

Revista  
Médica  
Hondureña



ORGANO DEL COLEGIO MEDICO DE  
HONDURAS

*Revista*

# **MEDIC A HONDURENA**

ORGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS  
FUNDADA EN 1930

---

## **CONSEJO EDITORIAL**

---

DR. NICOLAS NAZAR H.  
Director

-DR. MILTON A.  
GONZALEZ N.  
Secretario

Cuerpo de Redacción

DR. CARLOS VARGAS DR.  
MARIO E. MEJIA CRUZ DR.  
WILFREDO CRUZ CAMPOS DR.  
NELSON VELASQUEZ

---

ADMINISTRACION

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

---

COMO UN RECONOCIMIENTO A:

## LA ESPOSA DEL MEDICO HONDURENO

*SE DICE QUE EN LA VIDA DE TODO HOMBRE SIEMPRE HAY UNA MUJER, HOY NOS REFERIREMOS A UNA MUY ESPECIAL: A NUESTRA ESPOSA, LA ESPOSA DEL MEDICO HONDURENO QUE ES EL BASTIÓN MAS SOLIDO Y MAS IMPORTANTE DE NUESTRA VIDA Y DE DONDE PARTE TODA LA FUERZA Y EL ESPÍRITU PARA QUE NOSOTROS LUCHEMOS DÍA A DÍA POR VENCER LA ADVERSIDAD,*

*QUEREMOS DECIRLE A ELLA QUE ESTAMOS ORGULLOSOS DE ESTAR A SU LADO, QUE ES PARTE DE NUESTROS TRIUNFOS Y TAMBIÉN DE NUESTROS FRACASOS, PUES SIENDO DOS SERES FORMAMOS UNA UNIDAD QUE REPRESENTA LA LUZ Y LA ESPERANZA DE NUESTRO MAÑANA.- QUEREMOS QUE SEPA QUE CADA UNO DE NOSOTROS NO IGNORA NI VE CON INDIFERENCIA, SU LUCHA DE SIEMPRE POR SER MEJOR ESPOSA, MEJOR AMANTE, MEJOR MADRE, MEJOR PROFESIONAL, ETC. Y SOBRE TODO SU AFÁN DE SER MEJOR AMIGA Y COMPAÑERA, DONDE REFUGIAMOS NUESTRO CANSANCIO, NUESTRAS ALEGRÍAS, NUESTRAS DUDAS Y NUESTRAS DERROTAS EN LA LUCHA CONTRA LA MUERTE.*

*ESPOSA DEL MEDICO HONDURENO: CADA SONRISA TUYA ES UN REGALO MARAVILLOSO QUE RECIBIMOS CON ALEGRÍA, CADA LAGRIMA Y CADA TRISTEZA TUYA NOS LLEGA TAMBIÉN MUY HONDO, POR ESO HOY COMO SIEMPRE TOMAMOS LA DECISIÓN DE AMARTE TAL COMO ERES, AUN CUANDO PELEAMOS, PUES LO QUE NOS UNE A TI, ES 77 EXQUISITOS DE SER MUJER Y EL SABER AMAR COMO TU NOS AMAS.*

*NO DUDAMOS QUE EN MUCHAS OCASIONES SOMOS NOSOTROS LOS QUE TE CAUSAMOS AMARGURA, PERO TU SIEMPRE*

*INMACULADA ERES FRENO DE TODAS NUESTRAS IMPETUOSIDADES, TE DAMOS GRACIAS ENTONCES POR SER COMO ERES, POR SABER CATALIZAR EN EL MOMENTO PRECISO Y TRANSFORMAR EN UN MOMENTO LA TENSION EN RELAJACIÓN, LA TEMPESTAD EN CALMA Y LA SEPARACIÓN EN FELIZ UNION.*

*NINGUNO DE NOSOTROS COMO HOMBRE Y COMO MEDICO ESTARÍA DONDE ESTA, PUES SIN TU PRESENCIA NO SE HUBIERA ARRAIGADO TAN PROFUNDAMENTE EN NUESTRO INTERIOR EL DESEO DE SUPERARNOS Y NO PODRÍAMOS DECIR HOY: "SOY", SINO QUE SERIAMOS PROSPECTOS DE DECIR: "SERÉ"; NO PODRÍAMOS TAMPOCO AMBICIONAR, Luchar si tu voz de aliento firme no estuviera a nuestro lado.- POR ESO ESPOSA NUESTRA, PEDIMOS TU COMPAÑÍA HOY Y SIEMPRE, PORQUE TU REPRESENTAS NUESTRO EMPUJE Y NUESTRA DECISIÓN DE SER MEJORES.*

*ESPOSA DEL MEDICO HONDURENO: TUS DESVELO, TUS SUFRIMIENTOS, TUS SACRIFICIOS, TU LEALTAD Y TU AMOR, SIGNIFICAN NUESTRO TRIUNFO, POR ESO HOY CON ORGULLO REIVINDICAMOS EN ESTE ESPACIO TU RAZÓN DE SER ESPOSA Y MUJER.- GRACIAS POR LO DE HOY, LO DE MAÑANA Y LO DE SIEMPRE, GRACIAS POR NUESTROS HIJOS QUE COMPLEMENTAN EL GRAN AMOR QUE PRIMERO NACIÓ Y ESTA DENTRO DE NOSOTROS.*

*ESTAS LETRAS QUE LLEGAN A TUS OJOS EN ESTE EDITORIAL, REPRESENTAN PARTE DEL TRIBUTO QUE NOSOTROS RENDIMOS A TU ABNEGACIÓN, A TU AMOR YA LA FE QUE TIENES EN NOSOTROS LOS MÉDICOS DE HONDURAS.*

*¡SALUD ESPOSA DEL MEDICO HONDURENO!*

## NOTA DEL DIRECTOR

Vivimos tiempos difíciles: nuestra economía se sigue tambaleando, el desempleo va en aumento, los problemas de salud se multiplican, a nuestro alrededor corre la sangre de hermanos centroamericanos y muchas fuerzas apuntan hacia nosotros, sin embargo vamos lentos pero seguros.- Es en ese caminar que los Médicos de Honduras debemos mantenernos firmes, con la esperanza que nos hemos de construir un futuro mejor.

Digo construir, porque nosotros somos parte de este país y de lo que hagamos dependerá lo que alcancemos.- Por lo tanto, debemos seguir siendo factores de cambio positivo, fomentando la unidad y el trabajo entre nosotros y nuestro pueblo, estando en disposición de darle a ellos lo mejor de nosotros mismos y de nuestros conocimientos en cualquier circunstancia.

Por eso transmito a ustedes, distinguidos colegas, mi posición de siempre de creer y tener fe en Honduras, pues a mi manera de ver, no podremos contribuir a salir de donde estamos, si no creemos en lo que hacemos y por quien lo realizamos.

## TRABAJOS CIENTÍFICOS ORIGINALES

CÁNCER DE CUELLO UTERINO  
ESTADO CLÍNICO III:

# ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE SU MANEJO Y RESULTADOS

*Dr. José M. Claros Sabillón (\*)*

### INTRODUCCIÓN:

El presente trabajo tiene por objeto, hacer una evaluación de aquellos casos de cáncer cérvico-uterino en estadio clínico III que sin haber recibido tratamiento previo, fueron recibidas en el Departamento de Oncología del Hospital México de la Caja Costarricense de Seguro Social en relación a su procedencia, paridad, edad, síntomas que motivaron la consulta médica, tipo histológico y sobre todo el tratamiento a que fueron sometidas y el resultado del mismo.

La revisión comprende el período que va desde Enero de 1970 a Junio de 1982.

### MATERIALES Y MÉTODOS:

El archivo del Departamento de Oncología del Hospital México de la Caja Costarricense de Seguro Social, cuenta con 258 expedientes de pacientes que adolecían de cáncer de cuello uterino, clínicamente clasificados en estadio III. De los mismos se eliminaron los siguientes:

1. Casos inadecuadamente clasificados en estadio III.
2. Casos que se presentaron antes de el año de 1970, ya que los recursos terapéuticos con que se contaba hasta ese año eran menos efectivos que los actuales.
3. Casos que habían recibido tratamiento previo de cualquier tipo, brindado en otra institución.
4. Casos que no contaban con la documentación mínima para este estudio.

Una vez hecha la relación, la muestra obtenida fue de 112 casos, los cuales fueron estudiados de acuerdo a los siguientes parámetros.

1. Provincia de procedencia
2. Fecha de presentación al servicio, (año).

(\*) Servicio de Ginecología Oncológica, Hospital San Felipe

3. Edad de las pacientes.
4. Edad de las pacientes al iniciar vida sexual
5. Paridad de las pacientes.
6. Síntoma principal que motivó su consulta.
7. Tipo histológico del tumor encontrado.
8. Clasificación clínica en IIIa o IIIb.
9. Tipo de tratamiento recibido.
10. Complicaciones provocadas por el tratamiento
11. Resultado del tratamiento, en relación a la presencia o ausencia de recidivas tumorales.

### DISCUSIÓN Y RESULTADOS:

- A. Distribución por año de los casos seleccionados.

TABLA No. 1

AÑO	PTES.	
	DETECTADOS	PORCENTAJE
1970	7	5.73o/o
1971	3	2.45o/o
1972	3	2.45o/o
1973	4	3.28o/o
1974	2	1.64o/o
1975	13	10.65o/o
1976	10	8.19o/o
1977	21	17.21o/o
1978	15	12.29o/o
1979	5	4.09o/o
1980	16	13.11o/o
1981	13	10.65o/o
1982	10	8.19o/o
TOTAL	122	100. o/o

Es notable el mayor número de casos detectados en los últimos seis años, que alcanza un monto total de 103 y que corresponde a un 84.42o/o de los casos. Dicho fenómeno puede ser explicado por la implementación de mejores sistemas de cobertura medica en Costa Rica.

#### B. Procedencia de las pacientes

TABLA No. 2

PROVINCIA	No. PTES.	PORCENTAJE
SAN JOSE	34	27.86 o/o
ALAJUELA	28	22.95 o/o
CARTAGO	10	8.19 o/o
HEREDIA	7	5.73 o/o
GUANACASTE	19	15.57 o/o
PUNTARENAS	9	7.37 o/o
LIMON	4	3.28 o/o
SIN DATOS EN EXP.	6	4.91 o/o
NICARAGUA	5	4.09 o/o
TOTAL	122	100. o/o

Cabe hacer notar que 62 de las 122 pacientes, que corresponde a un 50.8 lo/o de la muestra provenían de las provincias de San José y Alajuela, lo cual resulta lógico, teniendo en cuenta la ubicación de el Hospital México, así como también la antigüedad y excelentes vías de comunicación de ambas provincias.

#### C. Distribución de las pacientes por edad.

Como se puede notar tanto en la tabla No. 3 como en el gráfico No. 1, la gran mayoría de pacientes de la muestra tenían una edad que oscilaba entre los 36 y 75 años. (87.70o/o).

Solo 9 pacientes (7.37o/o) tenían menos de 35 años, lo cual mejora el pronóstico general del grupo, ya que en múltiples estudios se ha comprobado, que el cáncer de cervix tiene pero pronóstico en estas pacientes (20) (13). El porcentaje de pacientes de este grupo etario encontradas, es similar al observado con escrutinios previos practicados en Noruega, donde el cáncer de cervix avanzado en

TABLA No. 3

GRUPOS DE EDAD	No. PTES.	PORCENTAJE
20 - 25 AÑOS	2	1.64 o/o
26 - 30 AÑOS	1	0.81 o/o
31 - 35 AÑOS	6	4.91 o/o
36 - 40 AÑOS	11	9.01 o/o
41 - 45 AÑOS	15	12.29 o/o
46 - 50 AÑOS	13	10.65 o/o
51 - 55 AÑOS	15	12.29 o/o
56 - 60 AÑOS	13	10.65 o/o
61 - 65 AÑOS	18	14.75 o/o
66 - 70 AÑOS	10	8.19 o/o
71 - 75 AÑOS	12	9.83 o/o
76 - 80 AÑOS	1	0.81 o/o
81 - 85 AÑOS	4	3.28 o/o
86 - 90 AÑOS	0	0.00 o/o
91 - 95 AÑOS	1	0.81 o/o
TOTAL	122	

pacientes menores de 35 años tiene una frecuencia menor del 10o/o de la población y solo del 2 - 6o/o son menores de 30 años.

En nuestro estudio este último dato se limita a 3 pacientes, para un 2.45o/o del total.

Al fenómeno anterior no se le ha encontrado explicación, pero se señala la posibilidad de que la fase primaria del carcinoma de cervix puede ser más corta en la mujer joven. (1).

Por otro lado se presentaron 6 casos de pacientes mayores de 75 años (4.91o/o), cuyo manejo también puede dificultarse debido a condiciones físicas adecuadas para tolerar una terapia intensiva (16).

D. Edad de inicio de actividad sexual.

EDAD	No. PACIENTES	PORCENTAJE
12	1	0.81o/o
13	5	4.09o/o
14	4	3.28o/o
15	2	1.64o/o
16	8	6.55o/o
17	8	6.55o/o
18	7	5.73o/o
19	6	4.91o/o
20	4	3.28o/o
21	1	0.81o/o
22	4	3.28o/o
23	0	0.00o/o
24	1	0.81o/o
25 O MAS	2	1.64o/o
SIN DATOS	69	56.55o/o
TOTAL	122	100. o/o

Desgraciadamente, un 56.55o/o de nuestro grupo de estudio no presentaba este dato en los expedientes. Solo de un 43.45o/o se logró obtener la edad a la cual inició actividad sexual y como es obvio la gran mayoría lo hizo entre los 16 - 19 años, dato epidemiológico valioso ampliamente estudiado y que en diversas publicaciones se menciona como factor predisponente para el desarrollo de carcinoma cérvico uterino. Solo se encontró una paciente virgen.

E. Paridad de las pacientes (Tabla No. 5).

Nótese que 86 pacientes (70.49o/o tenían antecedentes de 4 o más embarazos y de estas, 57 señoras (46.72o/o) pueden clasificarse como grandes multiparas de acuerdo a criterios obstétricos bien establecidos. Ambos datos confirman en nuestro grupo de estudio, los datos epidemiológicos que al respecto existen y que apoyan el criterio de que la paridad elevada también juega un papel importante como factor predisponente para la aparición de esta neoplasia.

F. Síntomas que motivaron consulta médica. (Tabla No. 6).

Es evidente que el sistema que más consultas médicas motivó fue el sangrado (69.67o/o). Este mismo dato se encuentra en todos los textos de Oncología y Patología.

