COLEGIO MEDICO

Revista

# MEDICA HONDUREÑA

ORGANO

DEL

COLEGIO MEDICO

DE HONDURAS

•

FUNDADA

EN 1930

VOL. 48

ENERO – FEBRERO – MARZO – 1980 – No. 1

## SUMARIO

PAG.

PAGINA DEL DIRECTOR ..... 2

EDITORIAL ..... 3

HETEROTOPIA PANCREATIVA ..... 5

ENFERMEDAD DEPRESIVA MENOR ..... 10

LA GALACTOGRAFIA ..... 18

HERIDAS DE PERICARDIO Y CORAZON. ... 21

RELACION MEDICO PACIENTE ..... 28

SECCION INFORMATIVA ..... 31

# MEDICA HONDURENA

ORGANO DEL COLEGIO DE HONDURAS
FUNDADA EN 1930

## CONSEJO E D I T O R I A L

Dr. CARLOS A. MEDINA
Director

DR. RUBÉN VILLEDA BERMUDEZ
Secretario

Cuerpo de Redacción

DR. CARLOS A. JAVIER Z. DR.
ALEJANDRO VILLEDA B. DR.
CARLOS E. GUTIÉRREZ G. DR.
MANFREDO TURCIOS R.

ADMINISTRACIÓN

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

# PAGINA DEL DIRECTOR

La nueva Junta Directiva del Colegio Médico, nos ha pedido que sigamos con la dirección de la Revista por un año más.

Nos acompañan los Doctores: Rubén y Alejandro Villeda, Radiólogo el primero y Cardiólogo el segundo, el Dr. Carlos Javier, Patólogo, el Dr. Carlos Gutiérrez, Inmunólogo y el Dr. Manfredo Turcios, especializado en Medicina Nuclear, todos trabajando en el Hospital-Escuela.

Nunca se ha pretendido que nuestra Revista sea perfecta, ya que los miembros del Consejo de Directores son personas bien intencionadas pero con poca experiencia en el mundo de las comunicaciones. En otras latitudes los Consejos Directivos y Editoriales de las publicaciones Médicas trabajan si no exclusivamente, a tiempo completo, y por eso las publicaciones son de muy buena calidad.

No obstante, la experiencia es buena y los que participan en la elaboración de la misma creemos que se cumple una función informativa necesaria. A los colegas les suplicamos enviarnos sus trabajos si es posible con dos diapositivas a colores.

Incluímos en esta primera edición, la lista de temas que han de guiar a la Revista Médica Hondureña durante el presente año. La información es necesaria para los colaboradores de la revista, pues marca una orientación para encasillar sus trabajos a publicarse.

La dirección agradece toda la colaboración entusiasta que hasta hoy hemos recibido.
Se consideran "Departamentos" de la Revista los siguientes:

1. Página del Director
2. Editorial
3. Trabajos Científicos Originales
4. Revisiones de la Literatura
5. Informes de Casos Clínicos (incluyendo conferencias anatomoclínicas)
6. Resúmenes y Comentarios de la Literatura
7. Sección Informativa
8. Correspondencia al Director
9. Tribuna de Opinión Médica
10. Series de Educación Continua
    a) Electrocardiografía Práctica
    b) Diagnóstico Radiológico
    c) Procedimientos Técnicos en Medicina Clínica
    d) Patología Clínica
11. Historia de la Medicina
12. Sección Gremial

# EDITORIAL

# LA CENTRALIZACIÓN DEL MEDICO EN HONDURAS

*Varias generaciones de hondureños han sufrido las consecuencias del déficit de profesionales de la Medicina en nuestro país, ya que el número de Médicos es insuficiente para atender las necesidades de salud de la población nacional Efectivamente, varios estudios estadísticos han demostrado que existe un Médico por cada 3,500 habitantes en las zonas urbanas y 1/150.000 habitantes en la zona rural. Aunque las cifras no parecen tan alarmantes, para las ciudades, la realidad muestra un panorama nada favorable para un gran porcentaje de la población, ya que hay mayor concentración de médicos en las zonas urbanas y muy pocos en las rurales. En consecuencia, la proporción es incorrecta desde el punto de vista de cobertura salud. La Facultad de Ciencias Médicas no ha fijado aún un límite en el cupo de estudiantes que ingresan a la carrera de Medicina. Los cursos son muy numerosos, particularmente en los primeros años de la carrera, y debido a ello la maquinaria docente de la Facultad de Medicina afronta serios problemas, falta de instalaciones físicas y equipo necesario para convertir un estudiante en médico.*

*Observaciones de tipo estadístico señalan que en unos años habrán suficientes colegas y que la proporción de un médico por cada 3,500 habitantes se habrá modificado de manera favorable. Sin embargo, creemos que una mejoría estadística en los recursos humanos de la Medicina no necesariamente va a resolver el problema de la distribución de colegas en todo el territorio nacional. Tampoco creemos que la competencia creciente, entre los médicos de las zonas urbanas, logre modificar la centralización a través de un desplazamiento de las nuevas generaciones de Médicos hacia las zonas más necesitadas. Es posible que el resultado a un plazo no lejano sea el establecimiento de sobrepoblaciones médicas en las cuatro ciudades más grandes de la República, con una tendencia a hipertrofiar los servicios generales y especializados, a manera de justificar la centralización urbana.*

*Ninguna legislación actual obliga o incentiva al Médico a que practique la medicina en determinada zona de Honduras, y no consideramos que es la solución al problema planteado. Corresponde a las autoridades gubernamentales y a la Facultad de Ciencias Médicas resolver este problema. El establecimiento de un mayor número de hospitales regionales, con objetivos bien definidos, estructura organizativa y programación adecuadas, sería la primera etapa. Por otra parte, el médico que labora en la zona rural podría tener mayor asignación presupuestaria que el radicado en la ciudad, y es aquí donde las autoridades de salud podrían jugar un papel importante, aunque no decisivo, en la centralización del gremio médico.*

*En las futuras asambleas del Colegio Médico será necesario explorar a fondo este tema, y los futuros colegas deberán tener una visión clara de lo que está sucediendo en las zonas rurales de nuestra patria y lo que podría suceder en el futuro.*

*No podemos predecir que va a suceder, pero tenemos la convicción que si nuestra mentalidad no es proclive a las necesidades actuales en el campo de la salud, tendremos un conflicto que podría dejar huellas profundas en todos los factores de la población.*

## BREVI-NOTAS

Afecciones de la función plaquetaria por medicamentos.

El efecto puede ser buscado o ser el resultado de una complicación. Entre los medicamentos que disminuyen la agregación plaquetaria están la indometacina (Indocid), la aspirina y otros salicilados, la sulfinpirazona (Anturan), el dipiridamol (Persantin), algunos antimitóticos, los dextranes de bajo peso molecular (Reomacrodex).

Otros, inversamente, producen la agregación plaquetaria, donde conviene destacar los estrógenos (anticonceptivos orales) y también los dextranes de alto peso molecular, pero es curioso señalar la existencia de hemorragias profusas aparentemente paradójicas cuando se usan estos porque su acción induce una coagulación intravascular diseminada.

# HETEROTOPIA PANCREÁTICA

*Dr. Silvio R. Zúñiga (*)*

Aunque la existencia de la heterotopia pancreática es conocida en la literatura médica mundial desde hace mucho tiempo, su comprobación en nuestro medio ha sido escasísima y no tenemos conocimiento de ningún caso que haya sido informado.- Esos casos entre nosotros detectados han sido meros hallazgos efectuados en el curso de una operación abdominal dirigida hacia otra causa justificadora de la laparotomía y al ser estudiados después de su extirpación resultaron ser páncreas heterotópicos asintomáticos.

Recientemente hemos tenido el primero y único caso en nuestra experiencia personal y en él el tejido heterotópico condicionaba síntomas. Hemos creído adecuado darle publicidad y aprovechar la oportunidad para efectuar una revisión sobre tema tan poco conocido.

SUMARIO CLÍNICO

Un militar de 32 años ingresó a hospital privado, por intoxicación alcohólica.- Fuera de la sintomatología propia de esta afección, dio historia de vómitos periódicos presentes desde hacía muchos años, los cuales se agravaban después de ingesta alcohólica.- El recuperarse de la intoxicación aguda mencionada, el Médico tratante ordenó un tránsito gastroduodenal y el 15 de Marzo de 1980 se informó que el estómago mostraba "una pequeña muesca en la región prepilórica, dada probablemente por edema, dentro de la cual se aprecia una imagen de nicho; hay gran cantidad de líquido de [illegible]" (Fig. ca hay una lesión de aspecto polipoide, no pediculada, de 2 cm. de diámetro, con canal piló-rico, bulbo y 2a. porción de duodeno normales"; negó la existencia de úlceras.- Se tomaron 3 biopsias, las que fueron informadas como mucosa gástrica normal.,

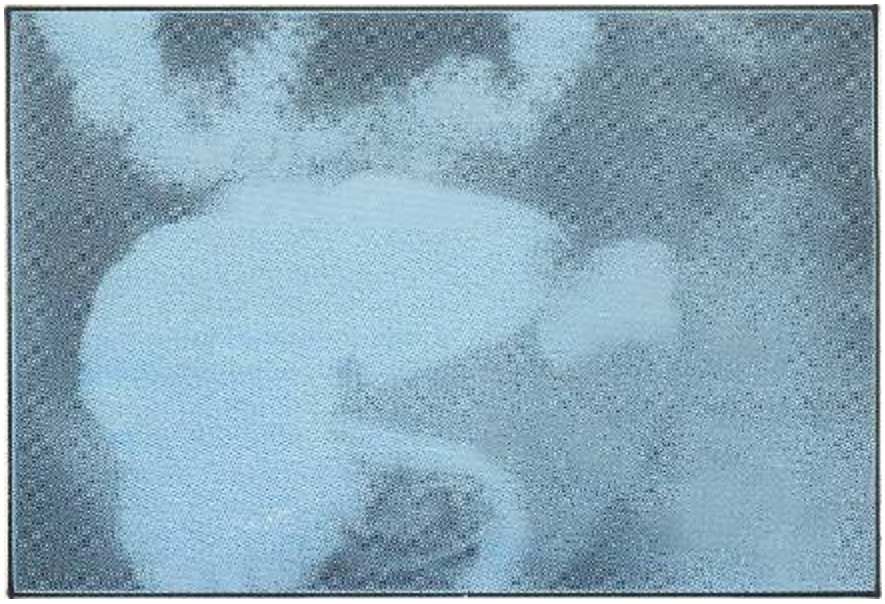


Fig. 1.- Tránsito gastroduodenal

El caso pasó a nuestro cuidado, siendo intervenido quirúrgicamente con el diagnóstico de lipoma submucoso de antro pi-lórico.- Los hallazgos operatorios fueron los siguientes: por palpación se comprobó la existencia de una pequeña tumoración moderada móvil dentro del antro püórico, inmediatamente antes

(*) Jefe Servicio Cirugía General, Hospital - Escuela, Tegucigalpa, D.C. Profesor Titular Diagnóstico Quirúrgico, Facultad CC.MM., U.N.A.H.

Fig. 2.- Dibujo de los hallazgos en la pared posterior del antro a través de una antrotomía anterior.- Nótese la tumoración umbilicada situada inmediatamente antes del canal pilórico.

del piloro, y que consideramos estaba en pared anterior; efectuamos antrotomía longitudinal en esa pared y mediante ella comprobamos que la tumoración estaba ubicada en la pared posterior, tenía unos 2 cm. de diámetro, la mucosa que la cubría era normal en coloración y aspecto pero con una umbilicación central y era móvil sobre el plano muscular del estómago (Fig. 2). Dado lo anterior, que inclinaba hacia un proceso benigno, nos decidimos a efectuar su extirpación total con conservación de la capa muscular adyacente. El corte congelado informó que la lesión era benigna, por lo que efectuamos sutura de los labios de mucosa resultante de la escisión y cerramos la abertura de la pared anterior por antrorrafia transversal en dos planos.

Tuvo un postoperatorio libre de cualquier complicación y al tercer dia se autorizó la alimentación oral, la que toleró sin contratiempo.

El informe diferido de la pieza extirpada fue el siguiente: "La formación polipoidea está formada por proliferación de espacios en forma de conductos y glándulas dilatadas; en algunas áreas se aprecian racimos de un parénquima glandular que recuerda el aspecto de parénquima pancreático; por lo anterior se clasifica esta lesión como tejido heterotópico pancreático en la pared del estómago, que hace protusión de la mucosa".

## REVISIÓN DEL TEMA

DEFINICIÓN Y SINONIMIA. - La heterotopia pancreática consiste en la comprobación de tejido pancreático completamente separado del órgano principal.- Es, en suma, una isla de tejido pancreático ubicada fuera de los confines normales del páncreas, lo que la hace un coristoma.

Esta anomalía ha recibido diversos nombres que, por tanto, deben considerarse sinónimos. Indistintamente los autores la llaman páncreas aberrante, páncreas ectópico, restos pancreáticos, restos pancreáticos accesorios o simplemente páncreas accesorios.

ORIGEN.- El consenso de las opiniones es que el páncreas heterotópico es una anomalía evolutiva, creyéndose que el tejido aberrante probablemente deriva de un anlaje o área embrionaria primitiva desplazada, pero su verdadero modo de desarrollo es desconocido.- Rooney (1) clasifica las teorías sobre el origen de este tejido heterotópico en tres categorías: a) transplante de tejido pancreático de su sitio normal durante el desarrollo embrionario, b) metaplasia de elementos entodérmicos durante la vida postnatal y c) fenómeno atavístico con regresión hacia abimales inferiores que poseen tejidos pancreático en otras localizad ones.

FRECUENCIA- La heterotopia pancreática es una condición que puede ser encontrada en cualquier edad; no obstante, son usualmente descubiertas en la 4a. y 5a. décadas de la vida y raramente se diagnostica en la niñez.- Aseguran Kilman y Berk (2) que ello se debe a que los estudios baritados y la cirugía abdominal se efectúan más frecuentemente en adultos; además, Feldman y Weinberg (3) hacen notar que los nódulos pancreáticos aberran-

tes en los niños tienen 1-2 mm. de diámetro, siendo mucho más pequeños que los de los adultos, creyéndose que dichas masas crecen cuando esos niños pasan a ser adultos.

