivel suficiente en la sangre. Algunos autores aconsejan dar una dosis inicial de 0,10 gr. por kilo de peso y luego cuatro tomas de 0,05 gr. cada ocho horas, es decir, en 36 horas se administra la dosis total. En bastantes casos hemos seguido esta conducta, con perfecta tolerancia por parte del enfermo, pero hemos observado que de esta manera es más frecuente la recaída cuando se suspende el medicamento.

Con respecto a la dosificación diaria de la droga en la sangre, no es necesaria, sino en muy escasas ocasiones. Solamente está indicada en aquéllos de aparente fracaso a la medicación —siempre que la indicación hubiese sido correcta— en los que a pesar de las dosis altas indicadas no se obtiene beneficio. Como no es improbable que muchas veces esta situación se deba a una mala absorción de la droga o insuficiente cantidad de la misma, es necesario el dosaje, para aclarar el problema terapéutico. En este caso se acepta un minimum de 4 a 6 miligramos en sangre como nivel suficiente.

La vía de elección para su administración es, sin duda la bucal. Disuelta en agua, leche, purés, jugos de fruta, pa-

pillas, etc., es perfectamente tolerada, sobre todo cuando se da sulfatiazol. Suele presentarse una ligera intolerancia gastro-intestinal (vómitos y diarrea) con la sulfapiridina; en estos casos se recomienda recurrir al sulfatiazol o recurrir a la vía rectal en solución al 2 %.

Con respecto a las otras vías —intrarraquídeas e intramuscular— la eficacia es, sin duda, menor. Investigaciones recientes la atribuyen a que el grupo amida se halla bloqueado en las soluciones de estas drogas; además, cualquier alteración en el grupo para-amino modifica la actividad de los compuestos, sin cambiar su especificidad. Así, los derivados acetilados o los compuestos orto o meta-aminados son inactivos. Esta manera de ver está de acuerdo con la experiencia clínica de gran número de autores que se han ocupado de esta cuestión, y de la observación de nuestros casos. En el tratamiento de las meningitis purulentas del lactante, tenemos una impresión desfavorable de la actividad de los preparados solubles. Por este motivo, hemos abandonado por completo la inyección intrarraquídea y solamente suministramos grandes dosis por vía bucal con resultados superiores o iguales. La vía intramuscular debe ser reservada exclusivamente para los casos de intolerancia acentuada por vía bucal, y en los que es necesario hacer llegar la medicina en alguna forma al organismo.

Existen en el comercio algunos preparados para ser inyectados por la vía endovenosa, pero los riesgos son tan grandes, por la causticidad de la medicación, que solamente han sido utilizados excepcionalmente y como recurso de extrema urgencia.

Quedan así puntualizados los conceptos fundamentales para la administración de las sulfamidas. Más adelante, al considerar los resultados que hemos obtenido en el tratamiento de diversas afecciones, estudiaremos los pormenores de aplicación.

Fenómenos de intolerancia. — Los fenómenos de intolerancia atribuidos a las sulfamidas son numerosos y de gravedad muy variable, que va desde la simple intolerancia gastro-intestinal hasta los casos fatales por agranulocitosis y anemia de tipo hemolítico. En realidad, tenemos la impresión a través de varios centenares de casos tratados por nosotros de que el porcentaje de intolerancia es pequeño y sin consecuencias serias para el enfermo. Descartados los casos descritos de sensibilización —excepcionales— al medicamento, solamente hemos encontrado síntomas de intolerancia de menor cuantía, vómitos, diarrea, rash morbiliformes y urticarianos, cía-

nosis, etc., en un porcentaje de apenas el 10 %. De las diversas sulfamidas es la sulfapiridina la que determina con más frecuencia intolerancias, y el sulfatiazol la mejor tolerada. Esta es la razón por la cual toda vez que una sulfanilamida o sulfapiridina determina fenómenos de intolerancia, no hemos insistido, sino que la hemos cambiado por el sulfatiazol.

