



# Revista MEDICA HONDUREÑA



**ORGANO  
DEL  
COLEGIO MEDICO  
DE HONDURAS**

**FUNDADA  
EN 1930**

VOL. 47 - ENERO - FEBRERO - MARZO - 1979 - No. 1

## SUMARIO

	PAG.
PAGINA DEL DIRECTOR .....	2
EDITORIAL .....	3
LOS PSICOPATAS .....	5
OPERACION COMANDO EN EL CANCER DE LENGUA Y SUELO DE LA BOCA .....	8
LA REACCION A LA INYECCION DE TUBERCULINA .....	11
VIDA SEXUAL DE LA PAREJA .....	14
INTOXICACION EPIDEMICA POR ORGANOFOSFORADOS EN HONDURAS .....	17
TROMBOANGELITIS OBLITERANTE ¿UNA ENFERMEDAD INDEPENDIENTE? .....	22
SECCION INFORMATIVA CLINICA EVANGELICA MORAVA EN AHUAS .....	27
Educación en el uso y manejo de Plaguicidas Formación y Entrenamiento de Personal para Equipos del Sector Salud y Agricultura .....	30
SERVICIOS QUE OFRECE LA BIBLIOTECA MEDICA DE LA UNAH A LOS MEDICOS .....	31

# **MEDICA HONDURENA**

ÓRGANO OFICIAL DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

---

---

## **CONSEJO EDITORIAL**

Dr. CARLOS A. MEDINA  
Director

DR. RUBÉN VILLEDA BERMUDEZ  
Secretario

Cuerpo de Redacción

DR. ALEJANDRO VILLEDA B.  
DR. LEONEL PÉREZ  
DR. CARLOS DURON  
DR. ENRIQUE ALVARADO  
DR. JOSÉ RAMÓN VASQUES

ADMINISTRACIÓN

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

# PAGINA DEL DIRECTOR

Para ponernos al día con los números de la Revista Médica, vamos espoleando a todos los que trabajamos en nuestra publicación trimestral.

Queremos entregar 1979 antes del cambio de Autoridades del Colegio en Febrero de 1980, no porque dirigir la Revista sea una carga, sino porque deseamos que los próximos Directores no sufran de los inconvenientes que significa publicar una Revista con números atrasados.

Afortunadamente las contribuciones Científicas de los Colegas han seguido llegando con suma regularidad, y ese entusiasmo por publicar las inquietudes y experiencias médicas es algo que no solo favorece la comunicación médica, sino que también demuestra que los Galenos se superan cada día.

Queremos recordarles que los trabajos deben ser cortos y deben incluir una o dos fotografías a colores (preferible si son diapositivas). Los trabajos extensos hemos tenido que devolverlos a sus autores, pues publicarlos equivaldría a negarles espacio a los otros Colegas. Las gráficas y los cuadros con resúmenes numéricos y estadísticos, dan una visión muy clara al lector; las fotografías con pies de grabado tienen un valor indudable en la ciencia de las comunicaciones.

Enviamos en nuestro primer número de 1979 un cordial saludo a todos los Colegas Hondureños.

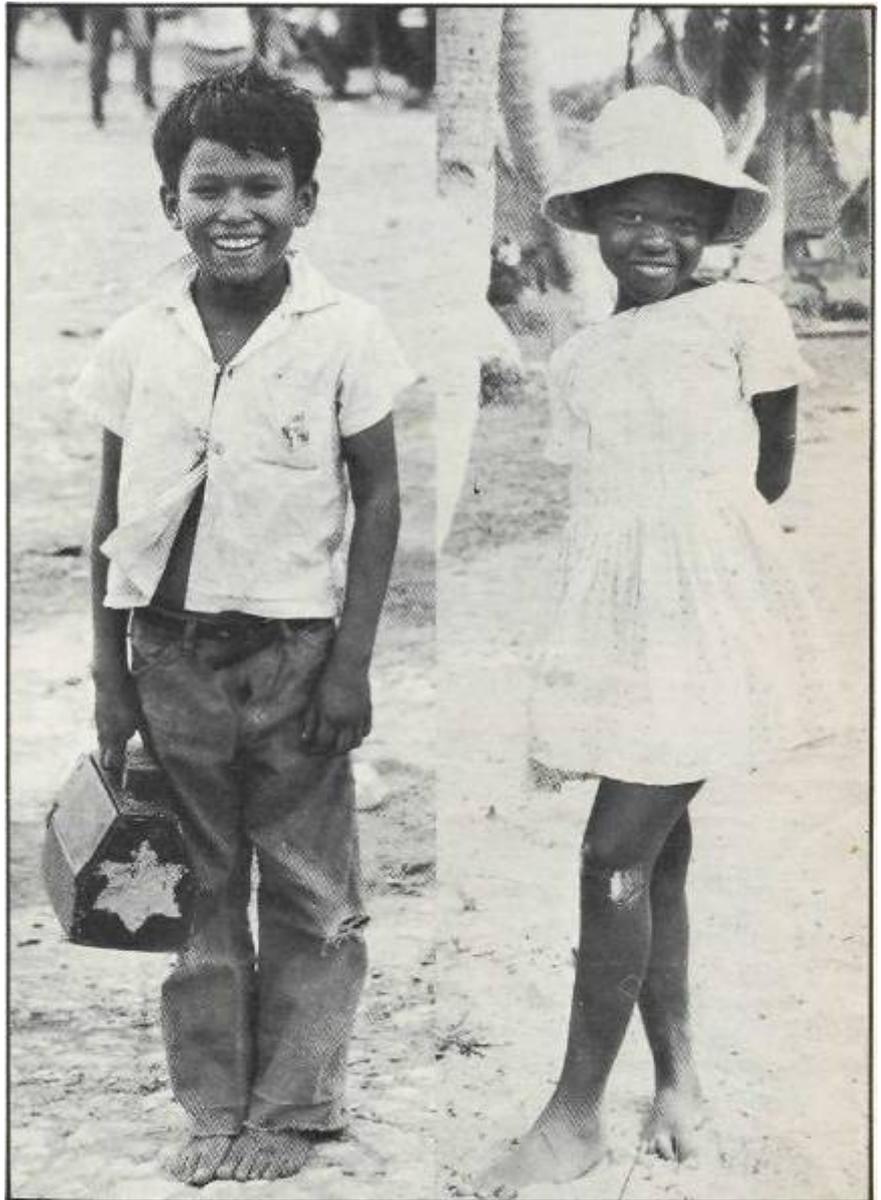
# EDITORIAL LOS NIÑOS DE HONDURAS

*Dr. Carlos Medina*

*La lucha de la clase media de Honduras, especialmente cuando su origen viene de estratos económicos bajos, es salir de la pobreza a como dé lugar: Unos luchan por senderos rectos y dentro de los valores y normas aceptados como correctos, otros lo hacen por los caminos torcidos que generalmente en la adquisición de bienes, son más rápidos.*

*Honduras es el deleite del Sociólogo, la clase alta pequeña poderosa en posición olímpica. La clase media, pequeña en relación a países desarrollados, luchando por no volver al fango de la más ancha de las estratas, la clase baja.*

*Los niños de Honduras vienen de dos capas sociales: los de arriba que comen tres veces al día, van a la Escuela, tienen asistencia médica, desarrollan su inteligencia motivada por un ambiente estimulante en el hogar y la Escuela y aprenden los valores de la sociedad de la cual serán líderes en el futuro. Los de abajo no tienen hogar, 860/0 de las familias de la clase baja están desintegradas, no tienen Escuela porque el analfabetismo de 50% que tiene la nación hace su impacto más vergonzoso en la niñez, no tiene comida porque el*



72o/o de ellos sufren de desnutrición en sus diferentes grados patológicos, no tienen asistencia médica porque el sistema de salud no alcanza a cubrirlos y la tasa de mortalidad infantil de 127 por mil, es quizás la prueba más grande de lo que decimos.

En ese pantano, en donde se mezcla la miseria física y económica y que sirve de abono a las frustraciones humanas, que más adelante calorizan las hecatombes sociales tan comunes en nuestras latitudes, allí es donde debe llegar el Estado de una nación justa, no por el miedo a la "Revolución Socialista", sino por el respeto que el hombre debe tener por su propia dignidad.

Los niños de Honduras son en la pluma del poeta, una canción a la miseria humana, un rosario de calamidades, un acróstico pálido de lo que el hombre no debe ser.

Los niños de Honduras son desde el pulpito, grey abundante

de una religión que cuenta sus feligreses en millones, y desde Roma los números de Honduras, llevan alma transparente y piel y huesos.

Los niños de Honduras son el espejo quebrado de nuestra soberbia y super ego. Ellos son el fruto del machismo de ambos sexos, son nuestra conciencia culpable, nuestra sub-cultura, nuestra imbecilidad retratada en el personaje salvaje de nuestros lares.

Los niños de Honduras son tema del periodista cursi en el "Año del Niño", fuente de ingresos para el periódico y la radio, que cubren sus páginas con consejos pagados por aquellos que esclavizan hombres.

El Médico hondureño no debe ser cómplice de ese abandono, de esa cruel esclavitud humana a la que está sometida nuestra niñez, no podemos endosar con estribillos incoloros e insípidos la lentitud de un esta-

do paralizado por falta de imaginación y acción.

Los niños de Honduras tienen derecho a comer tres veces al día, a gozar de salud y recreo y a la Escuela que forma y transforma y más que nada, a tener el estómago lleno antes de dormir.

No podemos con los niños hablar de apatía, abulia y letargia pues ellos no producen, tienen que recibir primero, para que puedan dar después.

El Médico es hombre de clase media, es una élite dichosa, goza del bienestar que dan sus ingresos cómodos, es líder intelectual en una nación escasa de cultura, sus hijos comen tres veces al día y van a la Escuela.

Es que acaso no podríamos nosotros avanzar más allá de nuestra complacencia social, para darles a los niños de Honduras, a los que viven en el fango, esa mano protectora que necesitan?.

# LOS PSICÓPATAS

Dr. Dagoberto Espinoza Murra \*

Una de las definiciones más controversiales sobre este tema, es la que acuñó Kurt Schneider y que dice de la siguiente manera: "Las personalidades psicopáticas son personalidades anormales que, por su propia anormalidad, sufren o hacen sufrir a la sociedad Usaremos el término de PSICOPATÍA, como contracción de personalidad psicopática en el curso de la exposición.

Se impone una primera distinción entre psicopatías y pseudopsicopatías, ya que en las primeras no hay evidencia de una patología orgánica subyacente, y en las segundas pueden encontrarse antecedentes de infecciones del sistema nervioso central, alcoholismo, traumatismos craneoencefálicos, etc.

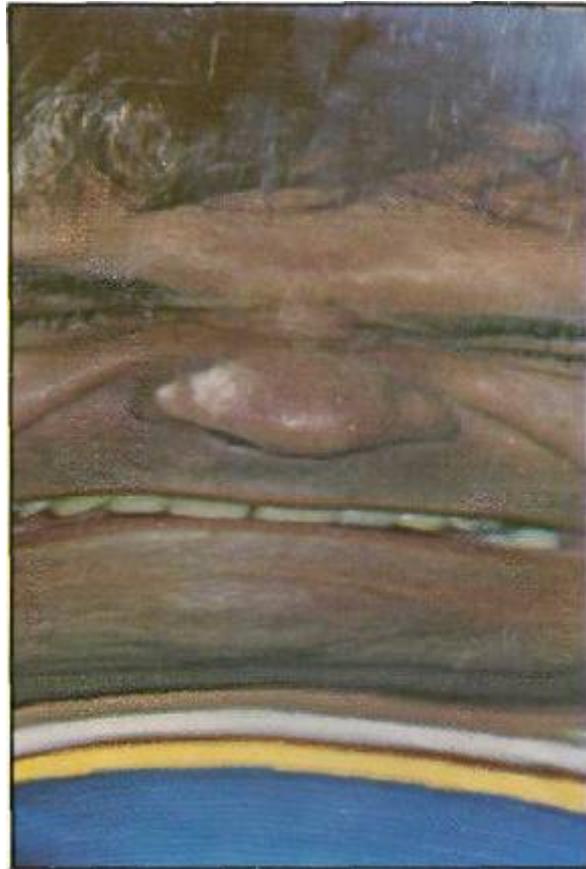
En esta ocasión nos referiremos al primer grupo, es decir, a las psicopatías.

