



Revista

MEDICA HONDUREÑA

**ORGANO
DEL
COLEGIO MEDICO
DE HONDURAS**

**FUNDADA
EN 1930**

VOL. 46 - ABRIL - MAYO - JUNIO - 1978 - No. 2



SUMARIO

PAGINA DEL DIRECTOR	P
EDITORIAL	
SUSCEPTIBILIDAD DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS A LOS ANTIMICROBIANOS	
NEOPLASIAS DE OVARIO	
BILLROTH - II MODIFICADO	
HEPATITIS EN EL IHSS	
USO DE LA SUTURA SUBCUTICULAR EN LA CIRUGIA GINECO-OBSTETRICIA	
SECCION INFORMATIVA	
SECCION GREMIAL	

Revista
MEDICA HONDURENA

ÓRGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
Fundada EN 1930

CONSEJO EDITORIAL

Dr. CARLOS A. MEDINA
Director

DR. RUBÉN VILLEDA BERMUDEZ
Secretario

Cuerpo de Redacción

DR. CARLOS A. JAVIER ZEPEDA
DR. LEONEL PÉREZ
DR. CARLOS DURON
DR. ENRIQUE AL VARADO
DR. JOSÉ RAMÓN VASQUES

ADMINISTRACIÓN

COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
Apartado Postal No. 810
Tegucigalpa, Honduras.
Tel. 22-5466.

PAGINA DEL DIRECTOR

El Cuerpo de Directores de la Revista está satisfecho con el primer número de 1978, confeccionado con el sistema Offset y con muchas páginas a colores. Los colegas¹ lectores tendrán que darnos su opinión, pues en forma escalonada queremos llevar la revista a un mejor plano de modernización.

Sin embargo, los nuevos sistemas de impresión cuestan dinero y el Colegio tendrá que ayudarnos, para mientras con el nuevo formato nos movemos a conseguir nuevos anuncios.- Creemos que la revista puede sostenerse en un 50%, si la Gerencia del colegio agiliza la labor comercial antes apuntada.

A los colegas investigadores y escritores les recordamos que deseamos artículos debidamente ilustrados. La fotografía con un buen pie de grabado, tiene mejor alcance que varias páginas de texto, pues los colegas son todos hombres de mucho trabajo y cuando hojean la revista, quieren una lectura breve, ilustrada y amena. Además, la explicación gráfica es más directa, más clara y no dá lugar a interpretaciones equivocadas.

Lo que arriba apuntamos, está substanciado con la experiencia de otras publicaciones científicas de nuestro campo, que han pasado de los textos tediosos a la exposición gráfica y textos cortos.

La Junta Directiva del Colegio también, dio su visto bueno, a los nuevos cambios y a la sección editorial que incluirá asuntos de interés médico-nacional. Esto es importante, ya que nuestro gremio como ente organizado no vive en una ínsula, sino que es parte del conglomerado, del cual existe.

Finalmente, les recordamos que la sección Tribuna del Médico, no puede publicarse hasta que los colegas decidan "bombardearnos" con sus epístolas.

¡SALUD COMPAÑEROS!

EDITORIAL

NUESTROS TALLERES DE TRABAJO

POR DR. CARLOS A. MEDINA

Los talleres de trabajo del profesional de la medicina son para la mayoría de los colegas, recintos sagrados en donde con amor y dedicación al prójimo, tratamos de ayudar a nuestros compatriotas.

Muchos caminos se han recorrido y muchos gobiernos han pasado en los últimos cincuenta años, lapso de tiempo, que podemos

atestiguar la generación de colegas que vivimos en nuestra nación.

No cabe duda, que algo se ha hecho en materia de hospitales y centros de salud; quizás, no lo suficiente para las necesidades ingentes de nuestra patria, que con una población que crece desenfrenada y a un nivel económico de subsistencia, ponen en

aprietos el sistema de prestación de servicios de salud actual.

El problema no sólo es de cantidad sino que también de calidad. En la primera instancia, tenemos una tasa de crecimiento de 3.4% que deja muy por detrás a los esfuerzos cuasi-desorganizados de los que tratan de resolverlos. Por otro lado, una población creciente que vive en una situación eco-



nómica deplorable donde campea el subempleo, el hambre y la ignorancia, ingredientes éstos, que producen altas tasas de morbilidad y mortalidad en la población en general, sin mencionar otros factores contribuyentes como el alto riesgo ambiental en que vivimos todos los hijos de Lempira. Ejemplo clásico de ése déficit crónico de servicios será el Hospital-Escuela, que aunque todavía no está en servicio al público, su oferta ya fue sobrepasado por la demanda actual.

En la otra cara de la moneda, está la calidad de los servicios, que está íntimamente ligada al médico mismo y a la aceptación o rechazo del público que atiende nuestros talleres de trabajo. Y la pregunta lógica es, ¿Puede haber calidad, donde la demanda de servicios médicos sobrepasa la oferta de los mismos?. La respuesta todos la sabemos: Hospitales desorganizados, sin equipo que funcione, sin medicinas, sin material médico quirúrgico, y más que todo, sin espíritu y mística.

Nadie que ocupe la cartera ministerial en el sector salud, debe hacer política personal, engañando al público sobre sistemas de salud maravillosos o fuera de



serie, pues Juan Pueblo es más sabio y su protesta aunque silenciosa actúa como un boomerang, para aquellos que creen engañar o engañarse.

Tenemos que admitir que la pobreza del Estado Hondureño es un factor clave en el atraso que apuntamos, pero también tenemos que aceptar, que el desorden eterno de nuestras instituciones de salud, como un derivado de la misma debacle estructural del sistema, se complemen-

tan para que, a nivel de prestación de servicios, donde el médico confronta al paciente, los resultados son desalentadores y llenos de frustraciones para el cole-

En el futuro el Colegio Médico, tendrá que dejar de ser el cuerpo silencioso que cuida el momento en que la Parca nos recibe, para convertirse en bastión de cambio, tribuna de orientación, ariete primordial en la política del Sector Salud.

SUSCEPTIBILIDAD DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS A LOS ANTIMICROBIANOS

EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL MATERNO- INFANTIL DE TEGUCIGALPA, 1977

*Dr. Carlos A. Javier Zepeda**
*Br, Juan Félix Gaído ***

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades causadas por *Staphylococcus aureus* continúan siendo causas muy frecuentes de morbilidad y mortalidad en nuestro medio. Diariamente el médico se ve frente a pacientes con infecciones leves, generalmente superficiales, y no pocas veces se encuentra frente a pacientes con problemas serios sobre todo aquellos con deficiencias inmunitarias o infectados en ambientes hospitalarios por cepas muy resistentes a los antibióticos de uso común.

Además de la distribución ubicua de esta bacteria en el ambiente y en las superficies corporales, existe una variedad de condiciones predisponentes para la enfermedad estafilocócica que favorecen la incidencia de estas infecciones (1). Entre éstas se pueden mencionar: a) Lesiones de la piel (abrasiones, heridas, quemaduras, enfermedades primarias de la piel, etc.) b) Infecciones virales, sobre todo del tracto respiratorio, c) Defectos de la función de los leucocitos, d) Inmunodeficiencia humoral (hipogammaglobulinemia). e) Presencia de cuerpos extraños (catéteres, sondas, suturas, etc. f) Tratamiento con antibióticos al cual el estafi-

lococo es resistente, g) Varios trastornos asociados con una disminución de la resistencia natural a las infecciones (diabetes mellitus, alcoholismo, neoplasias, desnutrición, uremia, mucoviscidosis, etc.)

Aunque clásicamente *S. aureus* produce abscesos como lesión característica, no siempre es posible demostrar estos focos de necrosis e inflamación; hay pacientes con defectos leucocitarios que son incapaces de establecer una reacción inflamatoria con formación de abscesos (2,3) y por otra parte, pueden haber lesiones inflamatorias sin necrosis en algunos tejidos e incluso, ciertas cepas de estafilococo pueden tener otros mecanismos patogénicos cual es el caso de los que causan la intoxicación alimentaria estafilocócica. Este amplio espectro de infecciones estafilocócicas a veces causa un estado de confusión en el médico que se ve frente a la necesidad de iniciar un tratamiento, muchas veces, por ejemplo, se tratan excesivamente infecciones banales y otras veces se tratan en forma incompleta infecciones serias.

MÉTODO DE ESTUDIO

CULTIVOS. La mayor parte de las cepas de estafilococo que

fueron estudiadas se cultivaron en medio de agar sangre con base de Casman que es utilizado en nuestro laboratorio rutinariamente para la siembra de secreciones purulentas y otras muestras. Las colonias aisladas que se identificaron como cocos Gram positivo en grupos fueron investigadas para demostrar su producción de coagulasa según el método standard en tubo recomendado por Ivler (5) pero usando plasma humano.

Usualmente se considera que la especie patógena del género *Staphylococcus* está definida por su capacidad de producir coagulasa (*S. aureus*), sin embargo, en los últimos diez años se ha venido llamando la atención sobre el significado de estafilococo coagulasa negativo como patógeno del humano (4). A pesar de este concepto, en este estudio únicamente se han incluido cepas productoras de coagulasa y fermentadoras de manitol.

* Jefe del Laboratorio de Microbiología Clínica, Hospital Materno Infantil y Profesor de Patología, Facultad de Ciencias Médicas. UNAH

** Estudiante, Facultad de Ciencias Médicas. UNAH

ANTIBIOGRAMA. Aquellas cepas de estafilococo productoras de coagulasa se sometieron a estudio de susceptibilidad a los antimicrobianos utilizando el método estandarizado de Bauer y Kirby (6). Los antibióticos usados fueron aquellos que se encontraban disponibles en el hospital durante el período del estudio.

MATERIAL DE ESTUDIO

Para los fines de esta presentación se tabularon los resultados de cinco mil cultivos consecutivos efectuados en el laboratorio de microbiología clínica del Hospital Materno Infantil entre mayo y diciembre de 1977. Entre estos 5000 cultivos, se encontraron 485 positivos por *S. aureus*, todos ellos con antibiograma.

RESULTADOS

El cuadro No. 1 demuestra que entre 5000 cultivos revisados, 9.7% son positivos por *S. aureus*.

En el cuadro No. 2 se resume la procedencia de las muestras de donde fue cultivado *S. aureus*.

En los cuadros No. 3 y 4 se anota la lista de antibióticos estu-

diados y la susceptibilidad de las distintas cepas cultivadas de *S. aureus*. Se hace saber que no siempre estuvieron disponibles todos estos antibióticos, pero se ha anotado en la primera columna de los totales el número de cepas estudiadas con cada antibiótico.

CUADRO No. 1

INFECCIONES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS
HOSPITAL MATERNO-INFANTIL, TEGUCIGALPA D.C.
MAYO-DICIEMBRE 1977

CULTIVOS POSITIVOS POR STAPH. AUREUS	*
CULTIVOS ANALIZADOS	5000
POSITIVOS POR <i>S. AUREUS</i>	485
% POSITIVOS POR <i>S. AUREUS</i>	9.7 %

* A todos los cultivos se les efectuó examen de susceptibilidad a antibióticos.

CUADRO No. 2

INFECCIONES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS
HOSPITAL MATERNO-INFANTIL, TEGUCIGALPA D.C.
MAYO-DICIEMBRE 1977

TIPOS DE MUESTRAS CULTIVADAS		
MUESTRA	No.	%
LESIONES DE LA PIEL	201	41.4
EXUDADO FARINGEO	115	23.7
SECRECION OTICA	48	9.9
SECRECION VAGINAL	11	2.3
SECRECION ENDOMETRIAL	3	0.6
SANGRE	18	3.7
SECRECION NASAL	17	3.5
SECRECION OCULAR	19	3.9
ORINA	15	3.1
OTROS SITIOS	22	4.6
ORIGEN DESCONOCIDO	16	3.3
Total	485	100.0

DISCUSIÓN

Este estudio ha demostrado que de todos los cultivos efectuados en el Hospital Materno Infantil de Tegucigalpa, casi el 10% son positivos por estafilococo dorado. Si consideramos otros factores, posiblemente la infección estafilocócica sea más frecuente de lo que es aparente.

Tal como ha sido enfatizado en distintas publicaciones (1,7), las infecciones estafilocócicas más comunes son las que afectan la

CUADRO No. 3
INFECCIONES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS
HOSPITAL MATERNO-INFANTIL, TEGUCIGALPA D.C.
MAYO-DICIEMBRE 1977

RESULTADOS DE LOS EXAMENES DE SUSCEPTIBILIDAD ANTIMICROBIANA								
ANTIBIOTICO	SUSCEPTIBLE		INTERMEDIA		RESISTENTE		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
CEFALOSPORINAS	441	94.3	3	0.7	24	5.1	468	96.5
ERITROMICINA	344	73.5	0	-	124	26.5	468	96.5
GENTAMICINA	453	95.0	1	0.2	23	4.8	477	98.4
KANAMICINA	395	85.3	0	-	70	14.7	475	98.0
TETRACICLINAS	239	72.9	0	-	106	27.1	398	82.0
TRIMETOPRIMSULFA	427	90.1	0	-	47	9.0	474	97.7
PENICILINA G	28	6.0	1	0.2	441	93.8	470	96.9
AMPICILINA	85	13.6	3	0.7	408	83.7	497	96.4
OXACILINA	92	83.6	0	-	18	16.4	110	23.7
DICLOXACILINA	51	52.3	0	-	11	17.7	62	12.8
CLORANFENICOL	305	86.4	0	-	48	13.6	353	72.8

piel. Los resultados de este estudio concuerdan con esos datos. Las enfermedades estafilocócicas de la piel toman una variedad de formas clínicas, desde la simple foliculitis y la formación de forúnculos hasta la formación de hidradenitis supurativa, carbuncos, impétigo y necrolisis epidérmica tóxica (1). Existen otros sitios de localización de estas infecciones como puede verse en el cuadro No. 2.