La frecuencia de su ocurrencia varía según la circunstancia que se considere.- Según las recopilaciones efectuadas por Barbosa et al. (4) en las autopsias su constatación varía del 0,6 al 5,6o/o; sin embargo, Clark y Teplick (5) dan una cifra mayor (13,7o/o) creyéndose que esta elevación se obtiene cuando se practica un examen minucioso del duodeno; igualmente, Feldman y Weinberg (3) informaron una incidencia duodenal del 4o/o en 410 autopsias consecutivas.- Igualmente se han informado que por cada 500 laparotomías se descubre una heterotopia pancreática (0,2o/o) (1).

LOCALIZACION.- Según Pincus (6) el tejido pancreático heterotópico ha sido encontrado en muchos órganos abdominales desde que Klob, en 1859, describió por primera vez una tumoración de este tipo en el estómago.

Según Langman (7) el tejido pancreático puede implantarse en cualquier sitio, desde el extremo distal del estómago hasta el extremo del asa intestinal primaria.- Según Robbins (8), la frecuencia del tejido ectópico decrece a medida que se desciende en el tubo gastrointestinal.

Busard y Walters (9) revisaron 543 casos de tejido pancreático heterotópico, estando el mismo diseminado en órganos abdominales pero con un 60o/o de ubicación en el estómago y duodeno.- Cifras similares dan otros (6) ya que aseguran que en el 80o/o de los casos los restos pancreáticos ocurren en el estómago, duodeno o yeyuno y, menos frecuentemente, se encuentran en el íleum, mesenterio, tracto biliar, bazo, divertículo de Meckel, ombligo o apéndice cecal y raramente en el mediastino.

Si nos concentramos a adquirir información sobre la localización gástrica, de acuerdo a Ming (10) en el estómago puede encontrarse tejido heterotópico del extremo distal del intestino anterior y el más común de estos tejidos aberrantes es el pancreático. Palmer (11) revisó 215 casos de páncreas aberrante del estómago y en un 85o/o lo encontró en el píloro o en el antro pilórico, causando en cerca del 1/4 de los casos obstrucción pilórica; no obstante, Matsumoto et al. (12) aseveran que en el Japón las obstrucciones pilóricas por páncreas aberrante son extremadamente raros y que solo unos pocos casos han sido comunicados.- De los 20 casos informados por Kilman y Berk (2) en 13 casos (65o/o) estaban en el antro, en 6 (30o/o) eran prepilóricos y en 1 (5o/o) radicaba en el canal pilórico; en todos estos casos el tejido aberrante estaba localizado en la curvatura mayor o en la cara posterior.

PATOLOGÍA.- El tejido heterotópico usualmente forma una masa en forma de disco con límites mal precisados.- Según Ming (10) las masas polipoideas son raras pero Pincus (6) asegura que pueden formar masas hemisféricas, conos o proyecciones como pezones, que pueden ser equivocados como pólipos u otra neoplasia; según Kilman y Berk (2) en el 6O0/0 de sus casos la masa tenía una base amplia pero en el resto era angosto, típica de un pólipo gástrico; en todos los casos la superficie fue lisa con las características de un tumor intramural extramucoso, a diferencia de la superficie irregular de un típico adenocarcinoma.- Se ha informado como característica macroscópica una umbilicación o depresión central en la masa; en la serie de Kilman y Berk solo el 45o/o tuvo un nicho central y en ellos la profundidad del mismo estaba en relación con el tamaño de la masa y recordaba una úlcera péptica en cicatrización o un tumor mural ulcerado; en esa misma serie el 25o/o de los casos media menos de 1 cm. de diámetro, entre 1 y 2 cm. en el 30o/o y en el 40o/o era mayor de 2 cm.- Otros (11) aseguran que usualmente tienen menos de 2 cm. de tamaño.

Microscópicamente el tejido está constituido por lóbulos con pocos o ningún islote de Langerhans; muchos de los conductos están dilatados y pueden estar presentes glándulas del tipo Brunner.- Pueden existir conductos con células cuboidales o columnares que aparecen en una muscularis desarreglada; en estos casos se utiliza el término de adenomioma. El tumor usualmente se origina en la submucosa (3/4 partes de los casos según Pincus) y en 1/7 de los mismos en la capa muscular.

Basándonos en un cuadro elaborado por Ming y relaciona-

do con tumores benignos del estómago, las cifras relacionadas con los datos anteriores son los siguientes: a) la incidencia en autopsia es de 0.07o/o, b) su frecuencia en relación con todos los tumores benignos del estómago es de 6,4o/o, b) su localización en el antro es de 860/0 y en el cuerpo de 12o/o, d) el tamaño menor de 2 cm. ocurre en el 76o/o, siendo el tamaño máximo de 5 cm. y e) la edad en que se detectaron osciló entre 31 y 50 años en el 71o/o.

SINTOMATOLOGIA.- La mayor parte de restos pancreáticos heterotópicos no producen síntomas e incidentalmente son descubiertos por estudios baritados del estómago, durante una laparotomía o al verificarse una autopsia (2).- Según Barbosa et al. (4) en 41 casos comprobados en la Clínica Mayo, sólo en el 6I0/0 de ellos dieron manifestaciones clínicas. Cuando están presentes, los síntomas pueden depender de la ubicación del páncreas aberrante (6) o por la patología que se desarrolla en ellos: cuando están localizados en el estómago o duodeno pueden sugerir gastritis, úlcera péptica, colecistitis, mimetizar una úlcera duodenal obstructiva, una estenosis pilórica congénita o adquirida; igualmente se han informado casos de obstrucción mecánica del intestino acondicionada por crecimiento de la masa o por inflamación de la misma.- Además, según Rohads et al. (13) se cree que el tejido pancreático ectópico es más propenso que el pancreático eutópico para sufrir alteraciones malignas y, de acuerdo con Pincus, "cualquiera forma de enfermedad pancreática puede afectar el resto pancreático, incluyendo tumores benignos o malignos, tumores de células de los islotes y las varias formas de pancreatitis". (Howard et al. (14) informan casos de tumores insulares ectópicos y que en 8 de ellos causaron hipoglicemia.- Igualmente se han descrito casos de hemorragia gastrointestinal masiva (5) originada en ulceraciones del páncreas aberrante y en casos en los que no se detectó ulceración.

AUXILIARES DIAGNÓSTICOS. En los casos sintomáticos tres medios auxiliares pueden ser de ayuda diagnóstica:

a. Radiología.- Cuando la masa radica en el estómago el tránsito baritado puede poner en evidencia la misma.- Según Kilman y Berk (2), radiológicamente aparece como una pequeña masa, esférica u oval, con límites precisos y base ancha, situada dentro de los 6 cm. que anteceden al canal pilórico; la comprobación de un nicho en el centro de la lesión y que representa una depresión que conduce a su sistema ductal, permite el diagnóstico del tejido pancreático heterotópico, habiendo sido informado que el diámetro del orificio varía de 1 a 5 mm. y su profundidad de 5 a 10 mm.; sin embargo, estos mismos autores informan 2 casos en que la masa estaba a mayor distancia del píloro, que en el 40o/o de sus casos no tenían base amplia (remedando un pólipo) y que en el 55o/o de los mismos casos no comprobaron nicho central.- Un diagnóstico radiológico preoperatorio definitivo raramente es posible, pudiendo ser efectuado si se logra visualizar el sistema ductal lleno de bario.

b. Endoscopía.- El gastroscopista puede ver la característica umbilicación central sin ulcera ción de la mucosa; desgraciada mente esta no es siempre detectable porque la masa puede ser submucosa, intramural y aún subserosa.- Igual consideración puede hacerse sobre biopsias ob tenidas por medio del gastros copio, ya que usualmente se to man muestras de la mucosa nor mal que recubre la masa.

c. Arteriografía.- La arteriografía selectiva celíaca o mesentérica superior puede ser de uti lidad para localizar el sitio de sangrado cuando la hemorragia tiene cierta importancia, pero es incapaz de determinar su causa, a menos que se utilicen artifi cios no convencionales y cuando la masa radica en el duodeno (5).

No son confiables los hallazgos macroscópicos intraoperatorios para dar el diagnóstico de páncreas aberrante y solo el estudio histológico del espécimen permite un diagnóstico preciso (12).

TRATAMIENTO.- El tratamiento de elección es la simple escisión (2) aunque algunos pacientes que presentaban páncreas heterotópico hayan sufrido una cirugía más radical porque la verdadera naturaleza de la lesión no fue reconocida en el acto quirúrgico. Pincus (6) aconseja que el Cirujano debe considerar la posibilidad de una lesión benigna, tal como resto pancreático, y evitar resecciones extensas innecesarias.

SUMARIO

1. Se informa un caso de heterotopía pancreática loca lizada en antro pilórico y que daba manifestaciones obstructivas incompletas.

2. Se revisa la literatura médi ca sobre heterotopía pan creática, consignando su de finición y sinonimia, su origen, frecuencia, localización y patología.- Se analizan la sintomatología y los medios de diagnóstico.- Finalmente, se especifica su tratamiento.

REFERENCIAS

1. ROONEY, D.R.: Aberrant pancreatic tissue in the stomach. Radiology 73:241 1959.

2. KILMAN, W.J. y Berk, R.N. The spectrum of radiographic features of aberrant pancreatic rests involving the stomach. Radiology 123:291 1977.

3. FELMAN, M. y Weinberg, T.: A berrant páncreas: A cause of duodenal syndrome. J. A. M. A. 148:893 1952.

4. BARBOSA, J. J. de C, Dockerty, M.B. y Waugh, J. M.: Pancreatic heterotopía.- Surg. Gynec. Obst. 82:527 1946.

5. CLARK, R. E. y Teplick, S. K.: Ectopic páncreas causing massive upper gastroin testinal hemorrhage.- Gastroenterology 69:1331 1975.

6. PINCUS, I. J.: Anomalies of the páncreas.- Bockus Gastroenterology Vol. III pag. 890 W.B. Saunders Company.-Füadelfial965.

7. LANGMAN, J.: Embriolo gía Médica.- Pag. 238 Edit. Interamericana.- México 1968.

8. ROBBINS, S. L.: Tratado de Patología.- Pag. 877 Edit. Interamericana.- Méxi co 1968.

9. BUSARD, J. M. y Walters, W.: Heterotopic pancreatic tissue.- Report of a case presenting symptoms of ulcer and review of recent literature.- Arch. Surg. 60:674 1950.

10. MING, S-Ch.: Tumors of esophagus and stomach.- Pág. 120.- Armed Forces Institute of Pathology.- Washington 1973.

11. PALMER, E.D.: Bening intramural tumors of the sto mach; a review with special reference to gross pathology.- Medicine 30:81 1951.

12. MATSUMOTO, Y., Kawai, Y. y Kimura, K.: Aberrant Páncreas causing puloric obstruction.- Surgery 76: 827 1974.

13. ROHADS, J. E., Alien, J. G. Harkins, H. N. y Moyer, C. A.; Principios y prácti ca de la Cirugía.- Pág. 803 Edit. Interamericana. Méxi co 1972.

14. HOWARD, J.M., Moss, N.H. y Rohads, J.E.: Hyperinsulinism and islet cell tumors of the páncreas.- Surg. Gynec. Obst. 90:417 1950.

# ENFERMEDAD DEPRESIVA MENOR

*Dr. Ramiro Coello-Cortés**

SUMARIO

La depresión neurótica o reactiva puede ser un trastorno psicobiológico. Sus manifestaciones clínicas son más típicas de una enfermedad que de una "neurosis", o un proceso "reactivo". El estudio de 45 pacientes con este diagnóstico, demostró un cuadro clínico característico consistente de insomnio inicial, crisis de llanto, afecto ansioso - deprimido, dolor de diversa índole, sentimientos depresivos e irritabilidad. La edad de comienzo fue más frecuente durante la adolescencia. Problemas maritales y familiares fueron comunes, así como el uso de alcohol o sedantes como medio de controlar los síntomas. Solamente una tercera parte de los pacientes presentaron factores precipitantes que pudieran dar crédito al adjetivo "reactiva". En 6O0/0 de los casos, se encontró una historia familiar positiva, ya sea por alcoholismo o por depresión "neurótica", confirmando una base familiar del trastorno. Debido a que los términos "reactiva" y "neurótica" son confusos, se propone el uso del nombre "depresión menor".

*Jefe de Residentes de Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría, Cook County Hospital

## INTRODUCCIÓN

Gillespíe (9) tratando de diferenciar la depresión exógena de la endógena, atribuyó a la primera la característica de tener "reactividad[1]'. El aplicó el término "racktive", primera vez usado por Lange (23). Describió esta cualidad como la capacidad de los pacientes con depresión exógena, de "reaccionar" a los estímulos psicosociales del ambiente en general. Como la reactividad no se presentaba en la depresión endógena, él sugirió que esta cualidad era útil para distinguir ambas clases de depresión y llamó a la exógena "depresión reactiva".

Con el tiempo, este concepto se ha distorsionado y la depresión reactiva ha venido a ser equivalente a "depresión inducida por factores psicosociales del ambiente". De este modo, la búsqueda y presencia de factores precipitantes se ha tornado diagnóstica. Cuando ellos están presentes, el diagnóstico es depresión reactiva (exógena); cuando ausentes, depresión endógena. Este enfoque es erróneo.

Como en ambas depresiones, los factores precipintantes pueden o no estar presentes, su valor diagnóstico o etiológico es mínimo. Por ejemplo, Paykel y cois. (20) encontraron precipitantes psicológicos en 35 a 40o/o de pacientes con depresión endógena. Cadoret y cois. (2) estudiando sujetos con depresión unipolar (depresión que no se acompaña de ataques maníacos) hallaron precipitantes en 12o/o de los casos. Consciente de este problema Klein (21) ha llamado a la endógena "depresión endogenomórfica", para enfatizar el cuadro clínico en vez de la causa. Todavía, sin embargo, persiste la creencia de que la depresión reactiva es causada exclusivamente por factores adversos del ambiente.