He aquí algunas de las características más sobresalientes del psicópata:

1. No es sociable y su conducta lo coloca a menudo en conflicto con la sociedad.
2. Es llevado por deseos incontrolables.
3. Es altamente impulsivo y agresivo.
4. Tiene escasos sentimientos de culpa.

(

\* Vice Rector de la UNAH



5. Tiene una capacidad de amar patológica. Para algunos psicólogos, los psicópatas son personalidades básicamente inmaduras y empobrecidas en su capacidad emocional, y debido a su incapacidad para aprender de las experiencias reaccionan a la frustración con furia y hostilidad.

Para su esclarecimiento, igual que para otras incógnitas de la personalidad humana, se requiere el esfuerzo combinado de estudios genéticos, psiquiátricos, neurofisiológicos y sociológicos.

## ETIOLOGÍA

- a) Factores predisponentes
- b) Factores ambientales

Con respecto a si se nace con la predisposición a ser un psicópata en potencia, se han esgrimido una serie de argumentos que van desde lo genético a lo adquirido en la vida intrauterina, hasta los problemas hormonales y alteraciones neurofisiológicas. Pero siempre queda la interrogante: ¿qué habría pasado con esta persona si su ambiente hubiera sido diferente?.

Por otra parte, los que se inclinan por factores puramente ambientales, resumen su postura de la forma siguiente: "Ningún hombre es bueno ni malo, cada uno de nosotros es forzado por la sociedad, a entrar en un molde". Otros incursionan con sentido crítico y dicen: "Los psicópatas son símbolos del fracaso de una sociedad".

Nosotros seguimos creyendo que, como personas, somos la expresión de nuestra herencia y nuestro medio conjugados a veces en forma caprichosa.

No debemos olvidar algunos factores culturales y situación a las. Por ejemplo los homosexuales eran exaltados en la Grecia Antigua y los asesinatos eran aprobados cuando se trataba de soldados de otro frente.

#### CLASIFICACIÓN

Henderson ha hecho una clasificación que ha superado la prueba del tiempo.

1. Personalidad agresiva de modo predominante, con violencia impulsiva hacia sí mismo o hacia los demás. (Suicidio, homicidio, alcoholismo, toxicomanía y perversión sexual).
2. Personalidad inadecuada o parásita de modo predominante (delinquentes que roban cosas de poco valor, mentirosos y propensos al timo).
3. Personalidad creadora de modo predominante (sujetos dotados intelectualmente, con conducta manifiestamente impulsiva, egocéntrica e inaceptable desde el punto de vista social).

#### ALGUNAS DIFERENCIAS ENTRE PERSONALIDAD NEUROTICA Y PERSONALIDAD PSICOPATICA

PERSONALIDAD NEUROTICA	PERSONALIDAD PSICOPATICA
Superego rígido y rigidez en el sistema de control interno.	Superego defectuoso o ausente y defectos en el control interno.
Pena, culpa y depresión frecuentes por errores o actos erróneos imaginarios o pequeños.	Pena, culpa o depresión mínima o falta de él, por conducta antisocial pasada.
Inhibición excesiva de los impulsos presentes, en especial sexuales o agresivos.	Actuación sin inhibiciones de impulsos hedonistas.
Sujetos morales, dignos de confianza, responsables, pero carentes de confianza en sí mismos e indecisos.	Amorales, indignos de confianza, irresponsables y mentirosos. patológicos, defraudadores, ladrones, estafadores. Pueden ser promiscuos, violentos, dipsómanos o toxicómanos.

#### PSICOPATÍA DELECTIVIDAD:

Con mucha frecuencia se asocian los términos psicópata y delincuente. Sin embargo, hemos dejado consignado que existen psicópatas creativos, altamente dotados en el sentido intelectual. De ahí que si bien es cierto que políticos fanáticos, criminales violentos, jefes de pandillas, desviados sexuales y adictos a drogas exhiben una conducta psicopática, también es cierto que grandes artistas han merecido este calificativo.

Podemos advertir que si hay muchos psicópatas delinquentes, hay a su vez delinquentes que no son psicópatas.

#### CASO CLÍNICO No. 1

Paciente de 23 años, soltero, ocupación: ninguna. Sabe leer y escribir.

Se le explica que el objetivo de la entrevista es conocer ampliamente su problema para tratar de ayudarlo. En esa ocasión viste camisa y pantalón negros y del cuello pende una cadena y un medallón de material rústico. Dice sentirse nervioso y al preguntársele el motivo expresa que cuando no fuma marihuana así se pone. Fuma la droga desde hace tres años y lo ha continuado haciendo hasta la fecha casi en forma diaria; esto lo aprendió en la Penitenciaría Central, donde permaneció recluido por un período de 18 meses. Al preguntársele el motivo de su reclu-

sión, dice con toda tranquilidad: "Soy carterista, aunque cuando me capturaron los del DIN, solamente acompañaba a un amigo, quien roba cualquier artículo, yo sólo iba con la intención de conseguirme alguna mujer." Continúa diciendo que como carterista primero practicó en muñecos que el mismo fabricaba, los vestía y les hacía bolsas difíciles de abordar.

Agrega que antes de sacar una cartera analiza a la persona. Cuando necesito dinero -prosigue- y tengo que sacar alguna cartera, lo hago llevando un saco o un periódico en la mano, pues usted sabrá que tengo que dar una buena impresión. Me atraen los grupos grandes de personas, y acostumbro sacar carteras en Suyapa o en el Parque Central.

Con frecuencia ingiere bebidas alcohólicas de toda clase y cuando se encuentra completamente ebrio, su deseo es estar con prostitutas. ¿Sabe? me gusta seducir mujeres, a veces hasta seis en un día, no puedo acostarme sin haber estado con una".

Antecedentes: embarazo y parto normales. Ingresó al Seminario después de la primaria, donde permaneció 8 meses, después de recibir un golpe en un ojo. Al año siguiente se matriculó en un colegio, después se trasladó a una escuela nocturna, luego ingresó a un instituto vocacional, de donde fue expulsado; quiso ser maestro, pero sólo permaneció cinco meses en la Normal. Después fue recluido en la Penitenciería.

La madre considera que la detención de su hijo fue injusta, pues este según ella, "no es mañoso".

#### CASO CLÍNICO No. 2

Paciente de 19 años, que aceptó las entrevistas mediante ofrecimientos que le hizo la madre de gratificarlo si colaboraba en su tratamiento. La mayoría de las veces se presentó enojado, agresivo y hasta violento. Sólo en una de las entrevistas colaboró y explica sus problemas en una forma evasiva, volcando fuerte agresividad hacia la madre, culpándola de todo sin aceptar que él tenga en realidad ningún problema, sino que es la madre.

Informa padecer de insomnio desde hace un año y cuando logra conciliar el sueño se le presentan pesadillas. Dice llevar una vida sexual normal, pero que es exigente en esto, pues puede estar hasta con ocho mujeres en una noche.

Se considera a sí mismo como un hombre guapo, con un buen físico y con muy buenas cualidades porque quiere a la gente y les ayuda en lo que puede.

La madre nos informó que su hijo le dio problema desde los cinco años: comenzó a llevarse las cosas de la casa, a registrar carteras, tenía como una habilidad para meterse en líos, vago de todo el día; era difícil contenerlo, se llevaba lo que fuera y se juntaba con vecinos mayores para vender lo que tomaba de la casa. Ingresó a la escuela a los 6 años y no tuvo problemas en cuanto al aprendizaje, pero siem-

pre estaba castigado. A los 12 años fue expulsado de un colegio por su mala conducta; a los 13 fue expulsado de una escuela militar. Luego empezó a fumar, a beber, se perdía por meses. Lo enviaron a un colegio religioso y a los 6 meses fue expulsado, pero a ruegos de la madre fue admitido nuevamente y también nuevamente expulsado. Se matriculó en dos colegios nocturnos, pero no asistía, ocultándole esto último a la madre. Trató de trabajar dos veces, pero fue un fracaso ya que abandonaba el trabajo y, en una ocasión, fue demandado por llevarse el material que supuestamente debía vender.

Las pruebas psicológicas revelaron una inteligencia normal.

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1o. ALEXANDER, FRANZ. El 'delincuente y sus jueces desde el punto de vista Psicoanalítico. Biblioteca Nueva, 1961.
- 2o. GREGGORY, IAN. Psiquiatría Clínica. Editorial interamericana, 1970.
- 3o. LANGELUDDEKE, ALBRECHT. Psiquiatría Forense. Espasa-Calpe, S.A. 1972.
- 4o. MC CORD, WILLIAM El Psicópata. Ediciones Hormé. Buenos Aires.
- 5o. SCHNEIDER, KURT. Klinische Psychopathologie. Geor Thieme Verlag, 1967.

# OPERACIÓN COMANDO EN EL CÁNCER DE LENGUA Y SUELO DE LA BOCA

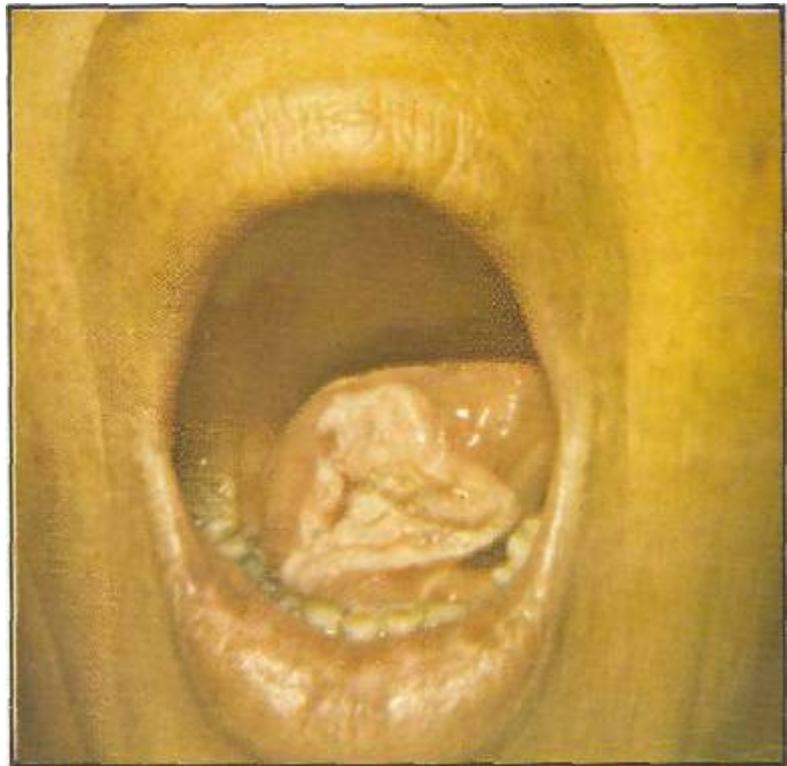
INFORME DE CINCO CASOS DEL HOSPITAL GENERAL

*Dr. Ángel E. Argenta\**

La finalidad de este trabajo es analizar el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de los casos tratados en el Departamento de Oncología del Hospital General San Felipe de Tegucigalpa, entre 1975 y 1976.