Desde el inicio de la era de los antibióticos se ha venido notando un incremento de la prevalencia de cepas de estafilococo resistentes a la penicilina y a otros antibióticos. El espectro de resistencia de ciertas cepas hospitalarias es cada vez mayor y actualmente las hay resistentes a las sulfonamidas, tetraciclina, cloranfenicol, estreptomicina, macrólidos, neomicina, bacitracina, metecilina, trimetoprim y otros. Por otra parte, las cepas extrahospitalarias tienden a presentar menor resistencia a estos antimicrobianos.

Las determinantes genéticas de la resistencia bacteriana en las cepas

hospitalarias son de diversa índole e incluyen una serie de genes transmitidos por plásmidos. Su acumulación en un pequeño número de cepas en el ambiente hospitalario obedece a factores ecológicos mas que a una predisposición puramente genética. Esas cepas resistentes en su mayoría producen penicilinas y este es un factor que permite su mayor prevalencia ya que en vis-

ta de que las penicilinas son antibióticos usados con mucha frecuencia en los hospitales, las cepas susceptibles tienden a ser eliminadas quedando en el ambiente aquellas que son resistentes.

A pesar de lo anteriormente expuesto la resistencia simultánea a muchos antibióticos ocurre pocas veces, aunque es posible que en el futuro, a medida que las cepas vayan adquiriendo mas genes de resistencia, se encuentre un mayor espectro de resistencia en el estafilococo, particularmente en el estafilococo de origen hospitalario.

En este estudio efectuado en pacientes hospitalizados no se hizo el intento de segregar las cepas de estafilococo por tipificación con fagos. Esto sería interesante de hacer puesto que permitiría conocer el patrón de resistencia del estafilococo intrahospitalario y aparte el del extrahospitalario. Nuestros datos

CUADRO No. 4
INFECCIONES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS
HOSPITAL MATERNO-INFANTIL, TEGUCIGALPA D.C.
MAYO-DICIEMBRE 1977

SUSCEPTIBILIDAD A LOS ANTIBIOTICOS	(%)
GENTAMICINA	95.0
CEFALOSPORINAS	94.2
TRIMETOPRIM/SULFA	90.1
CLORANFENICOL	86.4
KANAMICINA	85.3
OXACILINA	83.6
DICLOXACILINA	82.3
ERITROMICINA	73.5
TETRACICLINAS	72.9
AMPICILINAS	13.6
PENICILINA G	6.0

reflejan la resistencia combinada de ambos grupos.

Este estudio ha demostrado una gran resistencia de *S. aureus* a la penicilina G y a la ampicilina (6 y 13.6 % de cepas susceptibles respectivamente). Desafortunadamente no hubo oportunidad de estudiar la susceptibilidad a la meticilina y solo un 20% de los cultivos fueron estudiados con oxacilina y dicloxacilina, demostrándose una susceptibilidad de 83.6% y 82.3% de las cepas respectivamente.

De acuerdo con este estudio el antibiótico mas efectivo in vitro contra *S. aureus* es gentamicina, seguido de las cefalosporinas y de la combinación sulfametoxazol-trimetoprim, los cuales superan el 90% de efectividad. Debe hacerse notar sin embargo, que la selección de un antibiótico para el tratamiento de una infección por *S. aureus* no solo dependerá de su efectividad in vitro, sino que también de otros factores como la localización de la infección, la vía de administración, la condición general del paciente y a veces hasta el precio del antimicrobiano.

Nota de agradecimiento: Se agradece la colaboración técnica de la Sra. Filomena Palma, Técnico Supervisor del Laboratorio de Microbiología Clínica del Hospital Materno Infantil de Tegucigalpa.

CONCLUSIONES

De este estudio se concluye:

- 1) Que la infección estafilocócica es muy común en nuestro ambiente.
- 2) Que las cepas de estafilococo dorado aisladas de pacientes que atienden al Hospital Materno Infantil son muy resistentes a la penicilina y a la ampicilina.
- 3) Que la susceptibilidad de estas cepas a las penicilinas semisintéticas es moderada.
- 4) Que las otras alternativas de tratamiento resultan caras o tóxicas.

REFERENCIAS

1. Shulman J.A., Nahmias A.J. Staphylococcal Infections, Clinical Aspects. Cap. 20 en: The

Staphylococci, I. Cohén Ed. 1972 Wiley New York, pag

2. Davis S.D., Schaller J., Wedgewood R.J. Job's Syndrome - Recurrent cold staphylococcal abscesses. Lancet i:1013, 1966
3. Miller M.E., Schonauer T.A. A familial defect of chemotaxis. A new inborn error of Neutrophil function. Am. Ped. Soc. (Abstract) pag 15 1971
4. Staphylococcal diseases, Cap 66 en: Wilson G.S. y Miles A. Topley and Wüson's Principles of Bacteriology, Virology and Immunity. 6th. ed. Williams and Wilkins Co. Baltimore, 1975. pag. 1970-71
5. Ivler D. Staphylococcus. Cap. 7 en: Manual of Clinical Microbiology. 2 ed. American Society for Microbiology, Washington D.C. 1974.
6. Matsen J.M., Barry A.L. Susceptibility testing: Diffusion test procedures. Cap. 46 en: ibid 5.
7. Cruickshank S. Epidemiology of some skin infections. Brit. Med. J. i:55, 1953.

NEOPLASIAS DE OVARIO

REVISIÓN DE LA EXPERIENCIA EN LOS HOSPITALES, GENERAL Y
MATERNO INFANTIL DE TEGUCIGALPA. 1977

*Dra. Claudina Ferrera de Erazo**
*Dra. Yelba R. de Tabora ***

INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo es una recopilación de los casos de neoplasias de Ovario informados en el Departamento de Patología de los Hospitales General y Materno Infantil, de pacientes que fueron admitidas en estos centros en 1977.

El objetivo primordial de este trabajo es conocer nuestra propia casuística, ya que casi siempre debemos atenernos a estadísticas de otros países. En nuestro medio hay diferencias por las condiciones culturales, socio-económicas, de transporte, etc., que dificultan el acceso de éstas pacientes al hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisó el archivo del Laboratorio de Anatomía Patológica del hospital General en donde se efectúan los estudios de ambos hospitales.

El estudio histológico se hizo con cortes de tejido coloreado

con Hematoxilina-eosina y Usamos la clasificación de utilizando en algunos casos coloraciones especiales como PAS, la OMS(7) ya que otras clasificaciones (hormonal, funcional, Alcan Blue, Sudan III, trícromo de Masson. embrionaria, etc.), resultan incompletas y confusas, en cambio

También se revisaron los expedientes clínicos de las pacientes con el diagnóstico de neoplasia de ovario, para obtener otros datos.

CUADRO No. 1

CLASIFICACIÓN DE LOS TUMORES DE OVARIO, OMS, 1973

I. Tumores Epiteliales Comunes

A. Tumores Serosos

1. Benignos: Cistadenoma, Papiloma, Cistadenofibroma
2. En el límite de malignidad: Cistadenoma, Papiloma, Cistadenofibroma.
3. Malignos: Adenocarcinoma, Carcinoma papilar, Cistadenofibroma maligno.

B. Tumores Mucinosos

1. Benignos: Cistadenoma, Cistadenofibroma
2. En el límite de la malignidad: ídem
3. Malignos: Adenocarcinoma, Cistadenofibroma malignos

C. Tumores Endometrioides

1. Benignos (Adenomas)
2. En el límite de la malignidad
3. Malignos: a) Carcinoma
b) Sarcoma estromático
c) Tumores mesodérmicos mixtos

(* Patóloga del H.M.I., Profesor de Patología de la Facultad de Ciencias Médicas UNAH.

(** Médico Residente de Ginecología y Obstetricia, H.M.I.)

D. Tumores de Células Claras (Mesonefroides)

1. Benignos
2. En el límite de la malignidad
3. Malignos

E. Tumores de Brenner

1. Benignos
2. En el límite de la malignidad
3. Malignos

F. Tumores Epiteliales Mixtos

1. Benignos
2. En el límite de la malignidad
3. Malignos

G. Carcinoma Indiferenciado

H. Tumores Epiteliales no clasificados

II. Tumores de los Cordones Sexuales-estroma.

A. Tumores de Células granuloso-estromáticas

1. Tumor de Células de la granulosa
2. Tumores del grupo tecoma-fibroma
 - a) Tecoma
 - b) Fibroma
 - c) No clasificados

B. Androblastomas; Tumores de Células de Sertoli-Leydig

1. Bien diferenciado
2. Medianamente diferenciados
3. Poco diferenciados (sarcomatoides)
4. Con elementos heterólogos

C. Ginandroblastomas

D. No clasificados

III. Tumores de Células Lipoideas

IV. Tumores de Células Germinales

A. Disgerminoma

B. Tumor de senos endodémicos

C. Carcinoma Embrionario

D. Poliembrioma

E. Coriocarcinoma

F. Teratomas

1. Inmaduros
2. Maduros
 - a) Sólidos
 - b) Quísticos.- Quistes Dermoides
3. Monodérmicos altamente especializados
 - a) Struma ovárico
 - b) Carcinoide
 - c) Struma ovárico y carcinoide
 - d) Otros

G. Formas Mixtas

V. Gonadoblastoma

A. Puro

B. Asociado a otras formas de tumores de células germinales

VI. Tumores de tejidos blandos no específicos del ovario

VII. Tumores no clasificados

VIII. Tumores secundarios (Metastásicos)

IX. Lesiones pseudotumorales

RESULTADOS:

Entre 7,507 biopsias efectuadas en 1977 se encontraron 68 neoplasias de ovario.

TABLA No. 1
NEOPLASIAS DE OVARIO

Hospital General y Materno Infantil,
Tegucigalpa, D. C. 1977

No. de Biopsias estudiadas en 1977	7,507
No. de Neoplasias de Ovario	68
Porcentaje de Neoplasias de Ovario	0.9

TABLA No. 2
NEOPLASIAS DE OVARIO

Hospital General y Materno Infantil,
Tegucigalpa, D. C. 1977

Neoplasia	No. de casos	%
Quiste Seroso	15	22.1
Cistadenofibroma	4	5.9 (++)
Cistadenocarcinoma seroso papilar	2	2.9
Cistadenoma Mucinoso	5	7.4
Cistadenocarcinoma mucinoso	1	1.5
Tumor de Células Claras	1	1.5
Tumor de la Ovarulosa	3	4.4
Disgerminoma	2	2.9 (++)
Teratomas		
- Inmaduros	2	2.9
- Maduros	26	43
- Struma ovárico	1	1.5
Tumores Metastásicos		
- De Mamma	1	1.5
- De Trompas Uterinas	1	1.5
- De origen no determinado	1	1.5 (++)

(+) Un caso bilateral

(++) El diagnóstico se hizo por biopsia de metástasis retroperitoneal.

(+++) Carcinoma epidermoide. No fue posible encontrar el sitio primario.