La lectura de los casos graves de intolerancia publicados y el análisis de lo que se sabe acerca del modo de acción de las sulfamidas, nos permite afirmar que es posible evitar fenómenos de intolerancia graves, si la administración de la droga se hace según los principios fundamentales ya enunciados; en forma precoz y suficiente, pero de duración limitada a pocos días. Procediendo en esta forma, no se presentará ningún inconveniente serio. Y podríamos agregar que cuando por cualquier motivo es necesario prolongar el tratamiento más tiempo o cuando las dosis son muy altas, es conveniente agregar pequeñas transfusiones de sangre, extracto hepático y vitaminas, que, además de contribuir a precaver la aparición de fenómenos graves de intolerancia, tienen una acción favorable sobre el estado general. Es, sin duda, importante limitar la administración de la droga a un período de tiempo limitado, porque de esta manera se evita la acción inhibitoria de la droga sobre las células móviles del organismo. La aparición de casos graves de agranulocitosis y anemias graves, se observa cuando la administración de la droga se prolonga más de ocho a diez días. Por otra parte, nada se gana con los tratamientos prolongados, pues la experiencia demuestra en forma concluyente la inutilidad de continuar con las sulfamidas cuando no se ha observado mejoría inmediata.

Para terminar esta breve reseña de las bases del tratamiento quimioterápico que deben ser conocidas, si se quiere obtener éxitos, debemos destacar que la sulfamidoterapia no excluye los demás elementos terapéuticos, sino por el contrario, es indispensable completar su acción con todos aquellos medicamentos de probada eficacia terapéutica.

Al hablar del modo de acción de las sulfamidas, dijimos que es el organismo en último término quien va a dominar las bacterias debilitadas o inhibidas en su acción patógena por la droga. De ahí la necesidad de instituir el régimen higiénico-dietético adecuado, de cuidar la hidratación suficiente, de proveer la cantidad necesaria de vitaminas y de indicar todos aquellos medicamentos que pueden ser útiles (sueros, drogas, medicación sintomática) al organismo en su lucha contra la enfermedad.

Afecciones broncopulmonares.

En el período comprendido entre los meses de diciembre de 1940 a diciembre de 1941, hemos tenido oportunidad de tratar con las sulfamidas cincuenta y dos casos de afecciones broncopulmonares. En realidad, el número de casos tratados ha sido mucho mayor, pero solamente hemos incluido en el gráfico estadístico que acompaña estas líneas, aquellos casos de diagnóstico preciso y en los que el tratamiento había podido ser realizado de acuerdo con el esquema terapéutico anunciado. Es conocida la dificultad que existe para diferenciar los diversos procesos broncopulmonares entre sí y es por esta razón que hemos reservado el diagnóstico de bronconeumonías y neumonías para aquellos casos en que coincidían el examen clínico y radiográfico y hemos dejado la denominación de congestiones pulmonares para aquellos cuadros pulmonares con constatación clínica del foco congestivo, pero sin confirmación radiográfica. Por último, aclaramos que las bronquitis incluidas en el cuadro son de mediana gravedad y de pronóstico reservado.

La impresión clínica favorable que nos ha dejado el empleo de las sulfamidas en las afecciones broncopulmonares, ha sido confirmado por los datos estadísticos. Cincuenta y dos casos tratados, treinta éxitos y veintidós fracasos, son cifras, sin duda, alentadoras. Debe tenerse en cuenta, además, que en estos totales están incluidas las bronconeumonías, afección en la que las sulfamidas no tienen mayor acción, como lo demuestran los trece fracasos sobre un total de diecisiete casos.

Deseamos destacar la frecuencia de las recidivas en las neumonías y congestiones pulmonares, cuando la medicación sulfamídica es suspendida dentro de las pocas horas consecutivas al descenso de la temperatura. Por esta razón es imprescindible mantener, por lo menos, durante 36 a 48 horas el suministro de la droga, dando así tiempo a la reabsorción del foco pulmonar y al estímulo de las defensas orgánicas.