Es uno de los cánceres orales más frecuentes en India, sobre todo en el sexo masculino y a partir de los 40 años. Varios factores parecen influir en su aparición: fumar, mascar tabaco o consumo excesivo de bebidas alcohólicas. Su incidencia es mayor en pacientes con glositis sífilítica, y síndrome de Plummer Vinson ciertas lesiones orales, como la leucoplasia, se consideran pre-malignas.

Por lo regular se presenta como una lesión ulcerada de bordes prominentes o como una



fisura que infiltra los tejidos en profundidad. El cáncer de lengua tiende a extenderse a la base y línea media de la lengua, apareciendo metástasis primeramente en los ganglios cervicales altos. El cáncer del suelo de la boca se

extiende a la mandíbula y produce metástasis inicialmente a la región submandibular.

Microscópicamente suele ser un carcinoma epidermoide regular o bien diferenciado.

\* Cirugía Oncológica  
Hospital General

La lesión suele ser indolora, excepto cuando se infecta o en estadios tardíos. A veces el dolor es referido al oído, a menudo suele ir acompañado de sialorrea, disfagia y anorexia. La presencia de metástasis ganglionares va estrechamente asociada al tamaño de la lesión primaria y al grado de diferenciación del tumor. Así, mientras menos del 20% de los pacientes con lesiones de 1 cm. presentan metástasis, más del 90% con lesiones de más de 4 cms. tienen ganglios positivos.

En toda lesión sospechosa deberá hacerse una biopsia incisional del borde ulcerado, y no del centro, que con frecuencia está necrosado. Si la lesión es positiva por cáncer se procede a determinar el estadio, tomando en consideración el tamaño de la lesión, grado de diferenciación, de infiltración, extensión a regiones vecinas y la presencia de metástasis regionales o distantes. La presencia de anestesia en el mentón indica que el nervio mandibular está infiltrado.

La cirugía está contraindicada en: a) lesiones muy extensas cuya resección podría dar lugar a trastornos funcionales graves; b) pacientes con metástasis distantes; c) enfermos con problemas cardiopulmonares serios.

La operación comando consiste en hemiglossectomía, hemimandibulectomía parcial o completa y disección radical de cuello. Esta operación fue ideada por el doctor Martín Hayes, del Cáncer Memorial Hospital de la ciudad de Nueva York en 1940. En aquellos años, a raíz de la Segunda Guerra Mundial, estaban

de moda las acciones comando, famosas porque requerían un entrenamiento especial y audacia en su ejecución. De manera similar, la cirugía de cabeza y cuello requiere un entrenamiento especial y cuidado en su realización, por lo que el Doctor Hayes popularizó esta cirugía con el nombre de operación comando. Durante 1975 y 1976 se realizaron cinco operaciones, comando en el Departamento de Oncología del Hospital General San Felipe. A todos los pacientes se les hizo traqueostomía para facilitar la anestesia y el procedimiento.

La biopsia reveló que en los cinco casos se trataba de un Carcinoma epidermoide bien diferenciado, originándose primariamente en el suelo de la boca. A excepción del tercer caso, que se inició en la lengua, todos fueron tratados con disección radical de cuello del lado afectado. En el primer caso, y debido a que la lesión cruzaba la línea media del suelo de la boca, fue necesario hacer disección suprahioidea contralateral profiláctica además de la disección radical de cuello; y en el segundo caso, por lo extenso de la lesión, se hizo hemimandibulectomía total y resección parcial de la pared lateral de la orofaringe administrándole cobaltoterapia después de la operación.

En el tercer paciente, debido a necrosis del colgajo de mucosa bucal utilizado para reparar el suelo de la boca, se produjo una fístula orocutánea y necrosis de los colgajos cervicales, requiriendo debridamientos, injertos de piel, y rotación de colgajos.

A los 9 meses de operado el primer caso presentó una pequeña recurrencia que fue tratada con Cobalto 60, desapareciendo totalmente. Todos los pacientes fueron dados de alta sin problemas funcionales y mínimos defectos cosméticos.

## CONCLUSIONES

Aunque el número de casos y el tiempo transcurrido a partir de la operación es limitado y corto para presentar conclusiones sobre el futuro de estos enfermos así nos ha dejado una valiosa experiencia en cuanto al diagnóstico, manejo quirúrgico, reconstrucción plástica inmediata y control post-operatorio de estos enfermos.

Es de gran importancia la palpación bimanual de la orofaringe para localizar las metástasis ganglionares regionales. La lesión primaria debe researse en forma total, los bordes deben estar libres de tumoración, y esto debe verificarse mediante biopsia por congelación. Los ganglios regionales se disecarán en bloque con la lesión primaria.

A menudo la fijeza de las metástasis ganglionares a los tejidos profundos es debido a una reacción inflamatoria peri-nodal y no a una invasión maligna de los tejidos.

Una indicación absoluta para realizar hemimandibulectomía total es la invasión de la cavidad medular ósea por el tumor. En los casos operados, a excepción

del segundo, se hizo hemimandibulectomía parcial lo cual mejoró mucho los resultados funcionales y cosméticos.

En los cuatro casos en los que se utilizó la hemilengua restante para reparar el suelo de la boca no hubo problemas funcionales postoperatorios, lo cual demuestra que a pesar de la limitada movilidad lingual los pacientes fueron capaces de controlar sus secreciones, deglutir sus alimentos y hablar correctamente.

#### BIBLIOGRAFÍA

JOHN M. LORE, An Atlas of head and neck surgery, Saunders Co. Philadelphia, 1973,

CHARLES C. HARROLD, Cáncer of the tongue, Symposium on cáncer of head and neck, Mosby & Co. 1969.

PHILIP RUBIN M. D., Cáncer of the head and neck, American Cancer Society N.Y. 1971.

LAUREN V. ACKERMAN, JUAN A. DEL REGATO, Cáncer Diagnosis treatment and prognosis, Mosby Co. St. Louis 1970.

University of Rochester School of Medicine, Clinical Oncology, American Cancer Society 1974.

JORGE FAIRBANKS BARBOSA, Surgical Treatment of head and neck tumors, Grune & Stratton Inc. 1974.

# LA REACCIÓN A LA INYECCIÓN DE TUBERCULINA

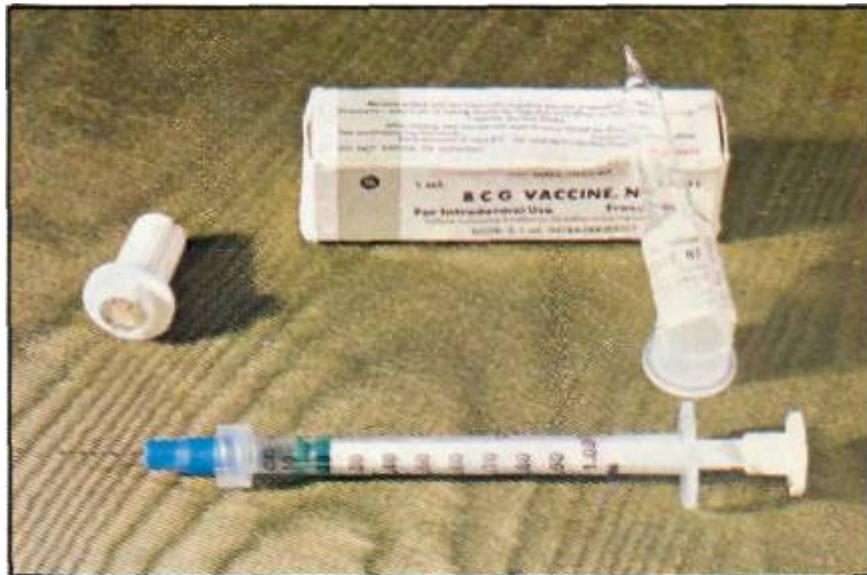
COMENTARIOS SOBRE SU USO EN LA MEDICINA CLÍNICA

*Dr. Carlos A. Javier Zepeda'*

El individuo infectado por el bacilo tuberculoso (*M. tuberculosis* y *M. bovis*) desarrolla una respuesta inmunológica celular (hipersensibilidad de tipo retardado) cuando sus linfocitos T. reconocen la presencia de una proteína derivada del bacilo tuberculoso. Por años no se conoció la naturaleza química de la tuberculosis, pero recientemente el principio activo de este compuesto ha sido bien caracterizado. (1,2).

Las observaciones iniciales sobre este compuesto fueron hechas por Koch en 1891 y por mucho tiempo se consideró que la reactividad a la inyección de tuberculina era equivalente a un estado de inmunidad en el paciente. Actualmente se considera que estos son dos fenómenos distintos que pueden ocurrir simultáneamente en la misma persona.

La tuberculina descrita por Koch



es simplemente un filtrado de cultivo de bacilo tuberculoso y se llama tuberculina vieja ("Oíd tuberculin" u OT). Debido a que estos preparados son muy inestables, se consideró necesario purificar y estandarizar el producto para usarlo con fines de diagnóstico. De este interés resultó el derivado proteico purificado o PPD, que es un precipitado preparado con sulfato de amonio

a partir de un filtrado de cultivo de bacilo, concentrado y dializado y que permite ser estandarizado en base a su contenido de proteína. Sin embargo, el PPD, tampoco es un preparado homogéneo ya que contiene proteínas de peso molecular variable y una serie de carbohidratos. La actividad específica de la tuberculina reside en las proteínas de mas alto peso mo-

---

\* Jefe del Laboratorio de Microbiología Clínica, Hospital Escuela, Tegucigalpa, D. C.

lecular uel compuesto. Recientemente se han comenzado a usar estas proteínas específicas para estimular la reacción a la tuberculina pero las mismas aún no están disponibles para uso general (3).

En vista de que resulta difícil una estandarización química de los preparados comerciales de OT y PPD, la OMS recomienda una estandarización biológica mediante la comparación de los distintos preparados con un patrón (standard) de esa organización. Como resultado de esto se han establecido ciertas unidades comparativas: 1 unidad de OT—10 microgramos (ug) de la preparación standard; 1 unidad de PPD) 0.3 ug de la preparación standard; 1 unidad internacional de tuberculina — 0.01 mg OT o - 0.00002 mg PPD. (4,5).

La reactividad a la tuberculina aparece entre 1 y 3 semanas después de la infección con bacilo tuberculoso y a veces después de la infección con otras micobacterias, aunque el paciente no presente signos de enfermedad. La persistencia de la reacción depende en gran parte de la persistencia de bacilos vivos en el organismo. Si los bacilos son eliminados por un tratamiento efectivo, la reactividad tiende a desaparecer en el curso de meses a años. Ya que el bacilo tuberculoso persiste en el humano por muchos años después de la infección inicial (aún en ausencia de tuberculosis), las personas infectadas pueden detectarse por este procedimiento. La inyección de bacilos atenuados o avirulentos como la cepa BCG de *Mycobacterium bovis*, usada en la inmunización acti-

va contra la tuberculosis, induce reactividad a la tuberculina la cual aparece 2 a 3 meses después de la vacuna (11). Sin embargo, en personas con historia de vacunación con BCG debe tenerse mucho cuidado de no atribuir siempre a la vacuna una reacción positiva a la tuberculina, especialmente si el paciente tiene historia de exposición a personas con tuberculosis activa.

Actualmente es posible investigar la reactividad a la tuberculina in vitro sometiendo los linfocitos del paciente a una reacción con tuberculoproteína y examinando su transformación blástica. En base a experimentos en animales y en humanos parece ser que la prueba cutánea es más sensitiva, sin embargo, en ciertos pacientes donde existen alteraciones inmunológicas aún poco definidas como la "compartamentación de linfocitos", las pruebas cutáneas pueden ser negativas dando lugar a un aparente estado de anergia, siendo en algunos de estos pacientes positivas las pruebas in vitro. Esto es importante desde el punto de vista clínico pues NO ES INFRECUENTE encontrar pacientes con tuberculosis activa que no reaccionan a la administración de PPD (6,7,8). Algunos de estos, cuando son tratados con drogas antituberculosas, recuperan la reactividad a la tuberculina, supuestamente debido a una redistribución de linfocitos sensibilizados a la tuberculina (4).