TABLA No. 3
NEOPLASIAS DE OVARIO
 Distribución de los pacientes según la edad
 Hospital General y Materno Infantil,
 Tegucigalpa, D. C. 1977

Edad en años	No. de casos	Porcentaje
1 - 10	2	2.9
11 - 20	9	13.2
21 - 30	19	27.9
31 - 40	13	19.1
41 - 50	13	19.1
51 - 60	6	8.8
61 - 70	5	7.4
No consignada	1	1.5

Gráfica No. 1
NEOPLASIAS DE OVARIO
 Distribución de los pacientes según la edad
 Hospital General y Materno Infantil,
 Tegucigalpa, D. C. 1977

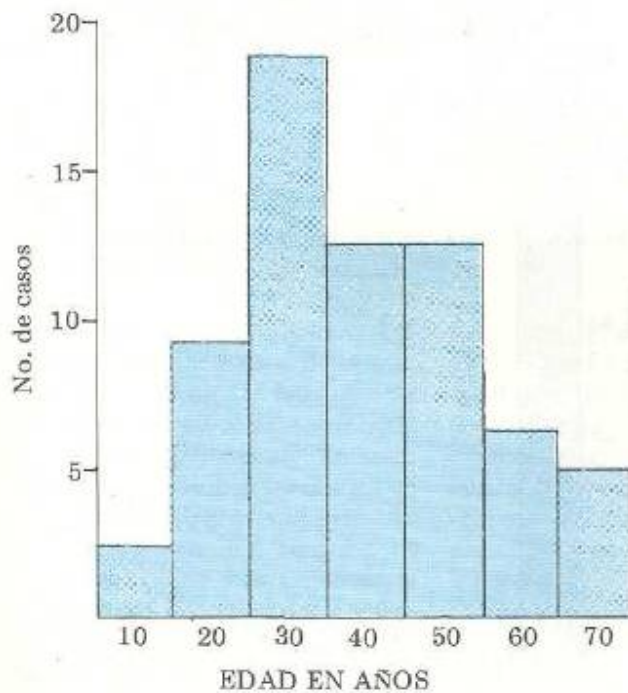


Tabla No. 4
NEOPLASIAS DE OVARIO
 Signos y Síntomas de las pacientes
 Hospital General y Materno Infantil,
 Tegucigalpa, D. C. 1977

Síntoma	Porcentaje	No. de pacs.
Tumor	51.5	35
Dolor	45.6	31
Asintomático	16	11
Síntomas gastro-intestinales	10.3	7
Trastornos menstruales	8.8	6
Hemorragia Uterina Anormal	7.4	5
Abdomen Agudo	5.9	4
Esterilidad	2.9	2
Otros	10.4	7

Gráfica No. 2
NEOPLASIAS DE OVARIO
 Signos y Síntomas de las pacientes
 Hospital General y Materno Infantil,
 Tegucigalpa, D. C. 1977

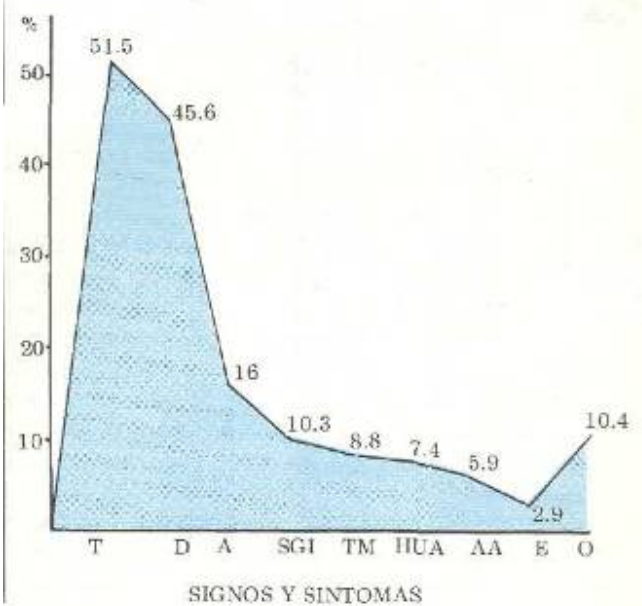


Tabla No. 5
NEOPLASIAS DE OVARIO
Distribución según la localización
Hospital General y Materno Infantil,
Tegucigalpa, D. C. 1977

Ovario Derecho	38 casos	55.9%
Ovario Izquierdo	21 "	30.8
Bilateral	8 "	11.7
No determinado	1 "	1.5

Gráfica No. 3
NEOPLASIAS DE OVARIO
Distribución según la localización
Hospitales General y Materno Infantil
Tegucigalpa, D. C., 1977

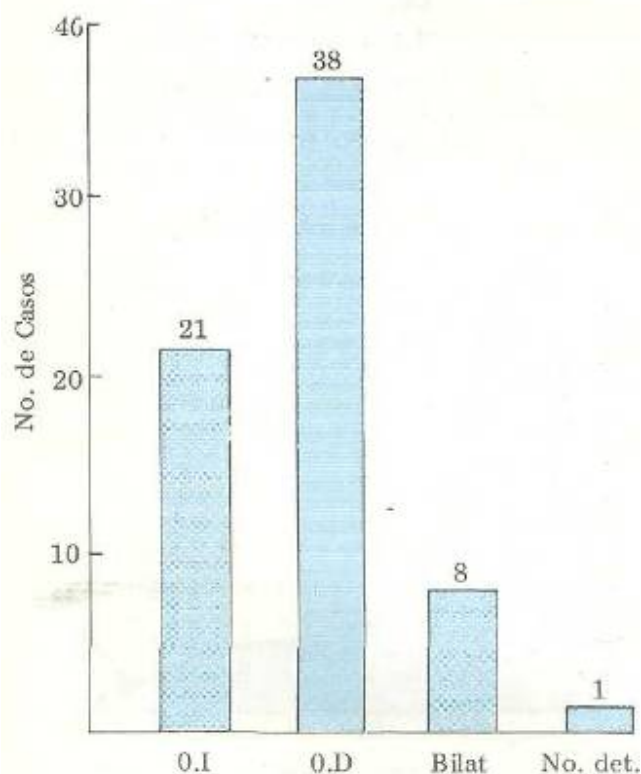
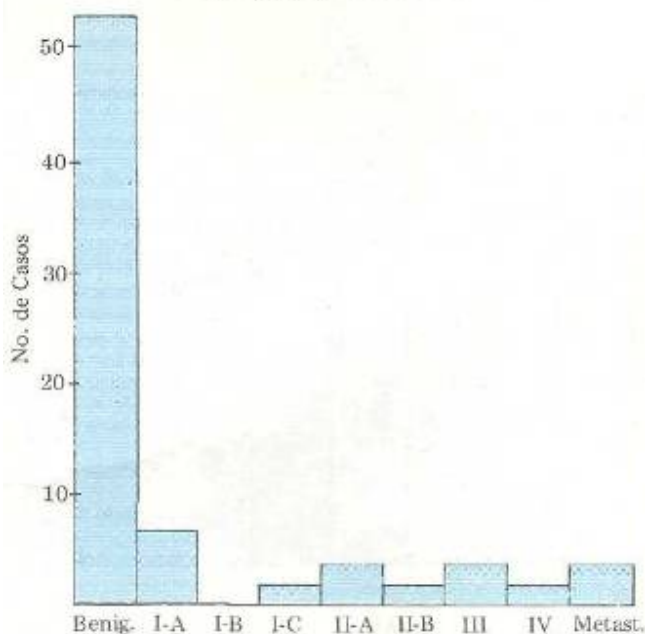


TABLA No. 6
NEOPLASIAS DE OVARIO
Distribución según Estadío Clínico (+)
Hospital General y Materno Infantil,
Tegucigalpa, D. C. 1977

Tumores Benignos		55 casos	80.8%
Tumores Malignos:	I - A	4	5.9
	I - B	0	0
	I - C	1	1.5
	II - A	2	2.9
	II - B	1	1.5
	III	2	2.9
	IV	1	1.5
Metastásico:		2	2.9

(+) Según la clasificación de la F.I.G.O.

Gráfica No. 4
NEOPLASIAS DE OVARIO
Distribución según estadío Clínico
Hospital General y Materno Infantil,
Tegucigalpa, D. C. 1977



DISCUSIÓN.

Como se observa en la Tabla No. 2, el mayor número de casos corresponden a Quistes Serosos y Teratomas Maduros (Benignos), lo cual demuestra que por su carácter benigno, a pesar de ser tan frecuentes, no representan una amenaza para la vida de las pacientes, pero la aparición de otro tipo de tumores nos alerta a que pensemos en ellos cuando la clínica lo sugiera, aunque su incidencia sea baja.

Estamos de acuerdo con Czernobilsky y col. (1), al concluir que los cistadenofibromas son más frecuentes de lo que se cree y que casi siempre son benignos, necesitando solamente una terapia quirúrgica conservadora.

El porcentaje de los teratomas es de 10 a 15% según lo reportado en otra Literatura (5) en relación con el total de neoplasias de ovario, y la gran mayoría son benignos. La incidencia encontrada por nosotros es mayor: 42%; uno de ellos presenta diferenciación especializada, (Struma ovarii).

Los cistadenomas serosos y mucinosos representan en nuestro medio el 29.6%, similar a otros reportes extranjeros. Encontramos la presencia de teratomas benignos en dos hermanas, y la menor de ellas ya había sido operada anteriormente en otro hospital, por tumor similar en un ovario. Reportamos este dato por lo curioso, ya que ninguna de las teorías que nos explican la patogénesis de este tumor (blastomérica, partenogenética y embrionaria) nos inclinan a sospe-

char que exista un factor familiar.

Edad (Tabla No. 3 y Gráfica No. 1). La paciente de menor edad fue una niña de 7 años y la mayor de 70 años, con una incidencia predominante durante la época reproductiva de la mujer; también se observó que la malignidad era más frecuente entre los 20 y 40 años de edad, en otras estadísticas éstas se encuentran en pacientes de más edad. (De 50 a 70 años).

Tabla No. 7

NEOPLASIAS DE OVARIO

Hospital General y Materno Infantil, Tegucigalpa, D. C. 1977

Cirugía	64 casos	94.1%
Cirugía, Radiación, Quimioterapia	2	2.9
Cirugía, Radiación	1	1.5
Cirugía, Quimioterapia	1	1.5

Tabla No. 8

NEOPLASIAS DE OVARIO

Hospital General y Materno Infantil, Tegucigalpa, D. C. 1977

HAT + SOB	18 casos	26.4%
Resección del tumor	16	23.5
Coforectomía unilat. + biopsia contralateral	10	14.7
SOU	7	10.3
SOU + Biopsia contralateral	6	8.8
HAT+ SOU + Biopsia contralateral	3	4.4
HAT+ SOU	3	4.4
Biopsia del tumor	2	2.9
HVT + SOB	1	1.5
HVT + SOU	1	1.5
Ooforectomía bilateral	1	1.5

Signos y Síntomas (Tabla No. 4 y Gráfica No. 2). Los tumores de ovario suelen ser asintomáticos, pero ya dijimos que existen en nuestras pacientes factores socioeconómicos, culturales, que las hacen acudir al médico cuando ya hay síntomas muy molestos. Así, observamos que la incidencia de tumor y dolor fueron los síntomas más frecuentes, seguido por amplia diferencia con las asintomáticas. Las complicaciones fueron raras, pues solo el 5.9% ingresaron con mani-

festaciones de abdomen agudo. Los síntomas gastrointestinales generalmente fueron debidos al tamaño alcanzado por el tumor. Los trastornos ginecológicos fueron condicionados por el tumor en sí o por algunas características especiales (tumores funcionantes, etc.) En otros signos y síntomas incluimos los inespecíficos como: malestar general, decaimiento, ascitis, pérdida de peso.

Localización (Tabla No. 5). No creemos que ésto sea relevante, ya que pensamos que ambos ovarios son igualmente susceptibles de ser afectados por alguna neoplasia, pero sí encontramos una gran diferencia en cuanto al sitio de localización, ya que fue mayor en el ovario derecho (55.9%), y también pensamos que la localización bilateral es relativamente alta: 11.7%, igual a la reportada por otros autores (5).

Estadio Clínico (Tabla No. 6). Debemos apuntar que la mayor parte de las neoplasias fueron benignas. Dentro de los 13 casos de neoplasias malignas, hubo una distribución casi igual en los diferentes estadios. En esta misma clase se incluyeron dos tumores de células de la granulosa con comportamiento poco agresivo uno, y el otro con características francamente malignas (siembras peritoneales); tomando en cuenta su evolución clínica y no su apariencia histológica, ya que como sabemos, ésta no siempre nos permite hacer una correlación con el pronóstico clínico. Fox y col. (2), prefieren considerar los siguientes parámetros para conocer la evolución de los tumores de la granulosa, los cuales son aplica-

bles a todos los tumores del ovario, según nuestro criterio:

- a) Paciente mayor de 40 años
- b) Presentación con síntomas abdominales
- c) Presencia de masa palpable
- d) Diseminación extra-ovárica
- e) Tumor bilateral
- f) Tumor sólido
- g) Tumor que mide más de 15 cm. de diámetro
- h) Actividad mitótica alta

Todas estas son indicativos de mal pronóstico.

Para la clasificación utilizamos la recomendada por la F.I.G.O. Agregamos los tumores secundarios (metastásicos), uno de ellos originado en mama y otro en sitio no determinado. Consideramos que éste número de casos es muy bajo para hacer comparación estadística con otros informes. Gompel y Silverberg (3), nos reportan que una buena proporción (aproximadamente 10%) de las neoplasias en el ovario son metastásicas de otros sitios (51% mama, 37% gastrointestinales y 22% genital)

Tratamiento (Tabla No. 7). El tratamiento de elección fue el quirúrgico, correspondiendo al 94.1%. Si excluimos de éstos los casos benignos, encontramos que hay gran parte de los tumores malignos que solamente recibieron tratamiento quirúrgico, no por una decisión médica, sino porque las pacientes no regresaron a control, la mayor parte por factores enunciados al inicio de este artículo, (nivel cultural, vías de comunicación inadecuadas para llegar al hospital, etc.)

De los 13 casos con neoplasias malignas, solo cuatro recibie-

ron tratamiento combinado: cirugía, radiación, quimioterapia; ninguno de ellos se manejó exclusivamente con radio o quimioterapia. Observamos aquí, que la terapéutica usada, ha sido similar a la recomendada en la literatura consultada.

