

Revista **MEDICA** Hondureña



ORGANO DEL
COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

Revista
MEDICA
Hondurena

ÓRGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
FUNDADA EN 1930

C O N S E J O E D I T O R I A L

Dr. NICOUS NAZAR HERRERA
Director

Dra. MARTHA MATAMOROS DE LÓPEZ
Secretaria

Cuerpo de Redacción

Dr. RICARDO AGUILAR ROSA
Dr. SAIDMEJIALEMUS Dr.
JOSÉ CLAROS SABILLON Dr.
MARCO VILLAR LANDA

ADMINISTRACIÓN

COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

Apartado Postal No. 810
Tegucigalpa, Honduras
Tel. 32-7985

ÍNDICE DE ANUNCIANTES

Winthrop	I
Tomografía Axial Computarizada.....	II
Tela Railroad Company.....	III
Bristol.....	IV
Hospital Centro Médico Hondureno.....	V
Farmacia Universal.....	VI
Farmacia Regis	VI
Our Lady of the Lake Regional Medical Center	VII

ALGO SOBRE LA HISTORIA DE LA SALUD PUBLICA

Tenemos que reconocer que los Médicos siempre hemos estado interesados en el bienestar de la comunidad.

La higiene en especial, ¡a salud pública, son consustanciales al desarrollo económico y social de los países, dependen también el conocimiento tecnológico de que se disponga en una determinada época; pudiéramos afirmar que la higiene es el resultado del conocimiento médico y en particular del conocimiento fisiológico de cada sociedad, pues la higiene es ante todo fisiología aplicada.

Desde la antigüedad los pueblos sabían mucho sobre nutrición e idearon dietas balanceadas mucho antes que existiese ninguna clase de bioquímica. La dieta de leche, harina y hierbas de los Bantúes Sudafricanos estaba correctamente balanceada y fue mantenida hasta que el hombre blanco la alteró. Hoy la nutrición fundada en datos científicos, no puede ser aplicada a la población en general, porque las condiciones políticas, económicas y sociales no lo permiten.

Galeno escribió sobre la higiene reconociendo que la salud es una situación de perfecto equilibrio y hablaba de la importancia del alimento, de la bebida, del aire, del entorno, del masaje, de las cabalgatas, de la gimnasia, del control del sueño y la vigilia y de las actividades sexuales. En suma la higiene de Galeno fue el libro de un hombre altamente refinado que resumió y sistematizó la higiene producida por griegos y romanos; sin embargo, pasó desapercibida durante la Edad Media, cuando de la salud pública adquirió nuevamente importancia a través del conocimiento de una serie de textos que se resumieron en el Régimen Sanitario Salernitanum, cuyo verdadero autor es desconocido; pero que fue un verdadero tratado de higiene dinámica y que se le consideró como la Quinta Esencia del Conocimiento Médico de Salerno en materia de higiene ya que dio verdadero impulso a la higiene pública, pero verdaderamente sólo en el curso del Siglo XVIII se inició de manera científica y eficaz ¡a Historia de la Profilaxis Médica. La prevención de las enfermedades epidémicas conoció entonces una valerosa tentativa, el saneamiento de las zonas palúdicas próximas a Roma. Se fumigó con cloro y Edward Jenner oyó a una lechera de su tierra natal que las ordeñadoras infectadas por la viruela vacuna quedaban inmunes contra la viruela humana, y escribió la idea de utilizar elhecho como recurso preventivo, tras varios años de observación y utilizando linfa del brazo de una lechera afectada, inoculó a un niño pus de viruela humana y pudo comprobar la total inmunidad del niño así vacunado.

Comienza así la preocupación por el verdadero estado de salud, incluso poetas escribieron como Habdar De la Mote, haciendo referencia a estos avances decía: "Pronto veremos alargarse nuestros días breves y huidizos".

En el Siglo XIX tres son los motivos que esencialmente integran el rol social del médico, la sociedad espera de este la curación de las enfermedades, la prevención del enfermo y hasta cierto saber científico acerca de lo que es el hombre y escribía Harvey en 1913 que el doctor

libra del callejón del tratamiento, ha sido sustituido por el Dr. Onza de la calle de la prevención y el joven Brichow escribía que la medicina es una ciencia social y la política no es otra cosa que medicina en gran escala.

Las aportaciones de Pasteur y Koch hicieron pensar a finales del Siglo XIX, tal como escribió Pagel recogiendo el sentir de todo un siglo en que la Medicina se siente la llamada a ser la conductora de la humanidad, no como simple arte de curar, sino en el grande y libre sentido de una ciencia de la vida humana en su totalidad y de un arte capaz de garantizar ¡a vida; salud y bienestar a la existencia del individuo y sociedad. Aunados entre sí, la ciencia y la justicia social permitirían el logro de una profilaxis total de la enfermedad.

Revisando parte de esta Historia, no deja de causarnos tristeza, puesto que no hemos podido convencer a toda la estructura política del país, de la importancia de la salud pública, ya que algunos aspectos de prevención, que en ciertos países ya se cumplieron en el siglo pasado, no podemos hacerlos realidad en nuestro medio.

Como podemos apreciar la importancia científica y social de prevención de la enfermedad ha crecido enormemente y aquellas frases de principios del siglo del soviético Kedro: "La ausencia de enfermedad ya no está muy lejos", hoy hablamos de "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2.000", sin embargo, queremos apuntar que en campo de la Medicina Preventiva, hay que distinguir los principios, los hechos y las perspectivas:

1.- En cuanto a los principios que hoy rigen, la prevención de enfermedad, estas son las más significativas novedades:

- a) La conexión metódica entre la Medicina Preventiva y la curativa, el diagnóstico y tratamiento precoces como objetivos, a la vez clínicos y sanitarios.*
- b) La resuelta afirmación del carácter social, no meramente biológico, de la higiene y la sanidad; sólo cuando actúa de manera adecuada en el mundo con mayor previsión en su mundo; puede decirse que un individuo humano está real y verdaderamente sano.*
- c) La consiguiente introducción del concepto de salud positiva, por tanto ¡a salud desde el punto de vista de su "para qué", con fundamento de la medicina preventiva.*

2.- Además de hechos los principios que hoy orientan la prevención de la enfermedad y principalmente el concepto de salud positiva han promovido la aparición de nuevas perspectivas en la acción social del Médico,

Si la influencia de la medicina pudiera hacer tanto, se diría parafraseando a Birchow. "QUE LA MEDICINA ES UNA CIENCIA SOCIAL Y OJALA QUE LA POLÍTICA FUERA PRECISAMENTE UNA MEDICINA DE GRAN ESCALA".

Reactividad a la Tuberculina en Niños Vacunados con BCG: Un Estudio Prospectivo.

Dr. Ernesto Dala Sierra, Dr. Orison Velásquez**, Br. Diani Morales***, Br. Marnie Rivera***, Br. Alex Láinez'*

INTRODUCCIÓN

Gracias al ascenso en el conocimiento del hombre, la relación que ha existido entre la tuberculosis y el género humano ha experimentado muchos cambios tendientes a lograr la reducción en la morbilidad y la mortalidad producidas por la enfermedad en sus diferentes formas.

Uno de los puntos claves en esta relación lo constituye el carácter previsible de la enfermedad el cual ya había sido advertido en el año 1500 A.C. por los primeros pueblos IndoArios, asilo evidencia un número de himnos del Rigveda. Manu en el año 1300 A.C. prescribía medidas profilácticas contra la enfermedad (23).

Sin embargo las medidas preventivas adoptadas por el hombre no tuvieron mayor impacto hasta después de que Kock efectuó el descubrimiento del bacilo tuberculoso en 1882, entonces se le consideró una enfermedad infecciosa y de esta forma la difusión de la enfermedad pasó a ser preocupación de las autoridades de Salud Pública quienes empezaron a tomar medidas para evitar su propagación (9). Antes de que las nuevas leyes sanitarias entraren en juego, la mortalidad por tubercu-

losis empezó a disminuir en los países actualmente considerados desarrollados debido en general a la mejoría del nivel de vida. (9)

En 1902 surgió un nuevo elemento en la lucha contra la tuberculosis cuando Nocard aisló una cepa del bacilo tuberculoso bovino y que fue estudiada por Calmette y Guérin de 1908 a 1921, posteriormente mediante pasos sucesivos pudieron obtener una mutante fija de virulencia atenuada capaz de proteger a los animales de laboratorio contra una inoculación posterior con bacilos virulentos, sin producir por sí mismo manifestaciones de la enfermedad, la primera vacunación la efectuó en París Weil Halle en 1921 administrándole a un niño BCG por vía oral.

En 1927 Walgreen en Suiza inició la vacunación intradérmica en niños (7). Posteriormente la vacuna y sus normas de aplicación han ido perfeccionándose a tal grado que la OMS recomienda su empleo sobre todo en los países no desarrollados.

Luego del descubrimiento de la estreptomycin en 1940 se inició era de la terapia antimicrobiana cuyos avances fueron proveyendo drogas más efectivas con las que se ha conformado tanto los esquemas de tratamiento como la quimioprofilaxis, el resultado ha sido una notable disminución en la mortalidad y la morbilidad producidas por la enfermedad (23).

* Médico Residente III de Pediatría, Hospital Escuela, IHSS.

** Pediatra Neumólogo, Profesor de Pediatría del Hospital Escuela. *** Estudiante del VI año de la carrera de Medicina UNAH.

A pesar de los progresos mencionados, los países desarrollados aún no logran la erradicación de la tuberculosis a la vez que en los países en desarrollo continúa siendo uno de los principales problemas de Salud Pública (18,20,21). Este último se hace evidente en nuestro país al considerar que el número de casos nuevos que para el año 1985 fue de 2274, ascendió en 1987 a 4227. (11, 13,16).

El replanteamiento efectuado al programa Nacional de control de la tuberculosis realizado en Agosto a Septiembre de 1985, estableció como objetivo epidemiológico aumentar la detección de casos nuevos para 1986 con respecto a 1984 y centrar la atención en el desarrollo de campañas de vacunación con BCG (11). De esta forma la vacunación con BCG constituye la piedra angular de la estrategia diseñada para proteger a la población de más alto riesgo (menores de edad).

El objetivo de este estudio fue determinar el grado de respuesta a la presencia de la tuberculoproteína (PPD), en un grupo de niños que habían sido vacunados con BCG de acuerdo a las normas de vacunación vigente a nivel de nuestra medicina asistencial, y su justificación radica en que si bien el tema de la utilidad de la vacunación con BCG ha sido abordado previamente, no existen estudios publicados que evalúen específicamente la respuesta obtenida en nuestro medio tras la vacunación con BCG. (6,4).

RESUMEN

Con el objetivo de conocer la respuesta ante la presencia de la tuberculoproteína (PPD) en niños hondureños menores de 5 años que habían sido vacunados con BCG, se desarrolló un estudio prospectivo en 48 pacientes cuyos datos anamnésticos, cicatriz vacunal, y tarjeta de inmunizaciones fueran congruentes con una vacunación adecuada.

No ingresaron al grupo de estudio pacientes con historia de alguna condición capaz de interferir con la prueba de Mantoux.

El 73% de la muestra fueron lactantes (población de más alto riesgo), con un ligero predominio del sexo masculino y antecedentes de contacto TB negativo en el 92% de los casos. Se evidenció el incumplimiento de las normas de vacunación debido a que el 87% de los niños nacieron en hospitales asistenciales y sólo el 60% recibió la vacuna en el período neonatal.

A pesar de que el 65% de la muestra había sido vacunado con menos de dos años de anticipación, se obtuvo una respuesta positiva (PPD mayor de 9 mm.) solo en el 10.5% dudosa en igual porcentaje y negativa en el 79%.

La edad de vacunación, tipo de centro asistencial, antigüedad de la inmunización y el estado nutricional no guardaron relación con el tipo de respuesta (P Mayor de 0.05).

Los resultados sugieren que deben efectuarse estudios más amplios para detectar en que parte del procedimiento de vacunación se puede estar afectando la cobertura esperada, o por otro lado si se está depositando mucha confianza en una vacuna cuya efectividad en otros países ha variado del 0 al 80%.

MÉTODOS Y MATERIALES

Se efectuó un estudio prospectivo durante un período de dos meses en la Sala del Filtro (antesala de la Emergencia Pediátrica) del Hospital Escuela de Tegucigalpa, D.C. (Hospital Nacional). El universo estuvo constituido por pacientes con edades hasta de 5 años que consultaron por patologías no infecciosas y de manejo ambulatorio.

Ingresaron al grupo de estudio pacientes residentes en la ciudad de Tegucigalpa, D.C. que se presentaron en compañía de su madre y que documentaron por medio de la tarjeta de vacunación, haber recibido la vacuna BCG en cualquier centro asistencial ubicado en la región metropolitana al menos tres meses antes de ingresar al estudio.

No ingresaron al grupo de estudio; pacientes con enfermedades crónicas, sospechosas de neoplasia, cardiopatía, desnutridos severos, portadores de enfermedad debilitantes, recibiendo tratamiento inmunosupresor, malformaciones congénitas o presentarán la cicatriz de la vacunación con BCG en sitios o tamaño inadecuado.

Una vez que se explicó a la madre sobre los fines del estudio y se obtuvo su consentimiento, se procedió a llenar el instrumento de recolección de datos encabezado por el nombre completo del niño. Se consignó la edad de acuerdo a la división de edades pediátricas, el sexo, fecha de nacimiento, sitio de nacimiento (casa, hospital etc.), de acuerdo con lo informado por la madre.

Con respecto a los antecedentes epidemiológicos de TB se interrogó la historia de contactos con tuberculosos en la casa y el vecindario, también se indagó la presencia en la casa de adultos con historia de tos de predominio nocturno por más de 14 días continuos (síntomas Respiratorios).

En cuanto a la vacunación con BCG se anotó el tipo de centro asistencial (CESAMO, Hospital etc.) y la edad de vacunación de acuerdo a lo informado por la madre y la fecha anotada en la tarjeta de vacunación. Se consideró inadecuada laceración tuviera; historia de supuración, midiera menos de 5 mm. de diámetro o estuviera aplicada fuera de la región deltoidea brazo izquierdo. La antigüedad de la vacunación fue considerada como el tiempo transcurrido entre la vacunación y la fecha de aplicación del PPD.

En lo relativo al estado nutricional, se consideró desnutrido severo y los niños con signos clínicos de marasmo, de Kwashiorkor, y los niños con un déficit de peso mayor del grado II de la escala epidemiológica de Gómez más una talla edad por debajo del percentil 5 de la NCHS (National Center of Health Statistics de E.U.).

El PPD aplicado por inyección intradérmica de 5 TU en la superficie anterior del antebrazo, la respuesta se valoró a las 72 horas después de la aplicación midiendo el diámetro de la induración en sentido transversal con respecto al eje longitudinal del brazo. La inyección fue aplicada por una enfermera con siete años de experiencia en su aplicación, la lectura fue efectuada por la misma enfermera más otro miembro del estudio en forma separada, posteriormente se confrontó ambas lecturas acudiéndose a la lectura por una tercera persona, cuando las dos primeras mediciones fueron diferentes.

Se consideró negativa una induración de 0-4 mm., sospechosa de 5-9 mm. y positiva toda lectura mayor de 10 mm. Las lecturas mayores de 12 mm. fueron enviadas a la consulta externa para su estudio.

Una vez completados los datos en el instrumento de recolección se agrupó la información y se elaboraron cuadros descriptivos, posteriormente se efectuó cruces de variables y a través de la prueba de Chi cuadrado se investigó la existencia de relaciones de casualidad, la información obtenida fue confrontada con la literatura nacional y extranjera para su análisis y discusión.

Los materiales fueron:

- 1.- Jeringas descartables para Tuberculina de 1 ml. de la casa Becton Dickson.
- 2.- El PPD del Statens Serum Institut, de Copenhague, Dinamarca, una dosis de 0.1 ml.=5 TU. La cual está constituida únicamente de cepas de Mycobacterium Tuberculosis.
- 3.- Algodón absorbente.
- 4.- Alcohol Clínico (70°).
- 5.- La BCG de la vacuna de Glutamato de BCG del Japan BCG Laboratory, la cual contiene un mínimo de .500.000 organismos viables por dosis de 0.1 ml. y que cumple los requerimientos establecidos por la OMS.

RESULTADOS

Se logró la inclusión de 48 niños vacunados con BCG a quienes se les valoró la respuesta a la presencia del PPD 72 horas después de aplicada la prueba. El 73% de la muestra fueron lactantes (menores de dos años) y el 27% restante preescolar (cuadro No. 1). Hubo un ligero predominio del sexo masculino (cuadro No. 2).

Los antecedentes epidemiológicos de contacto TB fueron negativos en el 92% de los casos (cuadro No. 3). La mayor parte de los niños (87%) nacieron en hospitales asistenciales (cuadro No. 4), pero sólo el 60% de la muestra recibió la vacuna en el período neonatal (cuadro No. 5). Si bien la mayor parte de los niños fueron vacunados en hospitales, la participación de otros centros asistenciales es bastante importante al haberse aplicado el 40% de las vacunaciones que ingresaron al estudio (cuadro No. 6). Con respecto al estado nutricional poco más de la mitad (54%) de los pacientes fueron niños eutróficos y el 43% estaban ubicados en el grado I de desnutrición de acuerdo con la escala epidemiológica de Gómez (cuadro No. 7), sin embargo el 75% de la muestra estaban ubicados por encima del percentil 5 de Talla, edad de la NCHS y ningún niño que estaba por debajo de este parámetro, tuvo un déficit de peso mayor de segundo grado (cuadro No. 8 y gráfica No. 1).