La prueba de tuberculina es el elemento de diagnóstico básico para la detección de personas infectadas por el bacilo tuberculoso. Se han descrito varios métodos para efectuar la prueba,

y de ellos el método de Iviantoux es el método Standard y el que ofrece el mayor grado de confiabilidad y capacidad de reproducción. Rutinariamente se usa la inyección de 5 unidades de tuberculina en 0.1 ml, por vía intradérmica. Se puede usar una dosis mayor o menor en determinadas circunstancias (9). La interpretación del resultado o reacción a la tuberculina se hace a las 48-72 horas, se considera positiva una induración de 10 mm o mayor. Induraciones menores de 4 mm se consideran negativas; 5 a 9 mm se consideran dudosas y pueden reflejar infecciones por bacilo tuberculoso o por otras micobacterias.

El uso de la prueba de Mantoux a veces presenta dificultades sobre todo en relación con la estabilidad de la tuberculina una vez que esta se reconstituye para su uso, por esta razón se han desarrollado métodos más simples para fines de muestreo inicial. Entre estos se encuentra el Tine test, que consiste en la inyección de tuberculina mediante un dispositivo con cuatro lances de metal previamente impregnada con OT. La literatura tiene numerosos artículos sobre el continuo debate entre los que recomiendan y los que proscriben el uso de esta modalidad para la prueba de tuberculina, y lo mejor es aceptar una posición intermedia, y conocer las deficiencias y virtudes del test para utilizar las ventajas que ofrece (10).

Se considera positivo cuando aparecen una o más pápulas de más de 2 mm. en cada sitio de la punción, 48 a 72 horas des-

pues. Pueden haber reacciones falsas negativas. Los resultados negativos y dudosos deben confirmarse con la prueba de Mantoux.

#### DIAGNOSTICO DE LA TUBERCULOSIS

La prueba de tuberculina únicamente sirve para identificar al paciente que ha tenido una infección con el bacilo de KOCH. El diagnóstico de la enfermedad (tuberculosis) depende del AISLAMIENTO E IDENTIFICACIÓN DEL BACILO TUBERCULOSO. La observación de bacilos ácido resistentes en esputo, líquido pleural y otros especímenes clínicos únicamente ofrece una evidencia presuntiva de la enfermedad y sólo con el cultivo y la identificación correcta del bacilo se puede establecer su susceptibilidad a las drogas antimicicas.

El bacilo tuberculoso es una bacteria de crecimiento lento por lo que su identificación suele tardar entre 6 y 10 semanas. El médico generalmente debe iniciar el tratamiento del paciente en base a un diagnóstico presuntivo y modificar su conducta o continuar la terapia cuando se obtiene la confirmación del laboratorio.

La vacunación con BCG no asegura una protección prolongada y el diagnóstico de tuberculosis debe incluirse en el análisis diferencial de enfermedades que semejan tuberculosis en individuos vacunados. (12).

La tuberculosis es una enfermedad endémica en Honduras y el médico, sobre todo el médico

recién graduado, debe conocer a fondo sus manifestaciones clínicas y buscar evidencia de esta enfermedad con múltiples presentaciones clínicas. Las infecciones en niños suelen pasar desapercibidas, la fase inicial es esencialmente pneumónica (horas a días) dando lugar en breve a una diseminación sistémica hasta ubicarse en una localización linfo o reticular. En esta etapa, el foco pulmonar puede ser fugaz y no detectarse radiológicamente. Es en este período cuando el individuo se vuelve reactivo a la tuberculina. La importancia del diagnóstico de la tuberculosis ha sido enfatizada en un editorial reciente (13).

#### COLOFÓN.

El uso juicioso de la prueba de tuberculina permite al médico orientarse en el manejo de pacientes con posible infección tuberculosa, y es de mucho valor en la detección de primoinfecciones, sobre todo en niños no vacunados con BCG.

#### REFERENCIAS

1. Kuwabara S. Aminoacid sequence of tuberculin active protein from Mycobacterium tuberculosis. *J. Biol. Chem.* 250:2563, 1975.
2. Kuwabara S. Purification and properties of tuberculin active protein from M. tuberculosis. *J. Biol. Chem.* 250:2556, 1975.
3. Daniel T. M., Hinz C.F. Reactivity of purified proteins and polysaccharides from Mycobacterium tuberculosis in delayed

skin test and cultured lymphocyte mitogenesis assays. *J. Infect. Imm.* 9:44, 1974.

4. Development of delayed (tuberculin) hypersensitivity in tuberculosis. Cap. 7 en: G. P. Youmans (ed.) *Tuberculosis* 1979, pp 212. W. B. Saunders Co. Philadelphia.
5. Duncan W.C. Skin Tests. Cap. 14 en: P.D. Hoeprich (ed.) *Infectious Diseases* 2 ed. 1977. pp. 128-130 Harper & Row Hagerstown.
6. Waxman J., Lockskin M. In vitro and in vivo cellular immunity in allergic miliary tuberculosis. *Am. Rev. Resp. Dis.* 107:661, 1973.
7. Zeitz J. S., Ostrow J.H., Van Arsdel P.P. Humoral and cellular immunity in the anergic tuberculosis patient. *J. All. Clin. Imm.* 53:20, 1974.
8. Zeitz J. S., Ostrow J.H., Van Arsdel P.P. Immunologic features of the anergic tuberculosis patient (abstract) *J. All.* 49:93, 1972.
9. Sinclair Assesment of the ^tine tuberculin test. *Br. Med. J.* 1325, 1979.
11. BCG vaccines. *Med. Mort. Weekly. Rep.* 28:241, 1979.
12. Eickhoff T. C. The current status of BCG immunization against tuberculosis *Ann. Rev. Med.* 28:411, 1977.
13. Editorial. *Tuberculosis. Am. J. Dis. Chil.* 133:579, 1979.

# VIDA SEXUAL DE LA PAREJA

*Dr. Asdrúhal Raudales A. \**

Una pareja son dos cosas o dos personas, y desde el punto de vista que nos ocupa, un hombre y una mujer.

A través del tiempo, la mujer ha sido complemento del hombre, y lo seguirá siendo indefinidamente. Al mismo tiempo, el hombre es complemento obligado de la mujer, y ambos son igualmente importantes en la integración de la pareja.

La forma como se organiza una pareja, tiene que ver mucho con sexualidad, pero esta no debe ser considerada como el objetivo único.

El por qué y para qué se organiza una pareja puede ser objeto de consideraciones muy variadas. Para el caso, las personas que se organizan en lo que se llama unión libre, deciden estar juntos por atracción, por amor, o por lo que sea, pero no se casan porque no lo consideran necesario, simplemente están bien estando juntos. Las personas que se unen mediante el matrimonio, lo hacen en una forma más segura, más lógica, más racional, porque los aspectos legales, religiosos y sociales involu-



erados, estabilizan y garantizan más a la esposa y a los hijos.

Puede establecerse también una pareja por contrato, y ese contrato estipularse incluso por períodos límites de uno o varios años. Hay otras uniones, que no son contratos jurídicos, sino que convenios personales, dos personas que deciden asociarse como pareja, por conveniencia, haya o no matrimonio. Por ejemplo, dos personas que un día decidieron que les convenía formar la pareja porque ambos habían sido casados y quedaron viudos, tenían hijos, y estos necesitaban una mamá y un papá, y era obvio que de esta manera los iban a tener, aunque faltaran otros aspectos

indispensables como el afectivo; incluso, la unión sexual tenía 'que venir como una consecuencia obligada por necesidades biológicas o fisiológicas.

Algunas veces, la unión u organización de una pareja es circunstancial, ya no por conveniencia, ya no por atracción o por amor, ya no por compatibilidad, sino que una circunstancia particular los colocó en condición de poder estar juntos. Esta condición puede ser laboral, familiar, social, pero es distinta de la situación convencional, en que las dos personas de común acuerdo llegaron a unirse; en estos casos, la circunstancia actuó como un factor de presión, pero muy dis-

\* Prof. de Psiquiatría Fac. de Medicina Universidad Nacional Autónoma de Honduras

tinto de la conveniencia. Puede incluso que una pareja circunstancialmente esté unida, pero no le convenga estarlo, para el caso, los matrimonios que tienen que seguir unidos solo por los hijos. La organización de parejas por este motivo no es productiva, los hijos son elementos que vienen después, ninguna pareja debe estar unida solo por los hijos, sino básicamente por ella misma.

Una cosa que compromete grandemente la organización de una pareja, no solo social, sino sexualmente, es la intervención directa o indirecta, física, emocional, o mental de los otros miembros de la familia. Hay gran cantidad de hombres, y sobre todo de mujeres, que viven pendientes más de la mamá o del papá que del propio cónyuge lo cual es negativo. No nos cansaremos de decir, que desde el momento en que un hombre o una mujer se casan, su familiar mas cercano es el cónyuge, todos los demás pasan a segundo plano.

En la organización de una pareja no solo hay factores de índole sexual, sino muy variados: personales, sociales, civiles, morales, religiosos, legales, etc; incluso los aspectos geográficos son importantes, porque están ligados a otros de tipo social o cultural. Las condiciones de tipo étnico o racial, son factores que también tienen mucha ingerencia en la organización de una pareja, pero el aspecto más importante de todos, es el humano, porque dentro del mismo están englobados todos los otros aspectos que hemos mencionado, y mucho más que es difícil expresar con palabras, e incluso con

hechos o actitudes. Lo humano involucra un montón de cosas, las parejas organizadas de "modo humano", con todos los significados que este término tiene, son las parejas mejor estabilizadas. < ;

¿Y qué es la vida sexual de una pareja?. Es sencillo decir que es la práctica de actividades sexuales, pero es que esa práctica no es solamente el acto sexual, hay además muchas otras actividades y actitudes extra-sexuales, que son tan variadas, sin las cuales la vida sexual es prácticamente imposible. Por otro lado, si las parejas se van a organizar solo en base al sexo, fracasan o están destinadas a fracasar. La vida sexual del hombre y la mujer tiene sus diferencias y sus características, y cuando hablamos de la vida sexual de la pareja, esto no quiere decir que el hombre y la mujer van a poner cada uno el 50o/o de los ingredientes, ya que hay numerosas ocasiones en que la mujer desempeña un papel más importante, y en otras, es el hombre el que lo desempeña.

La vida sexual de la pareja varía de acuerdo a la constitución de la misma y a las necesidades de sus integrantes, son los dos los que tienen que contribuir y, además, la vida sexual es para los dos, no sólo para uno. Desgraciadamente, en nuestro medio, y en muchos medios del mundo entero, la vida sexual de la pareja es vida sexual para el hombre y no vida sexual para la mujer, que lejos de ser un sujeto sexual, se convierte en un objeto sexual. Si analizamos estadísticas, encontramos que la tercera parte de las mujeres tiene algún proble-

ma, aunque sea cierto grado de frigidez. Esto significa que la tercera parte de las mujeres no ha podido soltarse de los amarres formativos restrictivos, y que los hombres siguen contribuyendo de alguna manera con ello.

En el acto sexual, lo fundamental no es que la mujer se entregue al hombre, o que el hombre posea a la mujer, sino que los dos participen en un acto en que ambos, además de actores, sean beneficiarios.

El amor y el sexo son parte importante de la vida de todo ser humano, y están íntimamente ligados a otros aspectos que no son solamente los físicos, como comportamiento o conducta, manera de ser, cualidades, y múltiples otras condiciones de diferente naturaleza, que si no son tomadas en cuenta, convierten la vida sexual en algo inadecuado, monótono, obligatorio, y quien sufre más las consecuencias negativas es la mujer.