Cirugía (Tabla No. 8). La HAT con SOB, fue la cirugía más efectuada tomando en cuenta la edad y la paridad de la paciente, es decir que aunque la mayor parte de tumoraciones ocurrieron en pacientes relativamente jóvenes, la cirugía fue amplia debido a que nuestras pacientes comienzan a tener hijos temprano; también se tomaron en cuenta otros datos: localización, aspecto externo, etc.

En ninguno de estos casos el Cirujano-Ginecólogo solicitó al Patólogo, que le hiciera biopsia transoperatoria con el propósito de tomar una decisión quirúrgica inmediata.

No hemos hecho consideraciones sobre la evolución de todas las pacientes encontradas con tumor de ovario, porque creemos que es muy poco el tiempo para hablar de sobrevida y además, porque como se ha señalado antes, muchas de ellas no han sido controladas posteriormente, por el médico.

RESUMEN:

Las neoplasias de ovario representan el 0.9% del total de biopsias diagnosticadas en el Departamento de Patología durante 1977.

La mayoría son benignos con la ventaja que las pacientes

salieron curadas con la cirugía efectuada.

Se hizo un análisis comparativo con las estadísticas reportadas en la literatura extranjera, encontrándose disparidades importantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. CZERNOBILSKY, Bernard; Cystadenofibroma of the Ovary; *Cáncer* 34:1971-1981. 1974.
2. FOX, H. y Colaboradores; A clinicopathologic Study of 92 cases of Granulosa Cell Tumor of the Ovary with Special Reference to the Factors Influencing Prognosis; *Cáncer* 35: 231-241, 1975.
3. GOMPEL, Claude; Selverberg, Steven; Pathology in Gynecology and Obstetrics, II Ed., 271-360.1977.
4. KISTNER, Robert W.; Neoplasias Ováricas; Tratado de Ginecología; 353-440; I Ed.; Enero 1974.
5. KASER, O. y Colaboradores; Tumores Genitales; Ginecología y Obstetricia; Tomo III Ginecología Especial; 512-590; I Ed., 1974.
6. NOVAK, Edmund R. y Woodruff, J. Donald; Ovarian Neoplasias; Gynecologic and Obstetric Pathology; 367484; VII Ed., 1974.
7. SEROV, S.F.; Scully R.E.; Sobin, L.H.; Tipos Histológicos de Tumores Ováricos, Clasificación Histológica Internacional de Tumores No. 9; OMS; 1973.

BILLROTH - II- MODIFICADO Mediante una técnica original en Gastrectomía Subtotal

* Rigoberto Amaga Ch.

** Carlos Vargas ***

Daniel Díaz Zelaya

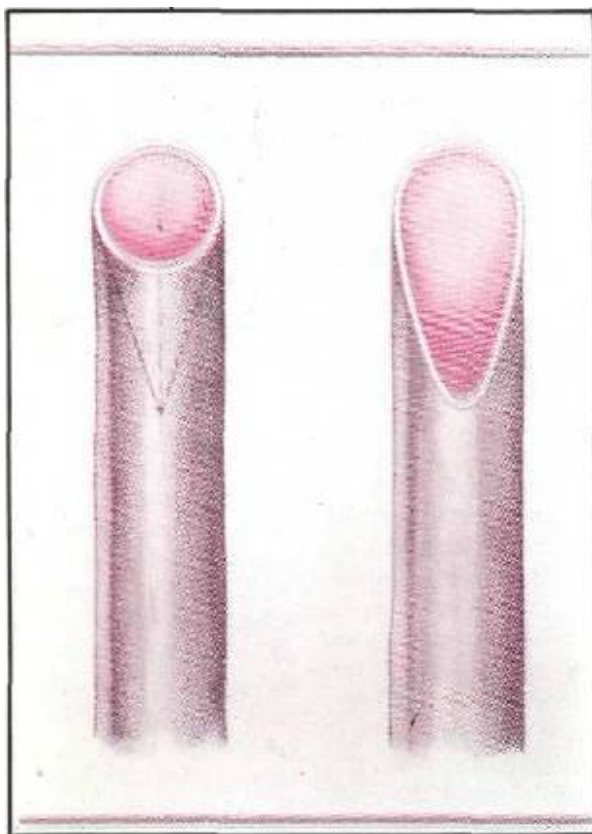
I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene por objeto presentar una nueva técnica que nosotros consideramos original y que consiste en verificar una Anasto-

mosis Gastroyeyunal en forma terminal, previa Yeyunoplastia, en los casos que tenga que practicarse una Gastrectomía amplia de más de un 75%

Fue Billroth el primero que en 1885 después de resear parcialmente el estómago, ocluyó la sección circular y verificó una Gastroenterostomía Antecólica anterior. Posteriormente en 1887 Kronlein verificó la implantación de toda la sección transversal en el Yeyuno en forma terminolateral y antecólica, por eso se le llamó a este procedimiento como resección de estómago según Billroth-Kronlein.

En 1888 Von Eiselsberg ocluyó parte del estómago en la proximidad de la curvatura menor e implantó en posición antecólica, el Yeyuno, en el resto de la sección circular del estómago correspondiente a la curvatura mayor, como propuso Von Hacker en 1885. La misma variante con desviación retrocólica del asa yeyunal



Yeyunoplastia en el borde Antimesenterico del Asa Eferente.

* Jefe de Servicio de Cirugía del Hospital General, Profesor de Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas.

**Profesor de Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas.

***Jefe de Residentes de Cirugía del Hospital General y Asilo de Inválidos.

practicaron en 1905 y 1905 Graser, Finsterer y Hofmeister.

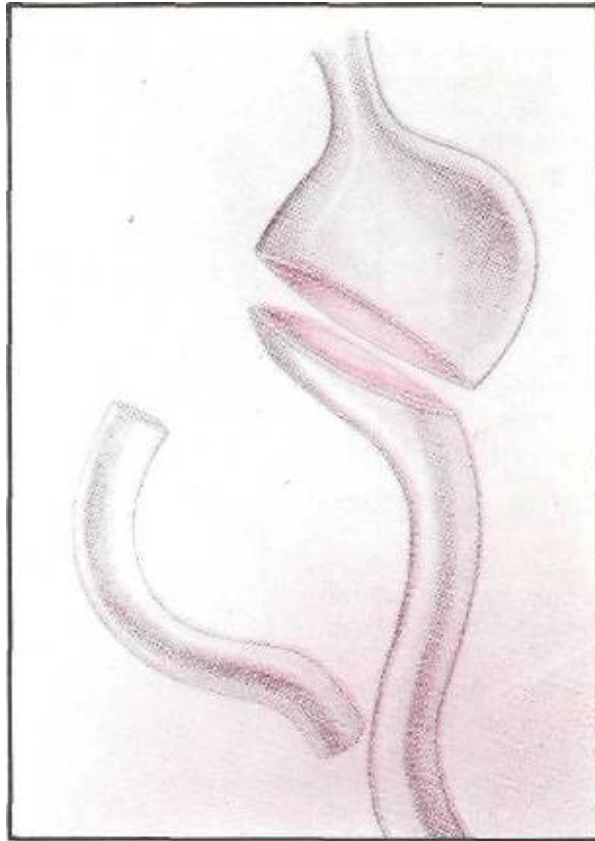
Kronlein, unía la sección transversal entera del estómago por delante del colón en el asa del intestino delgado y Reichel en 1907 practicaba la misma Anastomosis por vía retrocólica; esta forma suele designarse como resección de estómago según Billroth-Reichel-Polya.

Roux en 1893 fue quien seccionó de través el asa superior del yeyuno e implantó la rama eferente en el resto del estómago por unión latero-terminal o término-lateral y anastomosó la rama aferente del yeyuno en la eferente del mismo en forma término-lateral, anastomosis en forma de "Y".

En mayo de 1974, Jonathan A. Van Herden y colaboradores presentaron en la reunión anual de la Sociedad para Cirugía del Tracto Alimentario en San Francisco, California, un trabajo con el objeto de evitar la Gastritis Alcalina postoperatoria de reflujo en pacientes con Cirugía Gástrica previa. Uno de los procedimientos quirúrgicos utilizados fue el de verificar una Gastroyeyunostomía en "Y" de Roux con una rama yeyunal larga de unos 35 cms., con lo cual evitaban el paso de la bilis al estómago.

Recientemente en 1975 M. Hakami de Irán, informa sobre un trabajo realizado con el fin de evitar el Síndrome de Dumping en pacientes gastrec-

tomizados y que consiste en del asa aferente y tampoco se



La Yeyunoplastia se hace de una longitud igual a la distancia existente entre la curvatura mayor y menor del Estómago.

seccionar el yeyuno a unos 12 cms. del ángulo de Treitz y Anastomosar el asa aferente a una parte de la sección circular del estómago correspondiente a la curvatura mayor en sentido antiperistáltico y el asa eferente la anastomosa a la aferente en forma latero-terminal.

Nuestra técnica es una variante del Billroth-II, y hasta ahora miento rápido ni de dilatación

produce el reflujo de bilis al estómago. Las condiciones anteriores, consideramos que se deben a que con nuestra técnica, es necesario reseca más de un 75% con el cual, eliminamos la mayor parte del cuerpo del estómago y como es sabido, el fundus gástrico está especialmente adaptado a la función receptiva, y presenta una escasa actividad motora debido a que, su musculatura es fina e incom-

pleta, sus contracciones son débiles y actúa por tanto, fundamentalmente como reservorio; y además, el Asa de Yeyuno que anastomosamos al estómago tiene gran capacidad de distensión, con lo cual aumentamos aún más el reservorio; permitiéndole de esta forma, al paciente operado, comer en cantidades normales. Por otra parte, el hecho de dejar una Asa Yeyunal larga de unos 20 cms., impide que la bilis llegue al estómago y por consiguiente no se produzca la Gastritis Alcalina.

II. MATERIAL Y MÉTODO

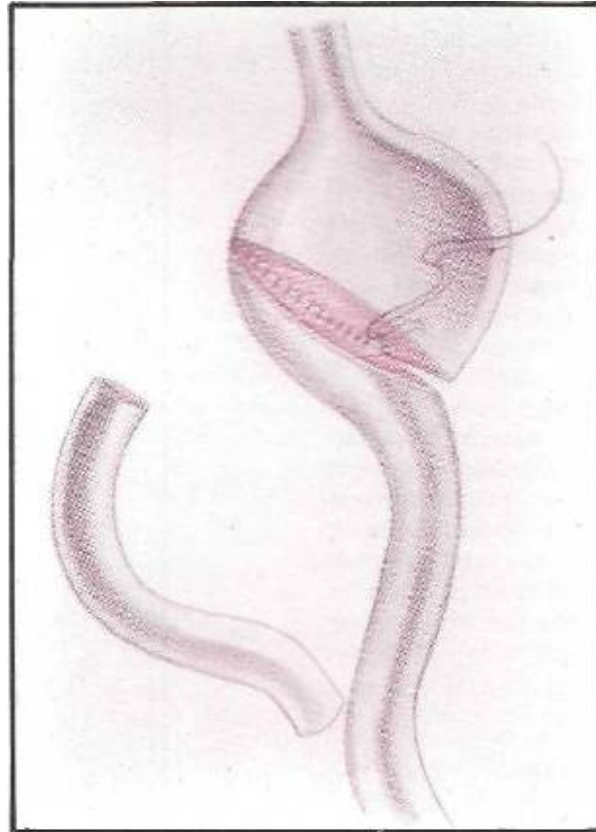
Nuestro estudio está basado en 36 casos que ha sido analizados en el lapso comprendido entre 1970 y 1977, en el Hospital General y Asilo de Inválidos, de los cuales 20 que fueron tomadas al azar, corresponden a las técnicas quirúrgicas clásicas y 16 al procedimiento en relación. Las edades están comprendidas entre 24 y 37 años, de los cuales 20 corresponden al sexo masculino y 16 al femenino.