Otro sinónimo de depresión reactiva es "neurosis depresiva" (1). Neurosis se define como "un coflicto intrapsíquico no resuelto". Este término es aún más vago ya que conflictos intrapsíquicos existen en una variedad de trastornos psiquiátricos no neuróticos e incluso en personas que no tienen ningún desorden mental (33). Además, tiene un significado etilógico impreciso, no dice nada de la sintomatología o el pronóstico e implica la idea de un carácter específico, particular de un individuo, sin ninguna connotación genética, familiar o un cuadro clínico típico.

Sydenham, por otro lado, en el siglo XVII, describió el concepto de enfermedad como una constelación (síndrome) de síntomas y signos con un pronóstico peculiar. El utilizó el diagnóstico como un medio de predecir con certeza el futuro de la enfermedad. Saber el diagnóstico es conocer el pronóstico. Este concepto es especialmente útil en trastornos en los cuales la etiología se desconoce, y es el prevalente, hoy en día, en la clasificación de desórdenes psiquiátricos aunque con menor valor predictivo (16).

---

En resumen, ¿es la depresión reactiva, reactiva?; ¿es una neurosis o una enfermedad?; ¿es la depresión reactiva causada por factores psicosociales? Con objeto de responder estas preguntas se estudió en pacientes con este trastorno: a) la edad de comienzo, b) los síntomas y signos, c) los factores precipitantes y d) los parientes consanguíneos.

## MÉTODOS

Este estudio se realizó con pacientes psiquiátricos externos del Centro de Salud Fantus, en el Hospital Cook Country de la Ciudad de Chicago, Illinois, Estados Unidos, entre el lo. de Julio de 1977 y el 30 de Junio de 1978.

SUJETOS. De una serie de 150 pacientes externos, nuevos y consecutivos, se diagnosticaron 45 pacientes con depresión reactiva/neurótica. Cuarenta de ellos (89o/o) fueron mujeres y 5 (ll o/o) varo nes. Todos estos pacientes se sometieron a un examen físcio y neurológico completos y exámenes de laboratorio incluyendo glicemia, proteínas totales, albúmina, urea, creatinina, ácido úrico, bilírrubina, fosfatasa alcalina y colesterol séricos; calcemia, electrolitos, enzimas séricas, hemograma, radiografía de tórax y electrocardiograma. Todos ellos fueron referidos por otros médicos después de que exámenes exhaustivos demostraron ausencia de factores orgánicos explicativos del síndrome depresivo. En los casos necesarios otros exámenes fueron ordenados como electroencefalograma, radiografía de cráneo y escintigrama y tomografía computarizada cerebrales, así como consulta con otros especialistas. En ninguno de los casos se encontró una alteración orgánica que pudiera explicar los síntomas depresivos. Sin embargo, con fines de investigación, se urgió a todos los sujetos a conti-

miar las visitas médicas con objeto de detectar trastornos incompletamente manifiestos. Estas visitas se continuaron por un período hasta de un año y no menor de tres meses después de la primera consulta psiquiátrica. De nuevo, no se detectó ninguna otra enfermedad intercurrente que pudiera causar el desorden depresivo.

Todos los pacientes fueron sujetos a una historia clínica y examen del estado mental estandarizados (Apéndice I). La edad índice promedio fue de 38.75 años con 17 años para el paciente mas joven y 70 años para el más viejo. La edad índice media fue de 37 años. La clase social fue una mezcla de media y baja con preponderancia de la última.

CRITERIO DIAGNOSTICO. Los 45 pacientes incluidos en este estudio fueron diagnosticados en base a criterios de inclusión y exclusión. Criterios de inclusión fueron síntomas sugestivos de depresión descritos por Chapman (4) y Nemiah (28) como: afecto deprimido, crisis de llanto, trastornos del sueño, dolor en diversas áreas corporales, trastornos del apetito, irritabilidad, sentimientos depresivos, problemas interpersonales e historia de depresión. Criterios de exclusión constituyeron otros desórdenes que producen cambios similares del afecto como depresión endógena ("endogenomórfica"), neurosis de angustia y síndrome de Briquet. Pacientes con estos desórdenes, usando los criterios diagnósticos (Apéndice O) de Chodoff (5), Guze (11), Feighner y cois. (8), Woodruff y cois. (35) y Taylor y Abrams (34) fueron excluidos del estudio. Asimismo, se eliminaron sujetos usando medicamentos o drogas o con enfermedades sistémicas o cerebrales que se conoce producen trastornos depresivos (reserpina, anemia perniciosa, epilepsia del lóbulo temporal, etc.)

Antes de su inclusión en el estudio, todos los casos se presentaron en sesiones clínicas al Personal del Centro de Salud constituido por dos profesores de Psiquiatría, dos residentes en Psiquiatría del tercer año, tres psicólogos y una trabajadora social en Psiquiatría. Cuando el diagnóstico estuvo en duda o los criterios no claramente definidos, el paciente fue excluido.

FACTORES PRECIPITANTES. El propósito de esta parte del estudio fue determinar la presencia o ausencia de factores negativos concurrentes con la depresión, no esclarecer si ellos fueron causales, precipitantes, contribuyentes o efectos de la depresión. El término "precipitantes" se ha escogido, en este contexto, arbitrariamente, sin ninguna connotación etiológica. Con el objeto de proveer homogeneidad, "factor precipitante" se definió como: "cualquier evento adverso de la vida (muerte de pariente, pérdida del trabajo, conflicto marital, accidentes, divorcio, enfermedad, etc.) presente en cualquier momento durante los 6 meses previos a la aparición del actual episodio depresivo". El período de seis meses se escogió en base al conocimiento de la reacción normal de pena. Clayton y cois. (6) han demostrado que las personas normales resuelven sus penas completamente en un período de seis a ocho semanas y siempre menor de seis meses.

ESTUDIO DE FAMILIAS. El diagnóstico de parientes consanguíneos de primer orden (padres, hermanos e hijos) se realizó a través de entrevistas con el propio paciente. En todos los casos, también se interrogó de uno a tres parientes mayores de edad (incluyendo el cónyuge) con el propósito de confirmar dichos diagnósticos. Los criterios diagnósticos usados con los parientes (Apéndice III) fueron los mismos descritos por Feighner y cois. (8), Woodruff y cois (35) y Taylor y Abrams (34), incluyendo esquizofrenia, manía, depresión endógena, alcoholismo y depresión neurótica. Esta última se diagnosticó usando los mismos criterios anteriormente descritos páralos sujetos.

## RESULTADOS

EDAD DE INICIO. El cuadro número 1 demuestra que en la mayoría de los pacientes el comienzo de la depresión ocurrió durante la adolescencia, siendo menos frecuente después de la edad de 21 años y rara después de los 35 años.

SINTOMATOLOGIA, La frecuencia de los varios síntomas se presenta en el cuadro número 2. Afee-

to ansioso-deprimido, sentimientos depresivos, dolor, trastornos del sueño (especialmente insomnio inicial), crisis de llanto, discordia marital e irritabilidad fueron los síntomas más comunes. Impotencia se presentó en 8O0/0 de los cinco casos varones. La ingestión de sedantes o alcohol fue más un intento de controlar los síntomas depresivos y no dependencia medicamentosa.

FACTORES PRECIPITANTES. En solamente una tercera parte de los pacientes hubo factores que precedieron la depresión durante los 6 meses previos. La historia detallada de estos eventos sugiere que exacerbaron una depresión ya existente, de duración prolongada que se había aminorado, más que precipitar o causar la depresión. En 66.60/0 de los casos, no hubo factores concurrentes durante un período similar. Otros pacientes atribuyeron la depresión a sucesos acaecidos años atrás, por ejemplo: la muerte de la madre cinco años antes[1'], mientras otros no encontraron razones para su depresión.

CUADRO NUMERO 1

EDAD DE INICIO EN 45 PACIENTES

| EDAD DE INICIO | NUMERO DE CASOS |
|---|---|
| 13 — 14: | 1 ( 2.2o/o) |
| 15 — 16: | 5 (11.1o/o) |
| 17 — 18: | 11 (24.4o/o) |
| 19 — 20: | 10 )22.2o/o) |
| 21 — 22: | 4 ( 8.8o/o) |
| 23 — 24: | 2 ( 4.4o/o) |
| 25 — 26: | 6 (13.3o/o) |
| 27 — 28: | 0 ( — ) |
| 29 — 30: | 3 ( 6.6o/o) |
| 31 — 32: | 1 ( 2.2o/o) |
| 33 — 34: | 2 ( 4.4o/o) |
| 35 — 36: | 0 ( — ) |

CUADRO No. 2

SINTOMATOLOGIA EN 45 PACIENTES

| | |
|---|---|
| AFECTO ANSIOSO- DEPRIMIDO. . . . . | 100.0o/o |
| DOLOR DIVERSOS. . . . . | 97.7o&o |
| SENTIMIENTOS DEPRESIVOS. . . . . | 93.3o/o |
| DOLOR DE CABEZA. . . . . | 91.1o/o |
| CRISIS DE LLANTO . . . . . | 88.8o/o |
| DISCORDIA MARITAL. . . . . | 82.2o/o |
| IMPOTENCIA. . . . . | 80.0o/o |
| INSOMNIO INICIAL . . . . . | 77.7o/o |
| IRRITABILIDAD. . . . . | 71.1o/o |
| DISCORDIA FAMILIAR . . . . . | 60.0o/o |
| USO DE ALCOHOL . . . . . | 51.1o/o |
| USO DE SEDANTES . . . . . | 48.8o/o |
| HIPERSOMNIO TERMINAL . . . . . | 37.7o/o |
| INSOMNIO MEDIO . . . . . | 26.6o/o |
| INSOMNIO TERMINAL. . . . . | 20.0o/o |
| INTENTOS SUICIDAS. . . . . | 13.3o/o |
| ATAQUES DE ANSIEDAD . . . . . | 4.4o/o |

CUADRO NUMERO 3.

MORBILIDAD EN 45 FAMILIAS

| | |
|---|---|
| ALCOHOLISMO | 48.8o/o |
| DEPRESION REACTIVA | 48.8o/o |
| ALCOHOLISMO O DEPRESION REACTIVA | 60.0o/o |
| ALCOHOLISMO O DEPRESION REACTIVA | 42.2o/o |
| ESQUIZOFRENIA | 0.0o/o |
| DEPRESION ENDOGENA | 2.2o/o |
| MANIA | 0.0o/o |
| HISTORIA FAMILIAR NEGATIVA | 40.0o/o |

ESTUDIO DE FAMILIAS. En un 60o/o de los pacientes (cuadro número 3), se encontró historia familiar positiva ya sea de alcoholismo o depresión reactiva en parientes consanguíneos de primer orden. Una u otra de estas dos enfermedades estuvo presente en 48.80/0 de los casos y ambas en 42.2o/o. Se presentó un caso de depresión endógena (2.2o/o) y no parientes con esquizofrenia o manía. En 40o/o de los sujetos no se detectó ninguna enfermedad mental en las familias. Un análisis preliminar de la morbilidad familiar, indica que la depresión reactiva es más frecuente en parientes femeninos y el alcoholismo en parientes masculinos.

## DISCUSIÓN

Gurney (10), Roth (31) y Schapira (32) han demostrado, por métodos clínicos, que la depresión neurótica y la neurosis de angustia son entidades distintas. De modo similar, otros investigadores han documentado las diferencias entre la depresión endógena y la depresión neurótica con respecto al cuadro clínico, (7, 13, 15, 17, 20, 27) las respuestas al tratamiento con antidepresivos tricíclicos (18, 19, 20) y electroterapia (12, 24, 25, 30). Carney y cois. (3), Mendels (26) y Kay y cois. (14) también demostraron que estas depresiones tienen un pronóstico diferente. La depresión endógena es más severa, se acompaña de signos mayores de depresión (Apéndice II) y es episódica. Por contraste, la depresión neurótica tiende a ser crónica pero se presenta con síntomas más leves de depresión. Con base en esta diferencia clínica, los resultados del presente estudio y debido a que los términos "neurótica" y "reactiva" crean confusión, se propone el empleo del nombre "depresión menor".

Tal como se describe en estos pacientes, la depresión menor es una enfermedad tanto psicológica como somática que interfiere en la vida emocional y social del paciente en el trabajo, matrimonio y las relaciones con parientes y amigos. Experiencias traumáticas no precipitan la depresión sino que exacerban, intermitentemente, su curso prolongado. Un cuadro clínico típico, una edad de inicio similar en la mayoría de los casos, una predilección hacia los pacientes femeninos y una incidencia elevada en parientes consanguíneos de primer orden, sugieren un componente biológico en esta enfermedad.

## SUMMARY

Reactive or neurotic depression may be a psychobiological illness. Its clinical manifestations are typical of a disease rather than of a "neurosis" or a "reactive" process. A study of 45 patients with this diagnosis showed a characteristic clinical picture with initial insomnia, crying spells, anxious-depressive mood, pain (especially headaches), depressive feelings and irritability. The age of onset was more frequent during adolescence with a decline after age 21, becoming rare after age 35. Marital and family problems were common as well as the use of alcohol or minor tranquilizers in order to relieve the symptoms. Only a third of the cases had precipitating factors subjects had a positive family history for either reactive depression or alcoholism, suggesting a familial basis for the disease. Since the terms "neurotic" and "reactive" are confusing, proposed is the use of the name "minor depression".

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Mental Disorders: Diagnostic and Statiscal Manual. Washington, D.C. 1952.

2. CADORET RJ, WINOKUR G. DORZAB J. BAKER M: Depressive Disease: Life Events and Onset of Illness. Arch. Gen. Psychiatry 26: 133-136, 1972.

3. CARNEY MWP, ROTH M. GARSIDE RF: The Diagnosis of Depressive Syndromes and the Prediction of ECT response. Brit. J. Psychiatry 111:659-674, 1965.