El hombre es más materialista que la mujer, la mujer más idealista y romántica. Para algunos hombres la mujer es un objeto sexual que hay que poseer, la mujer mezcla más el amor sexual con otras cosas. Para que el hombre satisfaga a la mujer sexualmente tiene que ser tierno y afectuoso, y si es su compañero habitual, tiene que ser un verdadero compañero, darle seguridad y protección, y preocuparse por ella integralmente.

Hemos visto pues, que la vida sexual de la pareja está condicionada a muchas cosas, algunas de las cuales son en repetidas

veces, muy pequeñas y sin aparente importancia.

Una de las cosas que más anhela el hombre de la mujer, es que sea siempre femenina. La mayor parte de los hombres la desplazan cuando se pone en un plano autoritario, posesivo, soberbio, agresivo, porque por tradición debe ser sumisa, dócil, suave. Está claro, que esto va contra los principios de la igualdad de los sexos, pero es importante, que todos los hombres y todas las mujeres no se olviden de ' conservar sus propios atributos, cualidades y modo de ser.

Generalmente se confunde la sexualidad con lo genital, esto no puede ser, la sexualidad abarca todo el individuo, lo genital solo ciertos órganos. Con frecuencia, cuando se habla de acto sexual, se quiere decir acto genital, pero la verdad es que en el acto sexual hay participación de todo el individuo, y ello quiere decir, que entran en acción

no solo elementos orgánicos sino emocionales y mentales, y en términos generales, el acto es tan orgánico como mental.

Ya dijimos que hay diferencias básicas entre el hombre y la mujer, ninguna mujer se acuesta con un hombre solo por satisfacer sus propias necesidades de placer, tiene que haber algo más que genitales para proporcionarlo, amistad, algo de afecto, interés, etc. Para la mujer el aspecto físico del acto sexual no es lo capital, para ella tiene más valor la intimidad con el hombre, la interrelación, el momento cumbre en que se fusiona con él no solo física- sino también afectivamente. El hombre en cambio podría tener relaciones con todo lo que parezca mujer o tenga características de mujer, sin importarle mucho otras cosas. No es sino a medida que va madurando más que va aprendiendo a mezclar con el acto físico, el afecto, el cariño, la ternura, como necesidades propias, además de

considerarlas como necesidades de su pareja.

La mujer es más sensitiva en el sentido sexual, busca siempre la satisfacción plena, no solo la satisfacción genital, aunque bien cierto es que se inhibe más en la búsqueda y percepción del placer sexual, mientras el hombre es más abierto en ese sentido.

En la vida sexual del hombre y la mujer, debe haber un intercambio, y cuando los dos van a satisfacer sus demandas, no estamos diciendo que tienen que coincidir en todo, pero sí tienen que existir algún tipo de adaptabilidad para placer y satisfacción de ambos. Si esa adaptabilidad no existe, no puede haber vida sexual adecuada, y la vida en general no es integra-La vida sexual de la pareja debe servir para mantener la unión, la armonía, el respeto mutuo y crear un intercambio, no solo genital sino afectivo y humano.\*

# INTOXICACION EPIDÉMICA POR ORGANOFOSFORADOS EN HONDURAS

Br. LORETTA BENDANA C. \*

Dr. JUAN ALMENDARES BONILLA

## INTRODUCCIÓN

La intoxicación por organofosforados es probablemente la más frecuente en los países agrícolas y subdesarrollados.

En la región Sur de Honduras según datos proporcionados por el Dr. José Bueso, el número de casos se ha triplicado a partir de 1975 (1).

Diggory et al. (2) informan 15 episodios de intoxicación masiva, 10 de los cuales han ocurrido en países subdesarrollados y 8 han sido causados por el organofosforado PARATHION. Según datos de estos investigadores los países subdesarrollados importan 56 millones de toneladas métricas de grano y 145,000 toneladas de plaguicidas, y la posibilidad de contaminación de los alimentos con organofosforados es muy alta. La epidemia más reciente fue la ocurrida en Jamaica, 1976 (79 personas intoxicadas y 17 murieron), por contaminación de harina con PARATHION. En Honduras se importaron 63,947 toneladas de cereales y 8,760 toneladas de plagui-



cidas en 1076, existiendo alto riesgo de contaminación de alimentos durante el proceso de introducción al país (Ver Cuadro VI).

La intoxicación por organofosforados también ha adquirido carácter epidémico en niños (3).

En el año de 1977 ingresaron al Hospital Materno Infantil de Tegucigalpa, 7 casos intoxica-

dos por organofosforados y organoclorados; éstos fueron consecuencia del uso de insecticidas en el tratamiento casero de la pediculosis del cuero cabelludo.

El propósito de este trabajo es presentar un análisis de la intoxicación epidémica en el campo militar de Márcala, La Paz, que ocurrió en Mayo de 1971, en la cual murieron 36 de aproxima-

\* Depto. de Ciencias Fisiológicas  
Dpto. de Medicina \*\* Hospital G.  
y Asilo de Inválidos  
Fac. de Ciencias Médicas UNAH.

damente 128 soldados intoxicados por PARATHION (4).

En el trabajo se estudian retrospectivamente 82 casos que ingresaron al Hospital General y Asilo de Inválidos, de los cuales 23 se sometieron a control tres a cuatro meses después del episodio agudo, realizándose para ello pruebas especiales.

II

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estima que ingresaron al Hospital General y Asilo de Inválidos de Tegucigalpa 103 pacientes por intoxicación aguda, 6 de los cuales murieron en dicho cen-

tro asistencial; además murieron 30 personas en Márcala.

En revisión retrospectiva, sólo pudimos encontrar expedientes clínicos de 82 casos, todos sobrevivientes, del sexo masculino y ocupación militar, con edad promedio de 21 años y tiempo de hospitalización promedio de 3 días, siendo el máximo 43 días.

El agente causal de la intoxicación fue el PARATHION lo cual fue determinado mediante análisis de alimentos y tejidos en Panamá.

Se citó a estos pacientes a control en 3 ó 4 meses, pero solamente 23 se presentaron. Estos

pacientes en re-evaluación fueron sometidos a una valoración clínica integral, incluyendo estudios neurológicos, psiquiátricos y audiométricos. Se practicó electroencefalograma en 10 casos.

III

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Los datos que a continuación se presentan se refieren a las manifestaciones clínicas relevantes observadas durante la hospitalización de los pacientes por intoxicación aguda y a los datos obtenidos en la evaluación posterior en el mismo centro hospitalario.

CUADRO I - A

INTOXICACIÓN EPIDÉMICA POR ORGANOFOSFORADOS  
MÁRCALA, LA PAZ, MAYO - 1971  
ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 82 CASOS \*

MANIFESTACIONES MUSCARINICAS RELEVANTES		
NIVEL AFECTADO	SIGNO O SINTOMA	%
ARBOL BRONQUIAL	SIBILANCIAS	19.5
	TOS	25.6
	EDEMA PULMONAR	1.2
	CIANOSIS	2.4
APARATO GASTROINTESTINAL	NAUSEA	35.4
	VOMITO	72.0
	CALAMBRES ABDOMINALES	45.0
	DIARREA	35.4

\* Hospital Gral. y Asilo de Inv., Tegucigalpa

CUADRO I-B.

INTOXICACIÓN EPIDÉMICA POR ORGANOFOSFORADOS  
MÁRCALA, LA PAZ. MAYO - 1971  
ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 82 CASOS \*

MANIFESTACIONES MUSCARINICAS RELEVANTES		
NIVEL AFECTADO	SIGNO O SINTOMA	%
GLANDULAS EXOCRINAS	AUMENTO DE SUDORACION	20.7
	AUMENTO DE SALIVACION	8.5
	AUMENTO DE LAGRIMEO	2.4
SISTEMA CARDIOVASCULAR	HIPOTENSION	14.6
PUPILAS	MIOSIS	59.8
CUERPO CILIAR	VISION BORROSA	34.0
VEJIGA	INCONTINENCIA URINARIA	2.4

\* Hospital General y Asilo de Inv. , Tegucigalpa

CUADRO II—A

INTOXICACIÓN EPIDÉMICA POR ORGANOFOSFORADOS  
MÁRCALA, LA PAZ, MAYO - 1971  
ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 82 CASOS \*

## MANIFESTACIONES NICOTINICAS RELEVANTES

NIVEL AFECTADO	SIGNO O SINTOMA	%
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	VERTIGO	62.2
	ANSIEDAD	13.4
	INQUIETUD	13.4
	LABILIDAD EMOCIONAL	4.9
	DEPRESION	13.4
	SOMNOLENCIA	8.6
	CONFUSION	23.3
	CONVULSIONES	7.3

\* Hospital Gral. y Asilo de Inv., Tegucigalpa

CUADRO II—B

INTOXICACIÓN EPIDÉMICA POR ORGANOFOSFORADOS  
MÁRCALA, LA PAZ, MAYO - 1971  
ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 82 CASOS \*

## MANIFESTACIONES NICOTINICAS RELEVANTES

NIVEL AFECTADO	SIGNO O SINTOMA	%
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	HABLA ININTELIGIBLE	7.3
	ATAXIA	6.1
	COMA	3.6
	RESPIRACION DE CHEYNE-STOKES	4.9
	DEPRESION DE CENTROS RESPIRATORIO Y CIRCULATORIO	4.9
MUSCULO ESTRIADO	TEMBLOR	54.9
	FASCICULACIONES	19.5
	CALAMBRES	6.1
	DEBILIDAD MUSCULAR	28.0

\* Hospital General y Asilo de Inválidos, Tegucigalpa

CUADRO III

INTOXICACIÓN EPIDÉMICA POR ORGANOFOSFORADOS  
MÁRCALA, LA PAZ, MAYO - 1971  
ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 82 CASOS \*

## COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS

COMPLICACION	%
GASTRITIS	1.2
NEUMONIA POR ASPIRACION	3.6
BRONQUITIS	4.9
BRONCONEUMONIA	1.2
AFASIA	1.2
PARO CARDIACO	2.4
INTOXICACION ATROPINICA	1.2
<b>T O T A L</b>	<b>15.7</b>

\* Hospital General y Asilo de Inválidos, Tegucigalpa

CUADRO IV

INTOXICACIÓN EPIDÉMICA POR ORGANOFOSFORADOS  
MÁRCALA, LA PAZ, MAYO - 1971  
ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 82 CASOS\*

## TRATAMIENTO CON ATROPINA

DOSIS ADMINISTRADA	%
Menor o igual a 5 mg.	52.4
6 - 10 mg.	17.0
11 - 15 mg.	6.1
16 - 20 mg.	1.2
Mayor a 20 mg.	4.9
PACIENTE QUE NO NECESITARON TRATAMIENTO CON ATROPINA	6.1
DATO DE LA DOSIS EXACTA NO CONSIGNADO EN EL EXPEDIENTE	12.2
<b>T O T A L</b>	<b>100.0</b>

\* Hospital General y Asilo de Inválidos, Tegucigalpa.

## CUADRO V - A

INTOXICACIÓN EPIDÉMICA POR ORGANOFOSFORADOS  
MÁRCALA, LA PAZ. MAYO - 1971 ESTUDIO  
RETROSPECTIVO DE 82 CASOS \*

## RE-EVALUACION DE CASOS

FECHA DE EVALUACIÓN: 3-4 MESES DESPUÉS DEL  
EPISODIO AGUDO  
PACIENTES RE-EVALUADOS: 23. 28%

## PACIENTES NO PRESENTARON ALTERACIONES

EXAMEN O PRUEBA PRACTICADO	RESULTADO	
	% NORMAL	OBTENIDOS % ANORMAL
AUDIOMETRIA	100	0
PRUEBAS VESTIBULARES	100	0
EXAMEN NEUROLOGICO	100	0
EXAMEN PSIQUIATRICO	47.8	52.2
EEG (Sólo en 10 casos)	90	10
RADIOGRAFIA DE TORAX	95.7	4.3
HEMOGRAMA, ORINA, HECES (RUTINARIOS)	100	0

\* Hospital General y Asilo de Inválidos, Tegucigalpa.