III. TÉCNICA QUIRÚRGICA

- Penetramos en la cavidad peritoneal mediante una incisión paramediana izquierda con rechazamiento del músculo recto hacia el mismo lado, que va desde el apéndice Xifoides hasta la proximidad de la cicatriz umbilical.
- Después de liberar el estómago en su curvatura mayor y menor, liberamos el duodeno hasta unos 5 cms. del píloro,

lo seccionamos inmediata-

Practicamos una yeyunoplas-



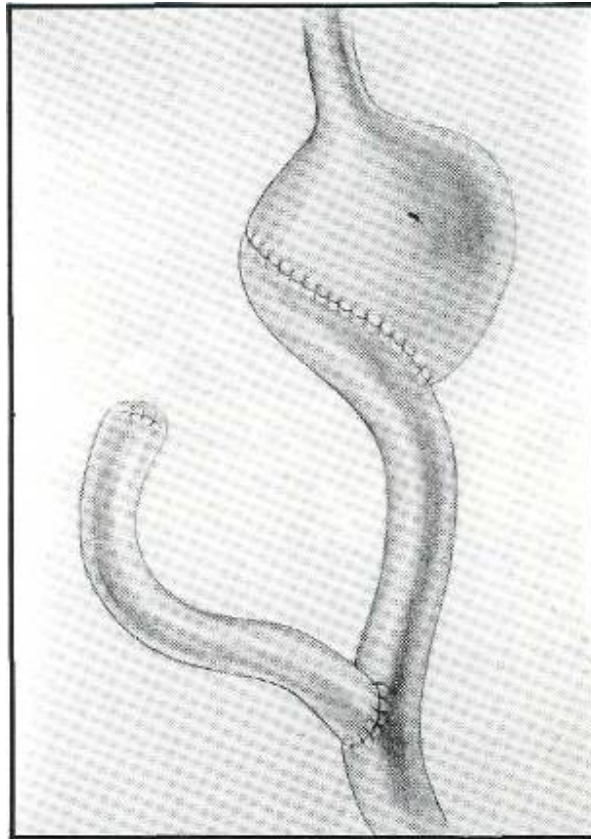
Sutura total posterior de la Anastomosis Gastroyeyunal.

mente por debajo de éste y verificamos el cierre del duodeno en 3 planos.

Verificamos una abertura de unos 8 cms. en la región avascular del mesocólon trasverso. Escogemos el asayeyunal a unos 15 cms. del ángulo de Teitz y lo seccionamos transversalmente. Se hace pasar el asa eferente a través de la brecha del mesocólon.

tía en el borde antimesentérico del asa eferente, haciendo una incisión longitudinal de una extensión igual a la distancia existente entre la curvatura mayor y menor del estómago, en el sitio donde se practicara la sección circular; extirpando los ángulos resultantes de la sección longitudinal del yeyuno.

Se fija la parte mas posterior



Terminada la Anastomosis Gastroyeyunal Término-Terminal y la Yeyuno-Yeyunoanastomosis Término-Lateral.

del mesocólon a la cara posterior del estómago con varios puntos separados de seda 000, y a continuación se practica sucesivamente la seroserosa posterior con seda 000 en forma continua y después de extirpar el estómago, la total posterior, continúa y entrelasada con catgut crómi-

co 00, la cual se continúa y termina con la total anterior; posteriormente la seroserosa anterior continúa, con seda 000 y por último se fija la parte anterior de la brecha del mesocólon a la cara anterior del segmento residual del estómago con puntos separados de seda 000.

Al final se anastomosa el asa aferente en la eferente a unos 20 cms. de la anastomosis gastroyeyunal, en forma término-lateral, y por último después de lavar la cavidad peritoneal con solución fisiológica, se procede al cierre de la pared por planos.

IV. ESTUDIO COMPARATIVO

- División por sexo y edad

Presentaremos un análisis gráfico sobre el material utilizado:

Hemos dividido la Gráfica No. 1 en A y B por las diferentes patologías que hemos tratado, esto es Ca. (1-a) y Úlcera (1-b).

En la Gráfica 1-a para el sexo masculino la mayor incidencia fue de 31 a 40 años (4 casos) y para el sexo femenino en la década de 61 a 70 (4 casos).

En la Gráfica 1-b la incidencia mayor para el sexo masculino fue de los 41-50 años (3 casos) y para el sexo femenino se dividió entre 31 y 40 (2 casos) y 61 a 70 (2 casos).

De los datos anteriores no podemos obtener conclusiones lógicas ya que los mismos difieren de las universalmente conocidas.

- Métodos Diagnósticos

Clínicos

El objeto del presente estudio no es el de establecer una correlación semiológica de los casos en mención, dado que la patología respectiva se encaminó a Ca. y Úlcera, siendo confirmado por los estudios correspondientes para su clasificación.

- Exámenes Complementarios

Estudios de Acidimetría Gástrica efectuados para Ca. Gástrico (2-a) y Úlcera (2-b).

PATOLOGIA POR SEXO Y EDAD (DECADAS) PARA Ca.

1-a

SEXO	D E C A D A S							
	10-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90
MASCULINO	—	1	4	2	1	2	2	—
FEMENINO	—	—	0	2	3	4	2	—

PATOLOGIA POR SEXO Y EDAD (DECADAS) PARA ULCERA

1-b

SEXO	D E C A D A S							
	10-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90
MASCULINO	1	2	1	3	2			
FEMENINO	—		2		1	2		

ESTUDIO DE ACIDOMETRIA GASTRICA
EFECTUADOS POR Ca. GASTRICO

2-a

	No. DE CASOS	%
POSITIVOS	7 casos	77.70 %
NEGATIVOS	1 caso	11.15 %
NO CONCLUYENTE	1 caso	11.15 %
T O T A L	9 casos	100.00 %

**ESTUDIOS DE ACIDIMETRIA GASTRICA
EFECTUADOS POR ULCERA GASTRICA**

2-b

	No. DE CASOS	%
POSITIVOS	5 casos	83.30 %
NEGATIVOS	1 caso	16.70 %
NO CONCLUYENTES	0	
TOTAL	6 casos	100.00 %

**ESTUDIOS GASTROSCOPICOS
EFECTUADOS POR Ca. GASTRICO**

3-a

	No. DE CASOS	%
POSITIVOS	6 casos	50.00 %
NEGATIVOS	3 casos	25.00
NO CONCLUYENTES	3 casos	25.00 %
TOTAL	12 casos	100.00 %

Estudios Gastroscópicos efectuados para Ca. Gástrico (3-a) y Ulcera (3-b).

**ESTUDIOS GASTROSCOPICOS
EFECTUADOS PARA ULCERA GASTRICA**

3-b

	No. DE CASOS	%
POSITIVOS	5 casos	83.30 %
NEGATIVOS	1 caso	16.70 %
NO CONCLUYENTES	0	
TOTAL	6 casos	100.00 %

**SERIES GASTRODUODENALES
EFECTUADAS PARA ULCERA GASTRICA**

4-b

	No. DE CASOS	%
POSITIVOS	12 casos	100.00 %
NEGATIVOS	0	
NO CONCLUYENTES	0	
TOTAL	12 casos	100.00 %

**ODUODENALES
RA Ca. GASTRICO**

	No. DE CASOS	%
	17 casos	73.90 %
	2 casos	8.70 %
	4 casos	17.40 %
	23 casos	100.00 %

DIAGNOSTICO DE INGRESO Y EGRESO

5-a

DIAGNOSTICO INGRESO	No. DE CASOS	%
POR Ca.	18	50.00 %
POR ULCERA	13	30.50 %
OTROS DIAGNOSTICOS	5	19.50 %
TOTAL	36	100.00 %

De los 36 casos se efectuaron 15 estudios de Acidimetría Gástrica, 9 por Ca., resultando positivos en 7 casos para un 77.7% y 6 por Ulcera, siendo positivos 5, para un 83.3%.

Los estudios Gastros cópicos se practicaron en 18 pacientes, correspondiendo 12 por Ca., siendo positivos 6 casos para un 50% y 6 por Ulcera, resultando positivos 5, para un 83.3% Hay que hacer notar que del total de las Gastros copias practicadas en un 25% no fue concluyente.

En lo que se refiere a las Series Gastro duodenales se practicaron en un total de 35 casos correspondiendo 23 para Ca., siendo positivo un 17, para un 73.9% y un 12 para Ulcera, siendo positivo en todos para un 100%.

De los 36 pacientes sometidos a estudio, 23 egresaron con diagnóstico de Ca., habiendo ingresado 18 con el mismo diagnóstico.

Paradójicamente de los 13 pacientes que ingresaron con diagnóstico de Úlcera únicamente se confirmó en 11 dicho diagnóstico.

Llama la atención que en cuanto a diagnóstico de Ingre-

CUADRO POR DIAGNOSTICO EGRESO

5-b

DIAGNOSTICO EGRESO	No. DE CASOS	%
POR Ca.	23	63.90 %
POR ULCERA	11	30.60 %
OTROS	2	5.50 %
TOTAL	36	100.00 %

Procedimientos Quirúrgicos Efectuados

GRAFICA No. 6

Procedimiento Quirúrgico	Por Úlcera	Por Ca.	%
B I	2	3	13.80 %
B II	3	12	41.60 %
B II Modificado	8	8	44.60 %
TOTAL	13	23	100.00 %

so y Egreso se refiere, el mayor porcentaje correspondió al Ca.

De los 36 casos operados el 13.8 % correspondió al B-I, 41.6% al B-II clásico y 44.6% al B-II Modificado.

En lo que se refiere al B-II Modificado es de hacer notar que el mismo se practicó en igual número para Úlcera y Ca.

Evoluciones Post-operatorias

ESTUDIOS DE LOS 26 CASOS CONTROLADOS

(No. CASOS 26-72.2%)

GRAFICA No. 7

CLINICA	No. DE CASOS		PORCENTAJES	
	B II M.	OTROS	B II M.	OTROS
Vómitos	0	1	0	3.84
Hiperacidez	0	2	0	7.69
Dolor Abdominal	1	3	3.84	11.53
Diarrea	0	1	0	3.84
Pérdida de peso	0	1	0	3.84
Melena	1	0	3.84	0

NOTA: Los controles probablemente más importantes para este tipo de pacientes son los estudios radiológicos; queremos recalcar el hecho de que los controles radiográficos solo se verificaron en 5 ocasiones para los 24 pacientes con tratamiento quirúrgico clásico (BI - BU) y en 8 para los 14 pacientes con BU M. lo que redundaría en datos no concluyentes como estudio comparativo entre las 2 técnicas quirúrgicas mencionadas.

Del total de los 36 casos estudiados únicamente 26 fueron controlados en el post-operatorio que corresponde a un 72.2%.

Hacemos notar que los síntomas más frecuentes fueron: Dolor Abdominal e Hiperacidez y se determinó que en los casos a los que se les practicó B-II Modificado, las manifestaciones sintomáticas fueron menos frecuentes; presentándose únicamente dolor abdominal (un caso) y Melena (Un caso).

Mortalidad

Con relación a la Mortalidad que se presentó, no podríamos más que especular dadas las características de los controles post-operatorios, siendo estos limitados, dadas las condiciones ecológicas del medio.

En un caso por Úlcera Duodenal Sangrante al que se le efectuó BU Clásico y Vagotomía se presentó como complicación post-operatoria, Embolia Pulmonar y muerte.

Hablando específicamente de los casos por Ca. que fueron 23, de los cuales presentaron Metástasis (69.5%), se deduce que la supervivencia a largo plazo se encuentra frecuentemente reducida, dadas las características de la patología:

En los casos en que se practicó el B-II Modificado no se presentó ninguna mortalidad.

RESUMEN

Para nuestro estudio hemos utilizado 36 casos de pacientes Gastrectomizados por dife-

rentes causas, de los cuales 20 fueron tomadas al azar y se emplearon las técnicas quirúrgicas clásicas y 16 de nuestra experiencia personal a los cuales aplicamos el procedimiento objeto del presente trabajo. Mediante el estudio comparativo hemos corroborado la eficacia del procedimiento empleado, la escasa morbilidad y la ausencia total de mortalidad con la utilización de nuestra técnica.

V. CONCLUSIONES FINALES

1. Se ha comprobado la eficacia del procedimiento B-II Modificado a través de los resultados obtenidos.
2. La morbilidad post-operatoria se ha observado en números menor de casos que en los procedimientos tradicionales utilizados.
3. No se presentó ningún caso de mortalidad en el post operatorio inmediato con este procedimiento,
4. La supervivencia a largo plazo no se pudo determinar dadas las condiciones ecológicas de nuestro medio.
5. El procedimiento quirúrgico es fácil de efectuar y el tiempo operatorio (2 horas) no difiere de los otros procedimientos.
6. Queremos enfatizar que el B-II Modificado no lo presentamos como sustituto de los otros procedimientos ni como indicación específica en determinada patología, sino, como una alternativa en determinados casos.

VI. BIBLIOGRAFÍA

1. TURCO NÉSTOR B. y GALMARINI JORGE A. Cirugía de Estómago y Duodeno.- Editorial Médica Panamericana.- Buenos Aires. Julio 1967.
2. REIFFERSCHIEH M. Cirugía del Intestino - Editorial Labor - Barcelona, 1965.
3. KIRSCHNER M., GULEKE N. y ZENKER R. Tratado de Técnica Operativa - Editorial Labor Barcelona, 1965.
4. JONATHAN A. VAN HEERDEN. Postoperative Reflux Gastritis.- The American Journal of Surgery. Vol. 129, Pág. 82-88, January, 1975.
5. HAKAMI M. International Surgery, Vol. 60, No. 11 y 12 Págs. 593 Noviembre y Diciembre, 1975.
6. RIGAS ANASTASIOS M. Treatment of Dumping Syndrome by Interposition of an Antiperistaltic Segment of small Intestine. International Surgery. Vol. 60, No. 3, Págs. 156-157, Marzo, 1975.
7. SOTTO ESCOBAR A. MOTILIDAD GÁSTRICA EN PACIENTES OPERADOS DE ESTOMAGO. Rev. Cub. Cir. 14: 113-125, Marzo-Abril 1975.