La magnitud del sangrado en los pocos casos que la detallaron varió desde manchas ocasionales a aquellos casos de sangrado crónico que determinaban la

No. DE EMBARAZOS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
0	4	3.28o/o
1 - 3	17	13.93o/o
4 - 6	29	23.77o/o
7 - 9	29	23.77o/o
10 - 12	16	13.11o/o
13 - 15	9	7.37o/o
16 - 18	1	0.81o/o
19 - 20	2	1.63o/o
NO ESTIPULADA	15	12.29o/o
TOTAL	122	100. o/o

SINTOMA	No. PTES.	PORCENTAJE
SANGRADO GENITAL	85	69.67o/o
LEUCORREA	13	10.65o/o
DOLOR PELVICO	7	5.73o/o
SANGRADO POST COITO	5	4.08o/o
DOLOR REFERIDO A VAGINA	1	0.81o/o
DESCUBRIMIENTO RUTINA	1	0.81o/o
NO CONTEMPLADO	10	8.19o/o

aparición de cuadros de anemia severa. Solo 4 casos presentaron hemorragia aguda severa que amerito transfusiones sanguíneas urgentes, taponamientos vaginales etc. Llama la atención, el poco número de casos con esta cuantía de sangrado teniendo en cuenta lo avanzado de la invasión neoplásica y que en otros centros con mayores recursos, se ha llegado hasta ligadura de hipogástricas y más aún embolización de las mismas con el fin de hacer hemostasia (19).

Las pacientes que acudieron acusando hemorragia, generalmente presentaban áreas de necrosis e infección sobregregada al tumor, la gran mayoría de ellas, con vida sexual inactiva.

#### G. Tipo histológico del tumor.

TIPO HISTOLOGICO	No. PTES.	PORCENTAJE
EPIDERMOIDE	99	81.14o/o
ADENOCARCINOMA	2	1.63o/o
ADENOESCAMOSO	1	0.81o/o
NO ESPECIFICADO	20	16.39o/o
TOTAL	122	100. o/o

De las 102 pacientes cuyo tumor fue histológicamente estudiado 99 (97o/o) pertenecían al tipo epidermoide; 2 (1.97o/o) eran adenocarcinomas y 1 (0.98o/o) era a de no escamoso.

La anterior distribución porcentual no merece mayor discusión, puesto que se apega a los análisis de una gran cantidad de series, incluso con número mayor de pacientes (25). Afortunadamente la incidencia de adenocarcinoma es baja, ya que tiene un pronóstico mucho más pobre que el carcinoma epidermoide, con una sobrevida \$. 5 años de apenas 28.2o/o (17), en comparación con la sobrevida de carcinoma de células escamosas adecuadamente tratadas, que es de 43.5o/o en 5 años (2).

#### H. Clasificación de pacientes en estadio clínico IIIa, o IIIb.

Es preocupante, al menos en esta muestra el hecho de que la gran mayoría de pacientes pertenecían al grupo clasificado en estadio clínico IIIb, lo cual entre muchas cosas indica que aun las pacientes acuden en gran número en busca de asistencia mé-

CLASIFICACION	No. PTES.	PORCENTAJE
IIIa	20	16.39o/o
IIIb	82	67.22o/o
SIN CLASIFICACION a o b	20	16.39o/o
TOTAL	122	100. o/o

dica, cuando su problema presenta grandes limitaciones para su tratamiento y por ende con malos resultados globales en lo que a tolerancia a la terapia, respuesta a la misma, aparición de recidivas y mortalidad incluso contando con los medios para una linfadenectomía pélvica transperitoneal, seguida de irradiación con supervoltaje, existe una gran cantidad de fallas y se asocia con una alta morbimortalidad durante el tratamiento, sobre todo de origen quirúrgico. En las mejores condiciones, los resultados óptimos han sido de una supervivencia a 5 años de 35 a 45o/o para el IIIb (16), no así para el IIIa que tiene una sobrevida de 50o/o (18).

#### I. TRATAMIENTO

Nótese que falta 1 paciente para completar el número global de 122. La paciente abandonó el servicio sin ser sometida a terapia alguna.

Es evidente que las pacientes con estadio clínico IIIb, en su mayoría solo pudieron recibir terapia externa y que desgraciadamente se tuvieron muy pocos casos tipificados IIIa para poder hacer una evaluación significativa de las facilidades que dieron para completar el protocolo de manejo.

Afortunadamente los dos casos de carcinoma, cla-

ESTADIO	TERAPIA EXTERNA	TERAPIA EXT RADIUM	PORCENTAJE
E. CLINICO IIIa	9	11	16.39o/o
E. CLINICO IIIb	52	30	67.22o/o
SIN CLASIF. a - b	6	14	16.39o/o
TOTAL	67	55	99.2 o/o

sificados en estadio IIIb pudieron recibir la doble terapia, no así el adenoescamoso que a pesar de ha-

ber sido clasificado en estadio clínico IIIa, solo pudo recibir la terapia externa

El grupo usado para la terapia externa fue una unidad de Co-60 Theratron - 80.

J. Recidivas tumorales.

Se estudiaron las recidivas tumorales post tratamiento en base a:

1. Clasificación A o B. 2.- Tratamiento recibido.

I. Estadio Clínico IIIa — Del total de este grupo se controlaron 18 pacientes.

Pacientes con Estadio Clínico IIIa sin recidivas.

TABLA No. 10

PERIODO	No. PTES.	PORCENTAJE
MENOS DE 3 MESES	0	0
3 - 6 MESES	4	22.22o/o
6 - 12 MESES	1	5.55o/o
2 - 4 AÑOS	2	11.10o/o
5 - 7 AÑOS	5	33.32o/o
8 - 10 AÑOS	0	0
11 - 13 AÑOS	0	0
TOTAL	12	66.66o/o

Pacientes con Estadio Clínico IIIa con recidivas.

TABLA No. 11

PERIODO	No. PTES.	o/o PACIENTES CONTROLADC
MENOS DE 3 MESES	0	0
3 - 6 MESES	2	11.10o/o
6 - 12 MESES	3	16.65o/o
2 - 4 AÑOS	0	0
5 - 7 AÑOS	1	5.55o/o
8 - 10 AÑOS	0	0
11 - 13 AÑOS	0	0
TOTAL	6	33.33o/o

II.) Estadio Clínico IIIb — se lograron controlar solo 64 de las 82 pacientes, ya que 7 fueron remitidas a otro y 11 se perdieron voluntariamente de control.

TABLA No. 12

Pacientes con estadio clínico IIIb sin recidivas

PERIODO	No. PTES.	o/o PACIENTES CONTROLADAS
MENOS DE 3 MESES	0	0
3 - 6 MESES	9	14.04o/o
6 - 12 MESES	10	15.60o/o
2 - 4 AÑOS	11	17.16o/o
5 - 7 AÑOS	9	14.04o/o
8 - 10 AÑOS	4	6.24o/o
11 - 13 AÑOS	2	3.12o/o
TOTAL	45	70.20o/o

TABLA No. 13

PERIODO	No. PTES.	o/o PACIENTES CONTROLADAS
SIN RESPUESTA	4	6.24o/o
MENOS 3 MESES	3	4.68o/o
3 - 6 MESES	3	4.68o/o
6 - 12 MESES	5	7.80o/o
2 - 4 AÑOS	4	6.24o/o
5 - 5 AÑOS	0	0
8 - 10 AÑOS	0	0
11 - 13 AÑOS	0	0
TOTAL	19	29.08o/o

Es evidente que al menos en este grupo no se encontró evidencia de que el estadio clínico fuera determinante en la aparición de recidivas tumorales. En la literatura revisada no encontramos evidencia de trabajo similar usando las recidivas locales y no la mortalidad como referencia.

Una vez comprobado en esta muestra la clasificación en Illa o Illb no afectaba significativamente el resultado final del tratamiento, procedemos a valorar las necesidades en relación al tipo de tratamiento recibido.

Período sin recidivas con terapia externa sola

TABLA No. 14

PERIODO	No. PATES.	o/o PACIENTES CONTROLADAS
MENOS 3 MESES	0	0
3 - 6 MESES	11	13.41 o/o
6 - 12 MESES	9	10.97 o/o
2 - 4 AÑOS	6	7.31 o/o
5 - 7 AÑOS	5	6.09 o/o
8 - 10 AÑOS	2	2.43 o/o
11 - 13 AÑOS	1	1.21 o/o
TOTAL	34	41.46 o/o

Período sin recidiva con terapia externa y radium.

TABLA No. 15

PERIODO	No. PTES.	o/o PACIENTES CONTROLADAS
MENOS 3 MESES	0	0
3 - 6 MESES	3	3.65 o/o
6 - 12 MESES	6	7.31 o/o
2 - 4 AÑOS	12	14.63 o/o
5 - 7 AÑOS	9	10.97 o/o
8 - 10 AÑOS	3	3.65 o/o
11 - 13 AÑOS	3	3.65 o/o
TOTAL	36	43.86 o/o

Llama poderosamente la atención el hecho de que no existen en forma global diferencias significativas en el número total y porcentual de pacientes sin recidivas, entre las dos modalidades terapéuticas.

Sin embargo si es notable el hecho de que en las pacientes tratadas solo con terapia externa únicamente 14 estaban libres de recidiva en un período de 2 años o más (17.07o/o). En cambio 27 pacientes manejadas con terapia combinada no tenían recidiva tumoral (32.92o/o) lo cual confirma la utilidad y ventajas de terapia combinada

Recidiva en pacientes tratadas solo con terapia externa.

TABLA No. 16

PERIODO	No. PTES.	o/o PACIENTES CONTROLADAS
SIN RESPUESTA	4	4.87 o/o
MENOS 3 MESES	1	1.21 o/o
3 - 6 MESES	4	4.87 o/o
6 - 12 MESES	8	9.75 o/o
2 - 4 AÑOS	1	1.21 o/o
5 - 7 AÑOS	—	
8 - 10 AÑOS		
TOTAL	18	21.95 o/o

Recidiva en pacientes tratadas con terapia externa \* radium.

TABLA No. 17

PERIODO	No. PTES.	o/o PACIENTES CONTROLADAS
MENOS 3 MESES	1	1.21 o/o
3 - 6 MESES	5	6.05 o/o
6 - 12 MESES	5	6.05 o/o
2 - 4 AÑOS	3	3.63 o/o
5 - 7 AÑOS	1	1.21 o/o
TOTAL	15	18.15 o/o

En ambos grupos de pacientes las recidivas tumorales se presentaban en su gran mayoría, en el primer año después del tratamiento incluyendo aquellas que no presentaban respuesta al mismo, lo cual está de acuerdo con los trabajos de Sampolins del M. D. Anderson que afirma que el 94o/o de las fallas centrales y regionales del tratamiento ocurren antes de cumplir los primeros 3 años. (18). Analizando los resultados globales, 52 pacientes fueron tratadas solo con terapia externa, de las cuales 18 presentaron recidivas (34.61o/o). Del mismo modo 51 pacientes fueron tratadas con terapia externa y radium, de las cuales solo 15 presentaron recidiva (29.4o/o). Sin embargo individualizando el período de tiempo libre de actividad tumoral, este fue mucho mayor en el grupo de pacientes tratadas con terapia externa y radium.

Es difícil determinar en estos casos, la causa de fallas en el tratamiento, pero está demostrado que tanto las residivas centrales como parametriales, son más frecuentes ante la presencia de enfermedad masiva. (16).

Se reportaron dentro de las recidivas, un caso con metástasis pulmonares, que fue sometida luego a quimioterapia, con resultados poco alentadores, hecho que ha sido encontrado en estudios experimentales, en los cuales se ha llegado a hacer asociaciones enormes de quimioterápicos, que para ser efectivas, se acompañan de una alta e inaceptable incidencia de efectos colaterales. (10) (8).

Solo el doctor Baker y Cols, del Southwest Oncology Groop ensayando un régimen con mitomicina C, vincristina y bleomicina, logró una respuesta de 45o/o, la más alta obtenida hasta hoy, en los que a involución tumor se refiere, no reporta en su publicación el estudio de control posterior, aunque se señala gran cantidad de efectos indeseables de las drogas usadas. (4).

#### K. Complicaciones post terapia por radiación.

El tratamiento curativo de tumores malignos, siempre implica un riesgo de complicaciones serias de los órganos en su inmediata variedad. La vejiga y los intestinos son los órganos más afectados por el tratamiento radiológico del carcinoma de cérvix. (12).

#### Pacientes tratados con terapia externa.

De 67 pacientes tratadas con terapia externa únicamente un 22.4o/o presentó complicaciones, de las cuales la mayoría consistieron en proctitis y cistitis de grado I—II de la clasificación de Bosh y Frias (3). Acusan escasos periodos o un solo período de hematuria o proctorragia espaciados a largos intervalos.

TABLA No. 18

COMPLICACION	No. Pte.	o/o PACIENTES TRATADAS
PROCTITIS	7	10.4 o/o
CISTITIS	4	6. o/o
FISTULA VESICOVAGINAL	2	3. o/o
DOLOR PELVICO CRONICO	2	3. o/o
TOTAL	15	22.4 o/o

Pacientes tratadas con terapia externa y radium.

TABLA No. 19

COMPLICACIONES	No. PTES.	o/o PACIENTES TRATADAS
PROCTITIS	10	18.18 o/o
CISTITIS	6	10.86 o/o
DOLOR PELVICO CRONICO	5	9.05 o/o
FISTULA VESICO VAGINAL	1	1.81 o/o
TOTAL	22	

De 55 pacientes, 22 presentaron complicaciones (40o/o) siendo en este grupo al igual que en el primero, proctitis la complicación más frecuente y registró mayor gravedad que en las pacientes afectadas solo por terapia externa, debiendo practicarse 4 colostomías derivativas.

En resumen de 122 pacientes tratadas, 37 presentaron secuelas por el tratamiento o sea en porcentaje de complicaciones de 30.3o/o siendo la mayoría de menor gravedad.