La mayor parte de los niños habían sido vacunados con menos de dos años de anticipación al momento de

aplicárseles el PPD (64%) (cuadro no. 9). En cuanto a la respuesta al PPD, fue positiva en 5 pacientes (10.4%), sospechosa en igual cantidad y negativa en el 79% de los casos (cuadro No. 10) la edad de vacunación, centro de vacunación, antigüedad de la vacuna y el estado nutricional no tuvieron una relación estadísticamente significativa con el tipo de respuesta al PPD (P mayor de 0.05) (cuadros Nos. 11 al 15).

El seguimiento de los dos niños que presentaron induraciones positivas mayores de 12 mm (ambos con 14 mm. de diámetro), no evidenció signos de enfermedad activa. No hubo complicaciones tras la aplicación del PPD. De los 38 niños con lectura negativa en 36 (75%), la induración fue de cero mm.

CUADRO No. 1
DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD

GRUPO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LACTANTE MAYOR	13	27
LACTANTE MENOR	22	46
PRE - ESCOLAR	13	27
TOTALES	48	100

CUADRO No. 2
DISTRIBUCION POR SEXO

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	31	64.5
FEMENINO	17	35.5
TOTALES	48	100

CUADRO No. 3
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LOS ANTECEDENTES
EPIDEMIOLOGICOS

ANTEC. EPIDEMIOLOGICO	+	%	-	%
CONTACTO EN LA CASA	-	-	48	100
CONTACTO EN LA COMUNIDAD	4	8	44	92
SINTOMATICO RESPIRATORIO	3	6	45	93

CUADRO No. 4
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL SITIO
DE NACIMIENTO

SITIO DE NAC.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOSPITAL ASISTENCIAL	42	82.5
DOMICILIARIO	6	12.5

CUADRO No. 5
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA EDAD DE
VACUNACION (BCG)

EDAD DE APLICACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RECIENTE NACIDO	29	60
LACTANTE MENOR	17	36
LACTANTE MAYOR	2	4
TOTALES	48	100

CUADRO No. 6
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL LUGAR DE
VACUNACION (BCG)

SITIO DE APLICACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOSPITAL ESCUELA	22	46
CESAMO	15	31.2
CESAR	4	14.5
OTRO HOSPITAL	7	14.5
TOTALES	48	100

CUADRO No. 7

DISTRIBUCION DE ACUERDO AL ESTADO
NUTRICIONAL EN LA ESCALA DE GOMEZ

ESTADO NUTRICIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EUTROFICO	26	54
GRADO I	21	44
GRADO II	1	2
TOTALES	48	100

CUADRO No. 8
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL PERCENTIL TALLA
EDAD DE LA NCHS.

PERCENTIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOR DE 5	10	21
DE 5 A 50	26	54
MAS DE 50	12	25
TOTALES	48	100

*NATIONAL CENTER OF HEALTH STATISTICS, DE E.U.

CUADRO No. 9
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL TIEMPO
TRANSCURRIDO ENTRE LA VACUNACION CON BCG
Y LA APLICACION DEL PPD

TIEMPO TRANSCURRIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOS DE 1 AÑO	17	35.5
DE 1 A 2 AÑOS	14	2
MAS DE 2 AÑOS	17	35.5
TOTALES	48	100

CUADRO No. 10
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA RESPUESTA
AL PPD

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NEGATIVA	38	79.2
SOSPECHOSA	5	10.4
POSITIVA	5	10.4
TOTALES	48	100

CUADRO No. 11
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA EDAD DE VACUNACION
CON BCG Y EL TIPO DE RESPUESTA AL PPD

EDAD DE VACUNACION(BCG)	RESPUESTA AL PPD					
	0 - 4 mm.		5 - 9 mm.		10 ó más mm.	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Recién Nacido	23	48	3	6	3	6
Lactante Menor	14	29	2	4	2	4
Lactante Mayor	1	2	-	-	-	-
TOTALES	38	79	5	10	5	10

CUADRO No. 12
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL SITIO DE VACUNACION
(BCG) Y EL TIPO DE RESPUESTA AL PPD

SITIO DE APLICACION	RESPUESTA AL PPD					
	0 - 4 mm.		5 - 9 mm.		10 ó más mm.	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Hospital Escuela	18	37	1	2	3	6
Cesarno	12	25	2	4	1	2
Cesar	4	8	-	-	-	-
Otro Hospital	4	8	2	4	1	2
TOTALES	38	79	5	10	5	10

CUADRO No. 13
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL TIEMPO TRANSCURRIDO
ENTRE LA VACUNACION CON BCG Y EL TIPO DE
RESPUESTA AL PPD

TIEMPO TRANSCURRIDO	RESPUESTA AL PPD					
	0 - 4 mm.		5 - 9 mm.		10 ó más mm.	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 año	11	23	4	8	2	4
De 1 a 2 años	11	23	1	2	2	4
Más de 2 años	16	33	-	-	1	2
TOTALES	38	79	5	10.5	5	10.5

CUADRO No. 14
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL ESTADO NUTRICIONAL Y
EL TIPO DE RESPUESTA AL PPD

PESO	RESPUESTA AL PPD					
	0 - 4 mm.		5 - 9 mm.		10 ó más mm.	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Eutrofico	23	48	3	6	3	6
Lactante Menor	14	29	2	4	2	4
Lactante Mayor	1	2	-	-	-	-
TOTALES	38	79	5	10	5	10

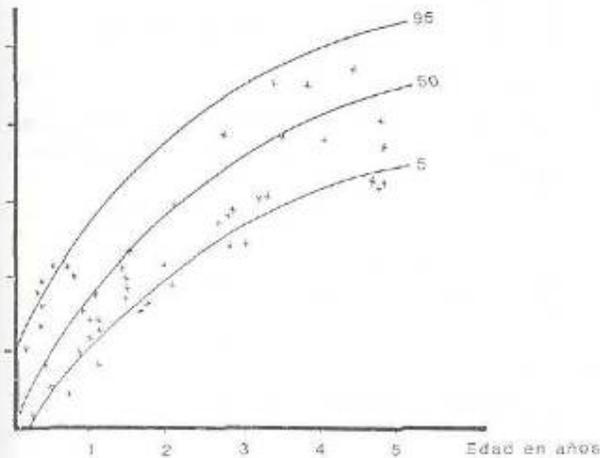
SEGÚN LA ESCALA EPIDEMIOLÓGICA DE GÓMEZ

CUADRO No. 15
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL PERCENTIL DE TALLA EDAD
Y TIPO DE RESPUESTA AL PPD

PERCENTIL DE TALLA	RESPUESTA AL PPD					
	0 - 4 mm.		5 - 9 mm.		10 ó más mm.	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 5	8	17	1	2	1	2
Entre 5 y 50	19	39	3	6	4	8
Mayor de 50	11	23	1	2	-	-
TOTALES	38	79	5	10.5	5	10.5

* SEGUN LA ESCALA EPIDEMIOLOGICA DE GOMEZ

DISTRIBUCION DEL GRUPO DE ESTUDIO DE
ACUERDO AL PERFIL
Talla - Edad (NCHS)



DISCUSIÓN

Desde poco tiempo después de haber entrado en servicio, la vacunación con BCG ha mantenido una controversia que divide las opiniones en cuanto a su empleo en dos grupos; el de quienes le confieren la capacidad de preveer todas las formas de tuberculosis en especial las más severas (la miliar y la meníngea), y otro grupo que cuestiona su aplicación.

El origen de la controversia ha sido que algunos informes confieren a la BCG la capacidad de proveer la tuberculosis hasta en un 30% (21) y en otros series como ocurrió en un

estudio efectuado en nuestro medio la vacunación con BCG fue incapaz de preveer la TB meníngea (en niños) (2,4,15) y la TB pulmonar en adultos (10). Debido a lo anterior en algunos países que enfrentan grandes tasas de tuberculosis dentro de su población, han surgido iniciativas para valorar la capacidad de respuesta ante la presencia de la tubérculo proteína (PPD) tras la vacunación con BCG, como una forma de conocer la protección derivada de los programas de vacunación.

Estos programas están especialmente orientados para lograr la protección de la población menor de 5 años en quienes la tuberculosis en sus diferentes formas suele ser más letal y difícil de diagnosticar (15,18), para ello se efectúa la aplicación de la vacuna en todos los recién nacidos sanos, esperándose la conversión tuberculínica a las 8-10 semanas después de la vacunación (2,3,7,15).

Esta actividad tendiente a valorar las respuestas obtenidas en cada país han enriquecido el conocimiento de las variables que pueden modificar el resultado esperado luego de aplicada la vacuna (BCG), de esta forma sabemos que existen factores en cuanto a la vacuna en si (el biológico), el receptor de la misma y del medio que pueden influir en el efecto esperado, en relación al manejo del biológico la exposición a la luz solar por más de 1/2 hora inactiva la vacuna, su aplicación tiene que ser estrictamente intradérmica, empleando agujas de calibre no menor del número 25 y aún después de una inoculación adecuada, el rascado del sitio de la inyección, el empleo de algodón de hebras gruesas y el alcohol de muy alta concentración (mayor de 70). Pueden anular el procedimiento de la inmunización (2,3,17).

En cuanto al receptor de la vacuna el aspecto que más se ha estudiado es el vínculo que existe entre el estado nutricional y la capacidad de respuesta inmunológica tipo IV (mediada por células) que es estimulada tanto por la prueba de Mantoux como por la vacunación con BCG (3,6,8,18,23), conociéndose recientemente que la de las formas severas de desnutrición (14).

La presencia en el medio, de otras micobacterias en especial en algunos países desérticos como Líbano e Israel, pueden interferir distrayendo la respuesta celular luego de la vacunación con BCG (1,8,22), pudiendo además provocar respuesta cruzada (falsos positivos) a la prueba de Mantoux (1,19).

Los resultados de estudios realizados en otros países

nos informan que la respuesta al PPD luego de la vacunación con BCG produce induraciones de poco menos de 10-12 mm, (15,18,20), por un período de 5-7 años después de la vacunación y que este diámetro decrece conforme aumenta la edad del niño por lo que algunos autores recomiendan la aplicación de una segunda dosis de BCG en los escolares(7).

El 21% de una población de alto riesgo presentó una respuesta adecuada a la presencia del PPD después de haber sido vacunados con BCG, esta cifra concuerda con algunos informes que le atribuyen al BCG porcentaje similares al 20% de positividad (1,3,10).

Cabe recalcar que las respuestas menores de 5 mm. no indican que no exista alguna capacidad de respuesta ante la infección tuberculosa pero sí denota que es una respuesta que puede ser vencida fácilmente y que resultó nula en un 75% (3).

Fue evidente la falta de cumplimiento de las normas de vacunación vigentes cuando a pesar de haber nacido en hospitales asistenciales el 87 de los niños, solo el 60% de ellos recibió la vacuna BCG en el período neonatal. Debido a que la muestra no incluía pacientes con desnutrición severa no puede atribuirse al estado nutricional la falta de respuesta observada, al mismo tiempo el estado nutricional registrado en la muestra concuerda con las cifras del Ministerio de Salud Pública quien nos informa que los índices más bajos de desnutrición en la población pediátrica se encuentra en la región metropolitana(12).

Los datos obtenidos no demostraron, relación entre la antigüedad de la vacuna, edad de vacunación, centro asistencia! de vacunadóny al tipo de respuesta obtenida (P mayor de 0.05).

Los resultados sugieren que deben efectuarse un estudio más amplio y minucioso para detectar en que parte del procedimiento de vacunación se está afectando la cobertura de una vacuna cuya efectividad en otros países ha variado del 0 a 80% (3,7,15,18). Por otro lado de no haber fallas en el procedimiento de vacunación se estaría depositando mucha confianza en el empleo de la BCG, como parte de nuestro programa de control de la tuberculosis.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Bahr G.M.
Two potential Improvements to BCG and their effect on skin test reactivity in Lebanon Tubercle 1986, vol. 67 No. 3,205-218.
- 2.- Bennike F.
BCG vaccination ad protection Against tuberculous Meningitis. The Lancet 1981, vol 2 No. 8242, 373-374.
- 3.- Cruz E. Sánchez
Reactividad la tuberculina en niños vacunados con BCG. Archivos Dominicanos de Pediatría, 1985, vol. 21, No. 2.
- 4.- Girón E.-Dala E.
Complicaciones Neurológicas de tuberculosis en Pacientes pediátricos y adultos.
Rev. Méd. Hond. 1988, vol. 56 No. 1 25-34.
- 5.- Hale K.
Tuberculin skin test proper Technique and interpretation. Post Grad. Méd. 1985, vol. 77, No. 6 252-253.
- 6.- Javier C.
La reacción a la inyección de tuberculina
Rev. Med. Hond. 1979, vol. 47,11-13.
- 7, Karallieddle S.
Tuberculin Response of Sri Lankan children after BCG vaccination at Birth, Tubercle 1987, vol. 68, No. 1, 33-38.
- 8.- Kennzy R.
Improving Reporting of Tuberculin Skin test, results in a community Hospital Pediatric clinic, the Journal of pediatrics, 1988, vol. 112, No. 3.
- 9.- Krugman S.- Katz L.
Enfermedades Infecciosas, tuberculosis cap. 34 México D.F. Nueva Editorial Interamericana S.A. 1984.
- 10.- Lound gren R.
Tuberculosis infection transmited at autopssy.
Toberdle, 1987, vol. 68, No. 2,147-150.

- 11.- Ministerio de Salud Pública
I Jornada de Tuberculosis (Informe) Tegucigalpa,
D.C, Ministerio de Salud Pública, 1985.
- 12.- MSP Unidad de Ciencia y Tecnología Encuesta
Nacional de Nutrición 1987. Ministerio de Salud
Pública, Tegucigalpa, D.C. 1988.
- 13.- Ministerio de Salud Pública
Informe de Evaluación del Programa Nacional de
Control de la Tuberculosis 1987.
- 14.- Mockeberg F.
Desnutrición Proteico Energética: Marasmo
Nutrición Clínica en la Infancia (Folleto) Nestlé
Nutrition, Very, Raven Press, New York-1985.
- 15.- Pimentel R.D.
Tuberculosis y Vacunación BCG en Enfermos
Pediátricos. Arch Pediat. 1988, vol. 39,153-162.
- 16.- Rivas de M. Andino R.
Informe de Evaluación del Programa de Control de
la Tuberculosis División de Epidemiología,
Ministerio de Salud Pública, Teg. 1986.
- 17.-Rodarte H. Rubí F. Vacunación con BCG Salud
Pública de México, 1982, vol. XXIV, No. 3,
279-288.
- 18.-StarkeJ.
Modern aproach to the Diagnosis and treatment of

La Electrofulguración como Método de Tratamiento en las Displasias Cervicales

Enrique O. Samayoa M.*, Antonio Romero Rovelo**.

La incidencia creciente de las conizaciones cervicales uterinas, por lesiones precancerosas, nos motivó a efectuar este estudio en la clínica de patología cervical del Hospital Materno Infantil del Instituto Hondureño de Seguridad Social, el estudio es de tipo prospectivo para determinar la efectividad de la electrofulguración dirigida (EFD) por la prueba de Schiller en las lesiones cervicales, toda vez que como antecedente haya un resultado citológico que sugiera la presencia de displasia o decondilomatosis pura o condilomatosis con transformación displásica atípica (10-23-18).

La prueba de Schiller es variablemente aceptada por los estudiosos de la colposcopia desde 1929 y desde 1954 Hinselman sugería el procedimiento llamado colposcopia ampliada (8), ahora nosotros la utilizamos para proceder a la EFD en las áreas yodo negativas en un intento de cubrir toda la zona de transformación cervical normal (ZTN) o zona de transformación atípica (ZTA) porque a esa fecha no contábamos con el aparato de crioterapia (1984).

El procedimiento se hizo procurando cubrir toda la ZT con un margen de 5 mm. fuera de ella, ignorando por supuesto la profundidad efectiva que produce el procedimiento, contrario a lo que ocurre con la crioterapia que se juzga la profundidad en relación al margen o

* Jefe del Servicio de Obstetricia del HMI del IHSS DE Tegucigalpa. ** Jefe del Servicio de Consulta externa del HMI del IHSS de Tegucigalpa.

anillo de congelación que se forma alrededor de la probeta o punta congeladora. Para seleccionar las pacientes para EF se emplearon la colposcopia, la biopsia dirigida (BD), la presencia de síntomas asociados que con la EFD pudieran disminuir o, desaparecer, como lo es la secreción de la mucosa cervical.