HEPATITIS EN EL IHSS

Dr. GUSTAVO A. ZUNIGA A. Dr.
B ALT AZAR ORDOÑEZ

La Hepatitis por virus presenta sin lugar a dudas un serio problema de Salud Pública en nuestro medio y representa al mismo tiempo una de las principales causas de ausentismo laboral, que para las instituciones de Seguridad Social es una continua fuga de divisas, sin que hasta ahora se hayan tomado las medidas necesarias para prevenirla. El presente trabajo representa un análisis estadístico retrospectivo de los casos de Hepatitis viral tratados en el Hospital del IHSS de Tegucigalpa durante el año de 1975.

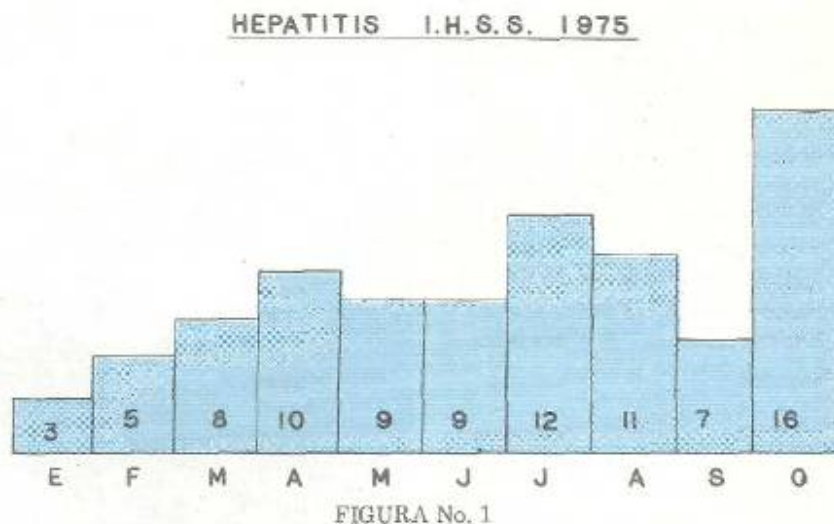
MATERIAL Y MÉTODOS

Se tabularon de la Oficina Central de Estadísticas todos los casos de Hepatitis viral, hospitalizados y tratados en el Hospital del IHSS. Del primero de enero al 31 de diciembre de 1975. Se tomaron como criterios diagnósticos a) elevación por lo menos sextuplicada de las transaminasas. b) diagnóstico clínico de la enfermedad hepatocelular aguda y c) diagnóstico histopatológico a través de biopsia aspirativa de hígado. Se extrajeron 82 expedientes de los cuales fueron des-

cartados 2 casos que solo llenaron uno de los tres criterios arriba mencionados (b). Se analizó en todos y en cada caso edad, sexo, días de incapacidad, presencia de antígeno Au. biopsia hepática, mortalidad y frecuencia mensual de la enfermedad.

del número total de altas hospitalarias del IHSS durante el año estudiado.

La proporción favoreció al sexo masculino 71:9 (fig. 1) presentando una proporción variable en las distintas décadas con una



RESULTADOS:

Los 80 casos estudiados representaron el 25.39% de los casos reportados al Ministerio de Salud Pública del Distrito Sanitario No. 1 Asimismo representó el 0.13%

franca prevalencia en el hombre en la tercera década con una franca prevalencia en el hombre en la tercera década de la vida (37:2) (cuadro 1), no se observaron en pacientes mayores de 53 años y el caso menor obser-

HEPATITIS I.H.S.S. 1.975

Total = 80 Casos

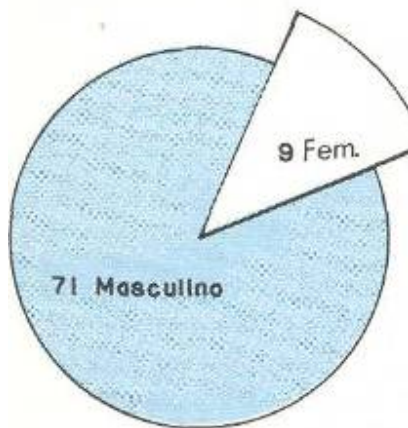


FIGURA No. 2

vado fue un niño de cuarenta días, resultando un promedio de edad de 23 años.

La incidencia mensual está representada en el cuadro 2 y figura 2 en donde se puede apreciar que el mayor número de casos se sucedieron en el mes de octubre. La incapacidad varió de 2 a 63 días con un promedio de 34, arrojando un gran total de 1933 días especialmente a favor de los individuos masculinos entre los 20 y 29 años tal como se aprecia en la tabla número 3 *

La estadía promedio hospitalaria fue de 10 días con un total de hospitalización de 810 días, que con el costo promedio de 57.80 lempiras arrojó un total de L. 46.818 con un gasto mayor siempre en la tercera década tal como se aprecia en la tabla número 4. En vista de lo variable del costo de incapacidad de cada paciente no se pudo estimar los costos de la misma.

CUADRO 1

HEPATITIS IHSS 1975

EDAD \ SEXO	MASC.	FEM.	TOTAL
0 - 9	8	3	11
10 - 19	12	1	13
20 - 29	37	2	39
30 - 39	10	2	12
40 - 49	2	1	3
50 - 59	2	0	2
CASOS	71	9	80

CUADRO 2

INCIDENCIA MENSUAL 1975

MES	No. PACIENTES
ENERO	3
FEBRERO	5
MARZO	8
ABRIL	10
MAYO	9
JUNIO	9
JULIO	1
AGOSTO	11
SEPTIEMBRE	7
OCTUBRE	16
NOVIEMBRE	—
DICIEMBRE	—
TOTAL	80 casos

Del total de casos se observó 1 caso de muerte lo que representa el 1.25%.

El antígeno Au con la técnica de Látex se efectuó en 23 casos, siendo positivo en 17 pacientes (73.9%).

COMENTARIOS:

Si bien los casos estudiados comprende únicamente población hospitalaria, el presente estudio demuestra en forma clara, como ya ha sido señalado por otros autores, que la Hepatitis por virus es una enfermedad prevalente en las personas de mayor potencial de trabajo en la clase laboral tal es el individuo masculino y en la tercera década de la vida; el período de incapacidad promedio de treinta y cuatro días no es del todo impresionante, más sí lo es el costo hospitalario total para una enfermedad de tratamiento barato, a lo que habría que agregar el costo del total de días de incapacidad que no fue posible tabular en el presente trabajo por lo retrospectivo del método.

La positividad del antígeno Au en el 73.9% de los casos en que

se practicó este examen, nos refleja en forma indirecta que la Hepatitis más frecuente en el IHSS es la Hepatitis B, enfermedad que es hasta cierto punto prevenible con el uso de material desechable, cosa que no se lleva a cabo en las Clínicas de Inyectables, donde el año en estudio se aplicaron un total de 151.644

inyecciones con material potencialmente contaminado con el virus de la enfermedad. Existen estudios dispares en nuestra literatura nacional respecto a la frecuencia del antígeno Au en la Hepatitis, sin embargo esto es debido a la selectividad de la población como sucede en el presente año, o bien al método empleado ya que el Látex es un método sencillo de llevar a cabo y de una sensibilidad aceptable, (cuadro No. 4).

Es finalmente interesante puntualizar el hecho que la mortalidad en nuestro limitado número de casos sobrepasa ligeramente lo estimado en la literatura mundial lo cual es debido al hecho de que la mayoría de los casos son Hepatitis B, que se asocia con mortalidad mayor, y por otra parte puede existir en estos casos una desnutrición subclínica o hepatopatía preexistente.

CUADRO-4
GASTO EN HEPATITIS
1975

EDAD	DÍAS -- HOSP.	COSTO
0 - 9	92	5317.60
10 - 19	76	4392.80
20 - 29	421	24333.80
30 - 39	146	8438.80
40 - 49	42	2427.60
50 - 59	33	1907.40
TOTAL	810	L. 46818.00

CUADRO 3
INCAPACIDAD POR HEPATITIS
1975

EDAD	INCAPACIDAD	MASC.	FEM.
10 - 19	181 días	151	30
20 - 29	1211 "	1153	58
30 - 39	343 "	313	30
40 - 49	134 "	74	60
50 - 59	64 "	64	-
TOTAL	1933 días	1755	178

RESUMEN:

1. Se estudian un total de 80 casos de Hepatitis viral hospitalizados en el IHSS durante el año 1975.
2. La población más afectada fueron los varones en la tercera década de la vida (48.75%)
3. La estancia hospitalaria promedio es de 10 días y total de 810 días.
4. El tiempo promedio de incapacidad fue de 34 días con un total de 5 años y tres meses.
5. El gasto total por hospitalización únicamente es de L. 46818.00.
6. La mayoría de los casos estudiados fueron Antígeno A positivos.
7. La mayoría de los casos son prevenibles con el uso de material desechable.

USO DE LA SUTURA SUBCUTICULAR EN LA CIRUGÍA GINECOOBSTETRICA

Dr. Enrique Samayoa

Se revisó la evolución postoperatoria mediata e inmediata de 102 pacientes, a quienes se les practicó cirugía usando para el cierre de la piel la sutura subcuticular, sin encontrar en ninguna de ellas complicaciones del tipo de infección, dehiscencias o hematomas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizan 102 casos gineco-obstétricos que fueron sometidos a cirugía y en los que se usó para cierre de la piel, la técnica subcuticular con catgut simple No. 000, todas las pacientes fueron intervenidas en 2 hospitales privados de Tegucigalpa: La Policlínica y Viera, S.A., La finalidad del presente análisis es demostrar la inocuidad del procedimiento, la seguridad de los resultados y todo en beneficio de la paciente que no tiene que someterse a la estresante situación de la quitada de puntos. La técnica de sutura subcuticular ha sido usada por varios autores (1-2-3-4-5-7-8).

Se escogió el catgut simple No. 000 como material de sutura para el tejido adiposo y la aproximación subcuticular, por considerarlo como menos irritante (2), lo que se ha afirmado por el Dr. E. Dumphy (6), quien dice que cualquier sutura no absorbible, gruesa o continua, constituye un

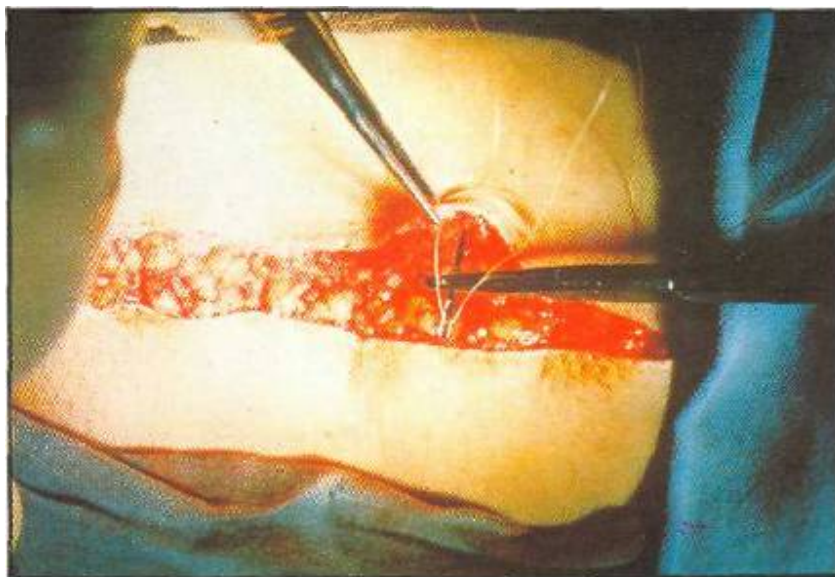


FIGURA No. 1

Se introduce la aguja cerca del borde de la piel.

nido de infección y por eso las suturas continuas tienen que ser absorbidas (5). El uso del nylon para este tipo de suturas no es recomendado por el incremento de infecciones (2).

MÉTODO

Meticulosa limpieza de la piel con agua y jabón es imprescindible y ulteriormente se usó, solución de Zephiran en el Hospital Viera y Mertiolate en el Hospital La Policlínica, en todos los casos la preparación de la piel fue hecha siempre por el cirujano. Muy esporádicamente se

usaron otras incisiones que no fueran media infraumbilical, teniendo cuidado de hacer todos los cortes con bisturí y evitándose cortes oblicuos tanto de piel como de fascia y peritoneo. Siempre se identificó la línea alba para separar músculos rectos, sin haber necesidad de desgarrar o separación de fibras musculares, aún en pacientes previamente intervenidas,

Al momento de cerrar la capa celular grasa, se tiene cuidado de poner puntos separados de catgut simple No. 00, tomando buena cantidad del mismo en cada pun-

* Profesor de Ginecología y Obstetricia

Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa, Honduras.

to, introduciendo inicialmente la aguja cerca de la piel de tal manera que al anudar los bordes de ésta queden lo más aproximadamente posible (fig. 1).

La sutura subcuticular siempre se inició en el ángulo inferior por ser esta parte la que ofrece más obstáculos sobre todo cuando existe delantal graso.