## CONCLUSIONES:

1. Los elementos epidemiológicos del cáncer cérvico-uterino mencionados en diversas publicaciones a nivel mundial, son valederas para las pacientes controladas en el Hospital Médico de la Caja Costarricense de Seguro Social de San José de Costa Rica.
2. Todavía existe un alto número de pacientes, que pese a conocer la gravedad de su problema, abandonan el control hospitalario, evadiendo aún los sistemas de Trabajo Social que pretenden eliminar dicha disensión.
3. Aunque en el presente estudio no se encontró diferencia en la evolución de las pacientes tratadas clasificadas como estadio clínico IIIa y la ele las pacientes clasificadas como estadio clínico IIIb es conveniente insistir que dicha clasificación no sea omitida.
4. No existe en este estudio diferencia estadísticamente significativa entre el número de pacientes que presentaron recidiva en relación a la modalidad de terapia empleada
5. Sin embargo es evidente que el período libre de recidiva es mucho mayor en aquellos pacientes que logren el beneficio de terapia con radium.
6. Escaso número de pacientes se manejó con quimioterapia pero un protocolo de tratamiento, con fines de estudio podría ser empleado en pacientes con recidiva y cuyo estado general lo permita, de esa manera se podría elaborar una casuística propia de la institución.
7. El porcentaje de complicaciones post radiación sugieren un patrón similar al observado en otras revisiones en cuanto al tipo, localización y severidad de las mismas.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Anello, C. U.S. Trends in mortality from carcinoma of cervix. *Lancet*. May 12, 1977. pag. 1038.
- 2.- Beecham, Clayton; Beiler, David. Treatment of cervical carcinoma, *AM. J. Obstet Gynecol.* Vol. 124 No. 3, pag. 281 - 285.
- 3.- Bosh, Antonio; Frías Zeneida Complications after Radiation therapy for cervical carcinoma *Acta Radiológica (therapy) Physics biology* 16 (1977) Fase 1 February.
- 4.- Baker, Laurence; Oipari, Michael; Willson, Henry Mitomycine, Vincristine, and Bleomycine Therapy for advanced cervical cáncer, *Obstetric and Gynecology.* Vol. 52 No. 2. August 1978.
- 5.- Blither, James G. etal Bony metastases from carcinoma of cervix. *Ocurrence, Diagnoses on treatment.* *Cáncer* 36 - 475 - 484,1975.
- 6.- Cáncer of the uterus and ovary. *The University of Texas M.D. Anderson Hospital, Year Book Medical Publishers* 1969, pag. 183, 216, 296, 338.
- 7.- Elsworth, H. Charles; Condori, Jaime; Salí, Sanford. Metastases to the pericardium from squamous cell carcinoma of the cervix. *A.M.J. Obstet Gynecol.* Vol. 129. No. 3, October 1, 1977.
- 8.- Forney, John P. Morrow, C. Paul et al. Seven drug polichemotherapy in the treatment of advanced and recurrent squamous carcinoma of the femaie genital tract *A.M. J. Obstet, Gynecol,* Vol. 123. No. 7. pag. (748-52) December 1, 1975.
- 9.- Giver, Fred T. M.D. et al. Cooperative, approach to the treatment of cervical cáncer *Obstetric and Gynecology* 52 (4): 470 - 74. 1979.
10. Guthrie, D. MB. The use adriamyeine and methotrexate in carcinoma of cervix. *Obstetrics and Oncology.* Vol. 52 September 1978.
11. Hillesma V.J. MD. et al. Carcinoma of the uterine cervix stage III, A report of 311 cases *Gynecology- Oncology,* 11 (175) april 1981
12. Johnsson J. E. Bladder and intestinal injuries following radiation therapy of carcinoma uterine cervix. *Acta radiológica Therapy Physics Biology* 15 (1976) Fase 6, december 1975.
13. Kjorstad, Kjell. Carcinoma of the cervix in the young patient. *Obstetrics and Gynecology,* Vol. 50, No. 1. July 1977.
14. Korhonem, M.O. MD. Epidemiological diferences between adenocarcinoma and squamous cell carcinoma of the uterine cervix *Gynecology Oncology* 10 (3) 312 - 17, December 1980.
15. Me. Lennan, Margaret, T. Me. Lennan Charles. Significance of cervicovaginal cytology after radiation therapy for cervical carcinoma *A.M. J. Obstetrics Gynecology.* Vol. 121, No. 1. pag. 96-100- January 1, 1975.

16. Prempre, Thongbliew and Scott, Ralh M. Treatment of stage Illb carcinoma of cervix, cáncer 42. 1105-1113. 1978.
17. Ruthedge F.N. et al. Adenocarcinoma of the uterine cervix AM. J. Obstet Gynecol. Vol. 122. No. 2, pag. 236-245. May 15.
18. Jampoles, Samuel M.D. Andras, James and Vilberth H. Fletcher M.D. analysis of sites and causes of failures of irradiation in invasive squamous cell carcinoma of the intact uterine cervix. Therapeutic Radiology 115: 681 85-June 1975.
19. Smith, Douglas C. and Wyatt, James F. Embolization of the Hypogastric arterias in the control of massive vaginal hemorrhage. Obstetrics Gynecology, Vol. 49, No. 3, March. 1977.
20. Stanhope, Robert; Carcinoma of cervix. The **effict** of age on survival. Gynecology Oncology, 10 (188)—193 1981.
21. Van Nogell, J.R. MD. et al. The effict of pelvic inflammatory disease on enteric complication fallowing radiation therapy for cervical cáncer. AM. J. Obstet Ginecol 128: 767, 1977.
22. Weimer, Seymour MD. and Wizemberg, Morris. Treatment of primary adenocarcinoma of the cervix cáncer. Vol. 35, 1514 - 1517, June 1975.
23. Yul, Robert. Mortality from carcinoma of the cervix. The Lancet. May 13, 1978, pag. 1031 ■ 1032.
24. Tratamiento del cáncer avanzado en mujeres desespe ranzadas, Clínicas Obstétricas y Oncológicas. Julio 1976, pag. 419-421.
25. Van Nageel J.R. MD. et al. The pronostic significance of the cell type and lesión site patients with cervical cáncer treated by radical surgeri, Gynecology Oncology 5, (142-50) 1981,

# VIOLENCIA Y SU REPERCUSIÓN EN LA SALUD

Dr. Rigoberto Arriaga Chinchilla \*  
Dr. Gustavo Navarro \*\*

Para iniciar nuestro trabajo, debemos partir del concepto de que la agresión física es considerada como el fracaso de las personas para armonizar y simbolizar los sentimientos hostiles, a través del lenguaje y la fantasía.- La paradoja del INSTINTO DE AGRESIVIDAD, es que, una vez registrado como sentimiento, busca una descarga perentoria. El ALCOHOL por su parte, actúa como un diluyen te de las barreras morales y de los valores altruistas de la personalidad, dejando descubiertos y liberados, los sentimientos mas arcaicos del sujeto; llevándolo de esta forma, a expresar y ejecutar, acciones de diversos grados de violencia. (1-2-3-4).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron en el presente estudio, 987 casos que llegaron al SERVICIO DE URGENCIAS QUIRÚRGICAS del HOSPITAL ESCUELA, con signos de haber sufrido lesiones por agresión, desde diciembre de 1981, hasta diciembre de 1982 (un año); tomando en consideración los siguientes parámetros sexo, edad, profesión, distribución mensual, su relación con el alcohol, drogas y otros, el agente causal, la localización de las lesiones, su profundidad, la incapacidad, mortalidad y su repercusión económica para el HOSPITAL—ESCUELA. (5).

### DISTRIBUCION POR SEXO

SEXO	No. PACIENTES	o/o
HOMBRES	782	79.1
MUJERES	205	20.9
TOTAL	987	100.0o/o

Hubo franco predominio del sexo masculino

(\*) Jefe del Servicio de Urgencias Quirúrgicas del Hospital-Escuela y Profesor Titular de Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas—UNAH.

(\*\*) Médico Residente de Cirugía del Hospital-Escuela.



**DISTRIBUCION POR EDAD**

EDADES	No. PACIENTES	o/o
10 - 19	90	9.11
20 - 29	600	60.79
30 - 39	200	20.26
40 - 49	60	6.07
50 - 59	28	2.83
60 - 69	9	0.91
70 Y MAS	0	0
TOTAL	987	100 o/o

La incidencia de agresión fue mayor en la década de 20 a 29 años (60.79o/o).

**DISTRIBUCION SEGUN EL MES**

MES	No. PACIENTES	o/o
DICIEMBRE	224	22.6
ENERO	21	2.1
FEBRERO	32	3.2
MARZO	81	8.2
ABRIL	37	3.7
MAYO	34	3.4
JUNIO	96	9.7
JULIO	81	8.2
AGOSTO	40	4.3
SEPTIEMBRE	140	14.1
OCTUBRE	131	13.1
NOVIEMBRE	70	7.4
TOTAL	987	100.o/o

Ocupó el primer lugar el mes de diciembre, seguido de septiembre y octubre.

**DISTRIBUCION SEGUN SU PROFESION**

PROFESION U OFICIO	No. PACIENTES	o/o
LABRADOR	550	55.72
OBRERO	350	35.46
OFICIOS DOMESTICOS	70	7.09
PROFESIONALES	17	1.72
TOTAL	987	100 o/o

El predominio de la agresión fue manifiesto en los labradores con un 55.72o/o seguido de los obreros con un 35.46o/o.

**RELACION CON FACTORES CAUSALES**

FACTOR CAUSAL	No. CASOS	o/o
ALCOHOL	469	47.5
DELINCUENCIA	187	18.9
DROGAS	12	1.2
OTROS	319	32.4
TOTAL	987	100o/o

El ALCOHOL fue el factor mas importante, seguido de la DELINCUENCIA.

**DISTRIBUCION SEGUN EL AGENTE CAUSAL**

AGENTE CAUSAL	No. CASOS	o/o
ARMA BLANCA	384	38.9
ARMA DE FUEGO	207	20.9
OTROS	396	40.2
TOTAL	987	100.o/o

El Arma blanca fue el principal agente causal.

**DISTRIBUCION SEGUN LOCALIZACION  
DE LAS LESIONES**

REGION	No. CASOS	o/o
CABEZA	429	43.4
TORAX	208	21.3
EXTREMIDADES	204	20.6
ABDOMEN	146	14.7
TOTAL	987	100.0/o

La CABEZA fue el lugar donde se localizaron la mayor parte de las lesiones.

**DISTRIBUCION SEGUN GRADO DE  
PROFUNDIDAD DE LAS LESIONES**

PROFUNDIDAD	No. PACIENTES	o/o
SUPERFICIAL	369	37.3
MEDIANA	252	25.5
PROFUNDA	366	37.2
TOTAL	987	100.0/o

Las heridas superficiales ocuparon el mayor número de lesiones, seguido de las profundas.

**DISTRIBUCION SEGUN GRADO DE  
INCAPACIDAD Y MORTALIDAD**

INCAPACIDAD	No. CASOS	o/o
NINGUNA	299	30.4
PARCIAL	53	5.3
TOTAL	627	63.5
MORTALIDAD	8	0.8
TOTAL	987	100.0/o

En la TOTALIDAD de lesionados predominó la incapacidad TOTAL de la región afectada y se produjo una MORTALIDAD únicamente de 8.

**REPERCUSION ECONOMICA PARA EL  
HOSPITAL - ESCUELA**

PACIENTES HOSPITALIZADOS	254
PACIENTES NO HOSPITALIZADOS	733
TOTAL	987

PROMEDIO DIAS ESTANCIA	14
TOTAL DIAS ESTANCIA	3.556

COSTO POR DIA PACIENTE	71.81
COSTO TOTAL PACIENTES	255.356.36

COSTO POR PACIENTE NO HOSPITALIZADO	40.00
COSTO TOTAL DE PACIENTES NO HOSPITALIZADOS	29.320.00

PROMEDIO DE SANGRE UTILIZADO POR PACIENTE	3 PINTAS
--	----------

TOTAL DE SANGRE UTILIZADA	762 PINTAS
------------------------------	------------

COSTO UNITARIO DE SANGRE	73.12
COSTO DE SANGRE POR PACIENTE	219.36
COSTO TOTAL DE SANGRE	55.717.44

**RESUMEN ECONOMICO**

Costo de Pacientes Hospitalizados	255.356.36
Costo de Pacientes no Hospitalizados	29.320.00
Costo de Sangre.	55.717.44
Costo Total para el Hospital-Escuela	340.393.80

## CONCLUSIONES

1. Se tomaron como base para el presente estudio, 987 casos que llegaron a la EMERGENCIA DEL HOSPITAL ESCUELA, con signos de haber sufrido lesiones por agresión y que corresponde a un 7.77o/o del total (12.688) de las Emergencias Quirúrgicas que llegaron al Hospital de diciembre de 1981 a diciembre de 1982.
2. Se pudo apreciar un franco predominio del sexo masculino (79.1o/o), por ser esta la población más económicamente activa, y por consiguiente, estar más expuesta a situaciones de violencia
3. Durante los meses de diciembre, septiembre y octubre, se presentaron más casos de violencias, lo cual coincide con los días festivos existentes en estos meses, en los que a su vez se ingiere mayor cantidad de bebidas alcohólicas, y tales situaciones, predispone a situaciones de violencia
4. El ALCOHOL y la DELINCUENCIA como factores causales de VIOLENCIA con un total (656) — (66.4o/o), predominaron sobre los otros, por la influencia que estos ejercen sobre las personas en tales situaciones.
5. el ARMA BLANCA (38.9o/o) y de FUEGO (20.9o/o), fueron los agentes causales más frecuentes, y esto se debe al hecho conocido de que en nuestro medio, la mayor parte de las personas de bajo nivel social, portan su arma blanca como objeto de trabajo y algunos el ARMA DE FUEGO como medio defensivo.
6. En cabeza, tórax y abdomen, se localizaron la mayor parte de las lesiones (783 — 79.4o/o), lo cual tiene relación con la forma en que actúa el agente causal (machete, puñal, pistola).
7. Las heridas medianas y profundas (618— 62.7o/o) ocuparon el primer lugar y que a su vez tiene relación con el agente causal (machete, pistola).
8. Del total de 979 agredidos, 627 (63.5o/p) quedaron con incapacidad total de la región afectada, lo cual tiene relación con el mayor número de lesiones medianas y profundas que se produjeron.
9. La mortalidad total fue de 8, que equivale a un (0.5o/o), lo cual está dentro de los niveles óptimos dentro de esta patología de emergencia.
10. Se utilizaron en su totalidad 762 PINTAS DE SANGRE, lo cual es bastante considerable, dada la escasez de ella en el HOSPITAL ESCUELA, por falta de donantes y que indiscutiblemente repercute en forma desfavorable ya que limita considerablemente, la cirugía electiva
11. El costo total ocasionado al HOSPITAL ESCUELA, por la atención de estos pacientes agredido, fue de L. 340.393.80, lo cual es bastante considerable, dadas las limitaciones presupuestarias de este HOSPITAL.

## RECOMENDACIONES

- A. Hacer una campaña a nivel nacional con el objeto de concientizar a la población, sobre las repercusiones que ocasiona la ingesta de alcohol y drogas en sus diferentes formas.
- B. Hacer las gestiones correspondientes ante el MINISTERIO DE GOBERNACIÓN, para que lleve a cabo un desarme general con el fin de eliminar en lo posible, los agentes causales de agresión.
- C. Combatir la delincuencia mediante programas de prevención y rehabilitación en centros especiales (granjas penales).
- D. Recomendar al MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, la creación de CENTROS DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS y que al HOSPITAL-ESCUELA, solo sean referidos, los casos que, debido a la complejidad de sus lesiones, ameriten atención especializada.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Alcoholismo, un enfoque interdisciplinario. David Pittman Editorial Hormé, Argentina.
2. Salud Mental, Enfermedad Mental y Alcoholismo. Velasco Fernández, Anúes, México.
3. Bases para una Epidemiología del Alcoholismo en América Latina. Acta, Argentina
4. Compendio de las conferencias presentadas ante el Congreso Internacional sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Ministerio de Salud Pública División de Salud Mental, Tegucigalpa. 1979.
5. Archivos Clínicos del Hospital - Escuela, 1981 ■ 1982. Tegucigalpa, D.C., Honduras, C.A.

# ALGUNOS DATOS PARA EL ESTUDIO DEL ALCOHOLISMO EN HONDURAS DURANTE LA PRESENTE DECADA

Por: Dagoberto Espinoza Murra\*

Por muchos años el gremio médico hondureño compartió el criterio de que el alcoholismo era algo similar a un "vicio" y que quienes lo padecían eran haraganes, irresponsables, "atenidos", etc., etc..

La connotación del alcoholismo como sinónimo de enfermedad nos ha llegado con algún retraso y hasta la fecha se dibuja en el rostro del estudiante de medicina, así como de muchos profesionales -incluyendo a algunos Psiquiatras--, un semblante de severa reprobación cuando les toca enfrentarse a una persona, a un paciente alcohólico.