## CUADRO V - B

INTOXICACIÓN EPIDÉMICA POR ORGANOFOSFORADOS  
MÁRCALA, LA PAZ. MAYO - 1971  
ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 82 CASOS\*  
RE-EVALUACION DE CASOS

MANIFESTACION CLINICA	%
DEPRESION	40.7
ANSIEDAD	29.6
LABILIDAD EMOCIONAL	22.2
INSOMNIO	14.8
INQUIETUD	11.1
CEFALEA	7.4
TENSION EMOCIONAL	7.4
PESADILLAS	7.4
ANOREXIA	7.4
DOLOR ABDOMINAL (Ocasional)	7.4
VERTIGO	3.7
NAUSEA	3.7
DEBILIDAD MUSCULAR	3.7
DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE	3.7
SUEÑOS EXCESIVOS	3.7
CONFUSION	3.7
TEMBLOR	3.7

\* Hospital General y Asilo de Inválidos, Tegucigalpa

## CUADR

## O VI IMPORTACIÓN DE CEREALES E INSECTICIDAS EN HONDURAS, 1974 -

1<J76\*

PRODUCTO IMPORTADO	1974		1975		1976	
	1000 KILOS	1000 L.	1000 KILOS	1000 L.	1000 KILOS	1000 L.
CEREALES	60,019	28,386	120,467	55,393	63,947	31,446
TRIGO	48,689	18,950	47,799	19,551	50,118	17,147
ARROZ	1,314	1,373	11,332	9,001	1,344	1,239
MAIZ SIN MOLER	368	232	44,091	13,894	737	501
OTROS	9,648	7,831	17,245	12,947	11,748	12,559
INSECTICIDAS, FUN- GICIDAS, DESINFEC- TANTES	12,475	12,249	6,200	14,536	8,750	18,915

\* FUENTE: CONSEJO SUPERIOR DE PLANIFICACIÓN ECONÓMICA, CONSUPLANE:  
Ministerio de Economía y Hacienda

IV

1

## INTERPRETACIÓN

En la intoxicación epidémica que ocurrió en Márcala, La Paz, en 1971, se consideran dos hipótesis al explicar su mecanismo de producción:

Que los alimentos hayan sido contaminados en el país por el rociado accidental con insecticidas organofosforados:

Que la intoxicación se produjo por alimentos conta-

minados accidentalmente con PARATHION, que fueron importados a Honduras como se produjo en Jamaica recientemente (2).

Debido a la falta de accesi-

bilidad a la información, no ha sido posible para nosotros hasta el momento actual precisar la naturaleza causal de esta epidemia.

Según los datos (Ver Cuadro I-A y B; II—A y B) el síntoma más frecuente fue el vómito, lo cual puede ser explicado en parte porque la vía de introducción del tóxico fue la digestiva. Siguiendo por orden de frecuencia decreciente, las manifestaciones prominentes fueron: vértigo (62o/o), miosis (59.80/o) calambres abdominales (45o/o); 3-diarrea (35.4o/o); debilidad muscular (28o/o); confusión (23o/o); y fascicilaciones (19o/o).

Las complicaciones más graves fueron (Ver Cuadro III) neumonía por aspiración (3.6o/o) y paro cardíaco (2.4o/o); uno de los pacientes presentó 3 paros cardíacos y sobrevivió.

La terapia principal fue 4-Atropina y en menor grado se usó Pralidoxamina; 6.1o/o de los pacientes no necesitaron Atropina. La dosis mínima de Atropina usada fue de 1 mg. y la dosis máxima de 52 mgs. (Ver Cuadro IV).

En la re-evaluación de 23 pacientes (Ver Cuadro V—A y B), el dato relevante lo constituyeron las alteraciones neuropsiquiátricas; depresión (40o/o); ansiedad (30o/o); y alteraciones en el sueño (26o/o) consistentes en insomnio, pesadillas y sueño excesivo.

#### RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1— La intoxicación epidémica por organofosforados alta-

mente tóxicos ocurre frecuentemente con alimentos contaminados con PARA—THION y otros organofosforados, sobre todo en países subdesarrollados.

La mortalidad de la intoxicación de Márcala, en 1971, fue aproximadamente de 28o/o, para un total de 128 soldados intoxicados.

Es recomendable establecer mecanismos de control y legislación en cuanto a la importación, distribución y consumo local de alimentos e insecticidas a fin de prevenir los accidentes, suicidios e intoxicaciones masivas.

Se plantea la necesidad de educar al pueblo en cuanto a estos tóxicos y asimismo establecer medidas que protejan el trabajador expuesto a los compuestos organofosforados.

Se recomienda que todo paciente expuesto aguda o crónicamente a los organofosforados debe ser sometido periódicamente a control y evaluación neuropsiquiátrica.

Finalmente, destacamos la importancia ecológica del problema, no sólo en relación al hombre como ser ecológico, sino dentro de un posible ambiente contaminado por plaguicidas.

#### VI

#### RECONOCIMIENTO

De manera especial se agradece la información general y orientación bibliográfica suministrada por el Dr. José Antonio Bueso; así como la colaboración efectiva del personal del Departamento de Archivo Médico y Estadística del Hospital General y Asilo de Inválidos.

#### VII

#### BIBLIOGRAFÍA

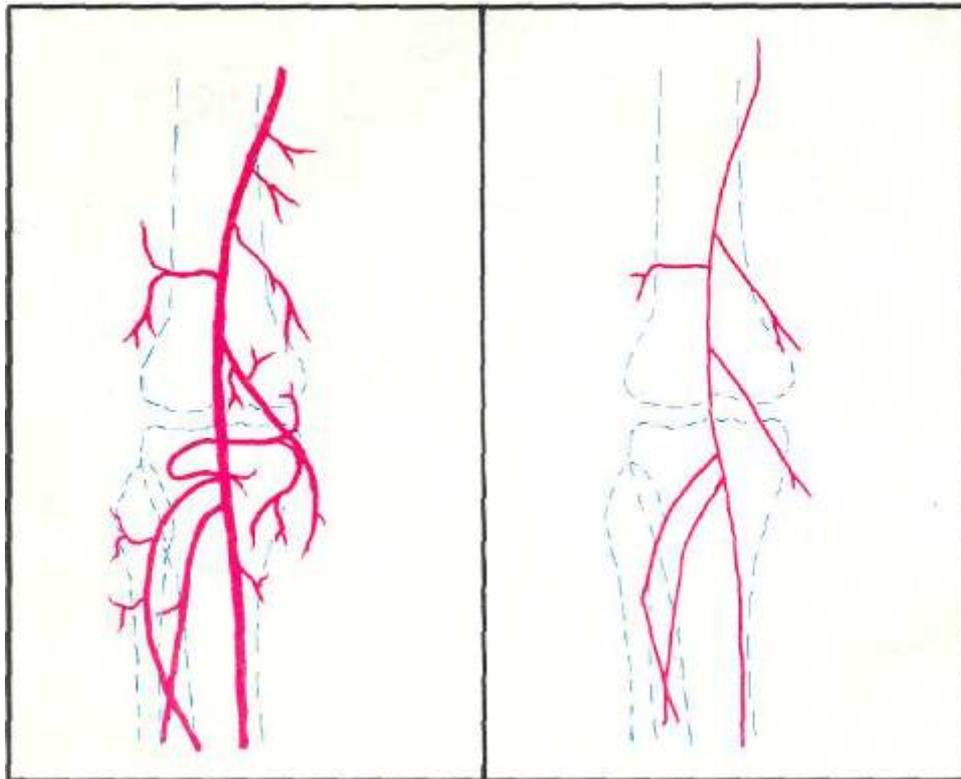
- (1) Bueso, José A. *Envenenamiento en humanos por pesticidas en la Zona Sur de Honduras, Diagnóstico y Tratamiento*. Informe personal. Primer Seminario Nacional de Ecología. 21-25 de Junio, 1976, Tegucigalpa, D. C.
- (2) Diggory, Peter et al. *Fatal Parathion poisoning caused by Contamination of flour in international commerce*. American Journal of Epidemiology. Vol. 106 No. 2, August, 1977. Pages 145-153.
- (3) Hayes, W J Jr. *Epidemiology and general management of poisoning by pesticides*. Pediatric Clinics of North America. Vol. 17. August, 1970, Pages 629-644.
- (4) Láinez, Héctor *Minemata y Márcala- Un pasado aprendido y una lección olvidada*. Revista Médica Hondureña. Vol. 41 Enero-Febrero-Marzo, 1973 Pag. 4-13.

# TROMBOANGEITIS OBLITERANTE

## ¿UNA ENFERMEDAD INDEPENDIENTE?

ACTUALIZACIÓN DE UNA CONTROVERSIA

*Dr. José Gómez-Márquez G.*



Esquemas acumulativos de la circulación arterial normal y en la tromboangeitis obliterante.

Leo Buerger en 1908 describió los síntomas de la enfermedad conocida posteriormente como Tromboangeitis Obliterante y casi desde entonces esta entidad nosológica ha venido formado parte clásicamente del temario de la patología vascular. Sin embargo, en los últimos años, como se verá en el curso de este trabajo, se ha venido poniendo en duda por parte de muchos autores la independencia de esta enfermedad y para muchos debe

considerarse como una variedad de la arteriosclerosis obliterante o de otras enfermedades obliterantes vasculares. Otras escuelas, constituidas por personalidades mundiales no menos relevantes continúan aferradas a los iniciales conceptos de Buerger. El propósito de esta composición es simplemente actualizar esta controversia por medio de la recolección de los conceptos modernos expresados por los partidarios de una y otra tesis.

### HISTORIA Y DEFINICIÓN

Buerger describió los síntomas de la enfermedad, después de un estudio de 50 pacientes y 11 miembros amputados. Según la descripción original, la Tromboangeitis Obliterante es una enfermedad específica, idiopática, recurrente, segmentaria, inflamatoria y obliterante que afecta principalmente las arterias de mediano calibre y las venas, tanto de las extremidades superiores como

inferiores y solo raramente los vasos viscerales. Es particularmente frecuente en judíos jóvenes, masculinos y fumadores (Vink). Según Van der Stricht, Goldstein, Flamand y Belenger (16), es una enfermedad vascular periférica que lleva a la obliteración progresiva de las arterias distales de los miembros inferiores. Se considera que el elemento básico es la localización arterial distal en uno o varios miembros, la ausencia de calcificaciones visibles en las radiografías simples y el hecho de que se inicia antes de los 40 años. Según Kunlin et al (9) la edad oscila entre los 15 y los 50 años; hay historia de una enfermedad infecciosa, y el frío y las emociones desempeñan un papel muy importante. Fue en 1924, que Buerger publica su libro con 30 capítulos y da a la enfermedad por él descrita el nombre de Tromboangeítis Obliterante (TAO). Para Sautot las lesiones son estrictamente distales y se complica posteriormente con lesiones congestivas; son propias de la gente joven y no hay claudicación intermitente. Para él, es suficiente que el enfermo deje de fumar para observar la regresión. Según Inada et al (8), el promedio de edad es de 34.2 años.

## SEXO

Prácticamente hay unanimidad en admitir la enorme preponderancia del sexo masculino. Para Zanini y Cortrufo (15), todos sus casos fueron varones en las décadas de la tercera a la cuarta. Zelikovsky y colaboradores (19) refieren como caso excepcional un caso de TAO posible en una mujer y advierten que los

conceptos conocidos para el varón deben aplicarse para las mujeres. Para Morris-Jones y Jones (10), la enfermedad de Buerger es muy rara en la mujer y probablemente solo se han informado 8 casos, incluyendo el propio de ellos. No parece haber evidencia de que la enfermedad sea más benigna en el sexo femenino y afirman que la respuesta a la simpaticectomía y el índice de amputaciones (mayor que en las arteriosclerosis obliterantes), es similar en ambos sexos. Para Hermán (7), en su casuística hay 194 casos del sexo masculino por 11 del femenino.