MATERIAL Y MÉTODO

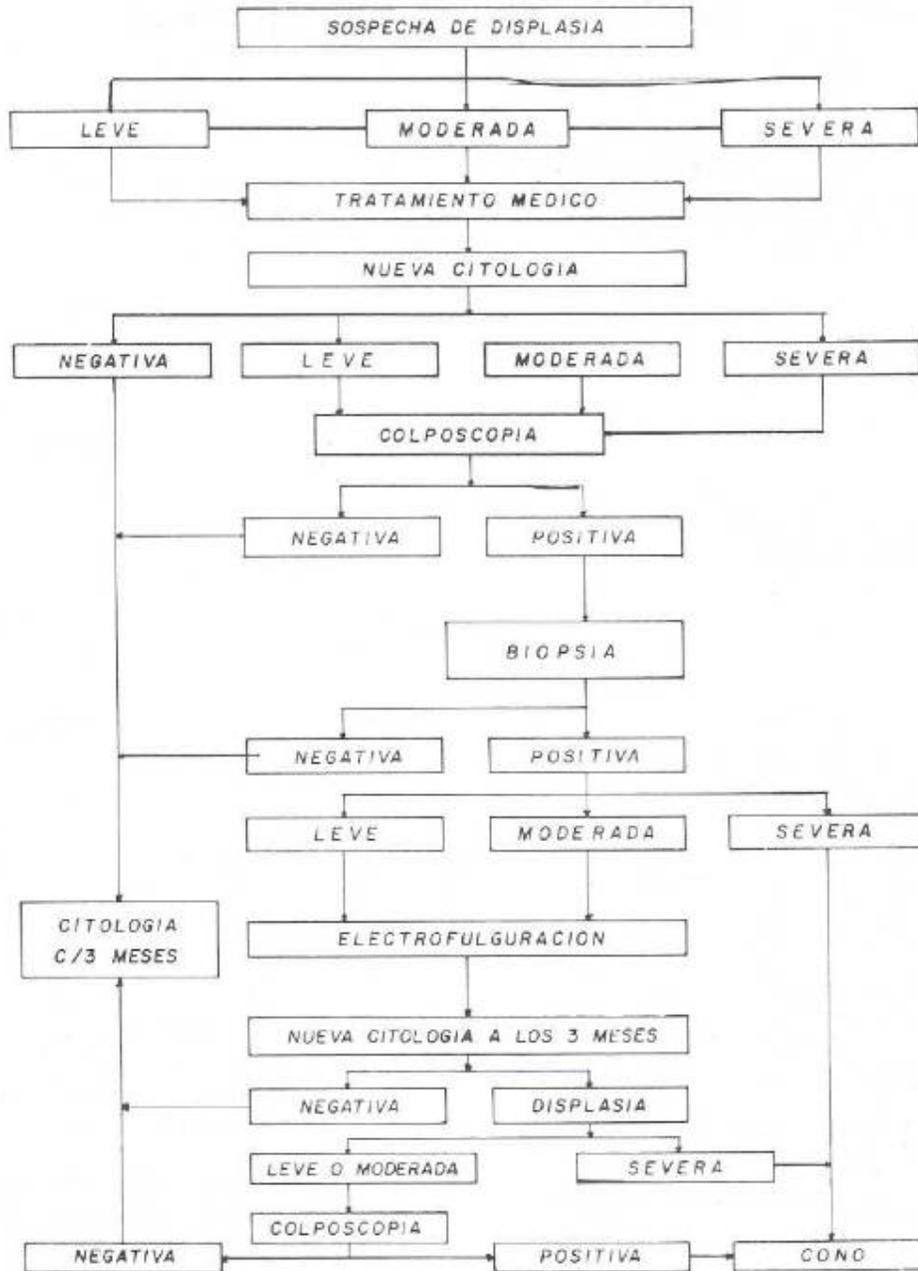
Toda paciente con citología positiva por displasia fue evaluada colposcopicamente. Si por motivos como son las citas a largo plazo, no se les pudiera hacer de inmediato la colposcopia, se les daba tratamiento con cremas sulfovaginales o tratamientos más específicos sobre todo si los cultivos de la secreción vaginal demostraban patología como Gardnerellas o Tricomonas. Se efectuó BD en toda lesión colposcopicamente sospechosa, o al azar en varios puntos, si sólo se detectaba en la ZTN una simple ectopía, pero con citología positiva, en este último caso también se tomaban biopsias en varios puntos de la unión escamocolumnar (UEC). Si la BD era positiva por displasia leve (DL), displasia moderada (DM) o condiloma, se procedía a la EFD, pero si la displasia era severa (DS), se procedía a la conización, esta decisión se tomó por no tener confianza en el procedimiento de EFD aunque se sabe que todas las displasias son tributarias de procedimientos de destrucción tisular incluyéndose lesiones como DS (1-4-11-12-18), salvo que los límites colposcopicos de ZT no sean identificados o que haya persistencia de la displasia post-tratamiento, en cuyo caso se recomendaba el cono (17). Las pacientes se

controlaron citológicamente, primero a los dos meses y después cada tres meses sin repetir la EFD. No se efectuaron curetajes endocer vi cales por carecer del equipo (15) y en general se procedió de acuerdo al equipo (15) y en general se procedió de acuerdo al flujograma que se presenta en la Fig. 1.

RESULTADOS

De 1984 hasta mediados de 1987 se trataron 86 pacientes por resultados citológicos de displasia, de las que 66 (77%), se les practicó EFD. Algunas de las pacientes han

FIGURA No. 1
Flujograma de la Paciente con Citología Anormal



tenido controles hasta por 48 meses y otras sólo fueron vistas 2 meses porque sus citologías se normalizaron o porque no regresaron a control, según se puede ver en la Tabla 1 que analiza el tiempo en que las pacientes asistieron a control, fue notorio que ninguna de las pacientes tenían antecedentes de cesáreas. Del análisis de resultados se forman 5 grupos: el primero Tabla II, pacientes sin EF, porque no regresaron a control; el segundo grupo Tabla III, pacientes sin BD por tener sólo ectopía; el tercer grupo Tabla IV pacientes sólo con reepitelización por colposcopia pero BD positiva; el cuarto Grupo Tabla V, colposcopia normal y BD normal. El quinto grupo es el más grande con 40 pacientes, a toda se les practicó EF y tanto la colposcopia como la BD fueron positivas por patología benigna o precancerosa. La primera experiencia sexual se efectuó en extremos de 15 a 25 años. El grupo de 15 a 18 años constituyó el 49% de las pacientes.

GRUPO 1. (Tabla II)

17 pacientes (19.5) no recibieron tratamiento de EFD porque no regresaron a pesar de que sus citologías, colposcopias y BD resultaron con anormalidades. En situaciones como estas y otras que se relatan más adelante es muy necesaria la cooperación de las Trabajadoras Sociales.

TABLA I
DURACION DEL CONTROL DE PACIENTES

SIN COLPOSCOPIA NI EFD		
MESES	PACIENTES	%
1-2*	17	20
3-6*	15	17
7-12	28	32
13-18	11	13
19-24	6	7
25-36	4	5
37-48	5	6
TOTAL	86	100

- EN 12 DE ESTOS PACIENTES (16%) LAS CITOLOGÍAS SE NORMALIZARON SOLO CON TRATAMIENTO MEDICO Y NO SE LES HIZO COLPOSCOPIA.
- * EN 3 PACIENTES LAS CITOLOGÍAS SE NORMALIZARON CON TRATAMIENTO MEDICO.

TABLA II
GRUPO I. SIN E.F.D. PORQUE SE AUSENTARON

CITOLOGIA	COLPOSCOPIA	BD
DL 8	LEUCOPLASIA 5	DL 1
DM 4	MOSAICO 5	DM 2
DS 7	KERATOSIS 2	DS 4
	CONDILOMA 2	CONDILOMA 1
	NIEC* 2	SIN INFOR. 9
	SOSPECHA* 1	
TOTAL 17	17	17

> ESTOS TÉRMINOS SE CONSIGNARON PERO NO CORRESPONDEN A LA TERMINOLOGÍA COLPOSCOPICA.

GRUPO 2. (TABLA III)

Por el contrario a 20 pacientes 23%, se les practicó EFD porque las citologías fueron positivas por displasia pero las colposcopias fueron informadas sólo como ectopías y no se les practicó BD. Los controles otológicos fueron normales en el 70% pero las restantes 30% no tuvieron citología de control.

INICIAL	CONTROL
DL 17 DM 3	Normal 14 No inform 6
TOTAL 20	20

TABLA III
GRUPO 2
CITOLOGÍAS

A las 20 se les efectuó EFD sin BD porque sólo se encontró ectopía en la colposcopia, 70% tuvieron controles otológicos normales (14 pacientes).

GRUPO 3. (TABLA IV)

A 3 pacientes 3.4% se les hizo biopsia al azar y EFD porque sus citologías eran positivas, no obstante, las colposcopías sólo indicaron reepitelización o ectopía, pero sus biopsias fueron positivas.

La biopsia fue al azar, pero resultaron positivas, lo ideal hubiera sido efectuarla con colposcopia ampliada, 2 de estas pacientes se ausentaron y una continúa en control.

Estos 3 casos (3.4%) nos hace reflexionar, porque existe la posibilidad de que ciertas lesiones cervicales podrían haberse identificado usando la llamada colposcopia ampliada con la prueba Schiller (8), porque algunas veces la lesión histológica no es lo suficientemente avanzada para dar los cambios típicos (2-7-9), o también porque los procesos de vascularización son muy tenues, o porque hay incipientes deficiencias de glucógeno celular en los procesos de transformación metaplásica (8). De estas 3 pacientes una continúa en control, las dos restantes no regresaron.

**TABLA IV
GRUPO 3**

COLPOSCOPIAS NORMALES

CITOLOGIA	BIOPSIA
DL 2	DM 2
DM 1	CONDILOMA 1
TOTAL 3	3

A LAS 3 SE LES EFECTUÓ E.F.D. POR CITOLOGÍA Y BIOPSIA POSITIVA.-LA COLPOSCOPIA SOLO DEMOSTRÓ ECTOPIA POR LO QUE LA BIOPSIA FUE AL AZAR. 4% DE 69 COLPOSCOPIAS.

GRUPO 4. (TABLA V)

A 6 pacientes se les practicó EFD no obstante que las colposcopias sólo lo demostraron ectopía y las biopsias fueron negativas; la EFD se efectuó por la presencia de citologías positivas, lo que se hizo como una extraprecación o para disminuir la secreción mucosa que algunas veces producen las ectopías. En las citologías de control sólo hubo 1 caso positivo con DS que lastimosamente no regresó a control.

**TABLA V
GRUPO 4**

CITOLOGIA INICIAL ANORMAL

CITOLOGIA		COLPOSCOPIA	B D
INICIAL	CONTROL		
DL 5	DS 1*	POLIPO 1	POLIPO 1
DM 1	NORMAL 5	REEPITELIZAC. 5	REEPITELIZAC. 5
TOTAL 6	6	6	6

EN ESTAS 6 PACIENTES LA E.F.D. SE HIZO POR EXTRA PRECAUCION POR SER LAS CITOLOGIAS POSITIVAS, AUNQUE LA COLPOSCOPIA Y BD NO TENIAN DISPLASIA.
* NO REGRESO A CONSULTA.

GRUPO 5. (TABLAS VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII)

Este grupo de 40 pacientes (46% de 86) a 37 se les efectuó EFD porque la biopsia dirigida fue positiva así: Cervicitis 8 casos, de DL 8 casos, DM 14 casos, condiloma atípico 7 casos y hubo 3 DS a quienes no se les practicó EFD por ser candidatas a biopsia en cono, pero dos no regresaron al control, ninguna de ellas resultó con C.A. Invasor. La tercera de estas pacientes se ausentó por haber perdido su cobertura como derecho-habiente y un año más tarde regresó con C.A. Invasor, en una BD anterior el resultado fue de DM por lo que se le practicó EFD. La tabla VI hace un resumen de las 8 cervicitis y se observa en las citologías de control que el 50% (4 pacientes) normalizaron su citología, el 50% no regresó a control.

**TABLA VI
GRUPO 5**

CERVICITIS POR B.D.

CITOLOGIA		COLPOSCOPIA
INICIAL	CONTROL	
DL 6	NORMAL 4	ECTOPIA 4
DM 1	SIN CONTROL 4	REEPITELIZACION 1
DS 1		LEUCOPLASIA 1
		MOSAICO 1
		VASOS ATIPICOS 1
TOTAL 8	8	8

E.F.D. EN 8 CON CERVITIS POR BD. NO REGRESARON A CONTROL 4 PACIENTES Y SUS COLPOSCOPIAS FUERON ANORMALES EN 3.

Es bastante difícil tipificar a que clase de displasia corresponde una característica colposcópica porque un mosaico por ejemplo, puede corresponder histológicamente a una acantosis, que es una lesión metaplásica no precancerosa, como podría ser también el equivalente de una displasia, la cual es precancerosa en grado variable según la intensidad de la lesión, lo mismo puede decirse de la leucoplasia y de la kematosis; quizá sólo la presencia de vasos atípicos sea lo más indicativo de una lesión específica como DS o Invasor (7,8), así por ejemplo, cuando a una lesión colposcópica como el mosaico se le hace BD, puede resultar varios grados de displasia, lo mismo se ve en los resultados de DL de la Tabla VII donde hay un 50% de citologías que se volvieron normales.

TABLA VII
GRUPO 5
DISPLASIA LEVE

CITOLOGIA		COLPOSCOPIA	
INICIAL	CONTROL		
DL 5	NORMAL 4	LEUCOPLASIA	6
DM 3	SIN CONTROL 4	MOSAICO	1
		ECTOPIA	1
TOTAL 8	8		8

E.F.D. EN 8 PACIENTES CON DL POR BD.
4 NO REGRESARON A CONTROL.

La tabla VII resume 8 pacientes a las que se les hizo EFD porque la BD informó DL, de estas 4 no regresaron a control y en el 50% (4 casos) sus citologías de control se normalizaron.

Otro grupo de 14 pacientes (Tabla VIII) se les practicó EFD por tener BD positiva con DM, a una de las pacientes se les practicó conización por persistencia de displasia otológica y la anatomía patológica reportó DS por lo que se le practicó HAT por su edad y paridad. Otra de las pacientes de este grupo es la que al año resultó con C. A Invasor, la paciente falleció. Dos pacientes continúan en estudio, otra fue dada de alta y 9 no regresaron.

De nuevo, de la correlación de los hallazgos colposcópico se puede deducir que hay necesidad de profundizar más en este estudio ya que una metaplasia puede esconder el inicio de una displasia, por lo mismo una aparente inofensiva ectopía necesita de la

CITOLOGIA		COLPOSCOPIA	
INICIAL	CONTROL		
DL 5	DS 2*	NO CONSIGNADO	2
DM 9	NORMAL 1	ECTOPIA	2
	SIN CONTROL 9	METAPLASIA	1
	EN ESTUDIO 2	LEUCOPLASIA	6
		MOSAICO	1
		DM	1
		VASOS ATIPICOS*	1
TOTAL 14	14		14

colposcopia ampliada (8) para la selección de los puntos

TABLA VIII
GRUPO 5
DISPLASIA MODERADA

de biopsia, lo que por supuesto requiere más tiempo para estudiar cada paciente (16).

En el mismo grupo de las 40 pacientes cuyas BD fueron positivas por patología están las 5 pacientes con DS, lastimosamente ninguna de ellas regresó a control, posiblemente son pacientes que acuden alarmadas a otras Instituciones nacionales o a médicos privados, la Tabla IX resume los resultados.

CITOLOGIA	COLPOSCOPIA
DM 1	KERATOSIS 1
DS 2	LEUCOPLASIA 1
	NIEC 1
TOTAL 3	3

TABLA IX
GRUPO 5
DISPLASIA SEVERA
POR TENER DS EN LA BD NO SE LE HIZO E.F.D.
NINGUNA REGRASO AL TRATAMIENTO POR LO
QUE NO SE LES PRACTICO CONO.

Como se puede apreciar algunas veces se hacen diagnósticos colposcópico de displasia o NIEC en vez de usar los términos colposcópico establecidos, lo que debe corregirse ya que no hay una exacta correlación entre las imágenes de la colposcopia y las estructuras histológicas que dan lugar a un diagnóstico de anatomía patológica.

En la última categoría de estas 40 pacientes están aquellas que la BD informó condiloma atípico (10-13), y de estas sólo una había sido considerada colposcópico como tal, ver Tabla X.

En total 40 pacientes tuvieron BD positivas, ver Tabla XI, en la que se hace un análisis de cada grupo en lo referente a su evolución, consignándose como curadas cuando las citologías de control fueron negativas o que tuvieron tratamientos definidos como HTA. Es lamentable que 25 de los casos (62%) no hayan regresado, teniendo la esperanza de que hayan recurrido a otras fuentes de atención médica ya que las pacientes del

E-F.D. EN 14 PACIENTES POR DM EN LA 8D.

* A UNA SE LE PRACTICO HAT POR OS EN CONO, LA OTRA NO REGRASO.

• AL AÑO EVOLUCIONO EN Ca. INVASOR.

**TABLA X
GRUPO 5
CONDILOMATOSIS**

CITOLOGIA		COLPOSCOPIA
INICIAL	CONTROL	
DL 2	NORMAL 1	ECTOPIA 1
DM 2	DS 1	LEUCOPLASIA 3
DS 3	SIN CONTROL 5	MOSAICO 1
		KERATOSIS 1
		CONDILOMA 1
TOTAL 7	7	7

E.F.D. EN 7 CONDILOMATOSIS POR BD.
• SE LE PRACTICO HAT POR DS EN CONO.