Muchos serán los factores a considerar cuando se haga un estudio pormenorizado del alcoholismo en Honduras. En esta ocasión nos contentaremos con mostrar algunas cifras reveladoras de lo acontecido en la Unidad Psiquiátrica "Dr. Mario Mendoza", durante el año de 1981. {Ver Cuadros anexos}.

En un interesante trabajo realizado por Richard W. Hudgens, del Departamento de Psiquiatría de la Escuela de Medicina de la Washington University de San Louis Missouri; y que tituló "Enfermedades mentales en dos culturas ¿le las Américas", el mencionado autor puntualizaba en 1967. "Los desórdenes predominantes entre ellos -se refería a los pacientes hondureños-- eran alcoholismo, esquizofrenia y desórdenes afectivos severos".

Después de algunas consideraciones transculturales, vuelve al temal del alcoholismo y nos brinda esta valiosa información:

"La importancia del alcohol entre los pacientes hondureños fue demostrada una vez mas por el hecho de que, aún sin considerar el diagnostico, 78o/o de los hombres y 80/o de las mujeres entre-

{\*} Profesor del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH.

---

"En el vino, la inconformidad busca satisfacción, la cobardía, valor, y la timidez, confianza",

vistadas en esta investigación tenían una historia presente o pasada de ingestión excesiva. Esta preeminencia de excesos alcohólicos existía también entre los familiares de los pacientes hospitalizados: 65o/o de todos los pacientes y 84o/o de los alcohólicos tenían historia familiar de alcoholismo".

En las memorias de la Unidad 'Dr. Mario Mendoza' 1973-1974, se dice que el (50o/o) de los pacientes varones ingresados a dicho centro fueron clasificados como alcohólicos.

También en el Primer Seminario de Enseñanza de Psiquiatría, celebrado en esta ciudad del 7 al 10 de



mayo de 1975, se dejó constancia de la preocupación por tan complejo problema. "El alcoholismo es un gran problema del campo de la salud mental -se dijo-. En Tegucigalpa existen más de dos mil establecimientos (actualmente se ha duplicado esa cifra) de expendio de bebidas alcohólicas, lo que correspondería a un local por cada 75 personas mayores de 15 años".

Con algún grado de impotencia se agregó: "El hecho más importante es que el propio Estado es el principal beneficiario de tal situación, ya que un buen porcentaje del Presupuesto Nacional proviene del impuesto al expendio e importación de bebidas alcohólicas". (Ver Cuadro No. 7).

#### ESTADÍSTICA DE 1981 EN LA UNIDAD PSIQUIÁTRICA "DR. MARIO MENDOZA"

Pacientes atendidos en Consulta Externa en 1981:  
21.869

Total de ingresos a Salas de la Unidad en ese año:  
1.239 o sea el 5.60/o.

Total de pacientes alcohólicos en esos ingresos:  
261 o sea el 21o/o.

CUADRO No. 1

PACIENTES ALCOHOLICOS SEGUN SU SEXO		
SEXO	No.	o/o
MASCULINO	243	93.1
FEMENINO	18	6.9
TOTAL	261	100.0

CUADRO No. 2

PACIENTES ALCOHOLICOS SEGUN SU EDAD		
EDAD (rangos)	No.	o/o
10 - 20 años	4	1.5
21 - 30 "	46	17.6
31 - 40 "	93	35.6
41 - 50 "	50	19.2
51 y más	45	17.2
sin datos	23	8.8
TOTAL	261	100.0

CUADRO No. 3

#### PACIENTES ALCOHOLICOS SEGUN SU LUGAR DE PROCEDENCIA

LUGAR	No.	o/o
Francisco Morazán	208	79.7
Cortés	13	4.9
El Paraíso	8	3.1
Olancho	7	2.7
Comayagua	6	2.3
Choluteca	5	1.9
Santa Bárbara	4	1.5
Yoro	2	0.7
La Paz	2	0.7
Lempira	1	0.4
Atlántida	1	0.4
Intibucá	1	0.4
Ocotepeque	1	0.4
Copán	1	0.4
Islas de la Bahía	1	0.4
TOTAL	261	100.0

CUADRO No. 4

#### DIAGNOSTICOS CON QUE EGRESARON DE LA UNIDAD

DIAGNOSTICO	No.	o/o
Alcoholismo crónico	182	69.7
Alucinosis alcohólica	32	12.3
Delirium tremens	20	7.7
Psicosis alcohólica	20	7.7
Encefalopatía alcohólica	3	1.1
Demencia alcohólica	2	0.8
Hepatitis alcohólica	1	0.4
Gastritis alcohólica	1	0.4
TOTAL	261	100.0

mayo de 1975, se dejó constancia de la preocupación por tan complejo problema. "El alcoholismo es un gran problema del campo de la salud mental -se dijo-. En Tegucigalpa existen más de dos mil establecimientos (actualmente se ha duplicado esa cifra) de expendio de bebidas alcohólicas, lo que correspondería aun local por cada 75 personas mayores de 15 años".

Con algún grado de impotencia se agregó: "El hecho más importante es que el propio Estado es el principal beneficiario de tal situación, ya que un buen porcentaje del Presupuesto Nacional proviene del impuesto al expendio e importación de bebidas alcohólicas". (Ver Cuadro No. 7).

#### ESTADÍSTICA DE 1981 EN LA UNIDAD PSIQUIÁTRICA "DR. MARIO MENDOZA"

Pacientes atendidos en Consulta Externa en 1981:  
21.869

Total de ingresos a Salas de la Unidad en ese año:  
1.239 o sea el 5.6o/o.

Total de pacientes alcohólicos en esos ingresos:  
261 o sea el 21o/o.

CUADRO No. 1

PACIENTES ALCOHOLICOS SEGUN SU SEXO		
SEXO	No.	o/o
MASCULINO	243	93.1
FEMENINO	18	6.9
TOTAL	261	100.0

CUADRO No. 2

PACIENTES ALCOHOLICOS SEGUN SU EDAD		
EDAD (rangos)	No.	o/o
10 - 20 años	4	1.5
21 - 30 "	46	17.6
31 - 40 "	93	35.6
41 - 50 "	50	19.2
51 y más	45	17.2
sin datos	23	8.8
TOTAL	261	100.0

CUADRO No. 3

#### PACIENTES ALCOHOLICOS SEGUN SU LUGAR DE PROCEDENCIA

LUGAR	No.	o/o
Francisco Morazán	208	79.7
Cortés	13	4.9
El Paraíso	8	3.1
Olancho	7	2.7
Comayagua	6	2.3
Choluteca	5	1.9
Santa Bárbara	4	1.5
Yoro	2	0.7
La Paz	2	0.7
Lempira	1	0.4
Atlántida	1	0.4
Intibucá	1	0.4
Ocotepeque	1	0.4
Copán	1	0.4
Islas de la Bahía	1	0.4
TOTAL	261	100.0

CUADRO No. 4

#### DIAGNOSTICOS CON QUE EGRESARON DE LA UNIDAD

DIAGNOSTICO	No.	o/o
Alcoholismo crónico	182	69.7
Alucinosis alcohólica	32	12.3
Delirium tremens	20	7.7
Psicosis alcohólica	20	7.7
Encefalopatía alcohólica	3	1.1
Demencia alcohólica	2	0.8
Hepatitis alcohólica	1	0.4
Gastritis alcohólica	1	0.4
TOTAL	261	100.0

CUADRO No. 5

SEGUN LOS DIAS DE HOSPITALIZACION		
NUMERO DE DIAS	No.	o/o
1 - 5	120	45.9
6 - 10	69	26.4
11 - 20	38	14.6
21 y más	34	13.0
<b>TOTAL</b>	<b>261</b>	<b>100.0</b>

CUADRO No. 6

SEGUN LAS CONDICIONES DE EGRESO		
ESTADO DE EGRESO	No.	o/o
Mejorados	229	87.7
Igual	32	12.3
Muertos	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>261</b>	<b>100.0</b>

CUADRO No. 7

RECAUDACION FISCAL EN LEMPIRAS POR IMPUESTOS A LA  
 PRODUCCION Y VENTA DE BEBIDAS ALCOHOLICAS NACIONALES  
 AÑOS 1974 - 1980  
 HONDURAS, C. A.

AÑO	CERVEZA	AGUARDIENTE Y LICORES COMPUESTOS	TOTAL
1974	16,069.661.00	12,222.800.00	28,292.461.00
1975	16,739.911.00	13,746.500.00	30,486.411.00
1976	18,537.212.00	18,221.200.00	36,758.412.00
1977	21,532.165.00	20,270.700.00	41,802.865.00
1978	25,680.249.00	21,824.372.00	47,504.621.00
1979	30,307.836.98	22,278.295.18	52,586.132.16
1980	37,818.763.08	22,331.218.38	61,149.981.46

## COMENTARIOS:

- El alcoholismo constituye un serio problema de salud en Honduras.
- Hasta fecha reciente los hospitales estatales han mostrado cierto rechazo por el enfermo alcohólico.
- Ningún hospital del Estado, hasta 1981, había diseñado una política de rehabilitación del enfermo alcohólico.
- Del total de pacientes que ingresaron a la Unidad "Mario Mendoza" en 1981 (1239), 261 lo hicieron por alcoholismo, es decir un 21o/o
- El sexo femenino sigue siendo bastante bajo si se compara con los varones hospitalizados, pero es el doble de las hospitalizaciones de hace una década.
- El 74o/o de los hospitalizados están comprendidos entre los 20 y los 50 años; vale decir en la etapa más productiva de su existencia.

7. A pesar de que existen 17 hospitales estatales que atienden enfermos alcohólicos en Honduras, a la Unidad "Mario Mendoza" vienen pacientes de todo el país. Así en 1981 hubo pacientes de 15 departamentos, exceptuándose Colón, Gracias a Dios y Valle.
8. Por el tiempo de hospitalización, se deduce que no es posible instituir más que una terapia de desintoxicación. Queda, pues, muy lejos hablar de una verdadera rehabilitación del enfermo alcohólico.
9. El estudiante de medicina aprende, en el Hospital, a familiarizarse con esta patología tan común

## BIBLIOGRAFÍA 1.- GREGORY

- IAN.- Psiquiatría Clínica, 2da. Edición. Editorial Interamericana.
- 2.- Hospital Neuro-Psiquiátrico: Memorias 1973 - 1974.
- 3.- HUDGENS, RICHARD W. "Informe de los servicios de Psiquiatría de Honduras", O.P.S. 1967.
4. PEÑA DE VELASQUEZ ARELY: "Algunos datos sobre la realidad de nuestro país, en relación con los egresos hospitalarios por factores directa o indirectamente relacionados con el consumo de alcohol" División de Salud Mental, 1982.
5. VON EICKEN AMANDA: "Estudio Social del Alcoholismo en la capital Hondureña 1974".
6. ZAVALA ROSALIO: "Diagnóstico de la situación actual del alcoholismo en Honduras" Publicaciones Pasecap No. 6. Tegucigalpa, D.C. 1981.

## REVISIÓN DE LITERATURA

# NUEVAS PERSPECTIVAS EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

*Dr. Edgardo Girón Flores (\*)*

La enfermedad de Parkinson debe de incluirse dentro de lo que conocemos con el nombre de síndrome de Parkinson: que corresponde a una variedad de condiciones de diferente etiología con un cuadro clínico similar.

Actualmente se estima que ocurren 36.000 casos nuevos por año en Europa y Estados Unidos.

La incidencia sobre la población total es de lo/o por arriba de los 50 años.

El criterio para la inclusión en el síndrome de Parkinson comprende:

1. Rigidez
2. Temblor
3. Bradiquinesia

### SÍNDROME PARKINSONIANO

1. Parálisis agitante
2. Parkinson post-encefálico
3. Parkinson arterioesclerótico y parkinsonismo asociado con anoxia e isquemia cerebral.
4. Degeneración estriado nigral
5. Parkinson inducido por drogas: reserpina, alfametil-dopa, fenotiazinas

(\*) Neurólogo clínico del H.E.- Profesor de U.N.A.H.

6. Enfermedades infecciosas: encefalitis viral, sífilis meningo vascular.
7. Parkinsonismo tóxico: Manganeseo, monóxido de carbono, disulfuro de carbono.

### 8. RASGOS PARKINSONIANOS EN OTRAS ENFERMEDADES NECROLÓGICAS CRÓNICAS

- a. Enfermedad de Huntington
- b. Enfermedad de Wilson
- c. Enfermedad de Alzheimer
- d. Degeneración olivo ponto cerebelosa
- e. Shy Dranger
- f. Parálisis supranuclear progresiva
- g. Jacob Creutzfeldt
- h. Complejo Parkinson y demencia de Guam.

### EL PARKINSONISMO PUEDE SER DEFINIDO EN TÉRMINOS PATOFISIOLÓGICOS:

Como un imbalance entre las fuerzas inhibitorias y excitatorias estriadales; o en términos bioquímicos como un imbalance entre neuronas dopaminérgicas y colinérgicas; del cuerpo estriado.

### CAMBIOS PATOLÓGICOS ESENCIALES

1. Pérdida de neuronas en la parte compacta de la sustancia negra
2. Inclusiones hialinas intracitoplasmáticas cuerpos de Lewi (Esfingomielina)

3. Pérdida de la melanina sustancia negra de mesencéfalo.
4. Cambios difusos en la corteza cerebral, ganglios basales, tálamo, tallo cerebral.
5. Dilatación ventricular, degeneración marcada en Locus Ceruleous, Núcleos oculomotores, núcleo motor dorsal de vago, infartos lacunares.

### PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

1. Historia clínica y examen físico
2. Escritura micrográfica
3. TAC (Tomografía Axial Computarizada)

### PARÁLISIS AGITANTE

Síntoma principal puede ser temblor o rigidez. El temblor aparece en los miembros distales, tipo pill rolling 4-8 ciclos/seg. rigidez con fenómeno de rueda dentada. La rigidez se inicia proximal y se extiende distal, actitud en flexión, Fascies tipo máscara, cara aceitosa, pérdida de las arrugas faciales, disminución de la sonrisa y parpadeo, debilidad y fatiga fácil. No hay debilidad al explorar las musculaturas, la sensibilidad es normal, R.O.T. normales, Bradiquinesia, producida por la rigidez, escritura es acalamburada y micrográfica, lenguaje con pérdida gradual de su amplitud. Marcha Tipo Festinante.

#### DISFUNCION AUTOPNOMICA:

- A. Salivación excesiva
- B. Transtornos esfinterianos
- C. Hipotensión ortostática
- D. Demencia

### PARKINSON ARTERIOESCLEROTICO.

Coexistencia de Parkinson mas enf. cerebro-vascular, hipertensión arterial, TIA'S defectos neurológicos

por infartos lacunares, fascies de mascara, festinación, parálisis pseudobulbar, disartria, disfasia, incontinencia emocional, incontrol de esfínteres y demencia progresiva

### PARKINSON POST ENCEFALITICO

Antecedentes de encefalitis letárgica u otro tipo de encefalitis, compromiso de conciencia, crisis oculogiras, blefaroespasma, retracción párpado superior, parálisis de la acomodación, transtornos de la respiración, salivación excesiva, fascies oleosas, hipotensión arterial, comportamiento psicótico.

### TERAPIA MEDICA

Terapia de reemplazo con levodopa sola (6.9gr. Average 3.5gr.)