4. CHAPMAN AH: Clinical Psychiatry. Segunda Edición. Philadelphia-Toronto, JB Lippincott Company, 1976.

5. CHODOFF P: The Diagnosis of Hysteria: an overview. Am. J. Psychiatry 131: 1073-1078, 1974.

6. CLAYTON P. DESMARIS L. WINOKUR G: A Study of Normal Bereavement. Am. J. Psychiatry 125:168-178, 1968.

7. DA VIS D, LAMBE RTI J. AJANS ZA: Crying in Depression. Brit. J. Psychiatry 115:597-598,1969.

8. FEIGHNER JP, ROBINS E, GUZE SB, WOODRUFF RA, WINOKUR G, MUÑOZ R: Diagnostic Criteria for use in Psychiatric Research. Arch. Gen. Psychiatry 26: 57-63, 1972.

9. GILLESPIE, RD: The Clinical Differentiation of Types of Depression. Guy's Hosp. Reports 79:306-344, 1930.

10. GURNEY C, ROTH M, GARSIDE RF, KERR TA, SHAPIRA K: Studies in the Classification depressive illnesses. II. Brit. J. Psychiatry 121: 162-166, 1972.

11. GUZE, SB: The Validity and Significance of the clinical diagnosis of Hysteria (Briquet's Syndrome). Am. J. Psychiatry 132:138-141, 1975.

12. KALINOWSKI, LB: Convulsive Shock Treatment. American Handbook of Psychiatry. II. Arieti (ed.) New York, Basic Books pp: 1499-1520,1959.

13. KAY DWK, GARSIDE RF, BEAMISH P, ROY JR: Endogenous and Neurotic Syndromes of Depression: A factor analytic study of 104 cases. Clinical features. Brit. J. Psychiatry 115:377-388, 1969.

14. KAY DWK, GARSIDE RF, ROY JR, BEAMISH P: "Endogenous" and "Neurotic" Syndromes of Depression: A 5-to-7 year follow-up of 104 cases. Brit. J. Psychiatry 115: 389-399, 1969.

15. KEAR-COLWELL: A Taxonomy of Depressive Phenomena and its Relationships to the Reactive-Endogenous Dichotomy. Brit. J. Psychiatry 121:665-671, 1972.

16. KENDELL, RE: The Role of Diagnosis in Psychiatry. Oxford, London, Edinburgh Melbourne, Blackwell Scientific Publications, 1975.

17. KILOH LG, ANDREWS G, NEILSON M, BIANCHIGN: The Relationship of the syndromes called endogenous and neurotic depression. Brit. J. Psychiatry 121:183-196,1972.

18. KILOH LG, BALL JRB: Depression treated with imipramine: a follow-up study. Brit. Med. J. 2:168-171, 1961.

19. KILOH LG, BALL KRB, GARSIDE RF: Prognostic factors in the treatment of depressive states with imipramine. Brit. Med, J. 1:1225-1227, 1962.

20. KILOH LG, GARSIDE RF: The independence of neurotic depression and endogenous depression. Brit. J. Psychiatry 109:451-463, 1963.

21. KLEIN, DF: Endogenomorphic Depression. Arch. Gen; Psychiatry 31:447-454, 1974.

22. KUHN, R: The treatment of depressive states with G-22355 (imipramine hydrochloride). Am. J. Psychiatry 115:459-464, 1958.

23. LANGE, J: The Endogenous and Reactive affective disorders and the manic-depressive constitution. Handbook of Mental Diseases. Bumke (ed.) Berlín, 1928.

24. MENDELS, J: Electro-convulsive therapy and depression: I. The prognostic significance of clinical factors. Brit. J. Psvchiatrv 111:675-681, 1965.

25. MENDELS, J: Electro-convulsive therapy and depression: II. Significance of endogenous and reactive syndrornes. Brit. J. Psychiatry 111:682-686,1965.

26. MENDELS, J: Electro-convulsive therapy and depression: III. A method for prognosis. Brit. J. Psychiatry. 111:687-690, 1965.

27. MENDELS J, COCHRANE C: The nosology of depression: the endogenous-reactive concept. Am. J. Psv chiatry 124:1-11. 1968.

28. NEMIAH, HC: Depressive Neurosis. Comprehensive Textbook of Psvchiatrv-H. Segunda Edición. Freedman, Kaplan, Sadock (eds.). Baltimore, Williams and Wilkins Company pp 1255-1263,1975.

29. PAYKEL E, MYERS J, DRENELT M( KLERMAN G: Life events and depression. Arch. Gen. Psvchiatrv 21:753-760,1969.

30. ROSE, JT: Reactive and Endogenous depressions - response to E.C.T. Brit. J. Psvchiatrv 109:213-217, 1963.

31. ROTH M, GURNEY C, GARSIDE RF, KERR TH: Studies in the Classification of Affective Disorders. The relationship between anxiety states from depressive illnesses. Brit. J. Psvchiatrv 121:175-181,1972.

32. SCHAPIRA K, ROTH M. KERR TA, GURNEY C: The prognosis of Affective Disorders: the differentiation of anxiety states from depressive illnesses. Brit. J. Psychiatry 121:175-181, 1972

33. SPITZER, RL: DSM-III: What happened to the Neuroses?. Syllabus and Scientific Proceedins, 131st Annual Meeting, American Psychiatric Association. Atlanta, 1978.

34. TAYLOR MA, ABRAMS R: A Critique of the St. Louis Psychiatric Research Criteria for Schizophrenia. Am. J. Psychiatry 132:1276 1280,1975.

35. WOODRUFF RA, GOOD—WIN DW, GUZE SB: Psy chiatric Diagnosis. New York, Oxford University Press, 1974.

APÉNDICE I

1. ANAMNESIS

Datos personales: nombre, edad, sexo, raza, estado civil, educación, ocupación lugar y fecha de nacimiento, dirección y número de teléfono.

Motivo de la Consulta
Síntoma Principal e Historia Presente.
Historia Personal: Funciones orgánicas generales. Pesadillas, hipersomnia. Orgasmia, libido, trastornos de la erección o eyaculatorios. Historia de dolor.

Historia Pasada: Tratamientos previos intentos suicidas, hospitalizaciones, problemas médicos, Alergias.

Historia Medicamentosa: Uso de medicamentos, drogas, alcohol, café, tabaco, psicotrópicos.

Historia Social: Religión, servicio militar, viajes, matrimonio, divorcio, posiciones en el empleo, sueldo, actividades en la comunidad, distracciones. Número y edad de los miembros de la familia.

Historia Familiar: Relaciones con los padres, hermanos, hijos, cónyuges y otros parientes cercanos. Defunciones y nacimientos en la familia. Historia de enfermedades psicosomáticas, esquizofrenia, depresión, suicidio, problemas con las autoridades, manía, neurosis, conducta aberrante. Éxitos y sistemas dé soporte familiares.

2. EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

Apariencia, estado de la conciencia, actividad motora, habla.

Atención, concentración, comprensión, repetición.

Contenido y forma del pensamiento.

Percepción.

Orientación, registro, recuerdo inmediato, memoria reciente y remota, cálculo, nomia, lectura y escritura.

Afecto: depresión, angustia, sentimientos depresivos, crisis de llanto, irritabilidad, ataques de angustia. Juicio. Autoconocimiento.

APÉNDICE II

1. DEPRESIÓN ENDÓGE NA (Se requieren los tres).

(1) Afecto deprimido, disfórico o angustioso; (2) Por lo menos tres de los siguientes: a) insomnio terminal, b) variación diurna - pero en la mañana, c) pérdida de peso - más de 5 lbs. en 3 semanas, d) agitación o retardo psicomotor, e) conducta o pensamientos suicidas, f) sentimientos de culpa, desesperanza, etc.; (3) Ausencia de enfermedad sistémica, cerebral o uso de medicamentos o drogas que se conozca producen síntomas depresivos.

2. NEUROSIS DE ANGUS TIA (Se requieren los tres)

(1) Edad de comienzo antes de los 40 años; (2) Nerviosidad crónica con ataques recurrentes de angustia; (3) Ninguna otra enfermedad psiquiátrica dos años después de la aparición de la angustia. No medicamentos, drogas o enfermedad que se conozca producen angustia.

3. SÍNDROME DE BRIQUET

De una serie de síntomas que incluye trastornos conversivos, respiratorios, digestivos, dolorosos, emocionales, menstruales, sexuales, neurológicos y urinarios se requieren 25 síntomas para un diagnóstico definitivo y 18 para un diagnóstico probable.

APÉNDICE ni

1. ESQUIZOFRENIA (Se requieren los cuatro):

(1) Ausencia de enfermedad afectiva; (2) Ausencia de enfermedad sistémica, cerebral o uso de drogas o medicamentos que se conozcan producen síntomas esquizofrénicos; (3) Estado normal de la consciencia; (4) Por lo menos uno de los siguientes: a) afecto aplanado, frío, distante, b) trastorno en la forma del pensamiento, c) síntoma de Schneider.

2. MANÍA (Se requieren los cuatro):

(1) Hiperactividad; (2) Habla rápida, apresurada; (3) Afecto irritable, eufórico, expansivo; (4) Ausencia de enfermedad sistémica, cerebral o uso de drogas o medicamentos que se conozca producen síntomas maníacos.

3. ALCOHOLISMO (Se requieren por lo menos cinco):

(I) La familia se opone a que el paciente tome; (s) El paciente piensa que toma demasiado; (3) Amigos, médicos, etc. se oponen a que el paciente tome; (4) El paciente se siente culpable cuando toma; (5) Pérdida de amigos debido a la be bida; (6) Problemas en el trabajo debido a la bebida; (7) Pérdida del trabajo debido ala bebida; (8) Problemas al con ducir vehículos debido a la be bida; (9) Arrestos por las auto ridades debido a la bebida; (10) Borracheras de 48 horas o más (por lo menos dos veces); (II) Deseo pero imposibilidad de parar la bebida; (12) Intentos para restringir la bebida en ciertas circunstancias; (13) Trago antes del desayuno; (14) Ingestión de tónico para el cabello, solvente de pintura, al cohol de quemar, lociones, perfumes, etc.; (15) Peleas en estado de ebriedad; (16) Amnesia alcohólica; (17) Impotencia asociada con el alcohol; (18) Delirium tremens, enfer medad hepática u otras complicaciones médicas debidas al alcohol.

# LA GALACTOGRAFIA

*Dr. Rubén VHieda Bermúdez**

CONCEPTO: Es un examen para representar los conductos galactóforos por medio de la inyección de un medio de contraste radioopaco.

INDICACIONES: Cualquier tipo de secreción mamaria inexplicada; ya sea sanguinolenta, serosa, sero-sanguinolenta, lechosa o puriforme. En ciertos casos el cirujano la puede necesitar como guía.

VALOR DIAGNOSTICO: Es inferior al de la mamografía pues sus imágenes son menos características. Ayuda a ubicar la topografía del mal y a descartar o a confirmar la relación entre otras imágenes patológicas y los galactóforos.

CONTRAINDICACIONES: Infecciones severas que pueden extenderse por la presión del líquido inyectado.

INCIDENTES Y ACCIDENTES: La dificultad para la canalización de los galactóforos pueden producir falsas rutas con inyección extracanalicular que despierta un vivo dolor inmediato. Algunas veces, tardíamente, puede aparecer un dolor moderado que cede a los analgésicos. Debe tenerse presente la alergia al iodo que contiene el medio de contraste y sus reacciones conocidas. Es excepcional que se complique una infección moderada. Por el contrario, la acción desinfectante del iodo suele tener efecto terapéutico en las galactoforitis.

EXAMENES PREVIOS: Una mamografía simple y un análisis citológico del líquido del derrame deben preceder el estudio.

TÉCNICA: Se describe con facilidad pero puede resultar difícil de realizar. Se limpia la mama y el pezón con jabones y soluciones desinfectantes no irritantes. Casi siempre se hace necesaria la dilatación del punto terminal del galactóforo, para ello se pueden utilizar dilatadores especiales o mandriles de agujas de punción lumbar preparados con punta redondeada.

Se utilizan agujas, generalmente número 25, también con punta roma con un collarete que impida que penetren a más de 5 mm. Igualmente se pueden utilizar finos catéteres de polietileno o "mariposas" recortadas.

Hay que hacer suaves masajes en la mama para que salga una pequeña gota de líquido que marque el punto que hay que canalizar. Luego se inyectarán de 1 a 5 c.c. de un medio de contraste iodado hidrosoluble tipo Hypaque, Uromirón, Pielográf, Conray, Telebrix etc. Se percibe cierta resistencia cuando el conducto está suficientemente lleno. Es importante eliminar bien las burbujas de aire que producen imágenes de falsas lagunas. "La paciente no debe sentir dolor, únicamente cierta tensión.

Se comienzan haciendo radiografías laterales, en la posición de inyección, que se completan con incidencias céfalo-caudales. Nunca hay que realizar compresión.

Las constantes radiográficas son parecidas a las de la mamografía pero se pueden utilizar kilovoltajes mayores porque hay un contraste artificial marcado, lo que permite disminuir los tiempos de exposición, con la ventaja de contrarrestar los movimientos indeseables de pacientes nerviosas.

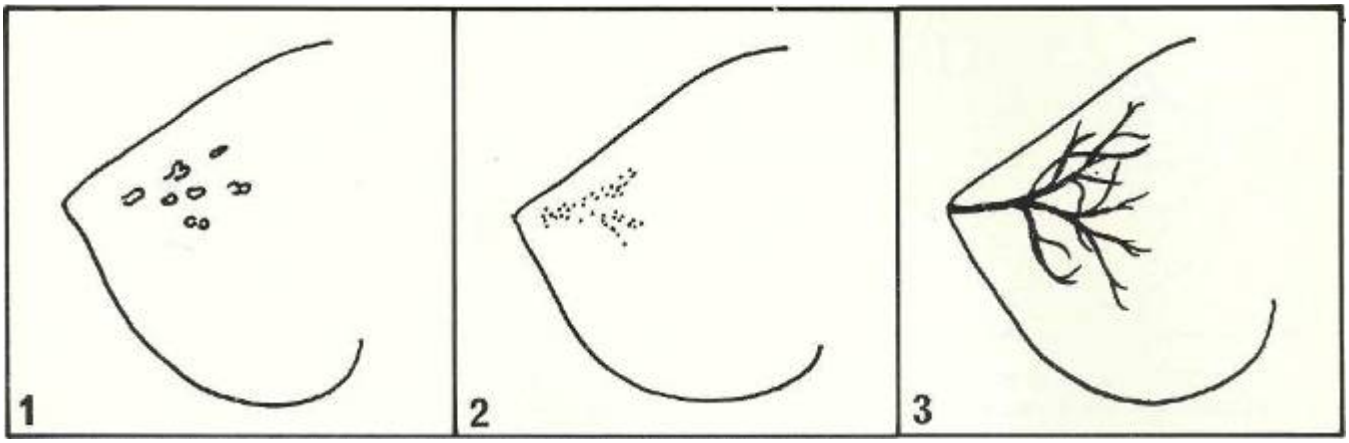
Durante la práctica de radiografías se puede obturar el galactóforo con sustancias adherentes como el colodión o simplemente con la cuidadosa presión digital de la punta del pezón que hace la propia paciente.