IHSS son de un nivel educacional aceptable para ser negligentes, sin esperar que ocurra lo que le sucedió a la paciente que regresó con C.A. Invasor después de haberse reportado por BD una DM, de nuevo enfatizamos lo importante y vital que es la participación de la Trabajadora Social para control de estas pacientes.

BD	CURADA	SIN CONTROL	EN ESTUDIO
CERVITIS 8	4	4	0
DL 8	4	4	0
DM 14	2	9	3
DS 3	0	3	0
CONDILOMA 7	2	5	0
TOTAL 40	12 (30%)	25 (62%)	3 (7.5%)

RESUMEN EVOLUTIVO DE LAS 40 PACIENTES CON BD POSITIVO. ES LAMENTABLE QUE 62% DE LAS PACIENTES SE HALLAN AUSENTADO.

**TABLA
XI
GRUPO 5**

Una de las finalidades del presente estudio es disminuir la incidencia de las conizaciones sobre todo las no bien justificadas (9), porque algunas de ella no han sido bien estudiadas o bien pudieron ser tratadas de una manera más conservadora. Ver Tabla XII.

TABLA XIII

Analizando el resultado de las conizaciones podemos establecer que sólo 2 ameritaron el procedimiento y que desde el punto de vista de la BD sólo una lo ameritaba, 2 DS están fuera de control por no haber regresado.

**TABLA XII
GRUPO 5
CONIZACION**

CITOLOGIA	COLPOSCOPIA	BD	CONO
DL 2	ECTOPIA 1	CERVITIS 3	CERVITIS 5
DM 4	REEPITELIZACION 1	DL 1	CONDILOMA 1
DS 2	LEUCOPLASIA 4	DM 2	DS 2
	MOSAICO 1	DS 1	
	VASOS ATIPICOS 1	COND. ATIP. 1	
TOTAL 8	8	8	8

CORRELACION DE HALLAZGOS EN 8 PACIENTES CON CONIZACION DE ESTAS SOLO 2 HABRIAN AMERITADO EL PROCEDIMIENTO POR SU DS EN LA BD.

Al analizar los resultados habidos en el control citológico post EFD de 57 pacientes, observamos que el 73% se normalizó (33 pacientes), 25% (11 pacientes) persistía una forma de displasia y sólo una paciente evolucionó a Ca. Invasor al año (2%). Hubo 2 pacientes sin control citológico que no se incluyen en el porcentaje en el que sólo se consideraron las 45 que regresaron para tratamiento.

TABLA XIII

CONTROLES CITOLOGICOS DE 57 E.F.D.		
NORMAL	33	73.3%
DL	6	13.3%
DM	3	7.0%
DS	2	4.4%
CA INVASOR AL AÑO	1	2.0%
SUB TOTAL	45	100.0%
SIN CONTROL	12	
TOTAL	57	

Como se ha comentado anteriormente, la paciente del CA. Invasor se le hizo EFD en base a DM por BD y es oportuno comentar la falta de equipo para hacer legrado endocervical, porque quizá en este caso hubiera sido el procedimiento que detectara este tipo de lesión; no obstante, es alagador un resultado de 33 pacientes (73.3% de 45) con controles citológicos normales, lástima que no podamos decir lo mismo de las 41 pacientes a quienes se les practicó BD y cuyos resultados fueron anormales, porque 25 de ellas (62%) no regresaron a control restándole gran valor al estudio realizado y de estas sólo 13 paciente (30%) se consideraron curadas por más de 6 meses, según las citologías de control.

COMENTARIO

La citología es aún el mejor método de estudio para detectar sospechas de patología cervical en pacientes sexualmente activas, debiéndose practicar tan pronto la paciente inicie su actividad sexual y continuar sus controles de ser posible por toda la vida (2-9), este último concepto contradice los enunciados de la Sociedad de Ginecología del Canadá y de la Sociedad Americana de Cirugía, porque se ha demostrado que los procesos de condilomatosis no respetan edad ni la ausencia del Cx Uterino para transformarse en lesiones neoplásicas (18). La colposcopia se ha impuesto mundialmente como el método que debe ratificar o descartar la posibilidad de estas lesiones, toda vez que se haga adecuadamente, por personal entrenado y con el equipo necesario. La EFD es una alternativa de tratamiento (1-3-11-12-14-17-18) aunque no la mejor, porque actualmente se cuenta no sólo con la crioterapia sino también con los Rayos Láser (3) no obstante, en muchos centros de países avanzados se continúa considerando como bueno todo procedimiento de acción destructiva y la EF es uno de ellos toda vez que sea un complemento de la Colposcopia y Citología (3-4-5-12-14-17-18).

En nuestro medio pocos son los Ginecólogos que tiene un aparato de crioterapia y mucho menos Láser y sobre todo en los hospitales departamentales donde casi es seguro que sólo se cuenta con un aparato de electrofulguración. Hubo un buen margen de confiabilidad diagnóstica en las colposcopias ya que el 83% de las BD fueron positivas por la patología sospechada (7). La colposcopia es un procedimiento de extrema ayuda para la identificación de las áreas de donde posiblemente proceden las células que hacen una citología cervical positiva (9), no obstante, no es un método que en un 100% nos indique que tipo de lesiones hay bajo la superficie de las zonas así detectadas por eso es razonable que en el resumen final hayan discrepancias entre los resultados colposcópicos y los de la BD. Tales discrepancias en nuestro trabajo se acentuaron porque 8 BD (17%), no fueron informadas al momento de este análisis y de 28 ectopías a 20 no se les practicó BD y de las 8 efectuadas el 50% (4 casos), resultaron con patología P.C.

RESUMEN

Se estudiaron 86 pacientes remitidas con citologías positivas por displasias o sospechas de condilomatosis

cervical, en el período comprendido de Enero de 1984 a Mayo de 1987. De estas pacientes a 57 (65.5%) se les practicó EFD, previo estudio con colposcopia y BD, las restantes 30(34.5%) no volvieron pero su colposcopia y citologías ulteriores fueron normales. De 41 pacientes con BD anormales, 13 (32.5%), se consideraron curadas, 25 (62%) abandonaron el estudio y 3 (7.5%) continuaban en control. De los 57 casos a quienes por varios motivos se les practicó EF el 58% de las citologías de control fueron negativas (18), el 12% persisten con citologías de DL, un 3.5% con DM y un 3.5% con DS (4). Sólo un caso 2% evolucionó a C.Á. Invasor, un 19% regresaron a control. A dos pacientes 3.5% se les practicó HAT por persistencia de DS en la conización. Al 14% de las pacientes se les practicó conización por varios motivos, desde una simple cervicitis hasta DS y en sólo 2 de ellas 25% la anatomía patológica demostró DS, el resto fueron patologías que pudieron haber sido manejadas con métodos menos agresivos. Hubo diagnósticos colposcópicoacertados en un 80%, lo que es considerado como muy bueno en los trabajos publicados.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Richardt R.M. Scirra J.S.- Treatment of cervical dysplasia by outpatient electrocauterization. *Am. J. Obstet, and Gynecol.* 101:2,1968.
- 2.- Bjerre B. Johnson S.- Invasive cervical cancer in a cytologically screened population. *Acta Obstet. Gynecol Scand.* 62:569,1983.
- 3.- Johnson V.W. Homesley D.- Comparison of cryosurgery and diode laser ablation for treatment of cervical intraepithelial neoplasia. *Colposcopy Gynecol. Laser Surgery.* 1:173,1984.
- 4.- Schuurmans S.N.S., Chlke I.D., Carmichael J.A. Treatment of cervical neoplasia with electrocautery: Report of 426 cases. *AM. J. Obstet. and Gynecol.*, 148:5,1985.
- 5.- Peckham B.M., Sonek M.G., Carr W.F.,- Outpatient therapy success and failure with dysplasia and carcinoma in situ. *Am. J. Obstet and Gynecol.* 142:3, 1982.
- 6.- Matsunaga J-, Bergman A., Bhatia N., Genital condylomata acuminata in pregnancy. Effectiveness, safety and pregnancy outcome following cryotherapy. *BJ. Obstet Gynecol,* 148:9,1984.

- 7.- Benedel J.L., Andeson G.H., The accuracy of colposcopy in the diagnosis of preclinical invasive squamous carcinoma of the cervix. *Colposc. Gynecol., User Surg.* 3:129,1987.
- 8.- E. Burghardt. *Composcopy Cervical Pathology. Textbook and Atlas.* 1984.
- 9.- Benedel J.L. et al. Colposcopic evaluation of abnormal Papanicolaous smears on pregnancy.
- 10.- Reid et al. Genital warts and cervical cáncer VII.- And improved colposcopic Índex for differentiating benign papillomaviral intraepithelial neoplasia. *Am. J. Obstet and Gynecol.*, 153:611-8,1985.
- 11.- La Vecchia C. et al, Electrocoagulation and the risk of cervical neoplasia. *Obstet. Gynecol.* 6:703-7,1985.
- 12.- Digan E.A. et al. Treatment of cervical intraepithelial neoplasia with electrocautery. A report of 776 cases. *Am. J. Obstet and Ginecol.* 154:255-9,1986.
- 13.- Falcone T. et al. Cervical intrae ithelial neoplasia and condyloma. An analysis of diagnostic accuracy of posttreatment follow up methods.
- 14.- Payton F.W., Payton R.R., Anderson V.L. et al. The importance of cauterization to mantain a healthy cervix long term study from private gynecologic practice. *Am. J. Obstet Gynecol.* 131:374,1978.
- 15.- Kwikkel M.J., Bezemer P.D., Helmerhorst Th. J. Quaak M.J., Stalk J.G. Predici ve valué of a posi ti ve endocervical curattage in diagnosis and treatment of CIN. *Ginecol Oncol.* 24:162,1986
- 16.-Campion M.J., Cuzick J. Me Canee D.J., Singer A. Progresive potential of mild cervical atypia. Prospective cytological, colposcopic and virologic study. *Lancet* 2:237.1986.
- 17.- Woodman C.B.J., Jordán J. A., yolatta M.J., Gustafson R. Wade-Avans T. The mahagement of cervical intraepithelial neoplasia by coagulation electrodiathermy. *Br. J. Obstet and Ginecol* 92:751,1985.
- 18.-Genital Human Papillomavirus Infections. ACOG Technical Bulletin 105 June 1987.

Estudio Comparativo sobre la Prevalencia del Tabaquismo en Personas de 15 a 30 Años, Área Urbana y Rural Catacamas, Olancho

Dras. Silvia Yaneth Hernández G. y Gloria E. Gaidámez Santacruz

INTRODUCCIÓN:

El tabaquismo es una causa de morbimortalidad que puede ser prevenible (5, 12, 10). Es un hábito que se adquiere generalmente en la adolescencia (4, 7,8). Los médicos y demás profesionales de la salud juegan un rol importante por medio del ejemplo (1).

En relación a importaciones y exportaciones de tabaco en Honduras, según datos de 1987, registrados en la Dirección General de Estadísticas y Censo, éstas son las mostradas en el cuadro No. 1.

CUADRO No. 1

IMPORTACIONES Y EXPORTACIONES DE TABACO EN HONDURAS EN 1987				
	Importación	VL en Lps.	Exportación	VL en Lps.
Tabaco en rama	11.237 kg	141.874.22	1.260.465 kg.	81.322.767.56
Puro	10 kg	627.50	277.458 kg.	4.925.728.02
Cigarrillo	8.500 kg	277.722.98	2.041 kg.	57.747.80

CUADRO No. 2

PRODUCCION DE CIGARRILLOS EN HONDURAS

AÑO	MILLONES DE CAJETILLAS
1986	71.459
1987	70.527
1988	78.817

Fuente: Banco Central de Honduras.

Además en Honduras se observa un aumento en la producción de Cigarrillos (Cuadro No. 2).

La presente investigación se efectuó con el propósito de conocer la prevalencia del tabaquismo en el área urbana y rural en personas de 15 a 30 años en Catacamas, Olancho; además:

- Enumerar los factores condicionantes por los cuales los jóvenes de Catacamas comienzan a fumar.
- Identificar en que estrato de residencia existe mayor tabaquismo.
- Determinar el conocimiento que esta población tiene sobre los problemas de salud relacionados al tabaquismo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo y transversal, realizado en 1989. Se tomó una muestra de mil personas por área, de 15 a 30 años. Se entrevistaron fumadores, no fumadores y exfumadores, sin importar el nivel educativo y no controlándose la muestra por sexo. El muestreo usado fue probabilístico por conglomerado, seleccionándose 10 barrios en el área urbana y 10 aldeas o caseríos en la rural. Los datos se recopilaron en base a una encuesta constituida por 40 preguntas.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

En cuanto a la definición de fumador, se dividieron dos grupos de edad: (15 a 19 años) y (20 a 30 años) siguiendo

las recomendaciones de la Unión Interamericana Contra el Cáncer. Así se consideró fumador en el caso del primer grupo de edad, aquel que consume uno o más cigarrillos a la semana por lo menos durante tres meses; y en el segundo grupo al que consume un cigarrillo o más por día.

No fumador. Aquel que nunca ha fumado.

Exfumador. Al que fumó durante tres meses pero que tiene más de un año de no fumar.

RESULTADOS

1) Distribución de la muestra por sexo. Debido a que la muestra no se controló por sexo, la población masculina entrevistado es mayor que la femenina (Tabla 1).

TABLA 1

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA MUESTRA POR SEXO Y AREA DE RESIDENCIA

SEXO	ESTRATO DE RESIDENCIA	
	URBANO	RURAL
Masculino	67.0	61.3
Femenino	33.0	38.7
TOTAL	100.0 (1000)	100.0 (1000)

2) Prevalencia del hábito. El porcentaje de fumadores es mayor en el área urbana que en la rural, siendo en la primera área de más de la mitad y en la segunda de un tercio. En relación a los exfumaaores, éstos representan un mínimo porcentaje (Tabla No. 2).

DISTRIBUCION URBANA Y RURAL SEGUN LA CLASIFICACION DE ANTECEDENTE DE TABAQUISMO

ANTECEDENTE TABAQUISMO	ESTRATO DE RESIDENCIA	
	URBANO	RURAL
Fumador Actual	55.7	35.2
No fumador	42.8	64.4
Ex fumador	1.5	0.4
TOTAL	100.0 (1000)	100.0 (1000)

$\chi^2 = 96.1$

$P < 0.05$

3) Distribución del hábito por sexo. En el sexo masculino hay un mayor porcentaje de fumadores en ambos estratos, encontrándose 20 puntos más en el urbano (Tabla No. 3).

TABLA 3
CLASIFICACION DE ANTECEDENTE DE FUMADO POR SEXO Y ESTRATO DE RESIDENCIA

ESTRATO DE RESIDENCIA ANTECEDENTE FUMADO	S E X O	
	MASCULINO	FEMENINO
URBANO*		
Fumadores	76.0	14.5
No Fumadores	24.0	85.5
TOTAL	100.0 (670)	100.0 (330)
RURAL**		
Fumadores	56.6	1.3
No Fumadores	43.4	98.7
TOTAL	100.0 (613)	100.0 (387)

• En no fumadores se incluyen a los exfumadores

• $\chi^1 = 355.8 P < 0.05$

* $\chi^* = 320.2 P < 0.05$

4) Antecedente de tabaquismo en padres y hermanos. Aproximadamente dos de cada cinco personas en el área urbana y uno de cada tres en la rural refirieron tener algún padre fumador (Tabla 4); apreciándose una proporción importante en ambas áreas con este

TABLA 4

ANTECEDENTE DE TABAQUISMO EN ALGUN PADRE AREA URBANA Y RURAL

ALGUNOS DE SUS PADRES FUMA	ESTRATO DE RESIDENCIA	
	URBANO	RURAL
Sí	40.9	37.8
No	59.1	62.2
TOTAL	100.0 (1000)	100.0 (1000)

antecedente positivo en hermanos, con significancia mayor en los urbanos que en los rurales (46.6% vrs 40.8%) (Tabla 5).

5) Edad de inicio del hábito. En ambos estratos de residencia el mayor porcentaje de fumadores se inició a la edad de 14 a 16 años, con mayor porcentaje en

TABLA 5

ANTECEDENTE DE TABAQUISMO EN ALGUN HERMANO AREA URBANA Y RURAL

ALGUN HERMANO FUMA	ESTRATO DE RESIDENCIA	
	URBANO	RURAL
Sí	46.6	40.8
No	53.4	59.2
TOTAL	100.0 (1000)	100.0 (1000)

$$\chi^2 = 6.8 \text{ P} < 0.05$$

las rurales. Y la mayoría comenzó antes de los 20 años, representando un 88.4% en el área urbana con seis puntos más en la rural (Tabla 6).