Terapia de reemplazo con levodopa mas inhibidores dopadecarboxilasa

- a. Carbidopa Levodopa Sinemet 25/250 y 10/100
- b. Hidrocloruro de benzeracide Levodopa Prolopa 125-250

Fenómeno "On Off" con respuestas

1. IDI (Improvement - Dystonia - Improvement)
2. DID (Dystonia - Improvement - Dystonia)

Uso de cantidades bajas de levodopa mas frecuente  
Uso combinado de la bromocriptina 30 mgr/día.  
Uso combinado con betabloqueadores tipo propanolol 10 - 40 mgr. tid.

### PACIENTES CON SÍNTOMAS MÍNIMOS

(Drogas Anticolinérgicas)

- Artane: Trihexifenidil  
Pagitante: Cicrimina  
Akineton: Biperideno  
Cogetin: Benzotropina  
Parsidol: Etopropazine

### CONTRAINDICACIONES

No usar levodopa en cardiopatía severa de cualquier etiología, no utilizar antihipertensivos con reserpina en Parkinsonianos, no utilizar: fenotiazinas, anfetaminas piridoxina (interferencia farmacológica).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aminoff M.J. et al.- Levodopa therapy for Parkinsonism in Shy Drager Disease.- J. Neurol - Neurosurg - Ps y ch, 36: 350 - 353, 1973
- 2 Barben A.- Six Year of high Level therapy in severely akineties Parkinsonina Patients.- Arch. Neurol, 33: 333 - 338, 1976
3. Batteman D.N., et al.- Treatment of the On - Off Syndrome in Parkinsonism with low dose bromocriptine in combination with Levodopa.- J. of Neurol - Neurosurg. Ps y ch, 41:1109 -1113,1978.
4. Cotzias G.C., etal- Modification of Parkinsonism Cronic treatment with Levodopa.- N. E.J. of M., 280: 337 - 345,1969.
5. Friedman A.H. et a.- Pharmacological aspect of Parkinsonism.'Adv. pharmac, 3:83-127, 1964.
6. **Editorial: Dopa and Parkinsonism.- Br. Med. J. 276-283,1967.**
7. Duvoisin R.C., et al.- Encephalitis and **Parkinson.- Arch. Neurol, 12:227-239, 1965.**
8. **LEE M.C.- The Long term. Effects of combining Carbidopa with Levodopa for Parkinson Disease.- Trans - Am - Neurol - Assoc., 101:262-264, 1976.**

## SÍNDROME DE DANDY-WALKER COMO HALLAZGO INUSUAL EN UN ADULTO:

REPORTE DE UN CASO. (\*\*) *Dr.*

*Nicolás Nazar H. (\*)*

### INTRODUCCIÓN:

El Síndrome de Dandy-Walker es una entidad congénita caracterizada por: hidrocefalia, defectos en el desarrollo del vermis cerebeloso, dilatación quística del IV ventrículo, agrandamiento de la fosa posterior, con elevación de los senos transversos de la confluencia de los senos transversos de la confluencia de los senos y del tentorium. (1) (2). Otras anomalías del S.N.C. pueden acompañar a estos pacientes y es usual que su presentación clínica sea con hidrocefalia durante la infancia (2) otras veces con hipertensión endocraneana en la adolescencia y raramente en un adulto, más bien como un hallazgo circunstancial al estudiar al paciente por alguna otra causa. (3) (4).

El objeto de la presente publicación es reportar un caso, cuya signología y sintomatología no apuntaban al diagnóstico, sino que fue un hallazgo casual al realizar un examen complementario de Tomografía Axial Computarizada (T.A.C.) en un paciente adulto, dado el hecho establecido que la presentación del Síndrome de Dandy-Walker en ese rango de edad es poco frecuente.

### CASO CLÍNICO:

Paciente M. D. de V., Femenina, 52 años, casada, empresaria, con historia de Cefalea hemicraneana desde hacía 30 años, la cual se controlaba con medicamentos durante la crisis; Histerectomía sin ooforectomía en los E.E.U.U. en 1977 sin problemas y resto sin importancia.- Tiene una hermana Mongólica y un hijo con acortamiento patológico de los dedos de la mano, y el pie (microdactilia sin poli-

dactilia).- Nos visitó por primera vez en la clínica privada el 27/v/81, cuando luego de una crisis emocional bastante fuerte, presenta crisis severa de jaqueca izquierda, habiendo quedado posteriormente con alteraciones de memoria consistentes en no reconocer a familiares cercanos, además desorientación espacial en su casa, refiriendo que por unas horas experimentó parestesias sin parexia de miembro superior derecho.- No hubo pérdida de conciencia, vómitos, diplopia, convulsiones en otra signología coincidente.

Al examen neurológico no se encontró alteración de su actividad vital: PA—120/80, Pulso—87 por minuto, F.C.—87 por minuto, Ritmo Regular, estaba conciente pero con pequeñas lagunas mentales de hechos recientes respecto a su Enfermedad actual.- El Fondo de Ojo fue normal, no se encontraron reflejos patológicos, alteraciones sensitivas o motoras, la paciente lucía tranquila y cooperadora.- No habían signos cerebelosos.

La interpretación clínica que se dio de entrada, es que se había producido un espasmo vascular cerebral secundario a la crisis jaquecosa intensa.- Se realizó de inmediato un Electroencefalograma (E.E.G.) que mostró signos de sufrimiento cortical fronto-temporal izquierdo.- Rayos x de Cráneo simple no visualizó la pineal, informándose la presencia de hiperostosis frontal interna no patológica y calcificación fisiológica del seno longitudinal y de la hoz cerebral.

Con los datos anotados se concluyeron hechos coincidentes que focalizaban el lado izquierdo cerebral: la crisis jaquecosa que fue izquierda, la alteración electroencefalográfica a izquierda y las parestesias durante la crisis de dolor en miembro superior derecho; además, la desorientación temporos espacial y las alteraciones de memoria reciente, nos llevan a concluir que la hipótesis diag-

(\*) Profesor de la Facultad de Medicina—Neurocirujano del Hospital Escuela.- Interconsultor de Neurología y Neurocirugía del Hospital Psiquiátrico Nacional.

(\*\*) Presentado en el XXV Congreso Médico Nacional, La Ceiba, Febrero 1982.

nóstica inicial del espasmo vascular cerebral era factible y que estuviera llevando a la paciente a un infarto o estuviera en la evolución del mismo, por lo que se decidió realizar una Tomografía Axial Computarizada de urgencia, que se hizo en Guatemala, pues en esa época no contábamos aún en nuestro país, de las bondades de ese método diagnóstico,

La T.A.C. reveló: presencia de atrofia cortical difusa con calcificaciones fisiológicas de la hoz, del seno longitudinal y de la glándula pineal que se conservaba en línea media, con hiperostosis frontal interna importante (Figura No. 1).- Hay dilatación moderada del sistema ventricular (sin reabsorción transependimaria), que comunica con un enorme quiste que abarca toda la fosa posterior, con evidencia neta del cierre incompleto (disrafia) de la tienda por lo que el quiste asciende hasta la región supratentorial (Figura No. 2), evidenciándose con claridad agenesia del vermis cerebeloso y atrofia marcada de ambos hemisferios cerebelosos; en los cortes sagitales y coronales (Figura No. 3) se demuestra la comunicación del enorme quiste que es el IV ventrículo dilatado con el sistema ventricular, a través de un acueducto de Silvio también dilatado.

La radiografía simple de cráneo en la proyección lateral que se muestra en la figura No. 4, evidencia

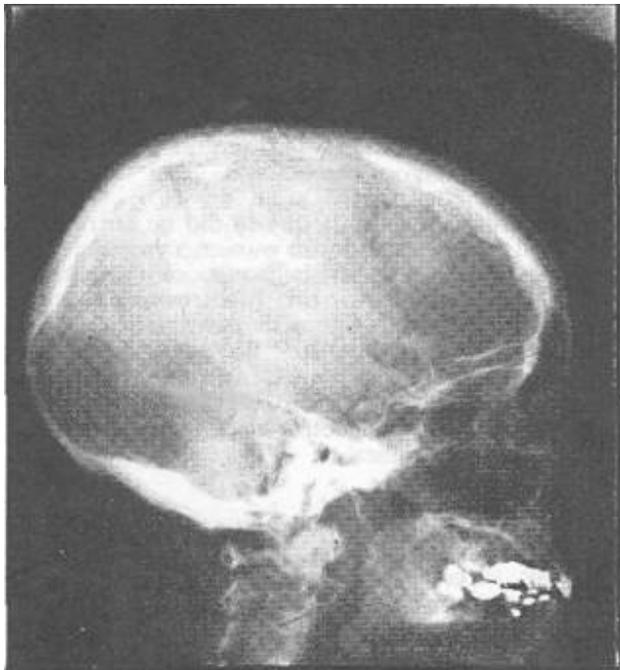


Figura No. 4: Rx. Lateral de cráneo: Fosa posterior amplia, con paredes óseas adelgazadas por el quiste.- Tórcula alta.

algunos hallazgos importantes: ascenso de la prominencia occipital interna que hace ver una fosa posterior amplia, con la calota craneana adelgazada en la porción medial, por la presencia del quiste ya descrito en la T.A.C, lo que significa una torne-la alta.- Además el aumento del diámetro antero-posterior del cráneo.- Todos estos datos coinciden con los descritos en la literatura como hallazgos a los Rx simple en el Dandy—Walker (2) (4).

Por todos los elementos descritos se concluyó en la entidad de que es objeto este reporte, además de la experiencia que habíamos acumulado en el manejo de casos similares y que han sido objeto de publicaciones nacionales (2) e internacionales (3).

En el manejo, por no haber signología de hipertensión endocraneana, ni elementos tomográficos que sugieran actividad de la dilatación ventricular (Reabsorción transependimaria ausente), se decidió ser conservador, con seguimiento neurológico clínico estricto, y se planteó que ante el menor signo de descompensación que hiciera sospechar hipertensión intracraneana, se realizaría nueva T.A.C. para decidir intervención quirúrgica, si se presentara hidrocéfalo activo.- Se inició simultáneamente tratamiento con carbamazepina y derivados nootrópicos.

El último control de la paciente que no ha requerido cirugía hasta la fecha fue el 11/11/83, con control casi total de su jaqueca pues solo ha presentado 2 crisis leves que no han ameritado tratamiento sintomático, sin focalización neurológica, con fondo de ojo normal, y con su memoria muy recuperada, al grado que desarrolla su trabajo sin ninguna alteración. - Hay E. E.G. de control con fecha 5/III/83 que evidencia notable mejoría eléctrica, pues solo hay discretos brotes ocasionales en región temporo-frontal izquierdo.

#### DISCUSIÓN

El presente caso resulta muy interesante pues representa la forma casual en que se diagnostica el Síndrome de Dandy-Walker en adultos y algunos de los cuales es hallazgo de autopsia (5). (3).- También se apunta el hecho que el motivo de consulta de la paciente es independiente de la malformación congénita que presenta, aunque si es más frecuente que pacientes con malformaciones del S.N.C. padezcan de cefalea (4).- También es cierto que cuando hay alteraciones congénitas en la familia, como en el presente caso, hay mayor probabilidad de padecer alguna malformación general o del S.N.C. (3) (4).- Dejo constancia que el Dandy-Walker es más frecuente en pacientes del sexo femenino con una relación de 2:1 (2) (4) (1).- También podemos concluir que un paciente puede desarrollar la malformación y mantenerse compensado toda la vida, al respecto el paciente de mas edad

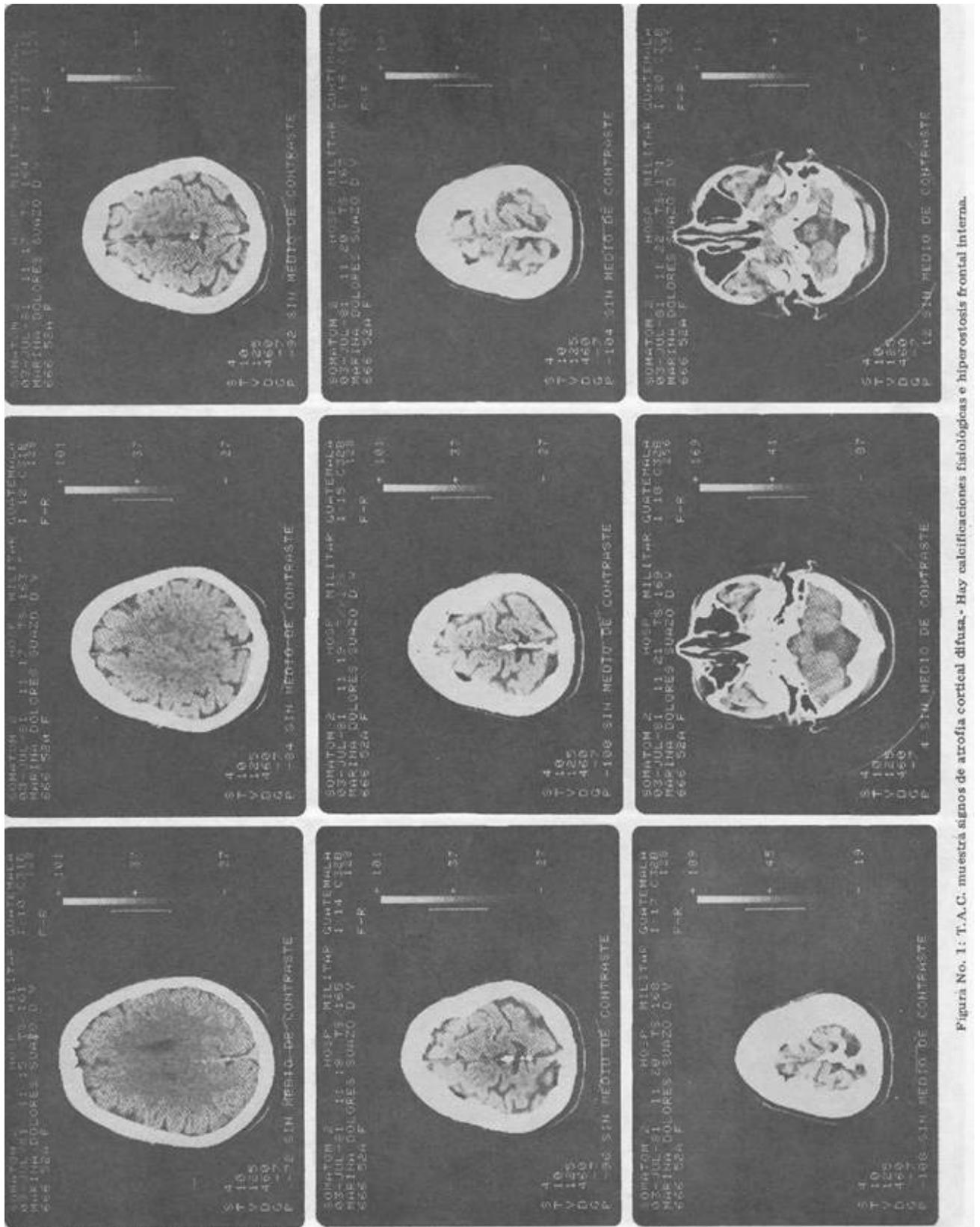


Figura No. 1: T.A.C. muestra signos de atrofia cortical difusa.- Hay calcificaciones fisiológicas e hiperostosis frontal interna.