SEMIOLOGÍA RADIOLÓGICA: En la descripción de los esquemas ilustrativos se explicarán las características de: Calcificaciones en las radiografías de referencia. Aspectos normales. Mama secretando. Dilataciones canaliculares y acinosas. Desplazamientos. Interrupciones. Lagunas centrales y marginales. Rigideces y amputaciones. Hallazgos asociados.

---

( * ) Jefe del Servicio de Radiodiagnóstico Materno-lnfantil del Hospital Escueta.

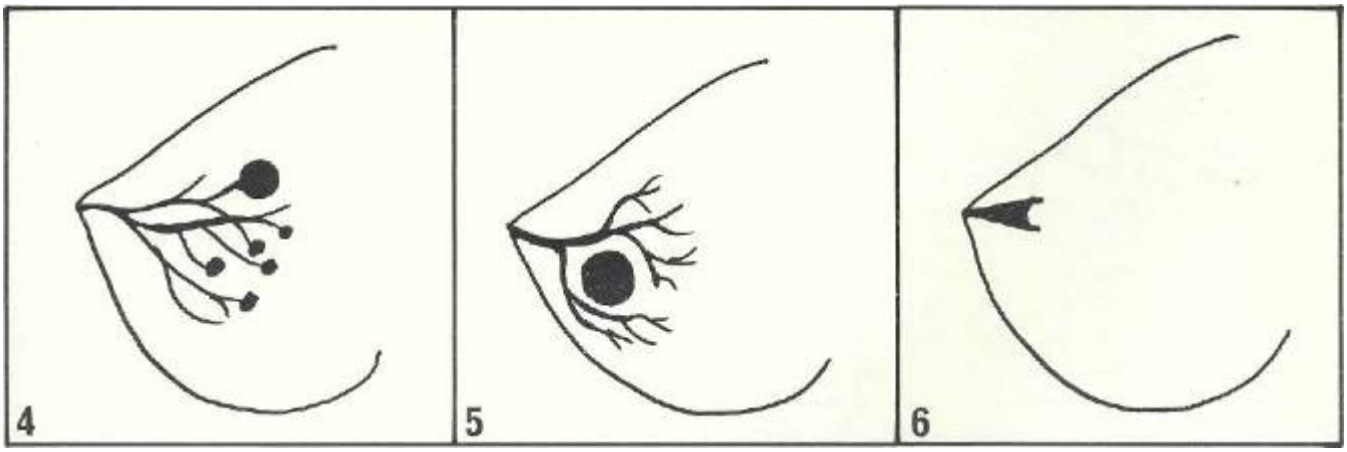
# ESQUEMAS ILUSTRATIVOS




1.- Calcificaciones por antigua galactoforitis. La mamografía evidencia calcificaciones acinosas y canaliculares en forma de segmentos tubulares y redondeados. Pueden ser localizadas o difusas y uni o bilaterales.

2.- Microcalcificaciones agrupadas de tipo maligno. En este dibujo siguen la distribución de la red galactofórica. Correspondería a epitelioma intragalactofórico que antes de la galactografía ha sido detectado por la mamografía simple.

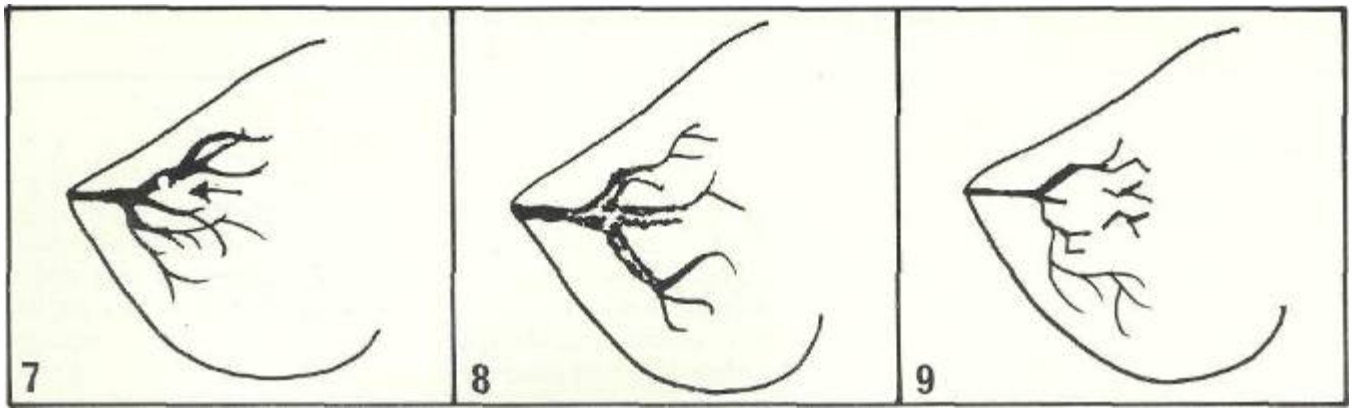
3.- Galactóforos normales. Tienen distribución y división progresiva armónica, con curvaturas suaves y disminución terminal de su calibre.




4.- Aspecto de una mama secretante. Los galactóforos son normales pero losadnos terminales aparecen dilatados en esférulas. Este aspecto, fuera de la lactancia se encuentra producido por efectos hormonales y la acción de diversos medicamentos como ciertos tranquilizantes. La dilatación acinosa de mayor volumen correspondería a un quiste de Reclus, es raro que se lleguen a opacificar.

5.- Una masa tumoral de aspecto benigno produce el desplazamiento de los canalículos vecinos.

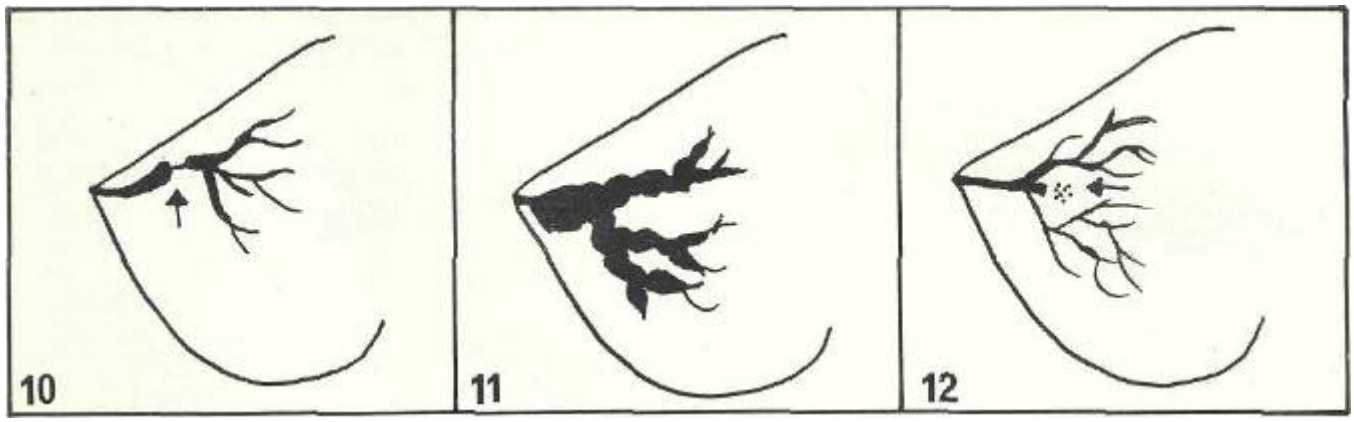
6.- Interrupción de un conducto principal, discretamente dilatado por la presión de la inyección. Se trata de un tumor intragalactofórico que puede ser tanto benigno (papiloma) o maligno (epitelioma) pero también las secreciones espesas, coágulos y hasta burbujas de aire pueden producir esta imagen. La acción quirúrgica será necesaria para definir su naturaleza.




7.- Laguna marginal de bordes lisos bien definidos. En la mayor parte de los casos se trata de un tumor benigno de tipo papilomatoso. Los carcinomas intracanaliculares son raros, serían responsables del l0% de los derrames sanguinolentos.

8.- Lagunas irregulares extendiéndose de un canal principal a canales secundarios. Aunque evocan malignidad también pueden ser producidas por tumoraciones benignas papilomatosas (llamadas también vegetantes, dendríticas o vellosas). En caso de ser malignas pueden tener su origen en el propio conducto o en la glándula con invasión secundaria de aquel por ruptura de la pared En todos los casos es necesaria la exploración quirúrgica por lo inespecífico de las imágenes. La galactografía guía la acción del cirujano al lugar afectado.

9. Rigideces y amputaciones. Los tumores malignos de vecindad pueden producir retracciones, compresiones, infiltraciones y rupturas de las paredes de los conductos, topografía anárquica, disminuciones de calibre, amputaciones y rectitud de los conductos.




10.- Estenosis. Su significación es variable. Las pueden producir tanto los tumores malignos como las galactoforitis y las perigalactoforitis.

11.- Canalículos dilatados en todo un sector. Este aspecto es el de una galactoforitis ectasiante. Puede adquirir aspecto moniliforme o de simple dilatación.

12.- Interrupción de un conducto de segundo orden coincidiendo con microcalcificaciones agrupadas. La amputación es atribuible aun carcinoma,

MATERIAL DE CONSULTA

R. Bourdon et J.P. Desprez- Curley Gazette Médicale de France, Tome 72 Supplément au No. 3 du 10 Fevrier 1965.

R. Trial et A. Rescaniérs Guide Practique de Technique du Radiodiagnostic - Vigot Fréres Editeurs, París 1966.

J. D. Picard et P.F. Denoix L'Examen Radioclinique du Sein Librairie Maloine, París 1973.

# HERIDAS DE PERICARDIO Y CORAZÓN

EXPERIENCIA PERSONAL CON 57 CASOS

*Dr. Francisco Murillo Selva h.* *

Introducción: En un período de 15 años, es decir desde el año de 1966 a la fecha, hemos tenido experiencia con 57 pacientes, todos del sexo masculino, que se han presentado a la Sala de Emergencia de los hospitales siguientes: Hospital General y Asilo de Inválidos, Instituto Nacional del Tórax, Hospital Escuela y solo un caso en un Hospital privado (El Carmen), con herida penetrante de corazón, ya sea por arma blanca, la gran mayoría, o por arma de fuego.

El primer caso en el que intervenimos en el año de 1966 fue una herida de ventrículo izquierdo por arma blanca, el paciente falleció por hipovolemia. Fue nuestra primera intervención de esta naturaleza y también nuestro primer fracaso.

Como es comprensible la mayoría de los casos con heridas de pericardio y corazón, no llegan vivos a Sala de Emergencia.- Hemos visto muchos casos con heridas por arma blanca y de fuego que mueren al ingresar al Hospital. Es lo que los cirujanos de E.E.U.U. y otros lugares llaman D.O.A. (Dead on arrival). Los que llegan vivos a la Sala de Emergencia son un pequeño grupo "autoseleccionado", que necesitan una atención rápida y decisiva para sobrevivir.

Algunos cirujanos consideran que las heridas de corazón con taponamiento cardíaco deben tratarse por aspiración, nosotros siempre hemos practicado la toracotomía. Hace muchos años se consideraba al corazón como un órgano delicado, pero sabemos que es resistente y fuerte, y que puede repararse fácilmente si se siguen algunos principios.

Datos históricos. Desde la antigüedad se han conocido las heridas de corazón eran mortales. En 1896, Paget escribió: "La cirugía del corazón probablemente ha alcanzado los límites fijados por la naturaleza en todo tipo de intervención quirúrgica, ningún método nuevo o descubrimiento, podrán superar las dificultades que conlleva una lesión en corazón". Ese mismo año Rehn corrigió con buenos resultados el taponamiento cardíaco y reparó el desgarro en el corazón de un individuo que había sido herido con un cuchillo de mesa.

Taponamiento cardíaco. El pericardio contiene de 20 a 50 mi de líquido seroso, que actúa como cojín protector para el corazón y lubrica el saco pericárdico. Los incrementos pequeños en el volumen de líquido pericárdico por un lapso breve son tolerados sin problemas. Sin embargo la acumulación masiva y rápida de sangre en la cavidad pericárdica suele originar la muerte inmediata. El taponamiento cardíaco aparece comunmente después de lesiones penetrantes en el corazón, en las cuales sale sangre al saco pericárdico. La acumulación de 150 a 200 mi de sangre suele ser suficiente para originar taponamiento cardíaco. Al aumentar el volumen intrapericárdico de sangre, también aumenta la presión intracardíaca y disminuye el gasto cardíaco. La fase de llenado diastólico del corazón es limitada por la mayor presión intrapericárdica. A su vez, el retorno venoso del corazón disminuye, y aminora progresivamente la expulsión sistólica de los ventrículos. Disminuye la presión aórtica central y como consecuencia, también lo hace de manera importante la

*Cirujano de Tórax. Instituto Nacional del Tórax
Cirujano de Emergencia del Hospital General y Asilo de Inválidos.

corriente coronaria. La disminución del flujo a las arterias coronarias altera el metabolismo aerobio del miocardio que hace que disminuya la contractilidad del mismo. Por último, esta sucesión de hechos lleva a la interrupción de la función y al paro cardíaco.

Hay que hacer notar que el taponamiento cardíaco es una "bendición" a medias porque como dato paradójico al disminuir la actividad cardíaca, salva la vida y da tiempo al cirujano de practicar una cardiorrafia inmediata. Si el saco pericárdico no cohibe la hemorragia, la cavidad pleural se inunda y el paciente puede morir en cuestión de segundos o minutos.