## HISTOLOGÍA

Es un capítulo de primordial importancia ya que en última instancia y ante la confusión reinante desde el punto de vista clínico, debería ser el estudio histológico el que pudiera decir la última palabra. Para Vink, el hallazgo patológico más notable es la trombosis de las arterias pequeñas y de las venas y dice observar infiltración celular de la capa arterial media con trombosis pe-rivasular. En 1914 se llamó la atención sobre la presencia de flebitis migratoria aguda y específica con presencia de células gigantes, leucocitos y eosinófilos. Estos datos provienen del propio Buerger. Según Kunlin y colaboradores (9), existe un proceso inflamatorio de todas las capas de la arteria con trombosis reciente. Por otra parte consideran que el adenoma suprarrenal es algo frecuente en la TAO. Según estos autores estas angiopatías tienen en común su inicio en una edad temprana, es clínicamente progresiva y hay fuerte tendencia a la trombosis. Para Zaldúa, en la

TAO, la arteria está formada por un sólo cordón en el cual las tres capas internas, media y externa están fusionadas. Para Hermán (7), el cuadro histológico difiere de la arteriosclerosis obliterante porque el vaso es normal en el segmento proximal y distal a la lesión. Es frecuente que se produzca una canalización de la lesión arterial y hay un aumento de los capilares en la capa media con ausencia de tejido elástico en el proceso organizado. Insiste en que en los estadios iniciales de la enfermedad el diagnóstico diferencial con los diversos estadios de la AO, solo podría hacerse cuando la flebitis constituya el principal hallazgo» Inada, y Katsumara (6), en un caso en el que lograron hacer autopsia, encontraron que el lumen de la arteria tibial anterior izquierda estaba ocluido por tejido fibroso con mucha recanalización e infiltración de células redondas, la elástica estaba engrosada; la luz arterial estaba moderadamente estrechada, con una íntima marcadamente prominente y acolchonada. Afirman que la lesión aguda se encuentra muy raramente en el estudio histológico y que en suma no hay lesiones microscópicas patognomónicas. En este caso autopsiado, se encontraron severas lesiones arterioscleróticas en las partes proximales del muñón amputado.

Para Jáger, la íntima esta protruída y engrosada en las arterias de mediano calibre, especialmente la arteria femoral, y hay obliteración distal de la misma arteria con trombos frecuentemente recanalizados. Existen además trombos frescos no organizados.

debe decirse "Enfermedad arterial oclusiva de tipo Buerger", debiéndose evitar el término "enfermedad" excepto en los casos en que el diagnóstico se pueda confirmar histológicamente. En opinión de Rivera (12), el diagnóstico de enfermedad de Buerger, esta basado en el cuadro clínico, en los hallazgos radiológicos y en el estudio histológico. De acuerdo con Tinguad, la TAO debe dividirse en dos a tres tipos: la enfermedad en el sentido estricto y otros tipos que son difíciles de definir y están sujetos a discusión. Considera que la etiología de la enfermedad es muy dudosa y si bien es cierto que estas personas son fumadoras, hay que tomar en cuenta que desde el momento que un individuo es fumador es por así decir un "alérgico"-a su medio ambiente. Vink afirma que la discusión desde el punto de vista anatómico-patológico lleva la posibilidad de una enfermedad autoinmune y que sean varios los agentes patológicos que puedan causar la lesión específica de la pared vascular. También cree mejor hablar de "Síndrome".

Con otro criterio, Chopra y colaboradores, (2), concluyen que la TAO es una entidad clínica distinta y que la incidencia de la participación venosa es muy alta.

Hermán (7), hizo una revisión de los casos de supuesta TAO en el Mount Sinai Hospital entre los años 1933 y 1963. En 33 casos de amputaciones encontraron solo dos casos que tenían las características histológicas de Buerger. Por ello, también abogan por usar el término de "Síndrome". De 205 casos estudiados,

solo 33 eran compatibles con el diagnóstico de "Buerger" y 28 tenían cuadros clínicos muy parecidos a la enfermedad de Buerger pero el diagnóstico resultaba discutible porque los expedientes estaban incompletos. Creen que la enfermedad se confunde frecuentemente con la arterioesclerosis obliterante, con la diabetes y con la hiedura. Se hace énfasis en que Buerger mismo tenía solo dos casos con lesiones agudas de los vasos profundos. De Bakey y Cohén tienen evidencia histológica en solo el 1.70/o de los supuestos casos de TAO entre los 936 casos estudiados en el USA Army. Horwitz conviene en que a pesar de que no existe un cuadro histológico patognomónico, el síndrome clínico existe y cita 68 pacientes de estos en sus series.

Para Mozes (11), parecen existir tres grupos de pacientes jóvenes que sufren isquemia de la pierna: arteriosclerosos jóvenes, enfermos reales de Buerger y pacientes con cambios combinados de AO y TAO.

Para Shionoya (13), en 100 casos considerados como de Buerger se logró hacer autopsia en uno y en él se encontraron cambios ateroscleróticos de las coronarias, de la aorta abdominal, con leve engrosamiento celular de la íntima de las arterias viscerales. Cree que el último criterio para el diagnóstico de TAO (14), es el hallazgo de un cuadro histológico típico en las arterias y que en los cortes efectuados realizados en diferentes niveles se concentran células gigantes características y notable infiltración de células inflamatorias en el trombo.

Para Eadie (4), los hallazgos arteriográficos clásicos descritos como de Buerger se encontrarían en pacientes en los cuales el diagnóstico era en realidad de AO, y afirma que en 13 casos estudiados solo pudieron encontrar evidencia de Buerger en forma objetiva en 7 enfermos.

## CONCEPTOS TERAPÉUTICOS

Inada et al (8), hicieron la tromboendarterectomía en 55 pacientes con TAO pero consideran que no es una buena operación por no poderse obtener un buen clivaje y que por ello hay pocos informes sobre esta operación en TAO. Corelli (3), de acuerdo con su estricto criterio, cree que la abolición absoluta de la inhalación directa o indirecta del humo de cigarrillos es el tratamiento y lo asocia a la maloterapia y al tratamiento de las infecciones locales. Zanini y Cortrufo preconizan (18), la simpaticectomía asociada a la adrenalectomía unilateral, Vander Stricht también aboga por la simpaticectomía (16), mientras Wuw Stojanovic y col (15) afirman que si pudiéramos aclarar la etiología de la enfermedad también podríamos encontrar medidas más adecuadas para su prevención y tratamiento.

## TAO EN HONDURAS

Si meditamos en los estudios llevados a cabo por científicos de justificado renombre, como se ha visto desfilar en este trabajo de actualización, tendremos que llegar forzosamente a la conclusión de que clasificar de Enfermedad de Buerger únicamente por las características clínicas y el cua-

dro arteriográfico no suficiente. En revisiones estadísticas sobre las características de nuestros enfermos publicados con anterioridad (5 y 6) damos cifras de 9.3o/o y 10.5o/o de TAO sobre el total de pacientes con procesos arteriales obliterantes. Hoy creemos que probablemente no hubo suficiente justificación en muchos casos. Posiblemente nuestros porcentajes son exagerados.

No obstante, si creemos que debemos de insistir una vez más, en el hecho particular de que nuestros pacientes con arteriopatías crónicas obliterantes tienen un bajo índice de historia de claudicación intermitente (48.2o/o en los trabajos ya referidos), lo cual coincide con las observaciones de Puech Leao en sus pacientes brasileños (40.6o/o). También sabemos que nuestra arteriosclerosis obliterante tiene una principal predilección por arterias periféricas especialmente y que las oclusiones aórticas e ilíacas son considerablemente menos frecuentes que las del ligamento inguinal para abajo. Nuestra arterioesclerosis obliterante tiene en realidad algunas de las características de TAO. Probablemente, tendremos que admitir que la arterioesclerosis obliterante puede presentarse con cuadros distintos, según la ubicación geográfica, los grupos étnicos, los factores alimenticios, la influencia del stress y otros tantos conceptos que hoy en día solo apenas vislumbramos.

#### CONCLUSIÓN

Al hacer una revisión de conceptos modernos sobre la existencia o no como enfermedad independiente de la Tromboangeitis Obliterante, hemos pretendido únicamente, resumir para nuestros lec-

tores las opiniones de grandes personalidades en la Angiología sobre este tema tan apasionante. Personalmente, tenemos la impresión, que cualquiera que sea el cuadro histológico y la ausencia de elementos de suficiente peso científico para afirmar que la TAO es una enfermedad independiente, sin conexiones con la arterioesclerosis obliterante, si es cierto también que desde el punto de vista clínico existe un cuadro de obstrucción arterial que no sigue los lineamientos generales de la arterioesclerosis obliterante y en la cual la influencia del tabaquismo es determinante. Creemos prudente desde un punto de vista objetivo, referirse a ella únicamente como Síndrome de Tromboangeitis Obliterante.

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1) Adar, R. Buerger's Disease. The need for diagnostic criteria. *Surgery*. 76: 846: 74
- 2) Chopra, B.S. Zakariah, T. Sodhi, J.S. Khanva, S.K. Wahl, P.L. Thromboangeitis Obliterans. A Clinical Study with Special Emphasis on venous involvement. *Angiology*. 27: 126: 76,
- 3) Corelli, F. Buerger's Disease Cigarette Smoker disease may always be cured by medical therapy alone. Uselessness of operative treatment. Symposium on Buerger's Disease. *The Journal of Cardiovascular Surgery*. 14: 5: 73-
- 4) Eadie, D.G.A. Buerger's Disease. A Clinical and ethiological re-examination. *Rev. Brasileira Cardiovascular*. 11: 52: 70.
- 5) Gómez-Márquez, J. Arteriopatías obliterantes crónicas en el medio hondureño. Análisis estadístico en 183 casos. *Angiología* 2: 61: 68
- 6) Gómez-Márquez, J. Análisis de 351 casos de patología arterial. *Angiología*. 22: 172: 70.
- 7) Hermán, B.E. Buerger's Syndrome. *Angiology*, 26: 713: 75.
- 8) Inada, K. Katsumara, T. The Entity of Buerger's Disease. *Angiology*. 23: 668: 72.
- 9) Kunlin, J. Lengua, F. Testart, J. Pajot, A. Thromboangeiosis or Thromboangeitis treated by adrenalectomy and sympathectomy from 1942 to 1962. (A follow-up study of 110 cases. Symposium on Buerger's Disease. *The Journal of Cardiovascular Surgery*. 14: 5: 73.
- 10) Morris-Jones, Jones, C.D.P. Buerger's Disease in Women A report of a case and a review of the literature. *Angiology*. 24: 675: 73.
- 11) Mozes, M. Cahanzkyc Doitsch, V. Adar, R. The Association of Arterioesclerosis and Buerger's Disease. A Clinical and radiological study. *The Journal of Cardiovascular Surgery*. 11: 52: 70.
- 12) Rivera, R. Roentgenographic diagnosis of Buerger's Disease. Symposium on Buerger's Disease. *The Journal of Cardiovascular Surgery*.

# SECCIÓN INFORMATIVA

## CLÍNICA EVANGÉLICA MORAVA EN AHUAS

*Por Dr. SAM MARXS*



La comunidad de Ahuas-Paptalaya a lo largo del Río Patuca en La Mosquitia suplicó a la dirección de la Iglesia Evangélica Morava la ubicación de una Clínica en Ahuas. Entonces la Asamblea de la Iglesia ordenó la construcción en el año, 1947. Al principio una enfermera, Clea-

ve Fishel, asistió a los enfermos y después vino la enfermera Lenore Forbes.