TABLA 6

EDAD DE COMIENZO DEL HABITO: AREA URBANA Y RURAL

EDAD EN QUE INICIO A FUMAR (AÑOS)	ESTRATO DE RESIDENCIA	
	URBANO	RURAL
8-10	2.3	0.9
11-13	16.2	15.1
14-16	41.5	54.3
17-19	28.4	23.9
20-22	8.6	4.8
23-25	2.3	0.6
26 y más	0.7	0.6
TOTAL	100.0 (557)	100.0 (352)

$$\chi^2 = 20.6 \text{ P} < 0.05$$

- 6) Factores condicionantes para el inicio del tabaquismo. En ambas áreas la mayoría de fumadores manifestó que se inició por influencia de sus amigos y compañeros, proporción que se eleva en un 13.2% para la rural (Tabla 7).
- 7) Cantidad de cigarrillos consumidos. Se observa que el grupo de 15 a 19 años alrededor de un 25%, para ambas áreas de residencia, está fumando más de un paquete de cigarrillos por semana (Tabla 8); y en el de 20 a 30 años existe ya un 37.9% de urbanos consu-

TABLA 7

RAZON DE HABER INICIADO EL HABITO AREA URBANA Y RURAL

RAZON DE HABER INICIADO A FUMAR	ESTRATO DE RESIDENCIA	
	URBANO	RURAL
Porque sus amigos y compañeros lo hacían	38.8	52.0
Diversión	22.1	16.8
Curiosidad	21.9	15.6
Imitación	15.1	15.6
Rebeldía	1.6	0.0
Otro	0.5	0.0
TOTAL	100.0 (557)	100.0 (352)

$$\chi^2 = 23.6 \text{ P} < 0.05$$

TABLA 8

A.) TABAQUISMO EN LA POBLACION DE 15-19 AÑOS
NUMERO DE CIGARRILLO QUE CONSUMEN POR SEMANA
SEGUN ESTRATO DE RESIDENCIA

NUMERO DE CIGARRILLOS QUE FUMA POR SEMANA	ESTRATO DE RESIDENCIA	
	URBANO	RURAL
1-5	17.7	22.5
6-10	21.5	28.3
11-15	20.9	8.3
16-20	14.6	17.5
21-30	8.2	14.2
31-40	12.0	5.0
41 y más	5.1	4.2
TOTAL	100.0 (158)	100.0 (120)

$$\chi^2 = 15.5 \text{ P} < 0.05$$

miendo más de 10 cigarrillos por día, que se eleva medio punto en los rurales (Tabla 9).

- 8) Deseo e intención de abandonar el hábito. Aproximadamente tres de cada cuatro urbanos y dos de cada tres rurales desean dejarlo (Tabla 10); sin

TABLA 9

B. TABAQUISMO EN LA POBLACION DE 20-30 AÑOS
 NUMERO DE CIGARRILLOS QUE CONSUMEN POR DIA
 SEGUN ESTRATO DE RESIDENCIA

NUMERO DE CIGARRILLOS QUE FUMA POR DIA	ESTRATO DE RESIDENCIA	
	URBANO	RURAL
1-5	34.1	33.2
6-10	28.1	28.4
11-15	15.3	9.9
16-20	12.3	14.7
21-30	6.5	8.6
31-40	2.0	3.0
41 y más	1.8	2.2
TOTAL	100.0 (399)	100.0 (232)

TABLA 10

DISTRIBUCION URBANA Y RURAL
 SEGUN SI EL MEDICO LE HA ACONSEJADO DEJAR DE
 FUMAR

CONSEJO DEL MEDICO DEJAR DE FUMAR	ESTRATO DE RESIDENCIA	
	URBANO	RURAL
Sí	18.9	9.7
No	81.1	90.3
TOTAL	100.0 (557)	100.0 (352)

$\chi^2 = 14.1$ P < 0.05

embargo menos de la mitad del área urbana y casi dos tercios de la rural no lo ha intentado (Tabla 11).

9) Consejos médicos recibidos y problemas económicos ocasionados. La gran mayoría manifestó que ningún médico les ha recomendado dejar de fumar (Tabla 12). Además en los fumadores se investigó si este hábito les ocasiona problemas económicos, la mayor proporción respondió afirmativamente, siendo alrededor de dos tercios en los urbanos y cuatro quintos en los rurales (Tabla 13).

10) Conocimiento sobre problemas de salud relacionados con el hábito. A todos los entrevistados se les

TABLA 11

DISTRIBUCION URBANA Y RURAL SEGUN SI EL
 FUMAR
 LES OCASIONA PROBLEMAS ECONOMICOS

OCASIONA PROBLEMAS ECONOMICOS	ESTRATO DE RESIDENCIA	
	URBANO	RURAL
Sí	69.3	83.8
No	30.7	16.2
TOTAL	100.0 (557)	100.0 (352)

$\chi^2 = 24.1$ P < 0.05

TABLA 12

DISTRIBUCION PRO ESTRATO DE RESIDENCIA SEGUN
 SI QUIEREN DEJAR DE FUMAR

QUISIERA DEJAR DE FUMAR	ESTRATO DE RESIDENCIA	
	URBANO	RURAL
Sí	76.8	63.1
No	23.2	36.9
TOTAL	100.0 (557)	100.0 (352)

$\chi^2 = 20.1$ P < 0.05

TABLA 13

DISTRIBUCION POR ESTRATO DE RESIDENCIA
 SEGUN SI HA INTENTADO DEJAR DE FUMAR

HA INTENTADO DEJAR DE FUMAR	ESTRATO DE RESIDENCIA	
	URBANO	RURAL
Sí	58.2	36.6
No	41.8	63.4
TOTAL	100.0 (557)	100.0 (352)

$\chi^2 = 39.9$ P < 0.05

preguntó si consideraban que fumar ocasiona problemas de salud, aproximadamente 84% en ambas áreas contestó en forma afirmativa (Tabla 14). Al desagregar la información por sexo no se encontraron diferencias significativas en ambos estratos de

TABLA 14
DISTRIBUCION URBANA Y RURAL SEGUN SU OPINION SOBRE SI EL FUMAR OCASIONA PROBLEMAS DE SALUD

OPINION DE ENTREVISTADO	ESTRATO DE RESIDENCIA	
	URBANO	RURAL
Sí	84.6	83.9
No	15.4	16.1
TOTAL	100.0 (1000)	100.0 (1000)

residencia (Tabla 15). Además se apreció que a medida aumenta la edad, existe mayor reconocimiento sobre los problemas de salud relacionados con el tabaquismo.

TABLA 15
DISTRIBUCION URBANA Y RURAL SEGUN SI CONOCE SOBRE PROBLEMAS DE SALUD QUE OCASIONA EL FUMAR POR SEXO

ESTRATO DE RESIDENCIA SABE PROBLEMAS	SEXO	
	MASCULINO	FEMENINO
URBANO		
Sabe Problemas	86.1	81.5
No Sabe	13.9	18.5
TOTAL	100.0 (670)	100.0 (330)
RURAL		
Sabe Problemas	85.5	81.4
No Sabe	14.5	18.6
TOTAL	100.0 (613)	100.0 (387)

DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó con el fin de comparar la prevalencia del tabaquismo entre el área urbana y rural de Catacamas, encontrándose una mayor prevalencia en los urbanos (55.7%) que en los rurales (35.2%). Datos comparables a los descritos por el Doctor Pertuzey Cois. (10) en 1986, quienes encontraron que los residentes urbanos fuman más que los rurales (41.6% vrs 31.2%).

En nuestro estudio la diferencia de prevalencia entre ambas áreas puede verse influida por la mayor accesibilidad de cigarrillo, los medios de comunicación, el antecedente de tabaquismo en padres y hermanos. En relación a este último factor, puede notarse un mayor porcentaje en la población urbana de que algún padre o hermano fume. El Doctor Martínez y Cois (9) en el estudio sobre factores psicosociales relacionados con el hábito de fumar indica como significativo el que algún hermano fume; además Lara y Cois (8) describen en la población fumadora un mayor porcentaje de padres y hermanos fumadores.

Al investigar la edad de inicio en este hábito se encontró que ocurre a tempranas edades, similar a otros estudios (4,7,8). Así los Doctores Greiber y Vargas (7) apreciaron en su estudio que la mayoría inicia a fumar por influencia de compañeros y amigos.

En relación a la cantidad de cigarrillos consumidos se pudo observar que las personas de 20 a 30 años son quienes consumen mayor cantidad, encontrándose que a medida incrementa la edad hay un mayor consumo, similar a lo referido en otros países (6).

Es interesante destacar que a pesar de existir una gran proporción de fumadores con deseo de abandonar el hábito de mayoría no lo ha intentado, comparable a estudios en México (11).

En una encuesta realizada en 1983 en 495 médicos de siete hospitales de México (11) el 85% aceptaba como parte de su responsabilidad convencer al paciente de abandonar el tabaquismo. En el presente trabajo la gran mayoría de fumadores no ha recibido consejo médico sobre esto, lo cual podría ser por falta de conciencia en los profesionales de salud en relación a este problema de salud pública.

Es importante notar que la mayoría de fumadores considera que el tabaquismo les ocasiona problemas económicos. En boletín informativo del Comité Latinoamericano y del Caribe Coordinador del Control del Tabaquismo (2) menciona que los fumadores gastan alrededor de 100 mil millones de dólares anuales con lo cual compran cinco billones de cigarrillos.

Para concluir la mayor parte de los entrevistados expresaron tener conocimiento sobre los problemas de salud relacionados con el tabaquismo observándose que a mayor edad mayor conocimiento al respecto.

CONCLUSIONES

La prevalencia del tabaquismo en el municipio de Catacamas es mayor en el área urbana que en la rural, siendo el sexo masculino el que más fuma en ambas áreas. La mayoría se inició en este hábito a edades por debajo de los veinte años, observándose como la causa más frecuente la influencia de amigos y compañeros. La mayoría opinó que el tabaquismo se relaciona con problemas de salud, a pesar de ello la prevalencia es elevada. Y casi todos manifestaron que el fumar les ocasiona problemas económicos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Ball, K. El Tabaquismo: epidemia mortal. Foro mundial de la salud, 1986; 7 (3): 1229-1243.
- 2) Comité Latinoamericano y del Caribe Coordinador del Control del Tabaquismo. Boletín Informativo No. 4, 1988.
- 3) Crofton, E. La Mujer y el Tabaco. Salud Mundial. 1987 (Oct.) 28-29.
- 4) Cruz E., Lisboa C, Aguirre C, Pertuze J. Estudio Longitudinal del Hábito de Fumar en Estudiantes de la Universidad Católica. Rev. Med. Chile. 1985; 113 (12): 1231-1239.
- 5) El Hábito de Fumar en Países Menos Desarrollados: un importante problema de salud pública. Rev. Med. Chile. 1988; 116(3): 280-281.
- 6) El Tabaco Contra la Juventud: advertencias internacionales crónicas de la OMS, 1982; 36 (2): 79-81.
- 7) Greiber R. y Vargas N.A. Hábito de Fumar en Estudiantes profesionales de salud. Rev. Med. Chile. 1982; 110(5): 473-478.
- 8) Lara M.A., Balzaretto M., Oñate M.G., Gómez P. Opiniones, actitudes y consumo de tabaco en una institución de salud pública. Salud Pública de México. 1984; 26 (2): 122-129.
- 9) Martínez L., Molina O., Morales M., Moya C, Paredes R., Factores Psicosociales Relacionados con el Hábito de Fumar. Rev. Med. Chile. 1987; 155 (2): 167-171.
- 10) Pertuze J., y Cois. Síntomas respiratorios, función pulmonar y hábito tabáquico en un área urbana y rural de Chile. Rev. Med. Chile. 1986; 114 (10): 993-999.
- 11) Puente S., F., Tabaquismo en México, Bol. Off. Sanit. Panam., 1986; 101 (3): 234-243.
- 12) Tapia J, R. Tabaquismo. Salud Pública México. 1980; 22 (6): 601-615.

Efecto de los Antibióticos - Profilácticos Tópicos en la Incidencia de la Infección de la Herida Quirúrgica Post-Cesárea

Dr. Jorge Aníbal González, Dr. Leonel Pérez**, Dr. Osear Ramírez***, Dr. Francisco Gómez****.*

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de las heridas post- operatorias continúan siendo un serio problema médico-quirúrgico.

En los últimos años, diversos estudios (1,2,6,7,8,9) han establecido que el uso de la profilaxis antibiótica en determinadas situaciones quirúrgicas no solamente está justificada, sino indicada claramente para reducir la morbilidad y la necesidad de una hospitalización prolongada, y de una costosa terapéutica antibiótica post-quirúrgica.

Las heridas quirúrgicas de la cesárea están clasificadas como heridas limpias contaminadas, en las que hay cierre primario, la herida misma no es traumática, no hay inflamación, pero hay comunicación con las vías genitourinarias, y por lo tanto debe suponerse que hay contaminación, no se requiere drenaje (cuadro no. 1).

La frecuencia de infección en estas heridas es aproximadamente de un 10% (1).

Durante años ha sido práctica quirúrgica habitual la irrigación de la incisión quirúrgica con solución salina

* Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital Materno Infantil.

** Jefe de la Sala de Séptico del Hospital Materno Infantil

*** Médico Residente del Programa de Post-Grado en Gineco-Obstetrica de la U.N.A.H. **** Médico Residente del Programa de Post-Grado de Gineco-Obstetrica de la U.N.A.H.

CUADRO No. 1 TIPOS DE HERIDAS QUIRÚRGICAS

- Heridas limpias
 - Heridas limpias contaminadas
 - Heridas contaminadas
 - Heridas sucias
-

para lavar los contaminantes macroscópicos, los detritus y los posibles bacterias. Algunos estudios experimentales indican que mientras los dos primeros, por ejemplo coágulos sanguíneos y material extraño, pueden retirarse de la herida con esta técnica las bacterias no logran retirarse del tejido y no se ven afectas por la solución salina. Por otra parte, esta irrigaciones no tienen efectos nocivos sobre el propio tejido de la herida, cosa importante si se tiene en cuenta que ciertas sustancias como los jabones y los alcoholes pueden alterar la microdrulación de la herida.

Los datos clínicos y experimentales (8,9) indican que la aplicación de antimicrobianos tópicos, cuidadosamente seleccionados, a las heridas quirúrgicas, y en especial a las más susceptibles de desarrollar infección, es capaz de reducir en forma importante la ocurrencia de esta complicación.

En nuestro medio son escasos los estudios que caracterizan y cuantifican el problema de las infecciones de las heridas post-operatorias en cesáreas.

Un estudio realizado en el Hospital Leonardo Martínez de San Pedro Sula de las cesáreas realizadas en el período 1983-1984, reveló una incidencia global de infecciones del 6.7% en 1020 cesáreas, correspondiendo a la herida operatoria el principal porcentaje de infección con un 4.7% del total de infecciones (13).

OBJETIVOS

- 1.- Determinar la incidencia de infección de heridas quirúrgicas post-cesárea en el Hospital Escuela.
- 2.- Determinar algunas características de los pacientes en estudio.
- 3.- Determinar características técnico-quirúrgico de las cesáreas complicadas con infección de la herida quirúrgica.
- 4.- Evaluar la eficacia de la profilaxis antibiótica tópica en las heridas post-cesáreas.

En el proyecto inicial del estudio se planteaba como objetivo determinar cual era la flora bacteriana causante de estas infecciones, sin embargo, por dificultades técnicas y falta de apoyo de laboratorio, no se logró cumplir este objetivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo en el que se estudiaron 300 pacientes a las que se les practicó cesárea de emergencia por cualquier indicación en la Sala de Labor y Parto del Hospital Escuela.

A las pacientes incluidas en el estudio se les asignó un número consecutivo, y se dividieron 4 grupos:

Al grupo No. 1:

Se le practicó irrigación de la herida quirúrgica con un gramo de solución sódica de ampicilina, diluido en 20 cc de solución fisiológica.

Al grupo No. 2:

Se le practicó irrigación con un gramo de succinato de Cloranfenicol diluido en 20 cc. de solución fisiológica.

Al grupo No. 3:

Se le practicó irrigación con 20 cc de solución fisiológica.

A las pacientes del grupo No. 4: (Control) no se les practicó irrigación de la herida.

La irrigación la practicó el cirujano, luego del cierre de la fascia y previo a la sutura del tejido celular subcutáneo y piel.

El diagnóstico de infección se determinó clínicamente por la aparición de secreción purulenta en la herida quirúrgica.

Se excluyeron del estudio aquellas pacientes sometidas a operación cesárea con diagnóstico de carioamnionitis, por signos clínicos y/o de laboratorio, o con cualquier otra enfermedad infecciosa en el sitio de la incisión quirúrgica, y aquellos pacientes que recibieron tratamiento con antibióticos parenterales antes de la cirugía o durante el post-operatorio inmediato.

Todas las pacientes se manejaron igual respecto a dieta, soluciones parenterales, analgésicos y métodos quirúrgicos.

RESULTADOS

En 71 pacientes (23.7%) se utilizó ampicilina, y en igual número se utilizó cloranfenicol para irrigación de la herida quirúrgica. En 70 pacientes (23.3%) se utilizó solución fisiológica, y en 88 (29.3%) no se practicó irrigación (grupo control).

La incidencia de infección de la herida operatoria fue del 2% (6/300): ningún caso en el grupo No. 1, 1/71 (1.4%) en el grupo No. 2; 2/70 (2.8%) en el grupo No. 3 y 3/88 (3.4%) en el grupo No. 4 (controles) (tabla No. 1).

TABLA No. 1

Grupos	Infectados		No Infectados			
	No.	%	No.	%	No.	%
Grupo No. 1	71	23.7	0	0	71	100
Grupo No. 2	71	23.7	1	1.4	70	98.6
Grupo No. 3	70	23.3	2	2.8	68	97.2
Grupo No. 4	88	29.3	3	3.4	85	96.6
TOTAL	300	100.0	6	2	294	98.