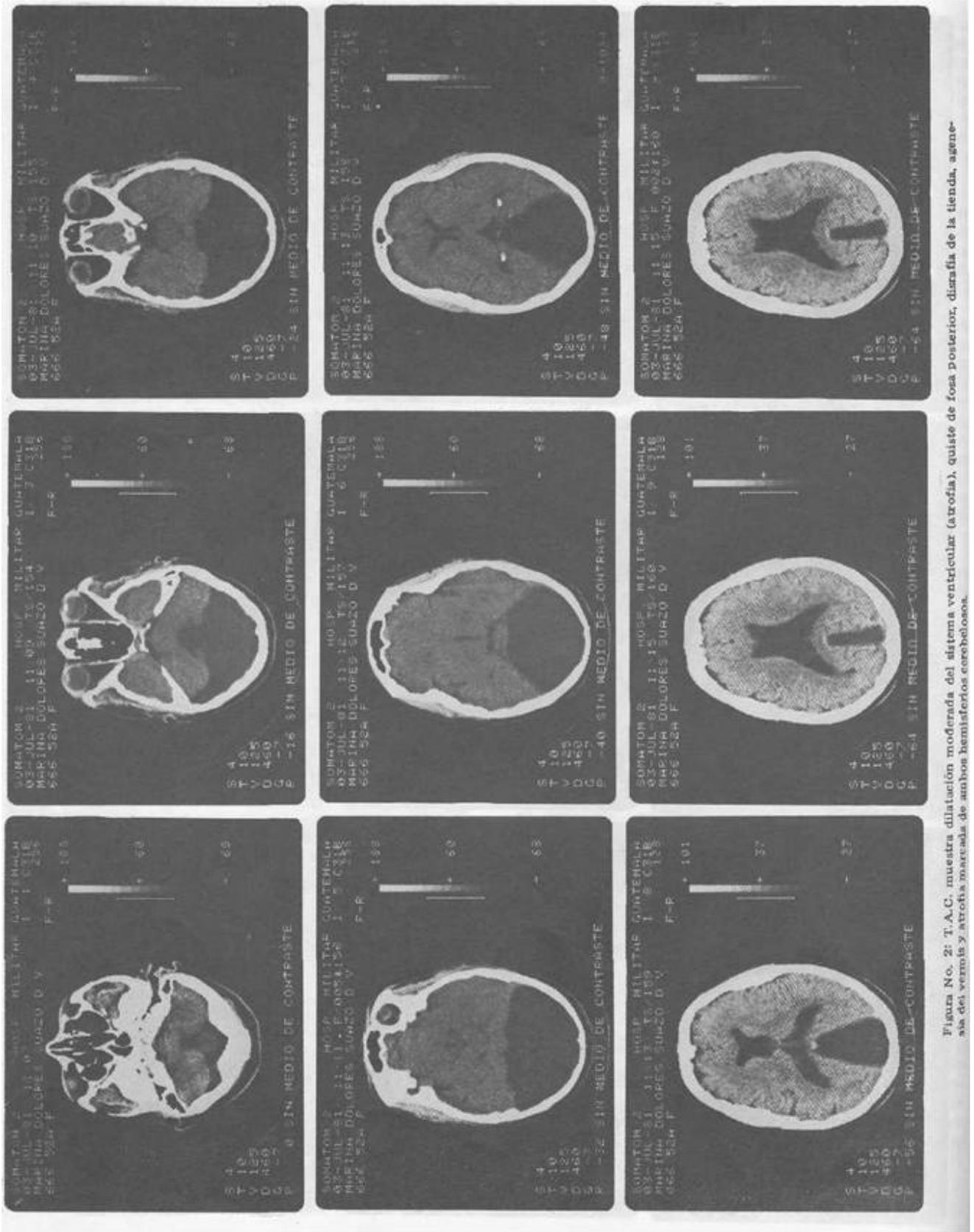


Figura No. 2: T.A.C. muestra dilatación moderada del sistema ventricular (atrofia), quiste de fosa posterior, disartria de la tienda, agenesia del vermis y atrofia marcada de ambos hemisferios cerebelosos.

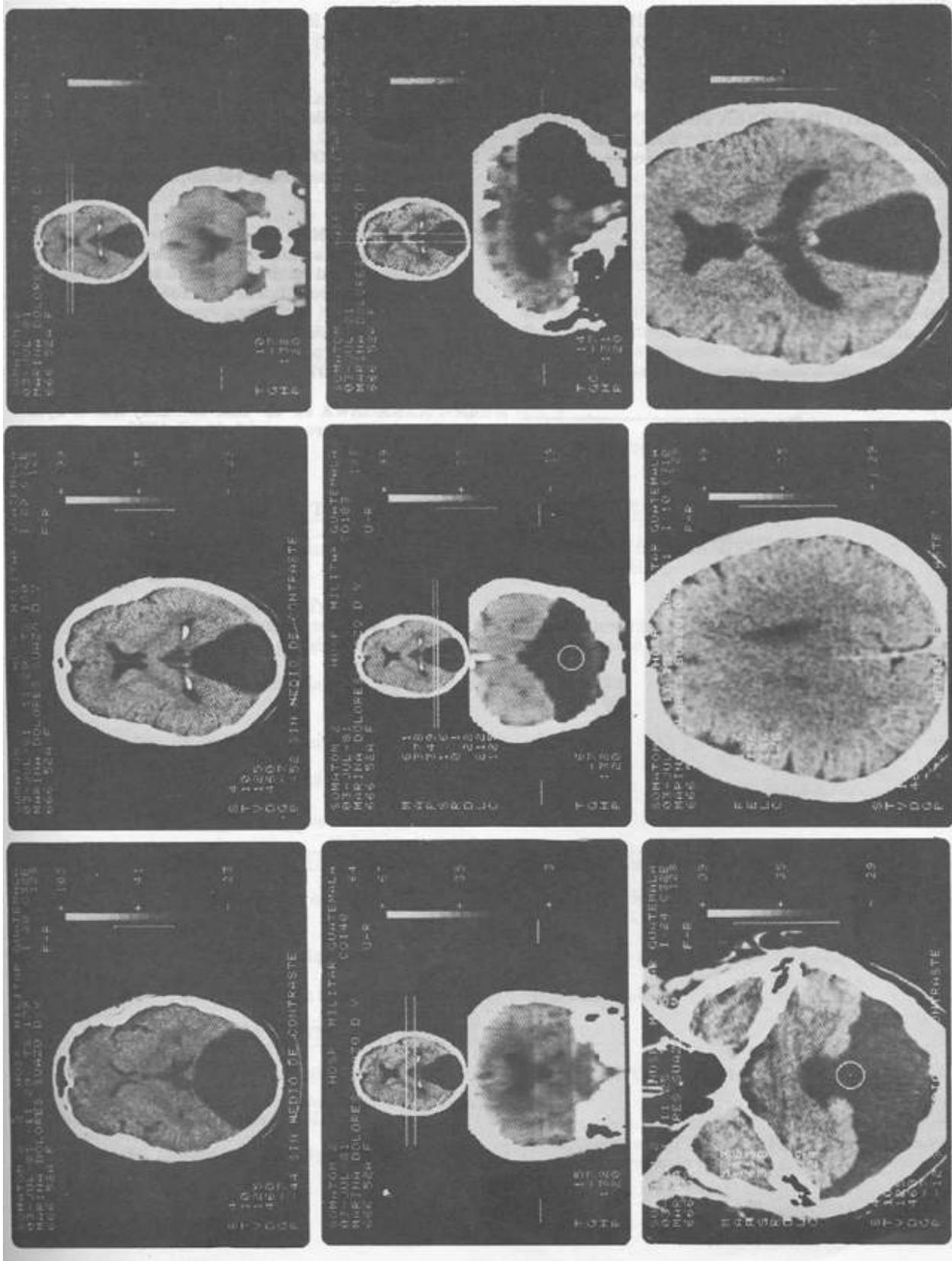


Figura No. 3: Cortes de T.A.C. axiales, coronales y sagitales que demuestran que el quiste es el 4o. ventrículo dilatado comunicándose con el sistema ventricular a través de A. de Silvio dilatado.

en que se ha diagnosticado Dandy-Walker es de 72 años, tal como lo demuestra NAKAOAWA et. al. (5), al reunir en 1970, los 101 casos publicados a la

EDAD DE PACIENTES CON SINDROME DE DANDY-WALKER	
EDAD	No.
Menos de 1 mes	27
1 - 5 meses	17
6 - 23 meses	15
2 - 9 años	19
10 - 19 años	17
20 - 29 años	3
30 - 49 años	2
más de 50 años - (72)	1
<b>TOTAL</b>	<b>101 casos</b>

fecha tal como lo demuestra la tabla siguiente:

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Haller T.S. et. al.- Cistic Lesions of the posterior Fossa- Neurology.- (Minneap.) 21, 494 - 506, 1971
- 2.- NAZAR NICOLÁS.- Malformación de Dandy-Walker. Rev. Med. Hondureña, vol. 50, No. 3, 161-164, Feb. 1983.
- 3.- PALMA A., NAZAR N.- Dandy - Walker Malformation, and the contribution of radioisotopic studies of cerebral spinal fluid dynamics to its Diagnosis.- Acta Neurochirurgica 61, 319-324, 1982.
- 4.- Vinkin P.J. and G. Bruyn.- Hand Book of Neurology. V.30, Part. I, pp. 623-644, Amsterdam, North Holland publishing, 1977.
- 5.- NAKAGAWA et al.- Case of Dandy-Walker Syndrome.- Brain Nerve, vol. 22, 90-97, 1970.

## INFORMACIÓN MEDICA

# PIRENCEPINA EN LA ULCERA PÉPTICA

Dr. José Francisco Zelaya Reyes\*

Dr. Gustavo Adolfo Zúñiga\*\*

La úlcera péptica ocurre porque hay un aumento en la secreción de factores agresivos, ácido y pepsina y concomitantemente disminuyen los factores defensivos, secreción mucosa, etc., o una combinación de ambos factores. (1) Es de hecho conocido que la hipersecreción gástrica inducida por el gastrinoma es responsable de un cuadro ulceroso (2). Paradójicamente pacientes con secreción basal normal o bajo de lo normal también sufren úlcera péptica, con lo cual observamos que hasta la fecha lo antes anotado crea punto de discusión y desconocimiento en el mecanismo de producción de dicha patología

En consecuencia, las drogas para el tratamiento de la úlcera péptica, ya sea para reducir, neutralizar la acidez gástrica o aumentar la defensa mucosa o acción combinada, siguen investigándose.

Durante las últimas dos décadas, varios medicamentos han aparecido e investigado y realizado estudios de efectividad, muchos de ellos aprobados y varios descartados.

En la actualidad podemos clasificarlos en tres grupos: medicamentos que reducen la acidez, medicamentos que aumentan la resistencia mucosa y drogas que actúan en forma mixta (3). (Fig. No. 1).

FIGURA No. 1

### MEDICAMENTOS USADOS EN ULCERA PEPTICA

#### MEDICAMENTOS QUE REDUCEN LA ACIDEZ

a - Bloqueadores H2	CIMETIDINA, RANITIDINA SKF 93479
b - Agentes Tricíclicos * Antidepresivos * No antidepresivos	Trimipramine (surmontil) Pirenzepina (gastrozepina)
c - Benzimidazoles sustituidos	H 149/94 H 83/69
d - Agentes córtico hipotalámicos	Sulpiride
e - Anticolinérgicos	
f - Antiácidos	

#### MEDICAMENTOS QUE AUMENTAN LA DEFENSA MUCOSA

a - Bismuto coloidal	Dicitrato de bismuto tripotásico.
b - Disacáridos sulfatados	Sucralfato (antepsin)
c - Extractos licorizados	Carbenexoloma

#### MEDICAMENTOS DE ACCION MIXTA

a - Prostaglandinas	15 (R) Metilprostaglandina E2
---------------------	-------------------------------

\* Médico Gastroenterólogo - endoscopista I.H.S.S.

\*\* Jefe Sala Medicina de Mujeres I.H.S.S. \*\*\* Trabajo presentado en:

IX Jornada Centroamericana de Gastroenterología  
Noviembre 1982.

Dentro de los agentes tricíclicos no antidepresivos se encuentra la PIRENCEPINA, medicamento que motiva el presente estudio.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron en forma prospectiva veinte (20) pacientes con comprobación diagnóstica endoscópica de úlcera péptica. (Fig. No. 2) seis de ellas sufrieron de localización gástrica (30o/o) y catorce de localización duodenal (70o/o),

La edad promedio fue 37.9 años y la distribución por sexo corresponde a diez y seis para el sexo masculino y cuatro para el sexo femenino (Fig. No. 3).

Se siguió protocolo (Fig. No. 4) en donde se determinaron datos generales del paciente, antecedentes gastroduodenales, síntomas subjetivos de su enfermedad, efectos secundarios atribuibles al medicamento y finalmente endoscopia de control, la cual se realizó cuatro semanas después de iniciado el tratamiento con Fibroendoscopio ACMI-F8 y Olympus GIF—Q.

La dosis administrada fue de 100 mg/día durante el periodo de tiempo mencionado, -se excluyen en el presente estudio pacientes con úlcera péptica complicada. Cuatro casos no fueron tabulados por circunstancias de haber abandonado el estudio.

FIGURA No. 2

DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO	NUMERO	o/o
ULCERA GASTRICA	6	30
ULCERA DUODENAL	14	70
TOTAL	20	100

FIGURA No. 3

Grupo de Edad	Masculino	Femenino	Total
20 - 29	6	1	7
30 - 39	3	2	5
40 - 49	4	0	4
50 - 59	2	1	3
60 - 69	0	0	0
70 - 79	1	0	1
TOTAL	16	4	20

## FIGURA No. 4

ESTUDIO PIRENCEPINA EN ULCERA PÉPTICA

NOMBRE: EDAD: SEXO:

SÍNTOMAS SUBJETIVOS:	Dolor	SI	NO
	Acidez	SI	NO
	Ritmo	SI	NO
	Dispepsia	SI	NO
	Sangrado	SI	NO

ANTECEDENTES GASTRODUODENALES:

Dx:

Fecha:

Tratamiento: -----

RAYOS X:

ENDOSCOPIA:

ENDOSCOPIA DE CONTROL: Fecha:

EFECTOS SECUNDARIOS:

DIAGNOSTICO FINAL:

## RESULTADOS

Se observó una buena tolerancia al medicamento, sin efectos secundarios en diez y siete (17) casos, lo que representa el 85o/o, mínimos efectos secundarios en tres (3) casos que representa el 15o/o (Fig. No. 5).

El efecto secundario más frecuente lo representó cuadro de diarrea leve, la cual se observó en dos casos, en los cuales no hubo necesidad de suspender la droga ya que cedió a medicamentos sintomáticos (Fig. No. 6).

Se obtuvo mejoría clínica espectacular, en quince (15) de los pacientes y no mejoría clínica en cinco pacientes (Fig. No. 7).