El esquema del tratamiento seguido es el siguiente:

Dosis: 0,20 gr. por kilo de peso en 24 horas, por vía bucal, de sulfapiridina. En caso de intolerancia no insistir e indicar sulfatiazol en las mismas dosis.

Duración: Administrar el medicamento hasta conseguir la apirexia. No conviene dar el medicamento más de cuatro días seguidos. (Si fracasa quiere decir que no actúa).

En casos muy graves se dará durante los días necesarios, pero se acompañará de transfusiones, extractos hepáticos para

evitar las manifestaciones tóxicas de la administración prolongada.

En caso de recaída, repetir el esquema.

Medicación complementaria: Recordar que es el organismo quien dominará la enfermedad. En consecuencia, debe hacerse la medicación sintomática y estimulante que corresponda y que se crea eficaz.

Intolerancia: Las pequeñas manifestaciones de intolerancia observadas (vómitos, diarreas, erupciones, cianosis), no son motivo de contraindicación. Se aconseja dar ácido nicotínico, 0,05 x 3 veces diarias, para evitar las manifestaciones de intolerancia.

Si los síntomas de intolerancia gastro-intestinal son tan intensos que perjudican la alimentación, se recurrirá al enema o a la inyección, o se cambiará de sulfamida.

Dosificación en sangre: En la práctica no es necesario.

En el absceso de pulmón: Se aconseja dar sulfatiazol en forma discontinua. Por ejemplo, dar durante períodos de cinco a seis días, 0,20 gr. por kilo de peso y luego suspender.

Se da sulfatiazol por predominar en el pus del absceso el estafilococo.

Los resultados no son satisfactorios. El tratamiento quirúrgico es irremplazable.

Neumopatías.

	Bronco- neumonía	Neumonía	Congestión	Bronquitis
N.º de casos tratados	17	11	9	15
éxitos	4	7	7	12
fracasos	13	4	2	3
Dosis por kilo de peso y número de días de tratamiento	0.20 x k. 6 días	0.20 x k. 6 días	0.20 x k. 2 días	0.20 x k. 7 días
Número promedio de días transcurridos antes de iniciar el tratamiento	cinco	tres y medio	dos y medio	cuatro
Número de días transcurridos hasta su apirexia	siete	cuatro	uno y medio	dos y medio
Intolerancia (diarrea, vómitos, cianosis)	3	ninguna	3	2 1
Complicaciones	Otitis 1 Septicemia 1	Otitis 1	Otitis 1	

Meningitis.

El empleo de las sulfamidas en el tratamiento de las meningitis purulentas del lactante, ha permitido reducir el alto porcentaje de mortalidad que daban los tratamientos empleados con anterioridad. Desgraciadamente, el lactante pertenece a una edad de la vida en que su capacidad de defensa frente a los procesos meníngeos infecciosos es reducida y del análisis de los casos tratados con sulfamidas resulta evidente que no ha sido posible obtener los brillantes éxitos que se observan en la segunda infancia y adolescencia. Con todo, un gran paso ha sido dado al reducir la mortalidad de las meningitis a neumococos en lactantes desde el 100 % en el año 1933 (del Carril y García Bes), al 75 % en el año 1940-41, y a cifras aun más bajas en las meningitis a meningococos.

El tratamiento de las meningitis lo hemos realizado según el siguiente esquema:

Esquema de tratamiento en meningitis a neumococo.

Dosis de sulfapiridina por vía bucal. — Se debe administrar 0,30 a 0,40 gr. por kilo de peso cada 24 horas hasta tanto se obtenga la mejoría clínica de los síntomas meníngeos y la esterilización del líquido céfalo raquídeo. Entonces se reducirá esta dosis progresivamente.

Es conveniente completar el tratamiento con extractos hepáticos y transfusiones de sangre cuando el tratamiento se prolonga.

No olvidar los sedantes nerviosos.

El análisis del líquido céfalo raquídeo, la curva de temperatura y los síntomas meníngeos, son los elementos de juicio para apreciar la marcha del tratamiento.