Se encontró 9 casos de endometritis post-cesárea, de los cuales 6 (2%) fueron de endometritis pura, y 3 casos (1%)

TABLA No. 2

DISTRIBUCION DE LA INFECCION SEGUN LOCALIZACION

	No.	%
Herida Quirúrgica	3	1
Ix Qx + Endometritis	3	1
Endometritis	6	2
TOTAL	12	4

asociados a infección de la herida quirúrgica (tabla No. 2); por lo que todos aquellos factores que son de riesgo para endometritis, lo son también para la infección de la herida quirúrgica, ya que el 50% de estos estaban asociadas a endometritis. Se encontró un mayor porcentaje de infección en los pacientes menores de 20 años: 3/90 (3.3%) con respecto a 2/48 (1.3%) en pacientes de 21 a 29 años, 1/54 (1.8) de 30 a 39 años y ningún caso: 0/8 en pacientes mayores de 40 años (tabla No. 3).

TABLA No. 3

DISTRIBUCION DE LA INFECCION SEGUN LA EDAD

	No.	%
Menor de 20 años	4/90	4.4
21-29 años	2/148	1.3
30-39	1/54	1.8
más de 40	0/8	0

Este mayor porcentaje de infección en pacientes menores de 20 años podría estar explicado por el hecho de que en este grupo de pacientes está la mayor parte de pacientes a los que se les practica la primera cesárea, la cual muchas veces se realiza después de prolongados períodos de trabajo de parto, con múltiples tactos y varias horas de ruptura de membranas, lo cual es conocido, son factores de riesgo para el desarrollo de endometritis, la cual a su vez es factor importante para la infección de la herida quirúrgica.

Con respecto al número de cesáreas se encontró 4/174 (2.3%) de infección en la primera cesárea, 2/73 (2.7%) en la segunda y ningún caso (0/53) en la tercera cesárea (tabla No. 4).

Al valorar las horas de ruptura de membranas, se encontró 3/262 (1.1%) de infección con menos de 5 horas, 1/

TABLA No. 4

DISTRIBUCION DE LA INFECCION SEGUN EL NUMERO DE CESAREA

	No.	%
1ra. cesárea	4/174	2.3
2da. cesárea	2/73	2.7
3ra. cesárea	0/53	0

17 (5.8%) con 6 a 11 horas, y 2/21 (9.5%) con más de 12 horas, (tabla No. 5). Esto concuerda con otros estudios que informan la ruptura prolongada de membranas como un factor de riesgo importante para el desarrollo de infección.

TABLA No. 5

DISTRIBUCION DE LA INFECCION SEGUN LAS HORAS DE RUPTURA DE MEMBRANAS

	No.	%
Menos de 5 horas	3/262	1.1
6-11 horas	1/17	5.8
más de 12 horas	2/21	9.5

Se encontró 2/133 (1.5%) de infección en aquellas pacientes en que el acto quirúrgico duró menos de 60 minutos, en comparación con 4/167 (2.4%) con más de minutos (tabla No. 6). Esto podría ser explicado porque a mayor tiempo operatorio, mayor posibilidad de contaminación del área operatoria, y más manifestación de tejidos, y dificultades técnicas que aumentan el riesgo de infección.

TABLA No. 6

DISTRIBUCION DE LA INFECCION SEGUN EL TIEMPO OPERATORIO

	No.	%
Menos de 60 minutos	2/133	1.5
Más de 60 minutos	4/167	2.4

En la tabla No. 7 encontramos que en pacientes a las que se les aplicó profilaxis con antibióticos y solución fisiológica, 3/212 (1.4%) de infección. Considerando únicamente la profilaxis con antibióticos, se encontró 1/142 (0.7%) de infección, en comparación con 3/88 (3.4%) en el grupo control.

TABLA No. 7
RESULTADOS TOTALES

	No.	%
Total de casos	300	100
Con Profilaxis	212	70.6
Sin Profilaxis	88	29.3
Total infecciones de Hx Qx	6	2
Hx Qx infectadas con profilaxis	3/212	1.4
Hx Qx infectadas sin profilaxis	3/88	3.4

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El hecho de haber obtenido un número de casos de infección bastante bajo, impidió hacer pruebas estadísticas, por lo que no se puede hacer inferencia estadística con los resultados obtenidos. Sin embargo, podemos sacar algunas conclusiones importantes del presente estudio.

En primer lugar, la incidencia de infección de heridas quirúrgicas post-cesárea en este estudio fue de 2%, considerándose bajo en comparación con otros estudios citados (1,11).

Sugerimos que la profilaxis antibiótica tópica puede ser considerada como una alternativa para disminuir la morbilidad infecciosa de las heridas quirúrgicas de las cesáreas, principalmente en aquellas pacientes con alto riesgo de desarrollar infección, como son aquellas pacientes menores de 20 años, a las que se les practica la primera o segunda cesárea, con prolongados períodos de trabajo de parto y ruptura de membranas, aunque consideramos que las adecuadas técnicas de asepsia y antisepsia, y una depurada técnica quirúrgica (que incluye la manipulación suave de los tejidos, la hemostasia completa, un adecuado aporte sanguíneo, la eliminación de tejido necrótico, evitación de hematomas y el cierre de la herida sin tensiones), continúan siendo los principales factores en la profilaxis de la infección de la herida quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Cruse, P., Foord RA: A five-year prospective study of 23,649 surgical wounds. Arch. surg. 107:206-201, aumst 1973.

- 2.- Hirschman. JV. and Inmi, T.S.: antimicrobial prophylaxis. A critique of recent triáis, Rev. Infect Dis 2:1-23 January-February 1980.
- 3.- Burke, JF.: Preventing bacterial infection by coordinating antibiotic and hast activity: a time-dependent relationship, st, med. J. 70 (suppe. 1); 24-26 oct. 1977.
- 4.- Ledger, Geeand Lewis: Guidelines fas antibiotic prophylaxis in gyne cology, amer J. obstet Gynec. 121:1038-1045, april 15,1975.
- 5.- Gilstrap and cunmingham: the bacterial pothogenesisofinfectionfollowingcesareansectión, obstet and gynec 53: 545-549, may. 1979.
- 6.- Cruse, P. Infection surrcillance: Identifying the problems and the high-nisk patient, the med. J. 70 (suppl. 1): 4-7 october, 1977.
- 7.- Chodakand plant: Use of systemic antibiotics for prophylaxis in surgery a criticolreview, arch surg. 112:326-334, march. 1977.
- 8.- Halasz N: Wound infection and topical antibiotic, arch, surg. 112:1240-1244,1977.
- 9.- Waterman, Howll and babich: the effect of a prophylactic topical antibiotic (cepholotin) an the Incidence of wound infection; arch. surg vol. 97. aug. 1968.
- 10.- Weinstein, McHenry Gavan: Systemic absorption of neomycin irrigating solution, JAMA 238: 152-153,1977.
- 11.- Lyonend Richardson: Careful surgical technique can reduce infections morbidity after cesarean section am J. obstet. Ginecol. 197; 157: 557-62.
- 12.- Palk, Simmons, Simmons. Alexander: Guidelines for prevention or surgical wound infection: arch. surg. 1983; 118-1213-1217.
- 13.- Gómez V. Francisco Arturo: "Infecciones post-operatorias en cesáreas en el Hospital Leonardo Martínez de San Pedro Sula. 1983-1984" Trabajo de

Neurocisticercosis en el Hospital Escuela

Dr. Arturo Álvarez Rubio, Dr. Nicolás Nazar H.**.*

RESUMEN:

Con el objeto de determinar la frecuencia, caracterizar el cuadro clínico, revisar los métodos de diagnóstico y el manejo terapéutico de los pacientes con Neurocisticercosis (NCC), se hizo una revisión de los expedientes clínicos codificados con el diagnóstico de NCC en el Hospital Escuela de Enero 1980 a diciembre 1988. El total de expedientes encontrados fue de 280, de los cuales se eliminaron 151 por no cumplir con los criterios establecidos previamente. Se revisaron los restantes 129 casos diagnosticados clínicamente y auxiliados por métodos de laboratorio y radiológicos; solos o en combinación; citoquímica de líquido cefalorraquídeo, Rx de cráneo, arteriografía, anatomía patológica, pruebas inmunológicas y tomografía axial computarizada (TAC). Se encontró que 66 pacientes eran del sexo masculino y 63 del sexo femenino, 72 provenían del área rural (55.8%) siendo las edades más afectadas entre los 20 y 40 años de edad. De 1980-1984 se diagnosticaron 22 casos y de 1985-1988 hubo 107 casos más. Este aumento coincide con la implementación de 2 métodos de diagnóstico: La prueba inmunoenzimática de ELISA para cisticercosis y la tomografía axial computarizada. Los síntomas más frecuentes fueron los de hipertensión endocraneana y que en 5 niños este cuadro se acompañó en 100% de hidrocefalia. El tratamiento terapéutico más utilizado fue el praziquantel (57%) seguido de albendazol (12%); un

* Médico de la Dirección de Investigación Científica (DICU) de la U.N.A.H. ** Profesor Titular III de la Facultad de Medicina Departamento de Medicina Interna UNAH y Neurocirujano del Hospital Escuela.

31 % no recibieron tratamiento médico específico, por no contar con las drogas respectivas entre otras razones. La cirugía paliativa más usada fue la derivación ventrículo-peritoneal mediante instalación de válvula. La mortalidad fue de 2.3%. Se concluye que esta parasitosis está relacionada con condiciones de contaminación ambiental con huevos de *Taenia solium*, que han aumentado en los últimos 5 años los casos sospechosos y que para eliminar la Neurocisticercosis debemos atender primordialmente el problema de teniasis.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades parasitarias tienen alta incidencia y prevalencia en nuestro país, lo mismo que en otros países latinoamericanos.

La cisticercosis del sistema nervioso tiene mayor incidencia en los países pobres y con desigualdad social, pero ninguna clase social está exenta de padecerla; esto ocurre debido a que en su cadena epidemiológica existen condiciones propicias en el ambiente físico, biológico y social que conllevan a dicha patología.

En el panorama epidemiológico característico de esta enfermedad parasitaria transmisible, la insalubridad del ambiente es determinante en el funcionamiento de los diversos mecanismos que hacen posible su transmisión, que involucra grandes grupos de población.

La cisticercosis humana y porcina es más frecuente en las regiones donde se consume carne de cerdo en mayor cantidad, y es una enfermedad que se le debe dar mayor

importancia en los programas de salud. La cisticercosis cerebral y espinal se desarrolla después de ingerir huevos de *Taenia solium* en alimentos y bebidas contaminadas con heces fecales de un humano portador.

El estado larval es el *Cisticercus cellulosae*. El huésped definitivo es el hombre, en cuyo intestino delgado se aloja el parásito adulto. El huésped intermediario de *T. solium* son el cerdo doméstico y el jabalí. También las personas que tienen *T. solium* pueden desarrollar raramente neurocisticercosis por auto-infección.

La cisticercosis por *Taenia saginata* (bovina) se localiza casi preferentemente en tejidos musculares respetando el sistema nervioso.

Este estudio sobre neurocisticercosis en el Hospital Escuela pretende realizar una revisión del aspecto clínico-terapéutico del paciente afectado, así como también establecer relaciones con factores propios del paciente que pudieran tener importancia desde el punto de vista epidemiológico.

Además se realizará una revisión de los estudios y pruebas diagnósticas que se practican en el Hospital Escuela para confirmar el diagnóstico de los casos de neurocisticercosis.

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad en nuestro medio no existe un programa específico de vigilancia ni de control epidemiológico para la neurocisticercosis.

Tomando en cuenta que dicha patología es un padecimiento incapacitante en la mayoría de los casos y que incluso puede dejar secuelas severas permanentes, se necesita implementar un programa de pesquisa en las poblaciones rurales y sub-urbanas que son generalmente las más expuestas a dicha enfermedad.

Además en estas áreas no se cuenta por lo general con las técnicas de laboratorio adecuadas para el diagnóstico, y considerando que en la mayoría de los casos la clínica de esta enfermedad es muy variable e inespecífica.

Tomando en cuenta la gran magnitud de esta enfermedad en nuestro país, se decidió, con este trabajo profundizar sobre la problemática actual y hacer conciencia para que en el futuro se pueda establecer un programa de vigilancia epidemiológica y control de esta enferme-

dad.

Además se ha considerado que sólo mediante el conocimiento de nuestras propias estadísticas, de nuestras propias investigaciones llegaremos a conocernos y a tener nuestra propia identidad como sociedad.

PROBLEMA

En los distintos servicios y niveles de atención médica del Hospital Escuela en los años comprendidos desde 1980 a 1988 han sido detectados un número bastante significativo de casos de neurocisticercosis.

Estos pacientes han debutado con una gran variedad de síndromes neurológicos dependiendo del sitio, número y respuesta del huésped a dicha parasitosis. Algunas veces se presentan con lesiones crónicas como significado de secuelas de una infestación antigua, y otras como verdaderas urgencias médico-quirúrgicas, que debido a la poca experiencia del médico general en dicha patología no son diagnosticadas adecuadamente.

Debido al elevado costo de la Tomografía Axial Computada (TAC) no todos los pacientes tienen acceso a ella, y peor aún otros exámenes que no se practican en el país, como la Imagen por Resonancia Magnética, que en algunos casos y tipos de neurocisticercosis ha demostrado ser superior a la tomografía axial computada.

También hay que tomar en consideración otro factor en lo referente a la infestación de formas activas según la clasificación del Dr. Sotelo (14), y es en lo referente al beneficio o no de una terapia antiparasitaria ya que sólo en ciertas localizaciones (sub-aracnoideas e intraparenquimatosas), está indicando el tratamiento ya sea con prazicuantel o albendazol, y no a las formas intraventriculares y las inactivas (granulomas calcificados) en los que la cirugía y/o el tratamiento sintomático se les ofrece a los pacientes respectivamente.

Este trabajo analizará la terapia dada a nuestros pacientes ya sea ésta médica o quirúrgica, y se intentará establecer un perfil del paciente con neurocisticercosis con lesiones activas y/o crónicas.

OBJETIVOS

A. Objetivos Generales:

1.- Conocer la incidencia de la neurocisticercosis en el

Hospital Escuela y su distribución por: edad, sexo, ocupación, nivel escolar y nivel socioeconómico.

- 2- Determinar el cuadro clínico con que se presenta esta enfermedad, en los pacientes que asisten al Hospital Escuela.
 - 3.- Identificar los métodos diagnósticos utilizados en los pacientes con neurocisticercosis atendidos en el Hospital Escuela.
 - 4.- Determinar la relación clínicoserológica por medio del test de ELISA que mide anticuerpos de cisticerco.
- B.- Objetivos Específicos:
- 1.1 Determinar la distribución de frecuencia de casos según la edad, sexo, escolaridad, y medio ambiente.
 - 1.2 Determinar la distribución de frecuencia según el origen y la procedencia.
 - 1.3 Determinar la distribución de casos según la procedencia.
 - 2.1 Determinar la sintomatología más típica que en nuestro medio se presenta la neurocisticercosis.
 - 3.1 Determinar cuales son los estudios de laboratorio y de gabinete que más se utilizan para el diagnóstico de la cisticercosis cerebral y espinal.
 - 3.2 Determinar cual o cuales son los estudios más confiables para establecer el diagnóstico de neurocisticercosis.
 - 3.3 Determinar la mortalidad de esta enfermedad en el Hospital Escuela.
 - 4.1 Hacer una correlación de los títulos del test de ELISA en suero con el diagnóstico clínico-radiológico.
 - 4.2 Establecer una relación de los títulos en suero y líquido cefalorraquídeo de los casos comprobados en el período que dure el presente estudio.

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

CUADRO No. 1
CUADRO DE DISTRIBUCION DE NEUROCISTICERCOSIS
SEGUN GRUPOS DE EDAD EN EL HOSPITAL ESCUELA
DESDE ENERO DE 1980, HASTA DICIEMBRE DE 1988.

GRUPOS DE EDAD	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
0 a 10 años	5	3.88%
11 a 20 años	19	14.73%
21 a 30 años	33	25.57%
31 a 40 años	37	28.68%
41 a 50 años	13	10.08%
51 a 60 años	11	8.53%
61 a 70 años	9	6.98%
71 y más años	2	1.55%
TOTAL	129	100%

En este cuadro observamos que los rangos de edad en que se presentaron más casos fue de 21 a 30 (25.57%), y de 31 a 40 (28.68%).

Los rangos que tuvieron menos casos fueron los menores de 10 años, y los mayores de 70 años.

Esta distribución concuerda con la literatura consultada que reporta una mayor incidencia en la tercera y cuarta década de la vida, las cuales suman en nuestro estudio, el 54% de los casos investigados.

CUADRO No. 2
CUADRO DE DISTRIBUCION DE NEUROCISTICERCOSIS
DE ACUERDO AL SEXO

SEXO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
MASCULINO	66	51.16%
FEMENINO	63	48.84%
TOTAL	129	100%

Como podemos ver, el sexo que tuvo mayor prevalencia fue el masculino (51.16%).

Según algunos autores, existe una mayor incidencia, aunque poco significativa, del sexo femenino sobre el masculino; sin embargo, en nuestro estudio encontramos mayor incidencia del sexo masculino.