La evolución de control endoscópico nos reporta una excelente respuesta en un 50% de los casos en los cuales se observó desaparición de la úlcera en 100%. Respuesta buena en cuatro (20%) re-iguiar en dos (10%) y no modificaciones endos-

cópicas en los cuatro (20o/o) casos restantes. (Fig. No. 8).

La úlcera duodenal presentó una incidencia de curación de 78.5o/o y la úlcera gástrica 66.60/0, tomando en cuenta el control endoscópico realizado cuatro semanas después de iniciado el tratamiento.

FIGURA No. 5

## TOLERANCIA AL MEDICAMENTO

	CASOS	o/o
BUENA	17	85
REGULAR	3	15
MALA	0	0
TOTAL	20	100

FIGURA No. 6

## EFECTOS SECUNDARIOS

	CASOS	o/o
DIARREA		
Leve	2	10
Severa	—	—
NAUSEAS	1	5
TOTAL	3	15

FIGURA No. 7

## MEJORIA CLINICA SUBJETIVA

	CASOS	o/o
SI	15	75
NO	5	25
TOTAL	20	100

FIGURA No. 8

## MEJORIA CONTROL ENDOSCOPICO

	CASOS	o/o
EXCELENTE	10	50
BUENA	4	20
REGULAR	2	10
NINGUNA	4	20
TOTAL	20	100

## DISCUSIÓN

La pirencepina tiene una estructura similar a las sustancias tricíclicas antidepresivas (C<sub>19</sub>H<sub>23</sub>C<sub>12</sub>N<sub>0.2</sub>) sintetizada por el Dr. G. Schmidt, acreditada como antiácido y antiulcerosa a nivel gástrico duodenal, (4, 5, 6, 7, 8, 9), es claramente hidrofílica y solamente liposoluble en muy poca o escasa proporción (6), no cruza la barrera sangre-cerebro. Consecuentemente no tiene efectos antidepresivos.

En 1974 se informa por vez primera las propiedades farmacológicas que se resumen en la Figura No. 9 (11).

FIGURA No. 9

1. Impide la aparición de úlcera gástrica y duodenales en experiencias agudas.
2. Acelera la curación de úlcera gastroduodenales crónicas.
3. Inhibe la secreción de ácido y pepsina
4. No efectos en S. N. C.
5. Efectos secundarios prácticamente ausentes

Es reconocido que esta droga despliega un efecto anticolinérgico que difiere de los atropínicos clásicos, demostrando que es un fármaco anticolinérgico específico para el tracto gastrointestinal. (Fig. No. 10).

Desde los estudios de Burgen y Col se ha puesto de manifiesto puntos de alta y baja afinidad muscarínica (10). Hammer utilizando la misma técnica ha demostrado que la Pirencepina es el primer antagonista que tiene la propiedad de diferencias la afinidad muscarínica (6) en puntos con elevada y baja afinidad.

Nuestra experiencia en el presente estudio corrobora los resultados de estudios previos con Pirencepina con dosis similares. Obteniendo en nuestro trabajo un índice de curación para la úlcera gástrica de 66.60/0 y de 78.5o/o para la úlcera duodenal.

En todos los casos el medicamento fue bien tolerado, en ningún caso se presentó la necesidad de discontinuarlo. El efecto secundario más frecuentemente observado fue la diarrea que se presentó en dos pacientes. En ambos en forma leve y transitoria como ya fue puntualizado. Además se presentó un caso aislado de náusea. Es de hacer notar que en ningún caso del estudio se reportaron los efectos de los anticolinérgicos clásicos.

FIGURA No. 10

DIFERENCIAS FARMACODINAMICAS	EFECTO	
	PIRENCEPINA	ATROPINA
S.N.C.	NO	SI
Aumento Frecuencia Cardíaca	NO	Muy acusada
Midriasis	NO	acusada
Contracción vejiga-orina	NO	SI
Función motora de:	NO	
Tracto gastrointestinal	NO	SI
Secreción estómago	SI	SI
Secreción salival	Ligera	Muy acusada

Se comprueba:

1. Buena tolerancia al medicamento

#### CONCLUSIONES (FIG. No. 11)

Se comprueba:

1. Buena tolerancia al medicamento
2. Mínimos efectos secundarios
3. Mejoría clínica subjetiva excelente
4. Mejoría endoscópica. Úlcera Duodenal 78.50/o.  
Úlcera Gástrica 66.60/0

SÍNTOMAS SUBJETIVOS: Dispepsia SI NO

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1.- HARRISON'S: Principios de Medicina Interna 9a. Edición pág. 1371 1980.
- 2.- STABILE BE, PASSARO E. Jr. Progress in Gastroenterology. Recurrent Peptic Ulcer. Gastroenterology 70: 124, 1976.
- 3.- GROSSMAN, M.D. y Col. Peptic Ulcer: New therapies, new diseases ann. Internal. Medicine 1981; 95: 609-27.
- 4.- BRUMMER H.: Efecto de la Pirenzepina. Un nuevo agente inhibidor del ácido gástrico en secreción pancreática exocrina EH humanos. *Arzneim Forsh* 27: 684 1977.
- 5.- STOCKBRUEGGER: Pirenzepina una nueva droga antisecretoria. *Scand J. Gastroenterol*, (Suppl. 45) 12:103,1977.
- 6.- HAMMER R. y COSS R.W. Perfil fármaco cinético de la Pirenzepina *Scand J. Gastroenterol*. (Suppl 57) 14; 1979.
- 7.- CHIERICHETTI: Pirenzepina en la úlcera péptica. Introducción a los informes sobre ensayos clínicos. *Scand J. Gastroenterol*. (Suppl. 57) 14: 16,1979.
- 8.- KAUFMANN B: Gastritis y Úlcera Péptica: La Pirenzepina inhibe la secreción gástrica. *Praxis Kurier* 15: 16, 32. 1977.
- 9.- GUZMAN L. E. Pirenzepina en el tratamiento de la Úlcera Péptica, *Tribuna Médica colombiana*. (Separata) No. 735. Tomo LXII-No. 11. 1980.
- 10.- Burgen, Birdsall. Symposium. Recientes Avances sobre receptores químicos ■ Univ. Camerino Italia 11-14 Sept 1978.
- 11.- R. ENGELHORN, R. Hammer y F.W. Koss - Farmacología y mecanismo de la acción de la Pirenzepina. Informe 1 ■ Feb. 1980.
- 12.- K. H HOLTERMULLER, J. R. Malagelada. Avances en enfermedad Ulcerosa Pág. 429-437, 1980.

# ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN EMBARAZADAS

*Dr. Dennis A. Castro Bobadilla\**

La incidencia de enfermedades de transmisión sexual ha ido en aumento desde el momento en que "las libertades" socialmente aceptadas lo han permitido.

Cabe citar en ejemplo de que en los Estados Unidos de América en donde los servicios de estadística han registrado una incidencia mayor de estas enfermedades así: en 1971 se reportaron 621,371 casos y, en 1977 se reportaron 1.007,518 casos que equivale a un aumento- del 61.40/o.

En el caso de Honduras y específicamente del tema que se enfoca, no hay datos estadísticos al respecto.- En vista de lo anterior, tomando como base el plan de control prenatal del Ministerio de Salud Pública que se aplica en los diferentes centros de salud del país es que se agregó como de rutina en el centro de salud de la ciudad de El Paraíso, Dpto. de El Paraíso, la toma de muestras de frotis vaginal a todas las pacientes que asisten a control prenatal.

Explicando que el frotis se realizaba en cualquier período del embarazo, razón que se basa en el hecho de que nuestras pacientes no son cumplidas en sus citas de control prenatal por diferentes motivos, por lo que aprovechamos la primera visita para realizar la toma de muestras independientemente del período en que se encontraba el embarazo.

Quiero adelantar que únicamente se realizó el estudio en base a frotis de canal endocervical y no a cultivos como propiamente sería el caso ideal, dicha razón fue por la escasez de recursos para dicho estudio.

Al hablar de Frotis se refiere al descubrir diplococos gram negativos intra y extracelular que presumiblemente corresponde a infección por gonococos y, no como parte de la flora bacteriana normal.

(\*} Director Centro de Salud "Dr. Luis Lazo Amaga",  
El Paraíso.

El estudio se inició en el mes de agosto de 1982 y, finalizó en Enero de 1983, el cual fue motivado por el taller de enfermedades de transmisión sexual realizado en Julio de 1982 en donde participamos como parte activa de ese programa. Se obtuvo los siguientes resultados:

## AGOSTO DE 1982

Frotis Total: 12 Pacientes Frotis  
Positivas: 1 Paciente Frotis  
Negativa: 11 Pacientes  
Porcentaje: 8.33 o/o

## SETIEMBRE DE (1982)

Frotis Total: 23 Pacientes Frotis  
Positivas: 2 Pacientes Negativas:  
21 Pacientes Porcentaje: 8.69 o/o

## OCTUBRE DE 1982

Frotis Total: 23 Pacientes Frotis  
Positivas: 3 Pacientes Frotis  
Negativas: 20 Pacientes  
Porcentaje: 13.04o/o

## NOVIEMBRE DE 1982

Frotis Total: 23 Pacientes Frotis  
Positivas: 4 pacientes Frotis  
Negativos: 20 pacientes  
Porcentaje: 16.66%

## DICIEMBRE DE 1982

Frotis Total: 6 Pacientes Frotis  
Positivas: 0 Pacientes Frotis  
Negativas: 6 Pacientes Porcentaje:  
0%

## ENERO DE 1983

Frotis Total: 24 Pacientes Frotis  
Positiva: 9 Pacientes

Frotas Negativas: 24 Pacientes  
Porcentaje: 0%

El total en seis meses fue así:

Frotis Total: 112 Pacientes Frotis  
Positivo: 10 Pacientes Frotis  
Negativos: 102 Pacientes

Porcentaje: 8.93o/o

#### COMENTARIOS

Con lo anterior vimos que la incidencia es bastante alta (8.93o/o) en relación de referencia de estudio en los Estados Unidos en donde se ha reportado incidencia de 2.75o/o. en casos similares.- Quedó establecido en el centro de salud como norma el tomar frotis vaginal a todas las pacientes que asistían al mismo a control prenatal. De excelencia era tomar un frotis por cada visita subsiguiente.

Aquellos pacientes que lograron recibir tratamiento a causa del Frotis positivo recibieron en posterior visita controles que mostraron negativización del mismo. El tratamiento fue a base de Penicilina Procaínica 4.8 millones de Unidades dividida intramuscularmente en una sola sesión previa toma de 1 gramo de probenecid. Solamente tuvimos un caso de alergia a la penicilina, por lo que se alicó la solución de Diclorhidrato pentahidratado de Espectinomicina (TOGAMICYN) en dosis de 3 gramos por glúteo.

#### CONCLUSIONES

Creo debe ejecutarse un plan de detección de enfermedades de transmisión sexual en pacientes embarazadas en los centros de salud estatales y privados a pesar de la limitación de recursos, ya que durante el embarazo, las mujeres con infección de este tipo tienen alto riesgo de desarrollar infección diseminada por diplococos.

Además de esa infección antes dicha el riesgo de desarrollar la enfermedad pelviana inflamatoria

aguda deberá ser considerada mutuamente excluyente con el embarazo porque ocurre en mujeres embarazadas usualmente durante el primer trimestre y, puede llegar a ser más severa que en las mujeres no embarazadas.

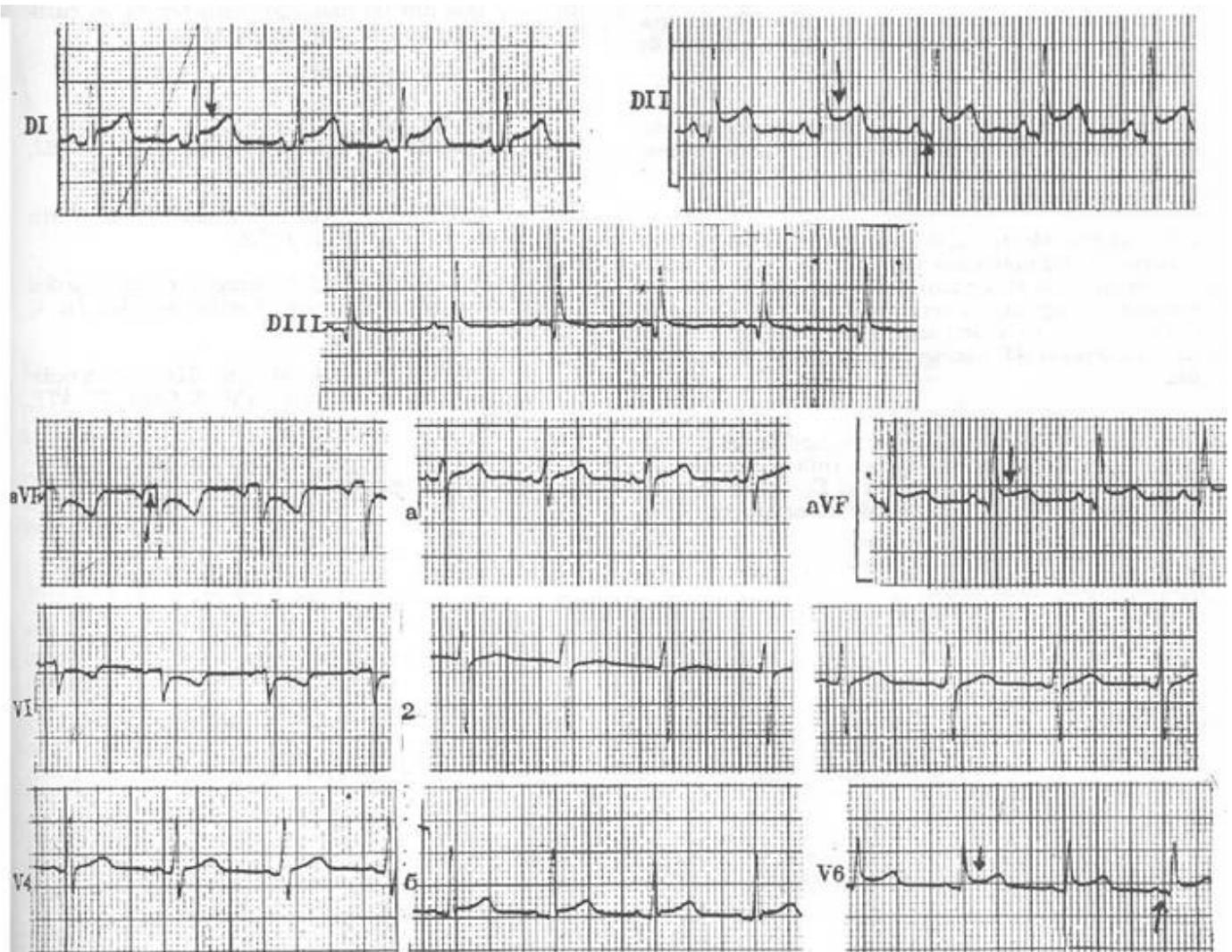
Conocemos que enfermedades de transmisión sexual son una seria enfermedad sanitaria en los tiempos modernos, conocemos la alta incidencia de morbilidad puerperal, Ruptura prematura de membranas y de carioamnonitis en' la madre, la prematuridad de casi 80o/o en niños de madres infectadas y sin tomar en cuenta, los efectos de la conjuntivitis gonocócica en el recién nacido, es que creo debe ejecutarse el control de todas las mujeres que asisten a las consultas de control prenatal en las clínicas estatales como privadas.