La vía intrarraquídea no nos ha convencido mayormente, se evitará la inyección intrarraquídea de sulfamidas en lo posible.

La tolerancia a la sulfapiridina ha sido buena, a pesar de ello puede darse ácido nicotínico por vía bucal, 0,10 gr. x 3.

Resultados:

Meningitis a neumo tratadas	23
curadas	7
fallecidas	16

Meningitis a meningococos. — Tratamiento combinado con suero antimeningo, previa intrarraquídea y sulfapiridina

por vía bucal en las mismas dosis y con las mismas precauciones ya descritas.

Resultados:

Tratadas	5
Curadas	3
Fallecidas	2

Meningitis gripales. — Fracaso absoluto: Emplear sulfanilamida 0,30 a 0,40 gr. por kilo de peso. No hemos utilizado sueros.

Resultados:

Tratadas	3
Fallecidas	3

Meningitis a neumobacilo. — Fracaso absoluto: Sulfapiridina 0,30 a 0,40 x kilo de peso.

Tratadas	3
Fallecidas	3

La sulfamida en la erisipela del lactante.

La erisipela del lactante, afección siempre grave, de mortalidad elevada, sobre todo en el medio hospitalario, donde la mayor parte de los enfermos son disónticos, con sus resistencias orgánicas disminuidas, pertenece al grupo de las afecciones culpables de la muerte de gran número de niños y en la que fracasaban todos los tratamientos propuestos. Es indudable que desde los antiguos tratamientos locales con ictiol, éter alcanforado, etc., hasta los preconizados hace 10 años con rayos ultra violetas, se dió un gran paso, con la disminución consiguiente de la mortalidad. Pero es recién con el advenimiento de las sulfamidas que se abre un nuevo horizonte en la terapéutica de esta afección. Hemos tratado en el Servicio, 20 erisipelas, algunas de ellas gravísimas, con varios días de evolución, en las que instituíamos el tratamiento casi sin esperanzas; sin temor de pecar de exagerados, podríamos decir que hemos asistido a verdaderas resurrecciones. Sólo hemos tenido dos casos fatales, uno por bronconeumonía y el otro en un débil congénito, prematuro.

Hemos administrado el medicamento, siempre por vía bucal a la dosis de 0,15 a 0,20 gr. por kgr. de peso, dividiendo la dosis total de las 24 horas, en tres o cuatro tomas con perfecta tolerancia y sin que se presentaran fenómenos de

intolerancia alguna, quizá debido a la corta duración del tratamiento.

Edad	Localización	Días de enfermedad al iniciar tratam.	Dosis total en grs.	Resultado
2 meses	cara	3 días	4	curado
3 meses	"	7 "	4½	"
3 meses	"	7 "	4	"
1½ mes	"	4 "	4½	"
4 meses	"	4 "	5	"
5 meses	"	6 "	5	"
3 meses	"	2 "	4½	"
13 meses	"	3 "	4	"
21 meses	"	2 "	2½	"
1½ mes	trazo	4 "	5	"
13 días	ombbligo	5 "	6	"
18 días	dorso	3 "	3	"
12 días	muslo	2 "	3	"
40 días	nuca	6 "	3	"
2 meses	ombbligo	3 "	4	"
21 días	tórax	4 "	3	"
6 meses	ombbligo	4 "	5	"
40 días	"	3 "	3	"
10 días	"	4 "	2	falleció (prematuro)
7 días	muslo	4 "	2½	falleció (bronconeumonía)

El tratamiento de las enterocolitis agudas con la sulfanilguanidina

Han sido tratados 11 casos.

El diagnóstico se basó en la sintomatología clínica de la enfermedad y en la presencia del moco, pus y sangre en las deposiciones.