El punto inicial queda bajo la piel para lo cual se introduce la aguja recta de dentro a afuera (fig. 2), a unos 3mm del ángulo inferior de la herida y se reinserta de afuera hacia adentro (fig. 3), muy próximo al punto de salida.

Se anudan los extremos y el extremo corto se pasa subcutánea y perpendicularmente a la herida dándole salida en piel a unos 4 cms. (fig. 4) de distancia, de esta manera se evita que el extremo del catgut emerja a través



FIGURA No. 3

Se reinserta la aguja de fuera hacia adentro.

de la herida (fig. 5) y se transforme en área de alarma para la paciente. Con la misma aguja recta se procede a la unión subcuticular de la piel tomando unos

ocms. (fig. 6) de tejido y procurando insertar la aguja en el lado opuesto a un nivel igual al punto de emergencia del borde anterior, si no se logra buena aproximación de los bordes se intenta mejor afrontamiento haciendo nuevamente la sutura por lo que se va examinando meticulosamente con cada punto que se efectúa

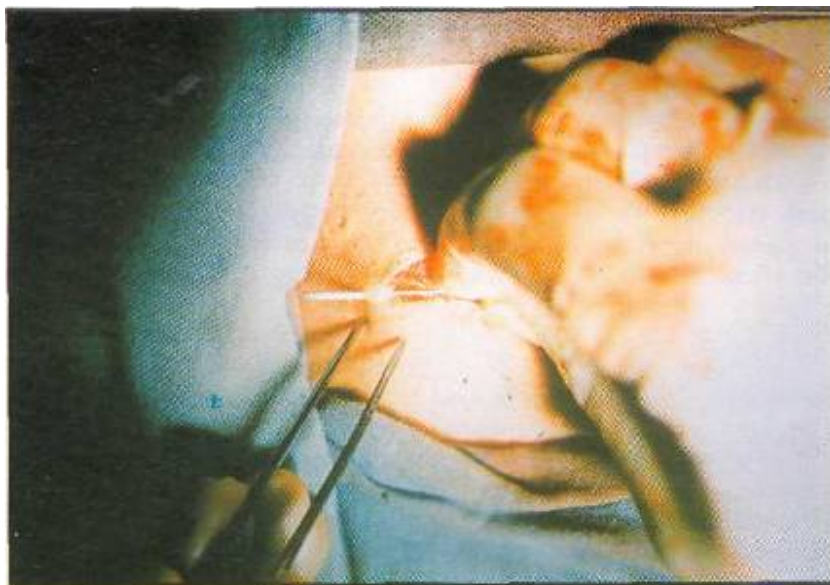


FIGURA No. 2

Inicialmente la aguja va de dentro afuera del ángulo de la herida.

En el ángulo terminal de la herida se hace procedimiento igual al descrito, pasando la aguja de adentro a afuera (fig. 7) y a unos 3 mm. del ángulo superior, reinsertándola muy próximo al área de salida y en sentido inverso, de afuera a adentro. Se anuda, se pasan los extremos de la sutura subcutánea y perpendicularmente al borde de la herida y uno a cada lado a unos 3 o 4 cms. de la incisión (fig. 8). Se corta a ras de la piel los extremos para que el catgut quede de esta manera oculto.

RESULTADOS

Como se ve en la gráfica I, se utilizó el procedimiento en múltiples tipos de cirugía totalizando 102 casos de los que preponderaron las Cesáreas con el 67% de las 44 fueron cesáreas primarias, un 17 fueron cesáreas segundas y un 8 fueron terceras o más cesáreas.

Dichosamente en ninguno de los casos revisados hubo evidente infección de la herida y mucho menos dehiscencia o hematomas y sobre todo si tomamos en cuenta el criterio de Altemeir (6) que dice: "la mayoría de las infecciones de herida principian como una celulitis", cosa que no fue observada.

Los procesos febriles habidos y atribuidos a otras causas probaron los siguientes resultados, ver

gráfica 2: Pacientes afebriles el 7% en los cuales se incluyen un 5% de pacientes con temperatura de 38° por menos de 24

horas.- El resto se distribuyó en pacientes con temperatura de 38° o más en un período de 24 a 48 horas (5%), de 48 a 72 horas (3%) y más de 72 horas (4%).- Es de hacer notar que es nuestra práctica decidir el uso de antibióticos si tanto la fórmula blanca como el pulso de la paciente nos sugiere inicio de infección sobre todo en las pacientes obstétricas, cuando no hemos seguido esta norma nos hemos arrepentido.

De los casos febriles solamente en 9 (41%) no se pudo determinar factor etiológico posiblemente.

Los otros casos de infección, según se ve en la gráfica 3, un 27% fueron por Endometritis (6 casos), el 18% infección de tracto urinario (4 casos), 9% infección de cúpula (2 casos), 5% Hepatitis (1 caso).



FIGURA No. 5

Se evita que el extremo del catgut emerja a través de la herida.

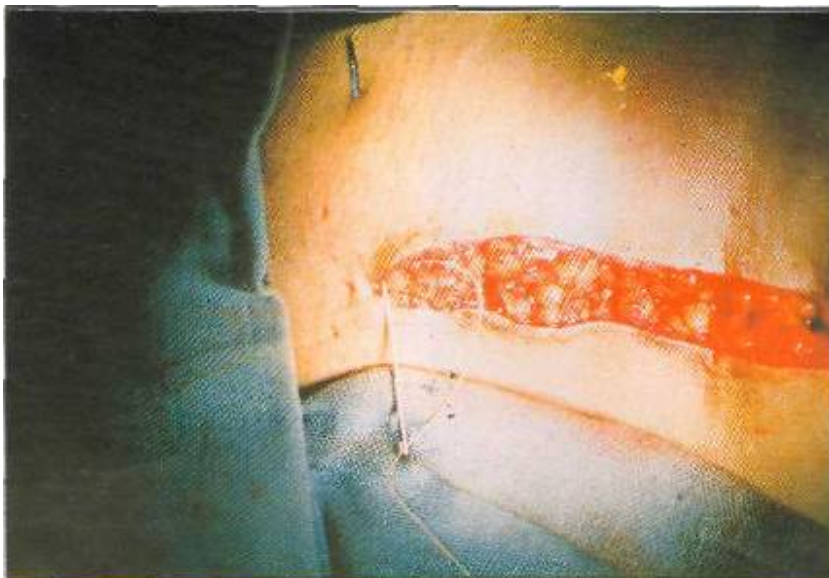


FIGURA No. 4

El extremo corto se le pasa subcutáneo y perpendicularmente a unos 4 cms. de la herida.

De las cesáreas practicadas, gráfica 4, el 80% cursaron afebriles (53 casos).- De las pacientes febriles 4 (6%) tuvieron temperatura de 38° o más por 24 a 48 horas, 9 (13%) temperatura de 38° o más por más de 72 horas.

Todo lo anterior no provocó mayor alteración en el período de hospitalización promedio de estas pacientes {Tabla I}, donde se hace constar que de las 8 pacientes que requirieron más de 6 días de hospitalización, 2 de ellas lo hicieron para descansar.

CONCLUSIONES

Para terminar podemos afirmar con Dumphy (6) que: "El perfeccionismo en el cuidado de la herida cicatrizante puede reducir las complicaciones de Heridas limpias a un 1 a 2% ; lo contrario ouede resultar en un 10 a 20%

de complicaciones de los llamados casos limpios", y otros (4) afirman que el cierre subcuticular se está haciendo más popular.

Nuestra finalidad es pues demostrar que no hay necesidad de hacer sufrir la paciente con puntos separados no absorbibles en piel, para garantizar una buena cicatrización de la misma.

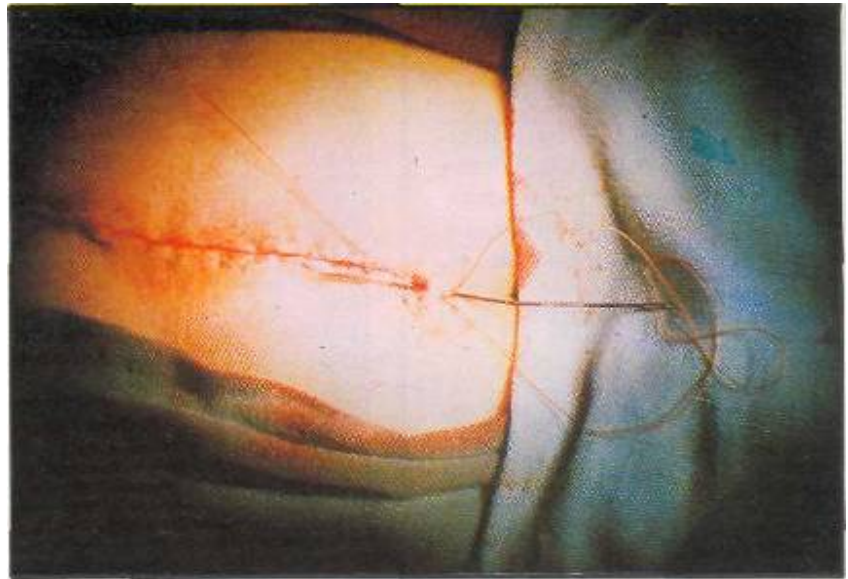


FIGURA No.7

En el ángulo terminal se hace procedimiento igual dejando amarre final subcutáneo.

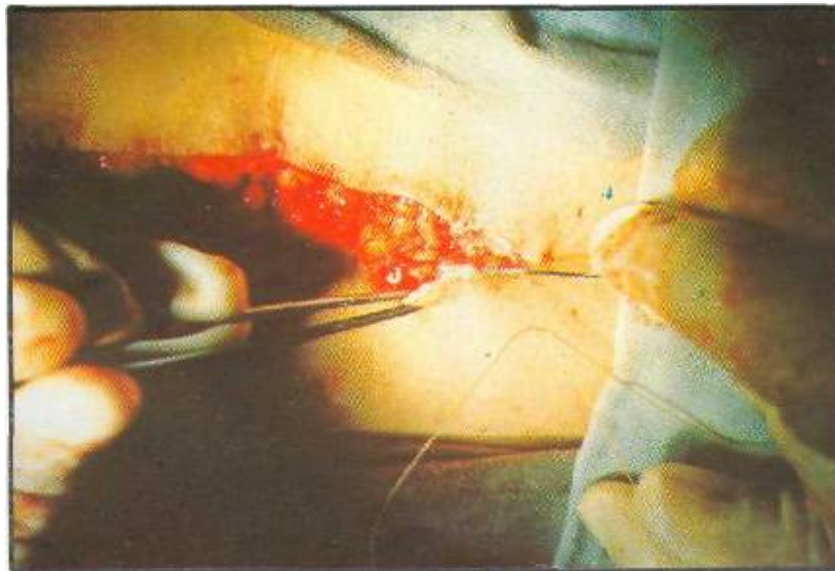


FIGURA No. 6

Se toman 5 mm. de tejido paralelamente al borde.

1. Tissue adhesive vrs sutures in closure of insicion wounds. A comparative study in human skin. A thopuru set at Amn Chir Gynocol 65 (5) 308-12 1976.
2. Subcuticular suturina after Appen dectomy. Foster GE et al Lancet 1 (8022): 1128-9, May 1977.
3. Subcuticular Skin closure description of technique. Sanders R.J. J. Dermatol Surg. 1 (4): 61-4 Dcc. 75.

4. Fifteen ways to close surgical wounds. Stegman SJ. J. Dermatol Surg 1 (2) 25-31, Jun. 75.
5. Letter, Sutures for Skin closure watts GT. Lancet Surg 111 (I), 83-4 Jan. 76.
6. Cicatrización. Una actualización de MEDCOM para década del 70.
7. Influence of subcuticular sutures on scar formation Linares HA et al. Am J surg 133 (2); 257-9, Feb. 77.
8. Leller: Skin closure with subcuticular polyglycolic acid sutures. Noordholl M S. Med. J. Aust 1 (5): 146, 1 Feb. 75.