Manifestaciones clínicas. Más que todo me voy a referir a mi experiencia personal. En algunos casos nos hemos encontrado con pacientes en grave estado general, con tendencia al shock profundo, con signos francos de hemorragia interna, es decir, sin presión arterial audible, sudoración fría, inconciencia; estos pacientes han sido llevados de la Sala de Emergencia a la Sala de Operaciones, sin ningún estudio radiológico. Lo que hemos hecho ha sido cateterizar dos o tres venas gruesas, preparar varias unidades de sangre y practicar la toracotomía sin pérdida de tiempo.

En algunos casos la herida de corazón es tan pequeña que en las primeras horas, no hay signos ni síntomas que nos permitan hacer un diagnóstico de herida de corazón, pero al irse formando una colección sanguínea dentro del saco pericárdico, aparecen la las primeras manifestaciones, por lo que es necesario hacer controles radiológicos seriados en estos pacientes y estar preparados para una toracotomía de urgencia.

Recuerdo uno de estos pacientes, que fue visto en el Hospital General y Asilo de Inválidos, presentando una herida punzante en la región precordial; radiológicamente no demostró ningún dato de importancia. Fue dado de alta al día siguiente sin control radiológico, regresando dos meses después con una imagen enorme de derrame pericárdico y con una sintomatología de insuficiencia cardíaca y dato importante ingurgitación de venas yugulares; fue llevado a la Sala de Operaciones donde le practicamos pericardiotomía con drenaje del hemopericardio, presentó en el transoperatorio fibrilación ventricular que lo condujo al paro irreversible.

Ante la más mínima sospecha de herida de pericardio es preferible dejar el paciente en observación por varios días, y no dejar desapercibida una lesión que con el transcurso de los días puede poner en peligro la vida del paciente. En algunos casos lo único que se descubre radiológicamente es un neumopericardio; sin embargo hay que hacer notar que desde el punto de vista radiológico no hay ningún signo patognomónico que nos demuestre una herida de corazón, máxime porque la mayoría se acompañan de hemotórax.

Algunos de nuestros casos (7 de ellos) han sido heridas penetrantes toraco-abdominales.- En ellos practicamos la laparotomía y la toracotomía por separado, es decir no usamos herida quirúrgica para exponer tanto el abdomen como el tórax, sino que siempre valoramos lo que creemos es más urgente, en este caso, practicamos la toracotomía primero.

De estos pacientes sólo uno presentó herida de esófago que se reparó en el mismo acto operatorio. Uno de ellos, desarrolló un soplo holosistólico que clínica y electrocardiográficamente se diagnosticó como comunicación interventricular traumática. Este paciente rehusó cateterismo cardíaco para completar el diagnóstico.

Edad y Sexo. De estos pacientes solo 2 son menores de 15 años (13 y 14 años), el grupo mayor abarca las edades comprendidas entre 16 y 30 años, (50 pacientes), y mayores de 30 años, (5 pacientes).- El paciente de menos edad es de 13 años y el mayor de 53 años. Todos del sexo masculino.

Mortalidad.- En nuestra serie hemos tenido 4 muertes lo que hace un porcentaje de supervivencia de 97.72o/o.

Comentario: Como es lógico suponer no tenemos en estos casos una constancia gráfica, es decir, nuestras salas de operaciones carecen de material fotográfico, que nos ayude a documentar mejor esta clase de trabajos. De los pacientes presentados en esta serie, 45 fueron heridas de corazón y 12 heridas de pericardio.- 7 de ellos fueron toracoabdominales. 4 de ellos fueron heridos por arma de fue-

go y 53 por arma blanca. De los 45 heridos de corazón, 36 presentaron también hemotórax. Solo en 2 casos practicamos toracotomía exploradora derecha; uno de ellos que presentaba herida de esófago, reparada en el mismo acto quirúrgico. La técnica quirúrgica consistió en obliterar la herida de corazón con el dedo, cuando se trata de heridas pequeñas, y poner puntos en U, para cohibir la hemorragia, con reforzamiento de puntos simples.- En otros casos nos auxiliamos con una pinza Satinsky.- En todos los casos hemos usado catgut crómico 00, con aguja atraumática.- En cuanto a pericardio dejamos gran separación entre cada punto y usamos seda 000, a modo de dejar ventanas para el mejor drenaje del saco pericárdico.

En esta serie encontramos 21 heridas en ventrículo izquierdo, 14 en ventrículo derecho, 6 en aurícula derecha, 3 en aurícula izquierda y 1 en aurícula y ventrículo derechos.

Agradecimiento: Mi mas sincero agradecimiento al personal de Sala de Operaciones, en especial el del Hospital General y Asilo de Inválidos, donde llevé a cabo la mayoría de las intervenciones quirúrgicas.

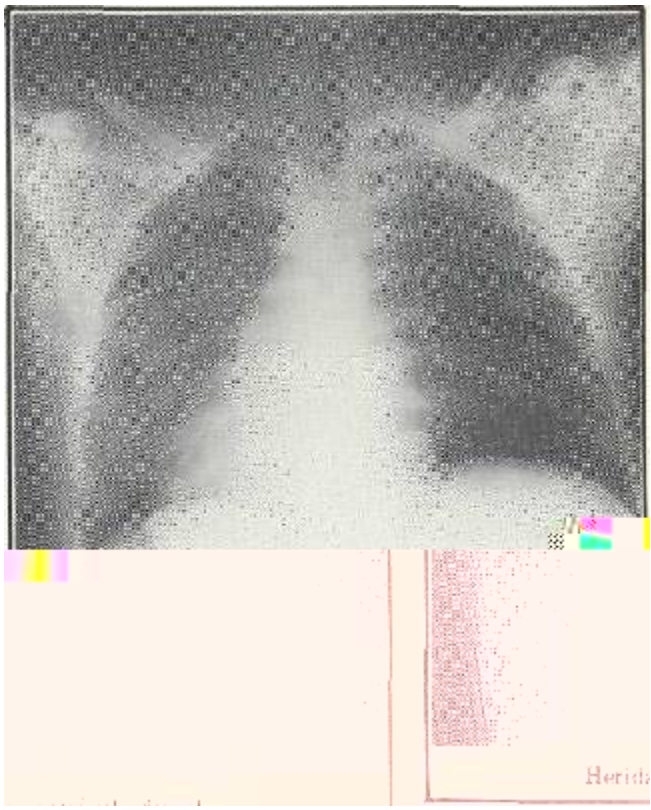
Sin la valiosa y positiva colaboración de enfermeras, instrumentistas, técnicos anestesistas, anestesiólogos, internos y residentes de cirugía, no hubiera sido posible devolver la vida a estos pacientes.

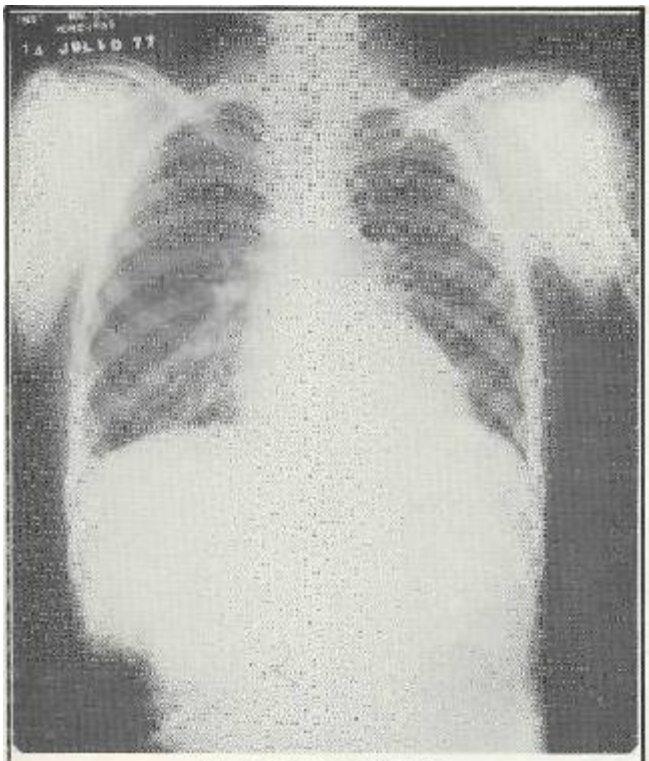
Bibliografía.

1.- Asfaw, Indiga y Arbulu, Agustín. Lesiones penetrantes del pericardio y corazón. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Febrero 1977. Pag. 39-49.

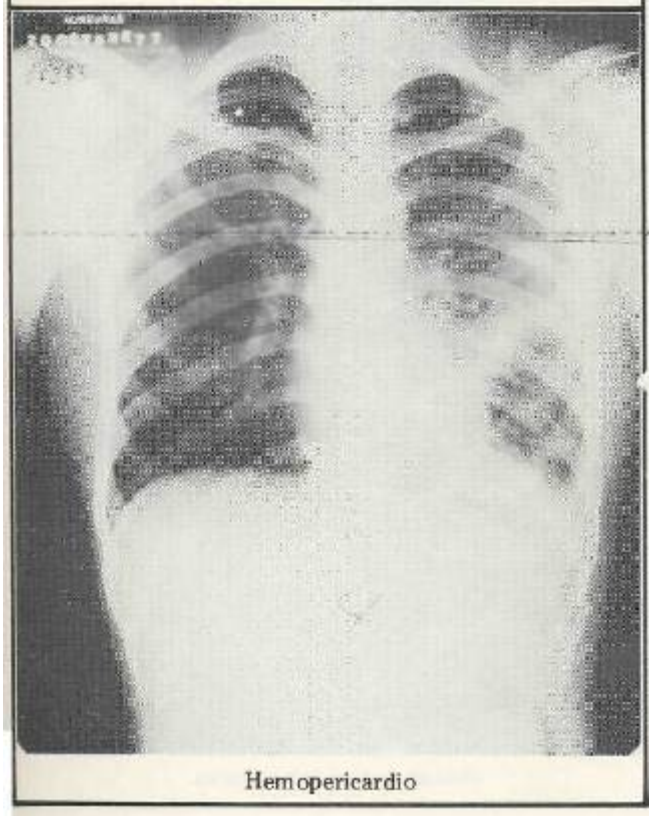
2.- Méndez, Adolfo, Steiner, Lyle y Kay, Herome Harold Tratamiento de las heridas intrapericárdicas. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Diciembre 1968. Pags. 1291-1296.

3.- Pones, Walter., y Gaudiani, Vincent A.- Taponamiento cardíaco. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Junio 1975. Pags. 573-587.