Desificación de la droga. — 0,10 gr. de sulfanilguanidina Lederle o Squibb por kilo de peso como dosis inicial; luego, 0,05 gr. por kilo cada 4 horas, día y noche, hasta que el número de deposiciones disminuyera a 5 ó menos de 5, en 24 horas; después 0,05 gr. por kilo cada 8 horas hasta la normalización del pañal, en cantidad y calidad.

En los casos con signos tóxicos, tales como deshidratación, colapso circulatorio y trastornos del sensorio, se hicieron también transfusiones de plasma, tónicos cardíacos, hígato y vitamioterapia.

La alimentación, variable según la edad del niño, consistió principalmente en babeurre y mucílago de arroz.

No se observaron manifestaciones tóxicas o de intolerancia, a pesar de la alta dosificación del medicamento.

El tratamiento fué tanto más eficaz cuanto más precoz fué su comienzo.

Las deposiciones, en todos los casos, se modificaron favorablemente antes de las 36 horas y se normalizaron antes de los 4 días de iniciado el tratamiento.

Causas ajenas a nuestra voluntad nos han impedido el estudio bacteriológico de las deposiciones.

Caso	Edad	Días de enfermedad al iniciar tratamiento	Signos tóxicos	Normalización de la deposición
1	13 meses	1 día	si	48 horas
2	10 meses	2 días	si	24 horas
3	10 meses	4 días	no	3 días
4	9 meses	6 días	si	4 días
5	18 meses	5 días	si	3 días
6	9 meses	5 días	si (intensos)	3 días
7	8 meses	4 días	no	3 días
8	12 meses	13 días	no	4 días
9	14 meses	2 días	si	36 horas
10	8 meses	5 días	no	3 días
11	9 meses	8 días	si	4 días

RESUMEN DE LOS CASOS DE MENINGITIS

	Caso n° 1	Caso n° 2	Caso n° 3	Caso n° 4	Caso n° 5	Caso n° 6	Caso n° 7	Caso n° 8	Caso n° 9	Caso n° 10	Caso n° 11	Caso n° 12	Caso n° 13
Diagnóstico	Meningitis a neumo	Meningitis a neumo	Meningitis a neumo	Meningitis a neumo	Meningitis a neumo	Meningitis a neumo	Meningitis a neumo	Meningitis a neumo	Meningitis a neumo	Meningitis a neumo	Meningitis a neumo	Meningitis a neumo	Meningitis a neumo
Antecedentes	Otitis	—	—	—	—	—	—	—	Abceso submaxilar	Otitis adenofleomó	—	Otitis	Otitis
Días transcurridos 1 iniciar tratamiento	24 horas	24 horas	2 días	2½ días	2 días	3 días	1 día	1 día	4 días	5 días	5 días	3 días	4 días
osis por kilo de ase por vía bucal ada 24 horas y días e tratamiento	Degeman 0,13 x 3 0,20 x 15	Degeman 0,10 x 5	Degeman 0,20 x 6	Degeman 0,11 x 5	Degeman 0,15 x 5	Degeman 0,15 x 1?	Degeman 0,20 x 1 0,30 x 2	Degeman 0,10 x 2	Degeman 0,19 x 5 0,10 x 4	Degeman 0,30 x 5	Degeman 0,17 x 8	Degeman 0,25 x 2 0,35 x 6 0,17 x 3	Degeman 0,27 x 5 0,27 x 5 0,16 x 7 0,10 x 5
osis total por boca	23½ grs.	1,5 grs.	5 grs.	2 grs.	5 grs.	12 grs.	9 grs.		20 grs.	12 grs.	8 grs.	25,75 grs.	17,5 grs.
osis cada 24 horas or vía intratecal	Soluseptazine 10 c.c. x 6	Soluseptazine 10 c.c. x 5	Soluseptazine 10 c.c. x 6	Soluseptazine 10 c.c. x 5	Soluseptazine 10 c.c. x 4	Soluseptazine 10 c.c. x 9		Soluseptazine 5 c.c. x 3	Soluseptazine 10 c.c. x 5	Frontosil 3 c.c. x 8 18 grs.	Soluseptazine 5 c.c. x 6	Soluseptazine 10 c.c. x 7	Soluseptazine 5 c.c. x 6
Dosis por vía intramuscular	Soluseptazine 10 c.c. x 1			Soluseptazine 5 c.c. x 6	Soluseptazine 5 c.c. x 4	Soluseptazine 10 c.c. x 2		Soluseptazine 10 c.c. x 2				70 c.c.	
Dosis por vía intraventricular		Soluseptazine 10 c.c. x 1				Soluseptazine 10 c.c. x 1		Soluseptazine 10 c.c. x 3					10 c.c. x 11
Intolerancia	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna
Evolution	Fallece a los 17 ds.	Fallece a los 5 ds.	Curación 10 días	Fallece a los 5 ds.	Fallece a los 20 ds.	Fallece a los 16 ds.	Fallece a los 5 ds.	Curación 10 días	Curación 20 días	Fallece a los 15 ds.	Curación	Curación con sepsis menal y con vulvovaginitis u reptiloides	Fallece el 20º día
	Edad: 10 meses Peso: 7,800 k	Edad: 46 días Peso: 4,600 k	Edad: un mes Peso: 3,600 k	Edad: 5 meses Peso: 4,200 k	Edad: 6 meses Peso: 6,400 k	Edad: 8 meses Peso: 6,600 k	Edad: 15 meses Peso: 9,900 k	Edad: 8 meses Peso: 7,700 k	Edad: 21 meses Peso: 10 k.	Edad: 4 meses Peso: 5,100 k	Edad: 12 meses Peso: 8,700 k	Edad: 6 meses Peso: 8,500 k	Edad: 2½ meses Peso: 5,300 k