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Beachler CW et Al. "Group B Streptococcal Colonization an antibody Status in lower socioeconomic parturiente womans". American J. Obstet. Gynecol 133(2) 171-3, Jan 15, 79.
- 2.- Edwards LE, ET al. "Gonorrhea in Pregnancy". Am. J. Obstet Gynecol 132(6):637-41, 15 nov. 78.
3. Gibbs RS, et al. "Streptococcal infections in pregnancy. A Study of 48 bacteremias" Am. J. Obstet Gynecol. 140 (4): 405-11, Jun. 15. 1981.
4. Nasah BJ et al. "Gonorrhea, trichomonas and candida among gravid and nongravid women in cameroon". Inst J. Gynaecol Obstet. 18 (1) 48-52, Jul-Aug. 1980.
- 5.- Me Comack W M "Genital infections of perinatal importance" Clin. Obstet. Gynecol. 22 (2) 313-9, Jun. 79.
- 6.- Schneider GT. "Sexually transmissible vaginal infections in pregnancy 2 Less common infections" Postgraduate Medicine 65 (4): 184-8-apr,79

# I ELECTROCARDIOGRAFÍA PRACTICA

Dr. Marco A. Bográn I. (\*)



Observe el Electrocardiograma ilustrado.- El ritmo es sinusal, la frecuencia cardíaca de ,94, el PR mide 0.13 de seg., el QRS 0.09 de seg., el eje eléctrico es normal.

(\*) Jefe del servicio de Cardiología, Dpto. M. Interna  
Hospital Escuela

"Hay elevación del segmento ST con concavidad superior en varias derivaciones, mas aparente en derivaciones DI, D2, AVF y V6, (flechas para abajo); se puede observar depresión ST en AVR y aplanamiento difuso de ondas en precordiales V2, V3, V4 y V5.- Existe pequeña depresión del segmento PT a

(intervalo PR), en AVR con depresión recíproca en D2 y V6.- (Flechas para arriba).

El trazado corresponde a paciente del sexo masculino de 32 años, que ingresó con dolor pleurítico y fiebre de 3 días de evolución, sin antecedentes patológicos de importancia.- El primer electrocardiograma no fue concluyente pero el segundo tomado dos días después, es el que vemos.

Otro trazo tomado a los 5 días de su ingreso mostró notable disminución de los cambios ST, sin aparición de ondas Q patológicas ni signos clínicos de Derrame Pericárdico.

COMENTARIO: El Electrocardiograma en Pericarditis Aguda puede ser normal en un pequeño número de pacientes, o mostrar cambios ST importantes y diagnósticos de esta entidad clínica.

Los cambios electrocardiográficos se deben a daño superficial del epicardio y es por eso que se manifiestan más en el segmento ST que en el resto del electrocardiograma- Puede ser bajo voltaje cuando la Pericarditis se acompaña de Derrame, en este caso los cambios ST tienden a hacerse menos aparentes.

El diagnóstico diferencial electrocardiográfico mas importante debe hacerse con el Infarto Agudo del Miocardio que también afecta el Epicardio dándonos cambios ST similares.- Es de notar que en la Pe-

ricarditis no aparecen ondas Q de Necrosis lo que ayuda mucho al diagnóstico.

La etiología de la Pericarditis es muy variada y puede ser debida a Infecciones Virales, Bacterianas, por Protozoos, Enfermedad del Tejido Conectivo, Traumática, por Neoplasmas, Enfermedades Metabólicas, (Uremia) o por daño de Tejidos circunvecinos (Aneurisma de la Aorta).

El Ecocardiograma es un método diagnóstico no invasivo que nos da hallazgos característicos cuando existe derrame de más de 50 ml.

#### REFERENCIAS

1. FOWLER ND, MANITSAS GT: Infectious Pericarditis, Prog. Cardiovasc. Dis., 16:323, 1973-
2. FRANCO AE Ct AL: Rheumatoid Pericarditis anint. med. 77:837, 1972.
3. HANCOCK EW: Management of pericardial disease. Mod. Concepts Cardiovasc. Dis. 48: 1, Jan, 1979.
4. SURAWICZ B. LASSITER KD: Electrocardiogram in Pericarditis AM. J. Card. 26:471, 1970.
5. J. WILLIS HEART. The Heart, 4th Ed., McGROW MILL, New York, Pag. 1645, 1980.

## ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA DEL "COLEGIO MEDICO DE HONDURAS"

En sesión extraordinaria del 3 de mayo de 1983, la Junta Directiva de esta institución revisó los Puntos de la Agenda de la Asamblea General Extraordinaria celebrada en Tegucigalpa, D.C., el 23 de abril de 1983, y de acuerdo con los mandatos de la misma emitió las resoluciones que se registran en el Acta No. 801, correspondiente a esa sesión, así:

### AGENDA:

Punto 1o. Clasificación y Situación Salarial del Médico General Laborante en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Se aprobó ratificar los nombramientos de los miembros de la Comisión Encargada del Cumplimiento de esta Resolución de la XXIIa. Asamblea General Ordinaria, Dres. Dagoberto Espinoza Mourra como Coordinador, Nelson Velásquez García, Herminio Suazo Vásquez y Carlos Enrique Bueso Ramos, a quienes se solicitó Informe por escrito de lo tratado con el señor Rector de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras en la reunión efectuada el 28 de abril de 1983.

Punto 2o. Investigación sobre Situación Laboral de los Colegiados (Desempleo, Sub-empleo, Acaparamiento de Horas Laborables, etc.).

Se aprobó reorganizar la Comisión Encargada del Cumplimiento de esta Resolución de la XXIIa. Asamblea General Ordinaria, esta Comisión se en-

cargará además del Cumplimiento de las Resoluciones de la Asamblea General Extraordinaria sobre la Resolución original y la integran: Dres. Mario Roberto Erazo R. con carácter de Coordinador, Ernesto N. Fiallos Fonseca, Rubén A. Villeda Bermúdez, Milton A. González Navarro y Mauricio A. Paredes Escoto.

Punto No. 3. Problema del Ausentismo de los Colegiados en las Asambleas Generales.

Se aprobó nombrar a los Dres. Ramón A. Custodio L. como Coordinador, Jorge Tulio Galeas Agurcia, Virgilio Cardona López, José Castro Reyes y Eugenio Matute Cañizales para integrar la Comisión que continuará el Estudio del Problema, que tomando los puntos positivos del Informe, del Dictamen y lo expresado en la Asamblea General Extraordinaria hagan una investigación más científica y proponga mecanismos para solucionar el problema del ausentismo.

Punto 4o. Estudio de Reestructuración del Sistema del Fondo del Auxilio Mutuo para el Seguro Médico Obligatorio.

Por razones reglamentarias este Punto no se discutió en la Asamblea General Extraordinaria.

A propósito del Punto 4o. se informa que la Secretaría de Finanzas enviará próximamente encuesta que está preparando sobre el Informe de la Comisión Ad-Hoc, se agradecerá a los señores colegiados complementarla y devolverla a esta Secretaría.

# ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA DEL "COLEGIO MEDICO DE HONDURAS"

CELEBRADA EL DÍA VEINTITRÉS DE ABRIL  
DE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES, EN  
TEGUCIGALPA, D. C.

Punto 2o. de la Agenda: Investigación sobre Situación Laboral de los Colegiados (Desempleo, sub-empleo, acaparamiento de horas laborables, etc.).

## RESOLUCIONES SOBRE ESTE PUNTO

No. 1. Establece:

- a) La creación de una Comisión Permanente de Política de Empleo Médico;
- b) Que se implemente una reglamentación interna de esta Comisión.

No. 2. "Que la Junta Directiva como órgano legal de nuestro Colegio tome las medidas necesarias y realice las gestiones pertinentes ante quienes corresponda para:

- a) La reforma de los Artículos del Código de Trabajo de forma tal que toda empresa agrícola, mercantil, industrial, etc. tenga un Médico a tiempo completo por cada 400-600 trabajadores o empleados, y para las empresas de 100 a 400 trabajadores o empleados un Médico a medio tiempo, mientras no tenga la cobertura del "Instituto Hondureño de Seguridad Social."
- b) Similares disposiciones para los Hospitales de empresas.
- c) Que las instituciones de salud estatales y el "Instituto Hondureño de Seguridad Social" den cumplimiento como mínimo a lo establecido en el Plan Decenal de Salud, de 8 Médicos por 10.000 derechohabientes, o sea 1/1250 a tiempo completo."

No. 3. "Que esta Asamblea por intermedio de la Junta Directiva pida a la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, "Instituto Hondureño de Seguridad Social", Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Dirección General de Servicio Civil suspensión de los horarios traslapados y en forma simultánea se le dé vigencia a los diversos pasos de la Escala en Servicio Civil. Que la Junta Directiva haga la normatización de horas laborables, salarios, prestación de Servicios Médicos, etc. y que dicha normatización sea elevada a categoría de Ley por el Congreso Nacional-Que durante el tiempo que demore la emisión de dicha Ley, la Junta Directiva rinda Informe Anual a al Asamblea General Ordinaria."

No. 4. "Que la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras apoye y luche porque se implemente la Jornada Nocturna hasta las 22 horas y que se empleen de preferencia Médicos que se encuentren sin empleo. Asimismo que la Junta Directiva gestione ante el Gobierno de la República la rehabilitación total del Hospital General "San Felipe" como un Hospital General; en igual forma que se proceda a la habilitación de los que está por inaugurarse, a fin de que en ellos sean ocupados los Médicos desempleados en forma preferente, al tiempo que se brinde mayor asistencia médica al pueblo hondureño. Simultáneamente la Junta Directiva debe estudiar la conveniencia y tomar las medidas necesarias para la apertura de otras especialidades de acuerdo a las necesidades de salud del país."

No. 5. "Que la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras en colaboración con la Federación de Colegios Profesionales Universitarios de Honduras (FECOPRUH) luche y apoye la creación del Instituto Médico Legal."

No. 6. "Que el Colegio Médico de Honduras" a través de la Comisión Nacional de Salud establezca una política de Salud acorde a las exigencias nacionales para incrementar los Presupuestos de las Instituciones de Salud para ampliar los Servicios de Medicina Preventiva y la implementación programada de los Centros de Salud y Hospitales, y como consecuencia el "Colegio Médico de Honduras", "Instituto Hondureño de Seguridad Social", Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y la Universidad Nacional Autónoma de Honduras estudien y resuelvan cuales son los límites cualitativos y cuantitativos de la formación de profesionales de salud y por lo tanto estas instituciones deben concientizar a los altos ejecutivos del Gobierno para que se diversifique más la Educación Pre y Universitaria limitándola a un número acorde al crecimiento económico y poblacional del país. El "Colegio Médico de Honduras" debe procurar la concientización de los niveles de Enseñanza Secundaria a través del Ministerio de Salud Pública sobre cuáles son los campos de más urgente formación de profesionales".

# XXVII CONGRESO MEDICO NACIONAL

La ciudad de Choluteca hospedará la sede del XXVIII. Congreso Médico Nacional, a celebrarse los días 10 y 11 de febrero de 1984 con el patrocinio del "Colegio Médico de Honduras", que, en acatamiento de Resolución de la XXIIa. Asamblea General Ordinaria en el presente período aportará L. 15.000.00 para financiamiento del máximo evento científico social del Gremio Médico hondureño.

El Comité Organizador de este Congreso está constituido así:

Presidente:	Dr. Arturo Ferguson Luna
Secretario:	Dr. José Antonio Bueso C.
Tesorero:	Dr. Arístides Barahona
Coordinador y Representante de la Junta Directiva:	Dr. Horacio Ramón Ortega S. En su carácter de Delegado

del "Colegio Médico de Honduras" en Choluteca

El Comité Organizador ha designado los Coordinadores de los Comités Auxiliares en la forma siguiente:

Comité Científico:	Dr. Carlos Echeverz A.
Comité de Finanzas:	Dr. Víctor M. Soriano Pizatti
Comité de Transporte:	Dr. Marcio Membreño Gallo
Comité Social:	Dra. Nora R. de Mendoza
Comité Proyecciones:	Dr. Hermenegildo Matamoros Esaño

Comité Alojamiento:	Dr. Mauricio Oliva H.
---------------------	-----------------------

Comité Auxiliar

Femenino:

Sras. Esposas de Médicos

Los días 8 y 9 de febrero de 1984 han sido escogidos para la sesión de la XXIIIa. Asamblea General Ordinaria del "Colegio Médico de Honduras".

¡Salud colegiados! Les esperamos en febrero próximo en Choluteca.

---

## -TALONARIOS DE RECETAS PARA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS.

Se comunica a los profesionales Médicos de todo el país que posiblemente en junio de 1983 se pondrá a la venta el talonario de recetas para prescripción de medicamentos bajo control, en esta forma se dará vigencia a Resolución de la XXIIa. Asamblea General Ordinaria. El formato de los recetarios está preparado y ha sido revisado por Representantes del "Colegio de Químico-Farmacéuticos de Honduras" y de la Junta de Control de Drogas Heroicas y Estupefacientes, el diseño original es obra del Dr. Rigoberto Cuéllar A. que tomó como modelo los empleados en otros países.

## CONTENIDO

<b>I. EDITORIAL:</b>	
1. La Esposa del Médico Hondureño .....	43
2. NOTA DEL DIRECTOR .....	44
<b>II. TRABAJOS CIENTIFICOS ORIGINALES</b>	
1. Cáncer de Cuello Uterino: Estudio clínico III- Análisis Retrospectivo de su manejo y resultados <i>Dr. José M. Claros S.</i> .....	45
2. Violencia y su Repercusión en Salud <i>Dr. Rigoberto Arriaga Ch.</i> .....	54
3. Algunos datos para el estudio del alcoholismo en Honduras durante la presente década <i>Dr. Dagoberto Espinoza M.</i> .....	58
<b>III. REVISION DE LITERATURA</b>	
1. Nuevas perspectivas en el tratamiento de la Enfermedad de Parkinson <i>Dr. Edgardo Girón Flores</i> .....	62
<b>IV. CASOS CLINICOS:</b>	
1. Síndrome de Dandy-Walker: Hallazgo inusual en un adulto <i>Dr. Nicolás Nazar H.</i> .....	65
<b>V. INFORMACION MEDICA:</b>	
1. Pirenzepina en la úlcera péptica <i>Dr. José Fco. Zelaya y Dr. Gustavo Zúñiga</i> .....	71
2. Enfermedades de transmisión sexual en embarazadas <i>Dr. Dennis A. Castro</i> .....	75
<b>VI. EDUCACION MEDICA CONTINUA:</b>	
1. Electrocardiografía práctica. <i>Dr. Marco A. Bográn</i> .....	77
<b>VII. SECCION GREMIAL:</b>	
1. Asamblea General extraordinaria del Colegio Médico de Honduras .....	79
2. Resolución sobre situación laboral de los Colegiados .	80
3. XXVII Congreso Médico Nacional en Choluteca . . .	81