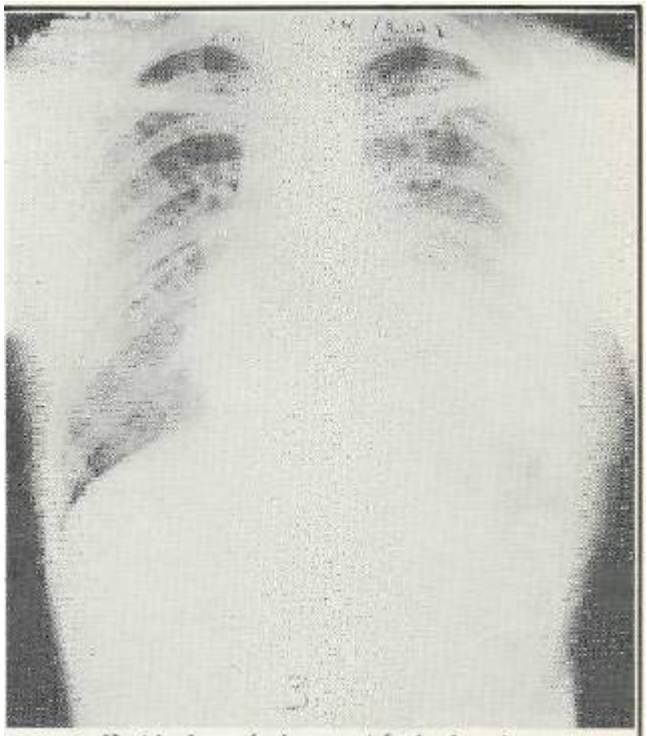




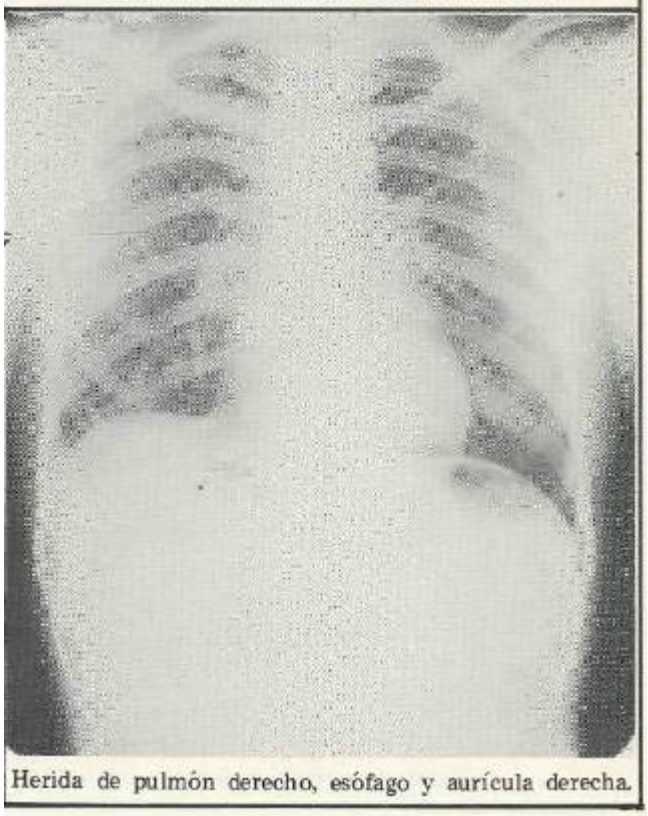
Hemoneumopericardio



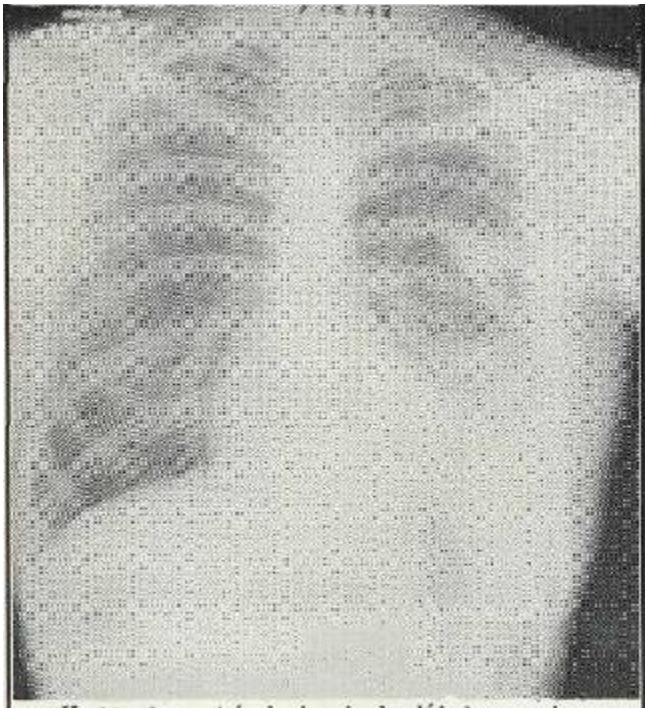
Hemopericardio



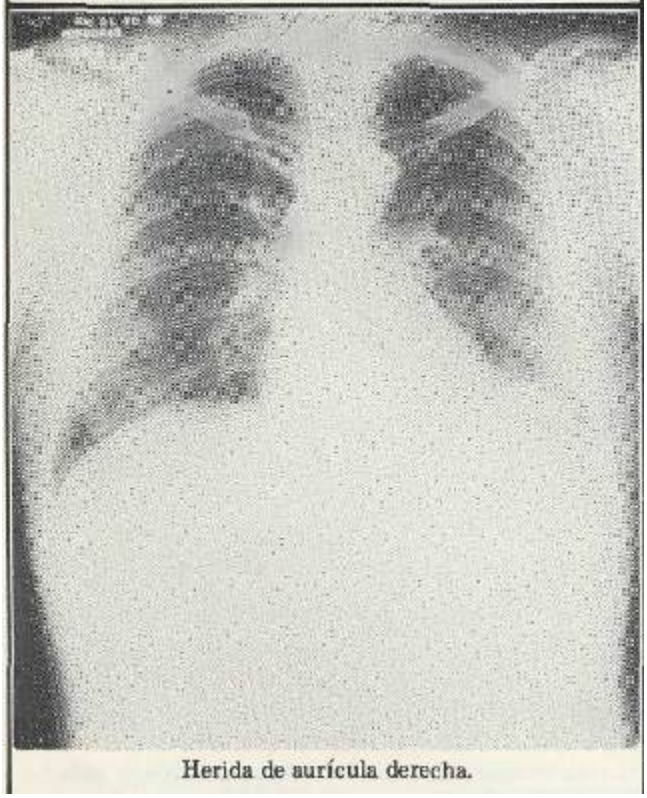
Herida de aurícula y ventrículo derechos.
Comunicación interventricular traumática.



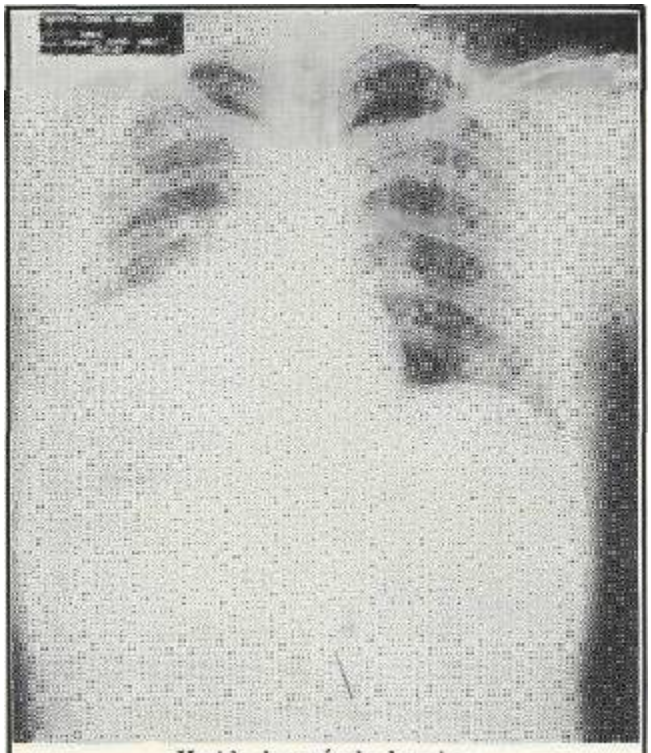
Herida de pulmón derecho, esófago y aurícula derecha.



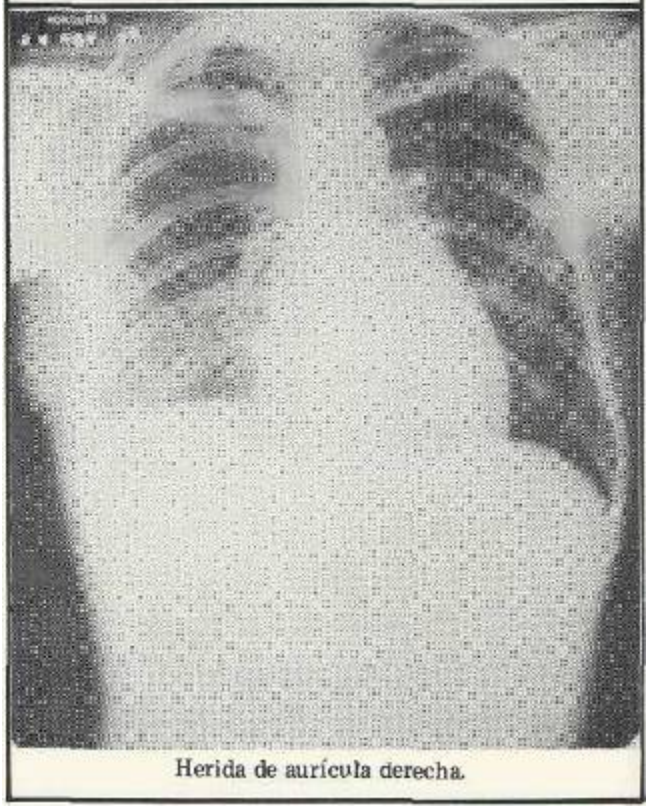
Herida de ventrículo izquierdo, lóbulo superior izquierdo, lóbulo inferior izquierdo, hemidiafragma izquierdo y estómago.



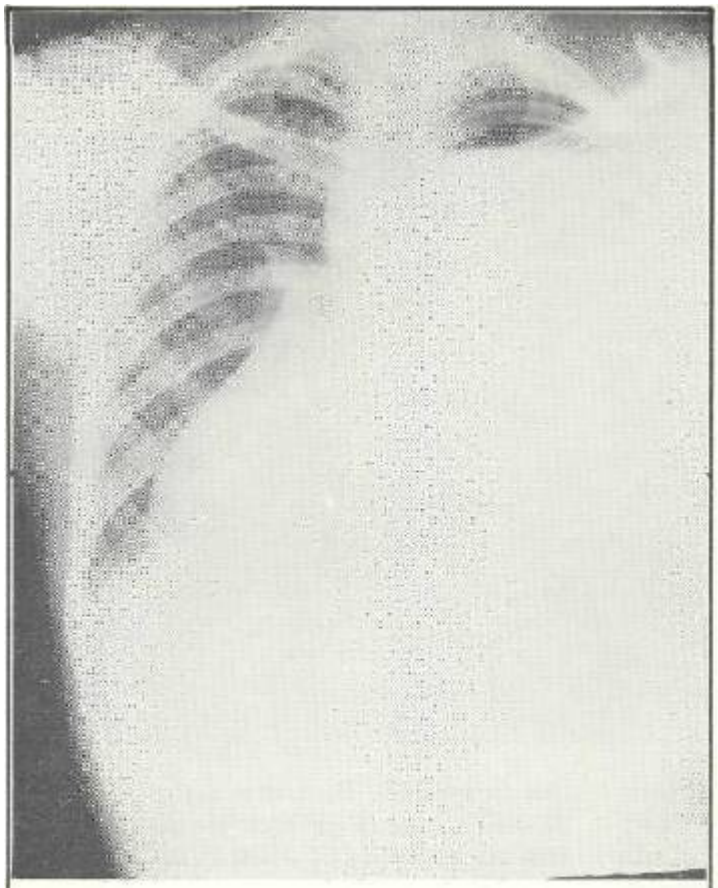
Herida de aurícula derecha.



Herida de aurícula derecha.



Herida de aurícula derecha.



Hemotórax derecho. Herida penetrante de hemitórax derecho por arma blanca. Toracotomía exploradora derecha, drenaje de hemotorax y decorticación pulmonar. 1era. Hospitalización.

# LA RELACIÓN MEDICO - PACIENTE

*Dr. Alfredo León Padilla H. **

La relación médico-paciente se establece mediante el concurso de la dualidad paciente ó cliente que concurre voluntariamente o nó, necesitados de ser curados de una enfermedad, y del experto o médico que mediante sus conocimientos en la materia es capaz de curar o tratar de curar las dolencias del cliente. En esta relación se entiende que el experto extrae sus ingresos y su posición social del ejercicio de su profesión al servicio de otras personas.

Esta relación tiene características muy variables dependiendo de diversos factores que conciernen tanto al médico como al paciente. Analizaremos algunos de estos factores separadamente, considerando primero los que intervienen más directamente con el paciente y posteriormente los que se relacionan en forma directa con el paciente y posteriormente los que se relacionan en forma directa con el médico; debemos aclarar, sinembargo, que esta separación es meramente didáctica, ya que sabemos que en toda relación humana los beneficios y trastornos que se suceden afectan en mayor o menor grado a las personas involucradas en esa relación.

Es lógico pensar que en toda relación entran en juego factores tan simples y reales como son el sexo, la edad, el estado civil, la posición que el paciente ocupa dentro de su conglomerado so-

* Jefe de la División de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Profesor del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

cial, etc., así como también las características interpersonales propias del paciente y su enfermedad. Un paciente de edad avanzada puede desconfiar de un médico joven y comúnmente un hombre se siente incómodo al verse desnudo ante una doctora.

Frecuentemente el paciente denota ante el médico una actitud que está casi siempre en concordancia con la conducta que presenta ante circunstancias real o supuestamente similares a las que vive en ese momento, es decir, el significado que tiene su actitud es el de su propia tarjeta de presentación que debe ser estudiada por el experto para poder comprenderlo y ayudarle mejor.

Debemos entender además que generalmente el paciente se relaciona con el médico mediante actitudes que pueden ser realistas y neuróticas. La actitud realista se caracteriza por la conciencia que el paciente tiene de su enfermedad, el genuino deseo de recuperación, la confianza en el médico y la conducta cooperativa. Actúa como un ser humano e inteligente que quiere ser curado de su enfermedad.

En cambio la actitud neurótica, que será dada por las características patológicas especiales del paciente, lo convierte en un ser con amplios horizontes de expectativa entre los cuales podemos encontrar la esperanza de ser tratado en forma especial, de ser amado por su médico, etc., hasta imaginar al médico como una deidad omnipotente a su servicio; esta versión adulta del concepto infantil egocéntrico de la vida no es necesariamente expresada por el paciente, pero se infiere fácilmente de su conducta durante el tratamiento. Cuando el paciente así descrito sufre una decepción en sus deseos de atención especial, se siente frustrado y rechazado y esto es lo que dicta la pauta siguiente de respuesta que presenta, y que va desde adoptar situaciones humillantes en espera de despertar en el médico sentimientos de lástima y de esta forma congraciarse con él para recibir mejor atención, hasta verdaderas manifestaciones de rabia que lo convierten en una persona exigente e intolerable.

La relación del médico con su paciente empieza desde el momento mismo en que se establece el primer contacto entre ellos y tanto el médico como el paciente pueden reaccionar antes de verse. Una llamada telefónica a una hora inadecuada puede ser interpretada como un afán de molestia, y no como un grito de ayuda que hace el cliente, y tomar por lo tanto actitudes de incomprensión y rechazo.

Muchos médicos han hecho observaciones honradas en las que reconocen su deseo inconsciente de retener indefinidamente a los pacientes, que en alguna forma elevan su autoestima o despiertan en ellos grandes deseos sexuales. También el paciente puede ver en el médico más que un experto, un objeto sexual deseado y por tal razón puede mostrar poco o ningún interés en curarse de la enfermedad que le permite m mantenerse en contacto con él.

También el médico puede reaccionar ante la problemática planteada por el cliente, ante todo si ésta es removedora de conflictos internos desencadenantes de angustia. El paciente que con su falta de mejoría hace sentir al médico inseguridad en cuanto a su capacidad profesional, puede convertirse en "un mal caso" o en "un paciente problema".

En ocasiones el rechazo puede sucederse como consecuencia de la sensación de impotencia a que se vé sometido el médico cuando se le presentan situaciones para las que se considera incapaz de resolverlas.

La relación puede afectarse cuando se ve al paciente como un engranaje más de la maquinaria institucional explotadora del médico. El rechazo entonces, en vez de ser dirigido al núcleo central del problema es proyectado al paciente.

Solamente cuando se está seguro de que tras de toda enfermedad con su cortejo sintomático está un ser humano que sufre y al cual podemos ayudar con nuestros conocimientos científicos, se puede comprender al hombre. Debe el médico entonces entender el aspecto especial que su condición de experto y solamente eso, lo coloca en una posición de superioridad con respecto al paciente, y que tiene la obligación de brindar no solamente la atención científica necesaria para curar, sino también la comprensión humana de la actitud del paciente y ver en ello una fuente más de patología que requiere estudio y tratamiento adecuado. Debe además el médico enterarse que todo paciente o cliente que atiende, forma parte del trabajo

que honestamente le permite ganarse la vida. Solo si se da cuenta de ésto puede el médico consolidar rápidamente y con razonable facilidad las relaciones entre él y el paciente.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1. Hofling Charles K.: Tratado de Psiquiatría. Segunda Edición. Edit. ínter americana, S.A. de C.V., México, 1974.