	Caso n° 27	Caso n° 28	Caso n° 29	Caso n° 30	Caso n° 31	Caso n° 32	Caso n° 33	Caso n° 34
Diagnóstico	Pfeiffer	Pfeiffer	a neumó	Meningitis a neobacilo	Meningitis a neobacilo	Meningitis a meningó	Meningitis a meningó	Meningitis purulenta
Antecedentes	-	-	-	otitis	-	-	-	-
Días transcurridos al iniciar tratamiento	1	2	1	1	1	1	1	-
Dosis por kilo de peso por vía bucal cada 24 horas y días de tratamiento	Dagenan 0,30 x 3	Dagenan 0,20 x 3	Dagenan 0,30 x 5	Stopton 0,08 x 5 Dagenan 0,20 x 2	Dagenan 0,15 x	Dagenan 0,12 x 4		Dagenan 0,10 x 5
Dosis total por boca		4,5 gr.			52 gr.	5 gr.		5 gr.
Dosis cada 24 horas por vía intrarraquídea		Frontoil 10 c.c. x 2	Soluseptazine 2 inyecc. 1 de 3 c.c. 1 de 6 c.c.		Frontoil 5 c.c. x 2 Soluseptazine 10 c.c. x 6	Soluseptazine 5 c.c. x 3 Suero A.N. 10 c.c. x 5 20 c.c. x 2	Soluseptazine 10 c.c. x 8 Suero A.N. 10 c.c. x 6	
Dosis por vía intramuscular	Soludagenan 10 c.c. x 2		Soluseptazine 5 c.c. x 5					
Dosis por vía intraventricular								
Intolerancia	ninguna	ninguna	vómito al 5º día			ninguna	ninguna	ninguna
Resultado	Fallece 2½ días	Fallece 3 días	Curada 10 días	Fallece 4 días	Fallece 27 días	Fallece 5 días	Fallece 15 días	Fallece -
	Edad: 2 años Peso: 12,2 k	Edad: 24 meses Peso: 7,½ k.	Edad: 2½ meses Peso: 4. k.	Edad: 12 meses Peso: 9,4 k.	Edad: 11 meses Peso: 9. k.	Edad: 8 meses Peso: 8,2 k.	Edad: 7 meses Peso: 7,½ k.	Edad: 6½ meses Peso: 7 k.