Había un consultorio y un cuarto con dos camas para internos cuando llegó el escritor en el año 1951. El mismo año arreglamos un cuarto para cirugía y asis-

tencia de partos. En 1955 fue posible empezar la construcción de un edificio más cómodo y en 1958 una sala de operaciones y otros cuartos para internar pacientes.

Desde el principio la Clínica ha tenido el arreglo de animar

a las familias de los pacientes a traer comida típica para la alimentación de los internados y la asistencia de las necesidades ordinarias, mientras que el personal ofrecieron tratamientos, medicinas y cirugía según necesidad. De este modo ha sido posible seguir proporcionando rayos-x, servicio de laboratorio, algunos tipos de cirugía y asistencia para pacientes externos a un precio bajo.

La obra de la Clínica ha sido sostenido al principio por la Junta de Misiones de la Iglesia Morava y en los últimos 5 años por la Iglesia Morava Hondureña. Durante la ausencia del escritor han servido aquí Drs. Ian Cook, Juan Gillüand, Teodoro Rights y Osear Vides. Además han llegado muchos médicos y enfermeras, Hondureñas, Nicaragüenses, Norteamericanas y Canadienses, para ofrecer sus servicios por varias temporadas. Hemos tenido la cooperación de la Sociedad de Médicos Cristianos para recibir la ayuda de varios especialistas por una temporada corta: oftalmólogos, cirujanos, urólogos, anesthesiólogos, internistas y dentistas.

Desde el año 1952 hemos tenido la ayuda de las Alas de Socorro en el transporte de pacientes. Al principio vino la avio-

neta de Siguatepeque para estar unas semanas en la zona, pero desde el año 1968 un piloto y una avioneta están ubicadas en Ahuas y en este año, 1979 vino un segundo piloto ayudando con el horario pesado de los vuelos y anticipando la llegada de una segunda avioneta en enero 1980.

Hay dos clínicas periféricas, una en Cauquira y la otra en Sico en el Depto. de Colón. El médico trata de visitar estas clínicas para asistir a pacientes y consultar con el paramédico trabajando allí. También tratamos de hacer viajes a aldeas retiradas con la avioneta, generalmente quedando solo un día, llevando las medicinas comunes en el mismo vuelo y asistiendo al mayor número de pacientes posibles. Hay campos de aterrizaje en 26 comunidades pero como hay puestos de salud del gobierno en varias aldeas no hay necesidad de visitarlos a todos. Hay también en la aldea de Cobila otra Clínica temporariamente mantenido por otro médico.

Contamos con la cooperación del Ministerio de Salud Pública en el programa de vacunación y control de tuberculosis. En los últimos dos años cooperamos también con "Madim", una organización de desarrollo de la Iglesia Morava, para mandar en-

fermeras, información y literatura a las aldeas, en fomentar y animar la gente en salud preventiva.

Actualmente, entonces, contamos con 14 camas para enfermos, un edificio central para asistencia de enfermos ambulatorios, equipo de rayos-x, esterilizadores, laboratorio, sala de cirugía, dos casas de residencia para enfermeras, una casa de residencia para médicos, una para el administrador y dos generadores eléctricos. El personal de la Clínica consiste en el administrador, capellán, tres enfermeras graduadas, dos enfermeras prácticas, tres ayudantes, un técnico de laboratorio, un técnico de radiografía y un médico.

En un año llegan un promedio de 10,000 pacientes a la Clínica y asistimos a mil más en aldeas retiradas. Usamos los idiomas Miskito y Español en la Clínica y en las visitas afuera. Hemos tenido también clases de instrucción en primeros auxilios para unos hombres y mujeres de aldeas aisladas y para otras mujeres en ayudarles con su trabajo, como parteras. Nuestro propósito es ayudar a la salud en globo de la gente, físicamente y espiritualmente.

# Educación en el Uso y Manejo de Plaguicidas, Formación y Entrenamiento de Personal para Equipos del Sector Salud y Agricultura

## OBJETIVOS:

Contar con el personal idóneo a nivel nacional para la prevención, diagnóstico, tratamiento y aplicación de medidas de control, producidas por alteraciones a la salud por sustancias tóxicas.

Establecer mecanismos de coordinación sectorial para el mejor funcionamiento de los equipos de salud, agricultura y trabajo.

Definir la programación de acuerdo a los diferentes niveles en la formación y capacitación de grupos agromédicos y la intensidad y frecuencia de su entrenamiento.

Estructurar y desarrollar campañas adecuadas de divulgación, sobre prevención de accidentes relacionados con el uso y manejo de plaguicidas, y crear las organizaciones intersectoriales mínimas para su funcionamiento en todos los estratos de población.

## TEMAS DE DISCUSIÓN:

a) Identificación del Sector Salud con la problemática del uso y manejo de plaguicidas en la agricultura.

b) Impacto económico-social de las intoxicaciones por plaguicidas en el área rural y urbana.

Efectos colaterales en la salud humana de la contaminación ambiental por plaguicidas.

Coordinación de acción entre los sectores Salud y Agricultura, para el uso y manejo racional de plaguicidas.

Zonificación de la asistencia médica para el tratamiento de alteraciones de la salud por la acción de plaguicidas. Capacitación de personal Médico y paramédico en las zonas de mayor exposición a la acción de plaguicidas. Equipamiento mínimo de los centros asistenciales mayormente afectados por la zona de influencia en el uso de plaguicidas.

Elaboración de programas requeridos para la capacitación del personal Médico y paramédico.

Entrenamiento de personal a nivel de finca y comunidad, para prestar primeros auxilios.

Labor de divulgación preventiva y de primeros auxilios, tanto en el área rural como urbana.

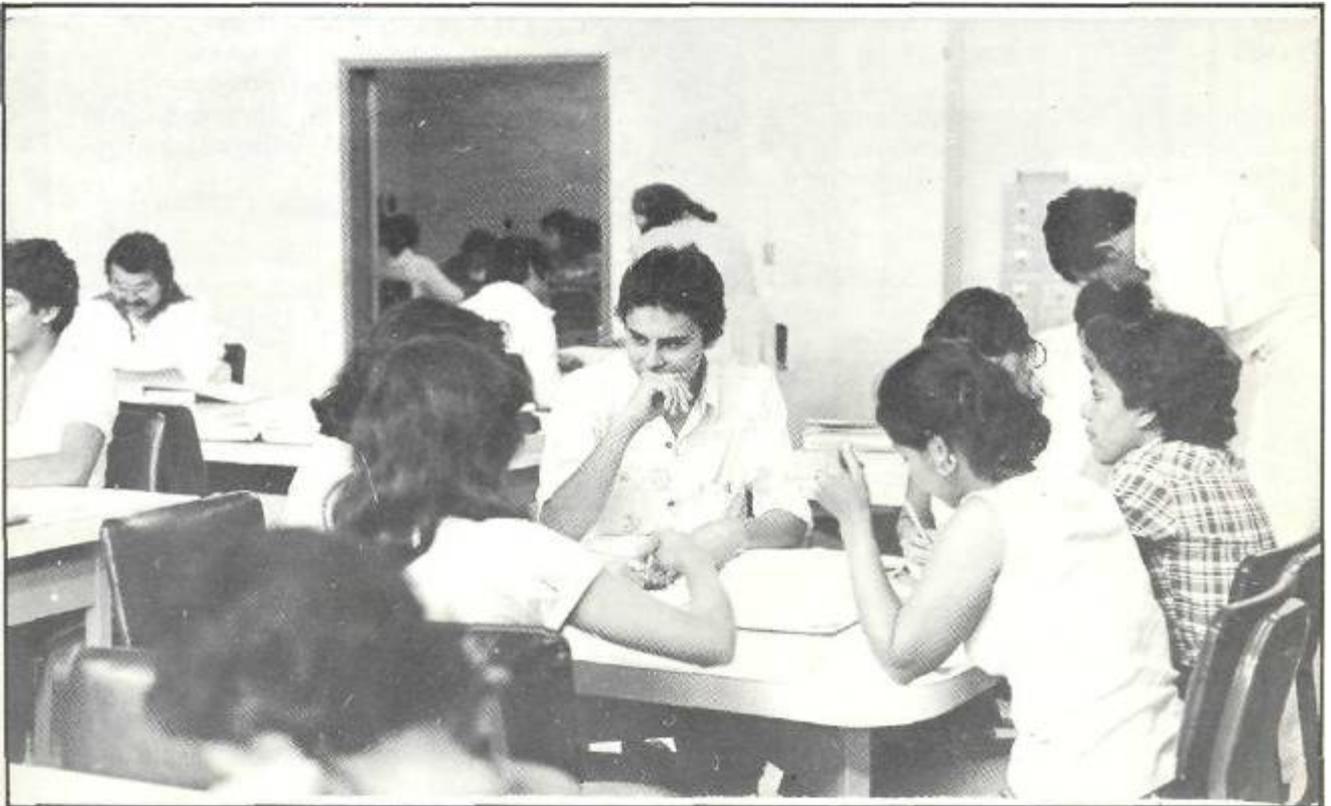
DE INTERÉS A TODOS LOS COLEGIADOS

## SERVICIOS QUE OFRECE LA BIBLIOTECA MEDICA DE LA UNAH A LOS MÉDICOS

La Biblioteca Médica Nacional, unidad especializada del Sistema Bibliotecario ofrece a todos los médicos del país los siguientes servicios:

1. Posibilidad de consultar los 4,000 títulos de libros y los 423 títulos de revistas científicas en el campo de las Ciencias Médicas y afines, que integran sus colecciones.
2. Facilidades para lectura, estudio e investigación en locales de sus salas de lectura.

Compilación de Bibliografías Especializadas sobre temas específicos, proporcionando las referencias bibliográficas de las publicaciones que tiene la Biblioteca Médica, sobre el tema que el usuario solicite.



4. Fotocopiado de material bibliográfico a un costo de L. 0.20 (veinte centavos) por página

5. Intercambio de información con Bibliotecas Médicas de exterior como la Biblioteca Regional de Medicina de la OPS (BIREME) localizada en Sao Paulo, Brasil, y la National Library of Medicine de los Estados Unidos.

A LOS MÉDICOS DEL INTERIOR DEL PAÍS:  
Se les extiende una especial invitación para que soliciten por carta los temas que desean actualizar y se les enviará las bibliografías. Posteriormente pueden pedir fotocopias de los artículos que les interesen a un costo de L. 0.20 (veinte centavos) por página.

Nuestra Dirección es: Biblioteca Médica Nacional  
Facultad de Ciencias Médicas  
Detrás del Hospital Escuela  
Tegucigalpa, D. C.

#### HORARIO DE SERVICIO AL PÚBLICO

Lunes a Viernes      !: a.m. a 8:  
Sábado                    p.m. : a.m. a

Durante el año 1978 se adquirieron 500 libros médicos cuidadosamente seleccionados y más de 2,300 números de revistas correspondientes a 127 títulos diferentes.

#### ESTADÍSTICAS BIBLIOTECARIAS Año 1978

##### I. SERVICIOS

Asistencia de Usuarios	40.964
Préstamos internos de publicaciones	48.044
Préstamos a domicilio de publicaciones	15.624
Horas de Servicio al Público	2.306
Bibliografías elaboradas	61
Referencias atendidas	3.329
Solicitudes de fotocopias al exterior	70

##### II. COLECCIONES

Libros adquiridos	507
Títulos corrientes de revistas recibidas	127
Volúmenes de revistas encuadernadas	813

##### III. ACTIVIDADES DOCENTES Y DE EXTENSIÓN

Charlas sobre uso de la Biblioteca	42
Artículos para revistas profesionales	2
Participación en Seminarios, reuniones, cursos, etc.	6
Exhibiciones de material bibliográfico	27
Cartelera informativa	32
Boletín de Nuevas Adquisiciones	4