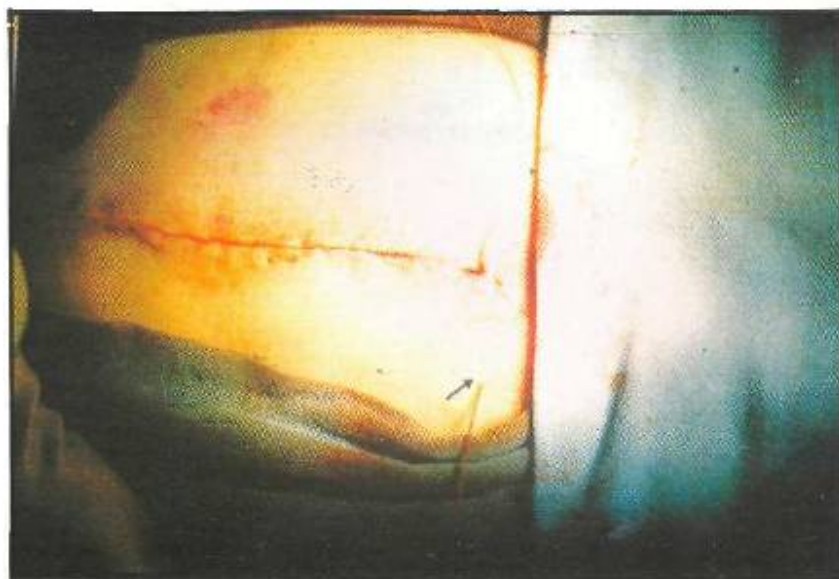
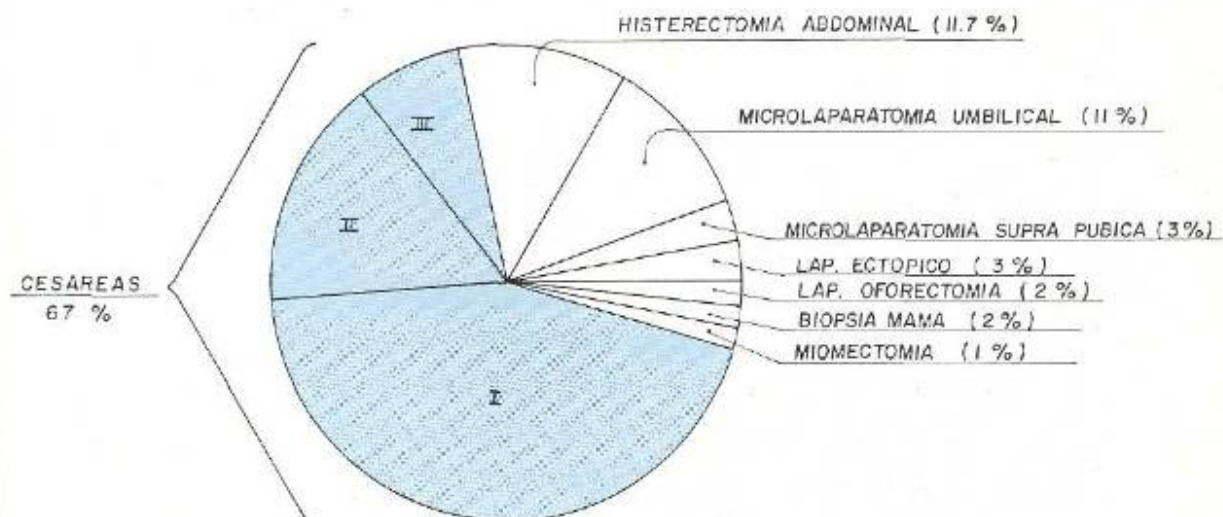


FIGURA No. 8

Los extremos del catgut son pasados subcutánea y perpendicularmente.

GRAFICO 1

DISTRIBUCION PORCENTUAL GRAFICA DE 102 CASOS DE CIRUGIA GINECOBISTETRICA



EN TODOS LOS CASOS SE USO SUTURA SUBCUTICULAR CON CAGUT SIMPLE No.00.-



GRAFICO 4

DE 68 CESAREAS EL 78 % CURSO AFEBRIL O CON ELEVACION TERMICA DE 38° POR UN PERIODO NO MAYOR DE 24 HORAS

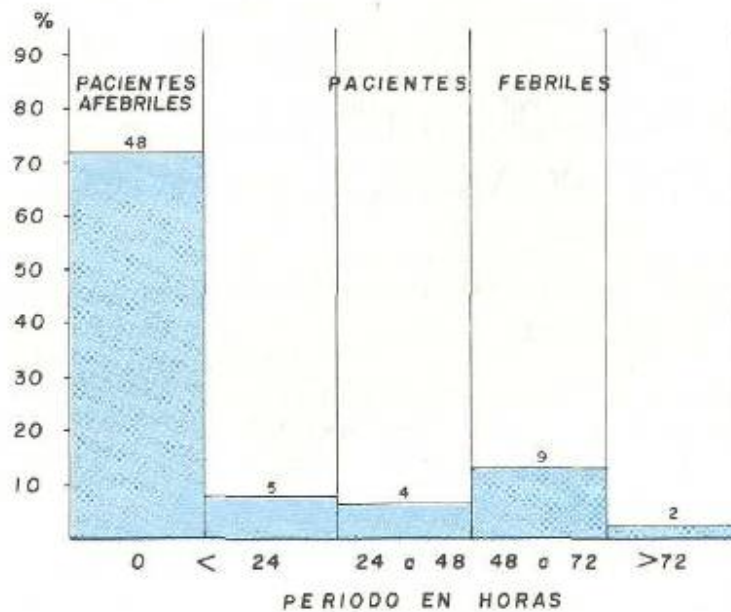


TABLA No.1

CUADRO DEMOSTRATIVO DE LOS DIAS DE HOSPITALIZACION POR TIPO DE CIRUGIA EN 102 CASOS

DÍAS DE HOSPITAL	CESARIA	H.A.T	MICRO LAP. POST PARTO	MICRO	ECTOPICO	OPRECTORIA	BIOPSIA MAMA	MIOMECTOMIA	TOTAL	%
1			10	3			2		15	14.7
2			1						1	1.0
3										
4	45	2			3	2		1	53	52.0
5	17	8							25	24.0
6 ó más	6	2							8	8.0
TOTAL	68	12	11	3	3	2	2	1	102	

LAS DOS PACIENTES DE H.A.T. CON 6 DIAS DE HOSPITALIZACION PROLONGARON SU ESTADIA PARA DESCANSAR

SECCIÓN INFORMATIVA

CREACIÓN DE LA CÁTEDRA DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA EN LAS ESCUELAS DE CENTROAMERICA Y PANAMÁ

NOTA DEL EDITOR:

Por considerarse de importancia para la preparación del médico general, se incluye la ponencia elaborada por el doctor Tito H. Cárcamo ante el XI Congreso de Ortopedia y Traumatología celebrado en Guatemala en Diciembre de 1977.

Todos sabemos que a la altura de nuestros tiempos y sobre todo debido al desarrollo y constante progreso de nuestra civilización actual, estamos cada día más expuestos a una serie de contingencias entre las que, como prioritarias, podemos citar las lesiones traumáticas osteo-articulares, ya que ellas ocupan un lugar preponderante en la patología del aparato locomotor.

A los accidentes del tránsito, del trabajo, del deporte y del hogar, hay que agregar las infecciones piógenas y enfermedades degenerativas del aparato osteo-articular.

Estamos seguros de que en el ámbito centroamericano, toda esta enorme patología no cuenta con los medios humanos, materiales ni técnicos para enfrentarla exitosamente. Y, es que no podía ser de otra manera tratán-

dose de países en vías de desarrollo como los nuestros, ya que en la formación de un solo profesional de la medicina, exige ciertos aportes de conocimientos básicos y de enseñanzas afines en las disciplinas en estudio, que absorben largos y sacrificados años en forma absoluta. Y el progreso de la ciencia, sus grandes adquisiciones, la revisión de antiguos conceptos y las nuevas orientaciones, son imposibles de alcanzar en el tiempo consagrado a la docencia impartida a estudiantes universitarios que optan el título de Médicos Generales.

Hay por consiguiente falta completa de especialistas en nuestras respectivas naciones, y es precisamente el Médico General quien sin los conocimientos adecuados ha de enfrentarse a las primeras atenciones en éste tipo de pacientes, haciendo muchas veces tratamientos inadecuados y

más bien contaproductores que en el devenir del tiempo repercutirá dolorosamente en la vida de éstos pacientes.

Si tuviésemos la suficiente paciencia para hacer un análisis exhaustivo de la casuística centroamericana atingente a lo ya mencionado, veríamos con enorme sorpresa las elevadas cifras de invalideces y de incapacitados permanentes o parciales, encontraríamos un gran número de amputaciones, anquilosis, rigideces u otras secuelas de importancia, muchísimas de las cuales bien pudieron haber sido evitadas o disminuidas al mínimo, si se hubiesen hecho tratamientos oportunos, eficientes y bien coordinados desde los primeros momentos.

Pero en la mayoría de nuestros países, carecemos del personal médico, paramédico y auxiliar propio para dar una atención eficiente en este campo. Es por ello que necesitamos con carácter de urgencia inclinar en el curriculum de nuestros futuros médicos, la enseñanza de nuestra especialidad, creando la cátedra de Ortopedia y Traumatología en todas las escuelas de medicina del istmo centroamericano.

No se puede negar que en nuestros respectivos países hemos luchado denodadamente por dar una mejor preparación a la juventud práctica de nuestra especialidad, pero consideramos que nuestra labor no ha sido suficiente y, es en base de lo anterior, que quiero proponer que al finalizar éste XI Congreso Centroamericano de Ortopedia y Traumatología, se registren en sus actas respectivas las recomendaciones siguientes:

1o. Que se incluyan en los programas de enseñanza de las Escuelas de Medicina de Centroamérica y Panamá, la cátedra de Ortopedia y Traumatología.

2o. Que se establezca con ca-

rácter de obligatoriedad para todos los estudiantes de medicina, la permanencia de 3 meses de internado en los servicios de nuestra especialidad.

3o. Que nuestras respectivas "Sociedades de Ortopedia y Traumatología", que tienen por meta el estudio y perfeccionamiento de la especialidad en sus múltiples aspectos, organicen e impartan por lo menos dos veces al año, cursillos, conferencias o seminarios de post-grado para Médicos Generales tanto en la capital de la república como en los departamentos, uniendo sus esfuerzos a los Ministerios de Salud Pública y Asistencia Social, Colegios Médicos y Sociedades Culturales afines.

SECCIÓN GREMIAL

COMISIÓN DE REFORMA CURRICULAR DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Habiéndose recibido solicitud de la Facultad- de Ciencias Médicas para integrar la Comisión de Reforma Curricular de esa Facultad, la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras decidió en su sesión del 14 de marzo de 1978 nombrar a los Doctores: José Pablo Figueroa Sarmiento, Juan Antonio Garay Andrade y José T. Oquelí Cárcamo, como representantes del Colegio Médico de Honduras para integrar la Comisión de Reforma Curricular de la Facultad de Ciencias Médicas.

NOMBRAMIENTO DE LA COMISIÓN INVESTIGADORA DE LOS PROBLEMAS DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS MORFOLÓGICAS DE LA U.N.A.H.

Se procedió al nombramiento de la Comisión Investigadora de los problemas del Departamento de Ciencias Morfológicas de la U.N.A.H., la que fue integrada por los Doctores: Lincoln Geo Cassis con carácter de coordinador, Carlos A. Javier Zepeda, y Danilo A. Alvarado O.

VISITAS A COLEGIADOS DEL INTERIOR DE LA REPÚBLICA

Con el objeto de procurar una estrecha relación del Colegio Médico de Honduras con sus miembros, se elaboró un calendario

de visitas a las distintas Delegaciones así:

Choluteca

Viernes 21 de abril de 1978
San Pedro Sula y Puerto Cortés
18, 19 y 20 de mayo de 1978

NOMBRAMIENTO DE COMISIÓN

Se nombró Comisión de representantes del Colegio Médico de Honduras ante la Comisión Jurídica del Concejo Asesor de la Jefatura de Estado que está revisando el Capítulo 4. Aborto Libro 2do., parte especial del Proyecto del Código Penal, la que quedó integrada por los Doctores: Elias A. Faraj, y Benjamín Fortín M.

JORNADA MEDICA EN LA CIUDAD DE CHOLUTECA

El día 13 de mayo del año en curso, se realizó la Jornada Médica en la ciudad de Choluteca, sobre diferentes temas de actualidades médicas, haciendo incapié en un programa sugerido por los médicos de esa región, con la participación de 12 médicos colegiados como instructores y coordinada por el Delegado del Colegio Médico en esa ciudad; esta actividad fue promovida por la Secretaría de Asuntos Educativos y Culturales del Colegio Médico de Honduras.

INSCRIPCIÓN DE COLEGIADOS

Durante el trimestre comprendido de Abril a Junio del año en

curso se han registrado las inscripciones de colegiados, así:

Inscripciones Definitivas	45
Inscripciones Provisionales	17
Reconocimiento de Especialistas	20

NOMBRAMIENTO DE COMITÉS Y COMISIONES

COMITÉ MEDICO DE EMERGENCIAS NACIONALES (COMEN)

El Comité Médico de Emergencias Nacionales se constituyó bajo la coordinación del Doctor Lincoln Geo Cassis, en su calidad de representante de la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras y en su carácter de Secretario de Acción Social de esta institución, de la misma manera, constituyen parte de este Comité los representantes siguientes:

Asociación Quirúrgica de Honduras

Dr. Jorge Sierra

Asociación Pediátrica Hondureña

Dr. Wilfredo Argueta Asociación

Hondureña de Ginecología y

Obstetricia Dr. Jorge Aníbal

González Asociación Hondureña de Anestesiología

Dr. Ángel Segura Godoy

Asociación Hondureña de Medicina Interna. Dr. Rotman

Tejada Díaz Asociación

Hondureña de Médicos

Sanitariastas Dr. Benjamín

Rivera Asociación Hondureña

de Traumatología y Ortopedia.

Dr. Tito H. Cárcamo Tercero.