2. Green Jack: La Relación Médico-Paciente. Manual de Psi quiatría, Capítulo 2. Philip Salomón y Vernon D. Patch. Edit El Manual Moderno, S.A. México, 1972.

3. Noyes Kolb: Psiquiatría Clínica Moderna. 3a. Edición en Español. Edit. La prensa Médica Mexicana, 1966.

4. Radio Sandor: Psicoanalista de la Conducta. Ediciones Hormé S.A.E. Distribución Especial. Edit. Paidos. Buenos Aires. 1962.

5. Scheff Thomas: El Rol de En fermo Mental. Edit. Amorrortu. Buenos Aires, 1973.

## BREVI - NOTAS

La fototoxicidad.

La verdadera fototoxicidad aparece durante una primera exposición manifestándose en las partes que ilumina el sol, lo que haría la diferencia con la "fotosensibilidad" que son fenómenos foto-alérgicos que no hay que confundir.

Medicamentos y alimentos por la influencia de radiaciones solares acumulan energía entrañando la formación de radicales libres, metabolitos tóxicos o peróxidos capaces de desnaturalizar las proteínas o de alterar la membrana celular.

Así sucede con la dimetilclorotetraciclina, sulfamidas, derivados paraaminados, la mayor parte de las fenotiazinas y otros medicamentos con núcleos aromáticos o heterocíclicos "resonantes".

Otras veces los medicamentos o sus metabolitos modifica la longitud de onda de la luz incidente llevándola a un nivel capaz de producir un eritema. Tal es el caso también de plantas umbelíferas como la zanahoria, el anís, el perejil y el apio.

La meralgia parestésica.

Esta afección que es desconocida por algunos médicos, merece ser recordada precisamente porque incide en mayor grado entre los profesionales de la medicina. Consiste en una suave sensación dolorosa en la cara anterior y externa del muslo, con un acentuado componente disestésico que suele ser de tipo adormecimiento, ardor, sensación de quemaduras o de picotazos. Se atribuye a discopatías lumbares altas. Médicos, camareros, carteros, personas que trabajan en posición de pié, y de sexo masculino, la sufren en mayor grado.

# SECCIÓN INFORMATIVA

# Recomendaciones para enviar trabajos para publicación en la Revista Medica Hondureña

*Consejo Editorial - Revista Médica Hondureña*

I. PREPARACIÓN DEL ■ MANUSCRITO.

a) 3 copias (El autor debe dejar su copia personal), en caso de no ser aceptado, el trabajo "será devuelto al autor por lo que es necesario que incluya su dirección postal.- Los trabajos acepta dos no serán devueltos.

b) Enviar "manuscrito'* en hojas de papel blanco tamaño carta, escritos a máquina, a doble espacio, con márgenes de 2.5 cm. cada página debe ser numerada.

c) Incluir los siguientes:

1. Título (preferentemente corto e informativo) puede agregarse subtítulo para ser más explícito.

2. Abstracto del trábalo - no más de 150 palabras - este debe incluir el pro pósito del estudio o trabajo, los métodos básicos usados, los hallazgos y las conclusiones en forma re sumida.

3. Texto del trabajo.- Usualmente pero no necesariamente, los estudios experimentales se dividen en las siguientes secciones: Introducción, Métodos, Resultados y Discusión.- En trabajos largos puede haber subsecciones - En otro tipo de trabajos se puede usar otro formato por ejemplo: Informe de casos, Revisiones de la literatura, etc.

La introducción debe ser breve, debe escribirse claramente el propósito del trabajo y solo incluir pocas referencias pertinentes.

Métodos - Suficientemente explicados, si hay-materiales comerciales, incluir entre paréntesis la fuente, incluir, referencias cuando no se detallan procedimientos adoptados de otros estudios, detallar modificaciones a métodos de otros autores; anotar las razones por las cuales se han seleccionado dichos métodos, evaluar las limitaciones de los métodos usados. Los experimentos deben estar de acuerdo con estándares éticos. Identifique las drogas por su nombre genérico, puede asar entreparéntesis el nombre comercial si lo desea, anotar las dosis usadas en forma exacta y la vía de administración, no se deben usar nombres de pacientes ni sus iniciales.

Resultados - Presentarlos en secuencia lógica en el texto, preparar tablas e ilustraciones con pie de grabado enfatizando solo lo más importante. Construir las tablas y diagramas en forma clara.

Discusión: enfatizar los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones derivadas del mismo. No deben repetirse. Deben evitarse el uso de abstractos, comunicaciones personales y observaciones no publicadas sin embargo, trabajos escritos, aceptados para publicación y en prensa, pueden ser citados.- Información en manuscritos enviados para publicación pero aún no aceptados, se consideran observaciones no publicadas.

Las referencias deben ser revisadas por el autor contra los documentos originales.

Tablas: Enviar cada tabla en una hoja separada escritas a doble espacio, márgenes amplios, no envíe las tablas en forma de fotografías o transparencias, enumere las tablas en forma consecutiva e incluya un título breve para cada una. Incluya los detalles explicatorios en el pie de grabado. - Para los pies de grabado use los símbolos siguientes en ese orden

***t *X* § H.T**. tt**

Identifique las medidas estadísticas como DS (Desviación Standard). Omita lo más posible divisiones internas, horizontales y verticales en las tablas, detalle las observaciones anotadas en la sección de resultados. Incluya en la discusión las implicaciones de los hallazgos y sus limitaciones. Relacione sus resultados con los de otros estudios, incluya las referencias. No haga conclusiones que no estén apoyadas por sus resultados experimentales. Evite reclamar prioridad y referirse -a trabajos que no estén completos todavía.- Incluya hipótesis cuando crea necesario y útil pero claramente refiérase a éstas como tales.- Cuando sea apropiado, incluya recomendaciones.

Reconocimientos.- Únicamente a las personas que hayan contribuido sustancialmente al estudio; solicite permiso a estas personas para incluir su nombre en el escrito pues los lectores pueden inferir que hay acuerdo de estas personas con las conclusiones del trabajo.

Referencias.- Enumere las referencias en el orden que son citadas en el texto, tablas o leyendas usando números arábicos en paréntesis - use el formato de referencias usado por el Index Medicus (ver el volumen de enero 1980) se incluyen ejemplos al final.- Los títulos de revistas deben observarse de acuerdo con las recomendaciones en el Index Medicus.

Ilustraciones.- Envíe el número completo de ilustraciones debidamente identificadas con el nombre del propietario y la leyenda que debe acompañarlas. Los dibujos y fotografías deben ser de calidad óptima para lograr excelentes reproducciones. Las fotografías en Blanco y Negro deben ser en papel brillante no mayores de 20x25 cm.- Las fotomicrografías (fotos tomadas a través del microscopio) deben incluir el grado de magnificación a que fueron tomadas y una escala indicando el tamaño que representa una unidad de longitud (ej.: 1 um, los símbolos, flechas y letras deben contrastar con el fondo.

Si se van a usar fotografías de personas, los sujetos no deben ser identificables o el autor debe solicitar permiso para su publicación, en todo caso, el autor asumirá la responsabilidad por cualquier reclamo. (La Revista Médica Hondureña puede proveerle con formatos para solicitar permiso escrito). Si la ilustración ha sido previamente publicada, debe reconocerse la fuente original y solicitarse permiso para su publicación a la persona que tenga el derecho de autor, excepto para documentos de dominio público.

Para ilustraciones a color enviar transparencias fotográficas (slides) debidamente identificados. Asegúrese del número que le permite la revista.

Abreviaciones y Siglas.- Pueden usarse siempre y cuando se explique su significado en el texto.

Unidades de medida.- Deben usarse las unidades del sistema internacional de unidades (Sistema Métrico).

Envíe todo el material en un sobre de papel manila dirigido al Secretario del Consejo Editorial - Revista Médica Hondureña, Colegio Médico de Honduras - Apartado Postal 810, Tegucigalpa Honduras, o entreguelo en las oficinas del Colegio Médico de Honduras.

No olvide incluir su dirección.

Nombres de los Autores.- Debe incluirse el nombre y los apellidos del autor y señalarse su posición académica, administrativa o laboral (en ese orden) más alta y el nombre de la institución en donde desempeña su función más importante en relación con el trabajo enviado para publicación.

IL REFERENCIAS

REVISTAS (Publicaciones médicas periódicas)

1. Artículo Standard.

   a) Nombres de todos los autores cuando son 6 o menos. Si son más de seis, solo se anotan los 3 principales y luego se escribe et al.- Primero el apellido, después las iniciales del nombre,

   b) título del artículo citado

c) nombre abreviado de la revista d) año
e) volumen
f) página inicial - página final

2. Trabajo publicado por un comité

a) nombre del grupo
b) título del trabajo
c) revista - abreviar título
d)año
e) volumen
f) página inicial - final.

LIBROS Y MONOGRAFÍAS

3.- Autor personal o pocos autores

a) Apellido e iniciales del nombre
b) Nombre del libro
c) Edición
d) Ciudad donde es publicado
e) Compañía editorial
f) Año de publicación

4.- Publicación por una Institución

a) Nombre de la Institución, Asociación o grupo.
b) Nombre de la publicación
c) Edición
d) Ciudad
e) Compañía o casa editorial
f) Año de publicación.

5.- Múltiples autores.

a) Anotar el/o los editores como autores
b) Nombre del libro
c) Edición
d) Ciudad
e) Casa editora
f) Año de la publicación

6. Capítulo de un libro.

a) autor(es) del capítulo
b) título del capítulo
c) en: nombre del autor del libro.
d) nombre del libro
e) edición
f) ciudad donde es publicado
g) compañía editorial
h) año de publicación

7. Publicación de una Agencia gubernamental.

a) nombre de la agencia o de pendencia.
b) nombre completo de la pu blicación
c) ciudad
d) dependencia responsable de la publicación, ej: (ministe rio. . .)
e) año de la publicación
f) anotar si es parte de una serie de publicaciones similares.
g) anotar el No. de la publica ción.

OTROS ARTÍCULOS 8.

De un periódico.

a) nombre del autor
b) título del artículo
c) nombre del periódico
d)año
e) mes* y día
f) página
g) No. columna (col.)

9) Revista no Médica

igual que en Revista Médica (ver No. 1)

III. UNIDADES DE MEDIDA

PESO

| | |
|---|---|
| kilogramo | kg |
| gramo | g |
| miligramo | mg |
| centigramo | cg |
| nanogramo | ng |

LONGITUD

| | |
|---|---|
| metro | m |
| centímetro | cm |
| milímetro | mm |
| micrometro (10"") | um |
| nanometro (10"°) | nm |

VOLUMEN

| | |
|---|---|
| litro | 1 |
| decilitro (10" ^ | di |
| centilitro (10"$^2$) | el |
| mililitro (10-3) | mi |
| microlitro (10"6) | ul |

IV.ABREVIATURAS COMUNES

| | |
|---|---|
| Angström | A |
| equivalente | Eq |
| hora | H |
| Unidad Internacional | U,UI |
| Minuto | min |
| Molar | M |
| Mol | mol |
| Normal | N |
| Bacilo Calmette-Guerin | BCG |
| Sistema Nervioso Central | SNC |
| Líquido cefalorraquídeo | LCR |
| Acido Desoxirribonucleico | ADN (DN |
| Electrocardiograma | ECG |
| Electroencefalograma | EEG |
| Hemoglobina | Hb |
| Logaritmo | log |
| Logaritmo natural | In |
| Presión parcial de CO2 | PCO2 |
| Presión parcial de O2 | PO2 |
| por | / |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Por ciento | <^Q | Revoluciones por minuto | rpm. |
| Gravedad específica | gr. esp. | Segundo | S |
| Ultravioleta | UV | Centímetro cuadrado | cm^ |
| Volumen | vol. | Voltio | V |
| Volumen por volumen | vol/vol. | Watt | W |
| Peso por volumen | peso/vol. | Desv. Standard | S.D. |
| Acido Ribonucleico | ARN (RNA) | Error Standard de la media | SEM |
| Adenosin monofosfato | AMP | Media | X |
| Adenosin Trifosfato | ATP | Doctor | Dr. |
| Presión arterial | p.a. | Sodio | Na |
| Temperatura | temp. | Potasio | K |
| Pulso | p. | Cloro | Cl |
| Frecuencia respiratoria | fr. res. | pH | pH |
| intratecal | I.T. | Subcutáneo | S.C. |
| intravenoso | I.V. | Dos Indicaciones diarias | B I D |
| intradérmico | I.D. | Tres Indicaciones diarias | T I D |
| Intraperitoneal | I-P- | Cuatro Indicaciones diarias | Q I D |
| Intracardiaco | I.C. | por vía oral | per os |
| Osmol | Osmol | Post prandial | p.p. |

## BREVI - NOTAS

### Farmacodependencias post-terapéuticas

Desde 1969 la Organización Mundial de la Salud sustituyó el término "toxicomanía" por el de farmacodependencia. Dando la nueva definición que ha sido bien conocida. Señalemos los 3 aspectos interesantes:

Dependencia psíquica es el deseo generalmente irrefrenable de repetir la administración de un medicamento para sentir nuevamente las sensaciones agradables o extraordinarias que puede llegar a dar o lograr huir de las desagradables que pueden aparecer al interrumpirlo.

Dependencia física es un estado de adaptación en el que aparecen trastornos físicos a veces intensos, por la interrupción brusca del medicamento se ha llamado síndrome de abstinencia, de "falta" y conlleva un alto componente psíquico.

La tolerancia es la disminución de efectos en el organismo de una dosis fija de una sustancia a medida que se repite su administración. Esto lleva a aumentar las dosis para lograr el efecto deseado. En vista de que hay sustancias que tienen esta característica pero sin producir dependencia psíquica o física el médico deberá diferenciar los aspectos de dependencia y de tolerancia.