No obstante, y para fines estadísticos, podemos decir que la neurocisticercosis en el Hospital Escuela, no tiene predilección por el sexo.

NIVEL DE ESCOLARIDAD	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Pre-Escolar	1	0.77%
Escolar	9	6.98%
Analfabeta	15	11.63%
Primaria Incompleta	28	21.71%
Primaria Completa	22	17.05%
Secundaria Incompleta	8	6.20%
Secundaria Completa	14	10.85%
Universitaria	3	2.33%
No Consignado	29	22.48%
TOTAL	129	100%

Según lo revelado en este cuadro, el nivel de escolaridad de los pacientes estudiados fue en su mayoría a nivel de primaria incompleta (21.71%) y primaria completa (17.05%). En tercer lugar tenemos los analfabetas (11.63%).

Después de los niños que no alcanzaban la edad escolar, del cual solo tuvimos un caso, el nivel de menor frecuencia fue el universitario (2.33%); uno de los 3 casos, fue un Ingeniero Agrónomo.

Un 22.48% de los casos, no tenían consignado este dato en la historia clínica de hospitalización.

Con los datos anteriores, se puede concluir que hubo una mayor frecuencia de casos en las personas que viven en el área rural, cuyo grado de escolaridad oscila a nivel de primaria.

Esto es importante si tomamos en cuenta la patogenia de la neurocisticercosis y el ciclo de vida del parásito, ya que es en el área rural donde abundan los cerdos, y es más común el fecalismo al aire libre.

DEPARTAMENTO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Francisco Morazán	51	39.53%
Olancho	23	17.83%
El Paraíso	10	7.75%
Cortés	8	6.20%
Yoro	8	6.20%
Santa Bárbara	7	5.43%
Comayagua	4	3.10%
Choluteca	4	3.10%
Atlántida	3	2.33%
Intibucá	3	2.33%
Gracias a Dios	3	2.33%
Valle	2	1.55%
Lempira	2	1.55%
La Paz	1	0.77%

TOTAL

Este cuadro nos muestra que el lugar de procedencia más frecuente fue el departamento de Francisco Morazán (39.53%), seguido por el departamento de Olancho (17.83%) y en tercer lugar el departamento de el Paraíso (7.75%). El departamento de menor incidencia fue el de La Paz con un solo caso (0.77%).

Si nos basamos en este cuadro podremos afirmar que la neurocisticercosis es más frecuente en el departamento de Francisco Morazán; sin embargo, es importante anotar que Tegucigalpa por su condición de capital, es un área de concentración poblacional, y en su mayoría personas del campo. En este sentido, provenientes de los restantes departamentos, y mayormente del departamento de Olancho.

Por lo anterior podemos concluir que el departamento con mayor incidencia es Olancho, pues reúne las condiciones ambientales propicias para que se produzca esta enfermedad.

ÁREA DE PROCEDENCIA	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Rural	72	55.82%
Urbana	57	44.18%
TOTAL	129	100%

NOTA: Algunos pacientes con procedencia del área urbana marginal (suburbana), y cuyas condiciones ambientales son muy similares al área rural, fueron categorizados como provenientes del área rural.

De acuerdo a este cuadro, podemos ver que el área de procedencia más frecuente de los pacientes fue el área rural (55.82%).

Además es importante anotar que un buen porcentaje de pacientes, con algunos años de residir en Tegucigalpa, vivieron en el área rural de los distintos departamentos del país la mayor parte de su vida, y sin embargo fueron consignados como provenientes del área urbana (D.C.).

AÑO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
1980	2	1.55%
1981	4	3.10%
1982	5	3.88%
1983	5	3.88%
1984	6	4.65%
1985	30	23.25%
1986	31	24.04%
1987	26	20.15%
1988	20	15.50%
TOTAL	129	100%

La frecuencia de casos de neurocisticercosis por año se desprende del cuadro anterior, que fue mayor en 1986 (24.04%), seguido por el año de 1985 (23.25%) y en tercer lugar el año de 1987 (20.15%).

El año en que tuvimos menos casos fue el de 1980 (1.55%) que se puede explicar por la falta de un archivo pasivo completo desde éstos años, por lo que la mayoría de los cuadros no pudieron ser encontrados, y también porque en este año no contábamos con los métodos de diagnóstico actuales para dicha enfermedad.

Como se desprende del cuadro anterior, la incidencia aumentó bruscamente a partir del año de 1985, y a partir de este mismo año se ha mantenido dentro de un rango más o menos igual en los años subsiguientes, lo que

coincide con la implementación en Honduras de los dos métodos más importantes para el diagnóstico de neurocisticercosis: La Tomografía Axial Computarizada (1983), y el Test de ELISA contra cisticercosis (1985).

SINTOMAS	No. DE CASOS	PORCENTAJE (*)
Cefalea	119	92.24%
Vómitos	50	38.75%
Convulsiones	41	31.78%
Visión Borrosa	39	30.23%
Náuseas	17	13.17%
Mareos	13	10.07%
Alteraciones de la conducta	12	9.30%
Síncope	11	8.52%
Parestesias	8	6.20%
Diplopia	7	5.24%

(*) Nota: El porcentaje se calculó en base al número de pacientes que fue de 129.

Este cuadro nos muestra que los síntomas que más frecuentemente acusaron los pacientes estudiados fueron: Cefalea (92.24%), vómitos (38.75%) y convulsiones (31.78%).

Los tres síntomas anteriores corresponden al cuadro típico de presentación del Síndrome de Hipertensión Endocraneana, que usualmente es la forma como debuta esta patología cuando invade el Sistema Nervioso Central.

El resto de los síntomas tienen relación básicamente con el sitio de localización del cisticercos en las distintas áreas del cerebro, que se manifiestan como focalizaciones neurológicas.

CUADRO No. 8

CUADRO DE DISTRIBUCION DE NEUROCISTICERCOSIS SEGUN LOS SIGNOS MAS COMUNES

SIGNOS	No. DE CASOS	PORCENTAJE (*)
Papiledema	62	48.06%
Disminución de la agudeza visual	26	20.15%
Ataxia	17	13.17%
Alteración de pares craneales	15	11.62%
Signos cerebelosos	15	13.62%
Disminución de la fuerza muscular	13	10.07%
Hemiparesias	12	9.30%
Signos Meníngeos	9	6.97%
Hiperreflexia	8	6.20%
Anisocoria	4	3.100%

(*) Nota: El porcentaje se calculó en base al número de pacientes que fue de 129.

De acuerdo al cuadro anterior, el signo que más pudimos observar en los pacientes estudiados fue el papiledema, ya sea unilateral o bilateral, que de acuerdo a su fisiopatología es la traducción de un aumento de la presión intracraneana, si es bilateral, y de alguna masa ocupativa retrobulbar, si es unilateral, y su incidencia fue de un 48.06%, seguido de la disminución de la agudeza visual con un 20.15%, y en tercer lugar la ataxia, con un 13.17%.

El resto de los signos se pueden explicar por las distintas localizaciones de los quistes cisticercóticos en el Sistema Nervioso Central.

CUADRO No. 9

CUADRO DE DISTRIBUCION DE NEUROCISTICERCOSIS SEGUN LOS SINTOMAS Y SIGNOS SECUNDARIOS

SINTOMAS Y SIGNOS	No. DE CASOS	PORCENTAJE (%)
Marcos	24	18.60%
Fiebres	16	12.40%
Alteración de la conducta	15	11.62%
Alteraciones visuales	14	10.85%
Hiporexia	14	10.85%
Lipotimia	10	7.75%
Parestesias	9	6.97%
Astenia y Adinamia	9	6.97%
Escalofríos	8	6.97%
Alteraciones de la marcha	7	5.42%

(*) Nota: El porcentaje se calculó en base al número de pacientes que fue de 129.

Aquí podemos concluir que los síntomas y signos secundarios más frecuentes en los pacientes estudiados, fueron mareos (18.60%), fiebres (12.40%) y alteraciones en la conducta (11.62%).

CUADRO No. 10

CUADRO DE DISTRIBUCION DE NEUROCISTICERCOSIS SEGUN LOS DIAS DE HOSPITALIZACION (*)

DIAS (RANGOS)	No. DE CASOS	PORCENTAJE
1 a 20 días	52	40.3%
21 a 40 días	56	43.4%
41 a 60 días	14	10.8%
61 a 80 días	3	2.3%
81 a 100 días	1	0.78%
más de 100 días	3	2.3%
TOTAL	129	100%

(*) Nota: Este dato se calculó en base a un solo ingreso. Para pacientes que tuvieron más de un ingreso. Tomamos en cuenta aquel de mayor estancia hospitalaria.

De acuerdo al cuadro anterior, podemos notar que la estancia hospitalaria fue aproximadamente un mes. Sin embargo, es importante señalar que un buen porcentaje de los pacientes tuvieron más de un ingreso, y que, generalmente tenía complicaciones del sistema valvular ventriculoperitoneal que se obstruía.

129
CUADRO No. 11 100%

CUADRO DE DISTRIBUCION DE NEUROCISTICERCOSIS DE ACUERDO AL TIEMPO DE EVOLUCION (*)

MESES (RANGOS)	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Menos de 1 mes	20	15.50%
De 1 a 6 meses	60	46.52%
De 7 a 12 meses	11	8.53%
De 12 a 18 meses	8	6.20%
De 19 a 24 meses	8	6.20%
Más de 24 meses	20	15.50%
No consignados	2	1.55%
TOTAL		

(*) Nota: Tomando como tiempo de evolución desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico clínico.

Este cuadro nos ilustra en lo referente a la evolución de la enfermedad, que en la mayoría de los casos fue de uno a seis meses (46.52%); sin embargo, también son significativos los casos de 1 mes, y los de más de 2 años de evolución, que tuvieron ambos un 15.50% respectivamente.

CUADRO No. 12

DISTRIBUCION DE CASOS DE ACUERDO AL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL DIAGNOSTICO CLINICO Y EL DIAGNOSTICO RADIOLOGICO/LABORATORIAL (*)

DIAS EN RANGOS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
1 a 20 días	74	57.36%
21 a 40 días	24	18.60%
21 a 40 días	11	8.53%
21 a 40 días	1	0.78%
21 a 40 días	2	1.55%
21 a 40 días	8	6.20%
No consignado	9	6.98%
TOTAL	129	100%

(*) Nota: El método radiológico usado fue la Tomografía Axial Computarizada, y el laboratorio fue el test de ELISA para cisticercosis; ambos exámenes se practicaron en instituciones privadas a un alto costo, debido a que el Hospital Escuela no cuenta con ninguno de los dos.

De acuerdo al cuadro anterior, el promedio de tiempo transcurrido entre el ingreso (diagnóstico clínico) y el

diagnóstico confirmado por la tomografía o por el test de ELISA, fue aproximadamente tres semanas, lo cual refleja como la falta de métodos diagnósticos adecuados en el Hospital Escuela, prolonga la estancia hospitalaria, y retrasa el inicio del tratamiento médico específico, y que por añadidura también es difícil de conseguir, lo que al final también viene a aumentar los costos por paciente.

CUADRO No. 13

CUADRO DE DISTRIBUCION DE NEUROCISTICERCOSIS SEGUN LA CONDICION DE INGRESO

CONDICION DE INGRESO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Buen Estado General	42	32.56%
Regular Estado General	54	41.86%
Mal Estado General	20	15.51%
Conciente	7	5.43%
Inconciente	3	2.32%
Somnoliente	3	2.32%
TOTAL	129	100%

Resumiendo el cuadro anterior, diremos que la conducta de ingreso que más frecuentemente presentaban los pacientes al momento de ser admitidos en el Hospital Escuela fue de regular estado general (41.86%), seguido de buen estado general (32.56%), y en tercer lugar, de mal estado general (15.51%).

CUADRO No. 14

CUADRO DE DISTRIBUCION DE NEUROCISTICERCOSIS SEGUN LA CONDICION DE EGRESO

CONDICION DE EGRESO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Mejorado	103	79.84%
Curado	6	4.65%
Remitido a otra institución	4	3.10%
Alta exigida	7	5.24%
Iguals condiciones	6	4.66%
Muerto	3	2.33%

Aquí podemos concluir que la mayoría de los pacientes abandonaron el Hospital Escuela mejorados (79.84%), seguido en el orden por el alta exigida (5.42%), y en

tercer lugar fueron considerados como curados sólo un bajo porcentaje de pacientes (4.65%).

A pesar de que la mayoría de los pacientes recibieron tratamiento médico específico (un 68.22% de acuerdo al cuadro No. 20) ya sea con prazincuantel o albendazol, y que podrían considerarse curados de acuerdo a los datos estadísticos del índice de curación con estos medicamentos, hay una tendencia de parte de las personas que llenan la hoja de epicrisis o de estadística del Hospital Escuela, a NO utilizar el término curado, lo que hasta cierto punto es comprensible, ya que a muy pocos pacientes (casi ninguno) se les hace un seguimiento tomográfico, que es el que recomiendan la mayoría de los autores como parámetro de índice de curación, tomados 3,6, y hasta 12 meses después del tratamiento respectivo.

En nuestro país, actualmente el Dr. TITO ALVARADO especialista en infectología y medicina tropical, está realizando un interesante estudio de NCC bajo los auspicios de la compañía farmacéutica Smith, Kline & French (SKF) productores de la marca de fábrica del Albendazol, que se conoce como ZENTEL.

Este estudio es de tipo prospectivo, con controles posteriores de tomografía computada hasta de 1 año después del tratamiento con ZENTEL.

Observando el cuadro anterior nos damos cuenta que la radiografía de cráneo no fue muy útil para el diagnóstico de NCC, ya que en su gran mayoría fueron reportadas como normales (62.7%).

CUADRO No. 15

CUADRO DE DISTRIBUCIÓN DE NEUROCISTICERCOSIS SEGUN LOS HALLAZGOS RADIOLOGICOS ENCONTRADOS

Rx DE CRANEO	No. DE CASOS	PORCENTAJE (*)
Calcificaciones intracraneales	13	13.82%
Aumento silueta silla turca	7	7.45%
Desmineralización de la silla turca	6	6.38%
Signos indirectos de hipertensión endocraneana	5	5.32%
Borramiento de la silla turca	4	4.26%
Normal	59	62.77%

{*} Nota: El porcentaje se calculó en base al número de padent que se les tomó Rx de cráneo, que fue de 94 pacientes.

Las calcificaciones intracraneales, que es lo más sugestivo de neurocisticercosis, sólo se encontró en un bajo porcentaje (13.8%).

También podemos concluir que en lo referente a alteraciones radiológicas de la silla turca, en general fue de un 18%, lo supera un poco las calcificaciones intracraneales.

CUADRO No. 16

CUADRO DE DISTRIBUCION DE NEUROCISTICERCOSIS SEGUN LOS HALLAZGOS TOMOGRAFICOS ENCONTRADOS

HALLAZGO DE TAC	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Granulomas cerebrales	0	60.97%
Calcificaciones intracraneales	34	41.46%
Hidrocefalia	27	32.92%
Compatible con NCC	11	13.41%
Quistes cerebrales	10	12.19%
Edema cerebral	5	6.09%
Araconiditis	5	6.09%

(*) Nota: El porcentaje se calculó en base al número de pacientes que se les tomó TAC, que fue de 82 casos en un total de 129 pacientes.

El cuadro anterior nos muestra que el hallazgo tomográfico más frecuente fueron los granulomas cerebrales (60.9%), seguido de las calcificaciones intracraneales (41.4%), y en tercer lugar la hidrocefalia (32.9%), con cualquiera de sus variantes.

Decidimos incluir como hallazgo tomográfico el término: Compatible con Neurocisticercosis, ya que varios informes de TAC se limitaban a esta escueta descripción.

CUADRO No. 17

CUADRO DE DISTRIBUCIÓN DE NEUROCISTICERCOSIS SEGUN EL RESULTADO DEL TEST DE ELISA EN SUERO Y EN LIQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

TEST DE ELISA SUERO PORCENTAJE (•)	LCR PORCENTAJE (•)
Positivo	71 91.02% 87 84.46%
Negativo	7 9.98% 16 15.54%
No Efectuado	51 39.53% 26 20.16%

(*) Nota: El porcentaje se calculó en base al número de casos que les fue practicado el Test de ELISA en suero y LCR respectivamente.

Este cuadro nos muestra que el porcentaje de positividad fue mayor en suero, sin embargo, debido a las reacciones cruzadas de tipo inmunológico con otras helmintiasis, solo se considera significativo si la positividad es mayor o igual a 1:256 (de acuerdo a la estandarización que se hizo en dicha prueba), ya que esta sí guarda una relación con la positividad del LCR, aunque de tipo estadístico y no estrictamente laboratorial.

También observamos que el porcentaje de negativos fue mayor en LCR, tomando en cuenta que cualquier valor encontrado se considera positivo.

Y una última observación que podemos hacer respecto a este cuadro, es que se practicaron más pruebas de ELISA en LCR que en suero, lo que se explica por el alto costo de dicho examen, y que en algunos pacientes por razones económicas, sólo se practicó el test de ELISA en LCR, que es básicamente el que nos da el diagnóstico, sin embargo, lo correcto es hacerlo tanto en suero como en LCR.

CUADRO No. 18

CUADRO DE DISTRIBUCIÓN DE NEUROCYSTICERCOSIS SEGUN EL RESULTADO DE LA CITOQUÍMICA DE LCR

CITOQUÍMICA DEL LCR	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Normal	46	35.66%
Anormal	60	46.51%
No efectuado	23	17.83%
TOTAL	129	100%

El cuadro en mención refleja que la citoquímica del LCR fue normal en un 35.66%, anormal en un 46.51% y no tenían este estudio un 17.83% de los pacientes estudiados. En vista de lo incompleto de los reportes del resultado, sólo decidimos tomar tres parámetros para considerarlo normal o anormal, y estos fueron: glucorraquia, proteinorraquia, y el número total de células.

Estos valores fueron cotejados con las cifras normales que recomienda el manual de "La clínica y el Laboratorio" de A. Balcells, lia. edición de 1979.

Glucosa en LCR: 50 a 75 mg.x 100 mi. LCR: 15 a 40
 Proteínas en mg.x 100 mi. LCR: de 0 a 10 x mm
 Células en cúbicos

En un porcentaje de bajo pacientes se hizo un adecuado estudio citológico, consignado el No. de eosinófilos pero fue poco significativo, por lo que consideramos despreciarlo.

CUADRO No. 19

CUADRO DE DISTRIBUCIÓN DE NEUROCYSTICERCOSIS DE ACUERDO A LA UTILIZACIÓN DE OTROS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO EN EL HOSPITAL ESCUELA

METODO DE DIAGNOSTICO UTILIZADO	No. DE CASOS	PORCENTAJE (*)
Angiografía Cerebral	52	40.31%
Ventriculografía	8	6.20%
Pneumoencefalografía	7	5.43%
Electroencefalograma	36	27.90%

(*) Nota: El porcentaje se calculó en base al número total de casos estudiados, que fue de 129 pacientes.

De acuerdo al presente cuadro, los métodos diagnósticos utilizados, además de la TAC y el Test de ELISA, fueron respectivamente el arteriograma carotídeo, ya sea derecho o izquierdo (40.3%), el EEG (27.9%), y la ventriculografía (6.2%).

Es importante mencionar que con el paso de los años, estos exámenes han dejado de ser practicados para diagnosticar la neurocisticercosis, por las siguientes razones: El surgimiento de la tomografía axial computarizada y posteriormente, la imagen por resonancia magnética, que son muy invasivos y que además, no dan mucha información acerca de esta parasitosis.

CUADRO No. 20

CUADRO DE DISTRIBUCIÓN DE NEUROCYSTICERCOSIS SEGUN EL MANEJO TERAPEUTICO

TIPO DE MANEJO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Prazincuantel	73	56.59%
Albendazol	15	11.63%
Ninguno	41	31.78%
TOTAL	129	100%

PRAZINCUANTEL: a dosis de 50mg/kg/día, durante 14 días.

ALBENDAZOL: a dosis de 15mg/kg/día, durante 14 días.

Del cuadro anterior se desprende que el medicamento más usado en la actualidad para el manejo de la neurocisticercosis en el Hospital Escuela es el prazincuantel; sin embargo, hemos podido observar que en este último año (1988), la tendencia se inclina hacia el albendazol por 2 razones de peso: es más barata que el prazincuantel y ha demostrado mayor efectividad para cierto tipo de NCC en las cuales el prazincuantel ha fallado (50). Actualmente en varias partes del mundo, principalmente en México, se ha optado por el uso del Albendazol para la mayoría de las presentaciones de la neurocisticercosis, y el Prazincuantel sólo se reserva para casos selectivos (16).

Sin embargo, en esta batalla contra la neurocisticercosis a nivel mundial (excepto en los países en que ya está erradicada), sólo el tiempo y los estudios serios que se lleven a cabo nos dará la respuesta final de cuál de los 2 medicamentos reúnen los mejores requisitos para el tratamiento de esta parasitosis.

También observamos un porcentaje alto (31.78%) de pacientes que teniendo comprobado el diagnóstico, no recibieron el tratamiento médico respectivo, los cuales en mayoría eran de escasos recursos económicos, y no tenían acceso a la compra del medicamento, el cual tampoco lo proporcionaba el Hospital Escuela.

TIPO DE CIRUGIA	No. DE CASOS	PORCENTAJE (*)
Instalación de válvula derivativa	42	32.55%
Craneotomía descomprensiva	5	3.87%
Extirpación de quiste	9	6.97%
Otras neurocirugías	5	3.87%
Ninguna	79	61.24%

(*) Nota: El porcentaje se calculó en base al número total de casos estudiados, que fue de 129 pacientes.

Aquí vemos que a la mayoría de los pacientes no se les hizo ningún tipo de cirugía neurológica (61.24%), y a los que se les practicó, en su mayoría fue derivación ventriculoperitoneal mediante la colocación de una válvula derivativa (32.55%).

Siguiendo el orden de frecuencia, está la extirpación quirúrgica del quiste de cisticercosis (6.97%) y por último, la craneotomía descomprensiva como la colocación de la válvula derivativa, constituyen el manejo de emergencia de los casos de Síndrome de Hipertensión Endocraneana que ponían en peligro la vida del paciente.

De todas las derivaciones ventrículo-peritoneales efectuadas, hubo un 40.47% de complicaciones (17 casos), que en la mayoría fueron obstrucción del sistema valvular, asociada o no con ventriculitis.

La extirpación del quiste se hizo principalmente cuando se encontraba comprimiendo estructuras importantes.

TIPO DE DROGA	No. DE CASOS	PORCENTAJE (*)
Esteroides	96	74.42%
Anticonvulsivantes	66	51.16%
Analgésicos	86	66.66%
Otros	45	34.88%
Ninguno	4	3.10%

(*) Nota: El porcentaje se calculó en base al número total de casos estudiados, que fue de 129 pacientes.

Como se puede ver en el cuadro de tratamiento sintomático los medicamentos más utilizados fueron los ESTEROIDES (74.42%), y más específicamente en su forma de dexametasona, siguiendo en el orden los ANALGÉSICOS (66.66%) y en tercer lugar, las drogas ANTICONVULSIVANTES (51.16%).

Los pacientes que recibieron Dexametasona y Prazincuantel por lo general los recibieron en diferentes etapas de la enfermedad, y nunca en asociación. Mencionamos esto ya que hubiera sido interesante hacer una relación entre los pacientes que recibieron Prazincuantel y Dexametasona simultáneamente, con los que recibieron el Prazincuantel sin Dexametasona.

CONCLUSIONES

- 1.- Que la distribución de casos de acuerdo a la edad fue mayor en la tercera y cuarta década de la vida (54.25%), lo que concuerda con los datos encontrados en la literatura revisada.
- 2.- Hubo un ligero predominio del sexo masculino entre el femenino, de un 2.32%, lo que no es estadísticamente significativo, por lo que podemos concluir que no hubo predilección por el sexo.
- 3.- El nivel de escolaridad fue en su mayoría de primaria, sea esta completa o incompleta, alcanzando un 38.75% de la muestra. Por lo que deducimos que a menor instrucción es mayor la probabilidad de padecer esta enfermedad.
- 4.- El 57% de los pacientes provienen de los departamentos de Francisco Morazán y Olancho.
- 5.- La mayoría de los pacientes es del área rural (55.8%).
- 6.- Los años que más tuvimos casos de neurocisticercosis en el Hospital Escuela, fueron los últimos cuatro, alcanzando en conjunto el 82.94% de toda la muestra.
- 7.- El año que menos casos encontramos fue en 1980 con 1.55%, y a partir del 1985 observamos un aumento brusco de la incidencia, la cual se ha mantenido hasta ahora.
- 8.- El cuadro clínico que dominó en la presentación de la neurocisticercosis de nuestro estudio, fue el síndrome de hipertensión endocraneana, manifestado por la triada: cefalea, vómitos y convulsiones.
- 9.- Que este cuadro clínico se acompañaba invariablemente de un signo que también refleja el mismo síndrome: papiledema, encontrándose en un 48.06% de los pacientes.
- 10.- Los signos y síntomas secundarios, más frecuentemente encontrados fueron: mareos (18.60%), fiebre (12.40%) y alteraciones de la conducta 119(11.62%).
- 11.- El tiempo promedio de permanencia en el Hospital Escuela de los pacientes con neurocisticercosis fue de un mes.
- 12.- Cuando los pacientes se presentaron a consulta a la Institución, tenían en su mayoría entre 1 a 6 meses de estar padeciendo de esta enfermedad (46.52%).
- 13.- El tiempo promedio que requiere el Hospital Escuela para hacer los estudios laboratoriales y/o tomográficos, del paciente que está siendo investigado por neurocisticercosis, es de dos semanas (57.36%).
- 14.- La mayoría de los pacientes eran ingresados al hospital en "regular estado general", lo que corresponde a un 41.86%, seguido en el orden por un "buen estado general" con un 32.56%.
- 15.- La mayoría de los pacientes que eran dados de alta como "mejorados", correspondió a un 79.84%.
- 16.- El índice de mortalidad para esta patología en nuestra serie, fue de 2.32% (sólo encontramos tres defunciones en los 9 años incluidos).
- 17.- La mayoría de las radiografías de cráneo tomadas a estos pacientes, fueron reportadas como normales (62.67%).
- 18.- El hallazgo radiológico más frecuente fue alteraciones en la imagen de la silla turca (ejm. aumento de la silueta, desmineralización o borramiento de la misma), que alcanzó un 18.09%.
- 19.- Las calcificaciones intracraneales, que es lo patognomónico de neurocisticercosis, sólo estaba presente en un 13.82% de los estudios realizados.
- 20.- El hallazgo tomográfico predominante, fueron los granulomas cerebrales, con un 60.97% de las tomografías realizadas; y en segundo lugar encontramos las calcificaciones intracraneales con un 41.46%.
- 21.- El índice de positividad del test de ELISA contra cisticercosis en suero, fue de un 91.02% y en líquido cefalorraquídeo de un 84.46%.
- 22.- Se practicaron más exámenes de ELISA en LCR, que en suero por razones económicas en su mayoría, y porque es más específico.
- 23.- A un 30% de los pacientes, se les efectuó el Test de ELISA por anticuerpos de cisticercosis.

- 24.- La citoquímica del LCR fue reportada como anormal en un 56.60%, y como normal en un 43.40%.
- 25.- Que para sospechar esta patología, es necesario que el examen citológico del LCR se cuantifique la eosinofilia, estudio que muy raras veces se hace de rutina.
- 26.- Además de la TAC y del test de EUSA, en el Hospital Escuela se utilizan otros estudios diagnósticos para la neurocisticercosis, siendo estos por el orden de frecuencia: angiografía cerebral con un 40.31 %, electroencefalo-grama (EEG) con un 27.90% y la ventrículo-grafía, con un 6.20%.
- 27.- El medicamento que más se usó para el tratamiento específico de la NCC en el presente estudio, fue el Prazicuantel, usado en un 82.95% de los pacientes que recibieron tratamiento, a dosis de 50 mg/kg/día, durante 14 días.
- 28.- El tipo de cirugía que más se practicó en los pacientes, fue la instalación de una válvula derivativa ventrículo-peritoneal, con un 32.55%.
- 29.- La complicación más frecuente de éste procedimiento, fue la obstrucción del sistema valvular con una incidencia de 40.47%.
- 30.- Para el tratamiento sintomático, el medicamento que más se usó fue la dexametazona, con un 74.42% de todos los pacientes encuestados, y segundo lugar los analgésicos con un 66.66%.
- 31.- En muy raras ocasiones se dio en forma simultánea la dexametazona con el prazicuantel.
- 32.- De todos los casos estudiados que fueron diagnosticados por TAC y/o ELISA, a ninguno se le hizo un seguimiento tomográfico posterior al tratamiento.
- 33.- Sólo a un porcentaje sumamente bajo de pacientes con secuelas, se les dio el beneficio de la fisioterapia, por razones de cupo y de distancia en su mayoría.

RECOMENDACIONES

En nuestro estudio realizado en el Hospital Escuela, y tomando en consideración los aspectos que a nuestro

juicio contribuirán a un mejor diagnóstico, tratamiento y manejo de los pacientes con neurocisticercosis, y sobre todo con el afán de no criticar sino de poner nuestro "granito de arena" para salvar estos obstáculos, nos permitimos hacer las siguientes recomendaciones:

- 1.- Que las personas e instituciones encargadas de suplir las necesidades del Hospital Escuela toman en consideración la urgente necesidad del equipo adecuado, inocuo y moderno para el diagnóstico de ésta enfermedad.
- 2.- Además del equipo, también es necesario que se dote de los medicamentos que se están usando en la actualidad para el tratamiento de la neurocisticercosis, y de ser posible, por la importancia de esta enfermedad, incluirlos en el esquema básico de medicamentos de dicho hospital.
- 3.- Sería una medida saludable que por rutina se les cuantificarán los eosinófilos a todos los exámenes de líquido cefalorraquídeo.
- 4.- En la medida de las posibilidades, debe intentarse un seguimiento a los pacientes, idealmente con estudios tomográficos, para determinar el índice de curación.
- 5.- Hacer más énfasis en la terapia rehabilitadora de estos pacientes que presentan secuela, para mejorarles su calidad de vida, y en el mejor de los casos, reintegrarlos a la sociedad como personas productivas.
- 6.- No nos cansaremos de repetir, que por las características del ciclo de vida de éste parásito, es cuando se encuentra alojado en la carne del cerdo en forma de cisticercus cellulose, la forma más vulnerable y accesible al ser humano para interrumpir dicho ciclo, Por lo tanto hay que hacer todos los esfuerzos que estén a nuestro alcance para romper dicho ciclo: primero, mejorando el medio ambiente, y segundo, haciendo un control sanitario estricto de los cerdos sacrificados para el consumo humano.
- 7.- Una última recomendación, que por cierto es una medida fácil de implementar tanto en el hogar como en los lugares donde venden carne de cerdo, consiste en mantener en congelación por lo menos tres días de ésta carne antes de consumirla. Esta tesis está basada en estudios realizados por Sotelo y col. (47), que han demostrado que el cisticercos muere o pierde viabilidad con la medida anterior.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Correa Dolores: Heterogeneity of taenia solium Cysticeciobtained from different naturally infected pigs. *J. Parasit* 73 (2) 1987 pp. 443-145
- 2.- Damonte Vicello L. J.: Desconocimiento de la epidemiología de la cisticercosis en México *Sal. Púb. Méx.* vol. 25,1983 pp. 301-305.
- 3.- Escobedo Francisco: Albendazol therapy for neurocysticercosis. *Arch. ínter Med.* Vol. 147, april 1987.
- 4.- Estañol Bruno: Controversias en cisticercosis cerebral. *Perspectivas de medicina* Vol. 119, No. 11, nov. 1983.
- 5.- Grogl Max: Antigen-antibody analyses in neurocysticercosis. *J. Parasit.* 71 (4) 1985, pp. 438-442.
- 6.- Larralde Carlos: Reliable serology of taenia solium cysticercosiswithantigensfromcystvesicularfluid: ELISA and hemagglutination test *Am. J. trop. Med. Hyg.* 3 (5) 1986, pp. 965-973.
- 7.- Lombardo Luis: "La cisticercosis cerebral en México. SimposioPerspectívasenMedícina, Vol.118, No.1, 1982.
- 8.- Lombardo Luis: Tratamiento de la cisticercosis del sistema nervioso. *Rev. Med. IMSS (Mex.)*, 21:138,1983.
- 9.- Nash Theodore E.: Recent advances in the diagnosis and treatment of cerebral cysticercosis *The New England J. of medicine*, Vol. 311, No. 23 1984.
- 10.- Nava Segura J.: Cisticercosis del Sistema Nervioso Central. *Salud Púb., Méx.*, Vol. 25,1933.
- 11.- Pialarissi de Meló Carmen Silva: Estudio comparativo de testes serológicos no diagnósticos inmunológico de neurocisticercosis. *Rev. Inst. Med. Trop., Sao Paulo*, 29(6), 367-373,1987.
- 12.- Robles Castillo Gemente: Tratamiento médico de la cisticercosis cerebral. *Sal. Púb. Méx.* XXIII, 443^50,1981.
- 13.- Sotelo Julio: Hydrocephalus secondary to cysticercosis arachnoiditis. *J. neurosurg.* 66,686-689,1987.
- 14.- Sotelo Julio: Neurocysticercosis, a new clasification based on active and inactive forms. *Arch. Intern. Med.* Vol. 145,1985.
- 15.- Tellez Girón Edmundo: Treatment of neurocysticercosis with flubendazole. *Am. J. Trop. Med.Hyg.*, 33 (4), pp. 627-631,1987.
- 16.- Vasconcelos Daniel: Selective indications for the use of praziquantel in the treatment of brain Cysticercosis. *J. of Neurology, Neurosurgery and Psichitry* 50, 383-388,1987.
- 17.- Zoonosis, parasitarias: Teniasisy cisticercosis Texto, 3a. edición, 1885.
- 18.- Alarcón Fernando: Praziquantel and dexamethasone *Journal of neurology.* June, 38 (997-999), 1988.
- 19.- Botero David: Treatment of cysticercosis with praziquantelin Colombia. *Journal of neurology*, May 24 (724-730), 1988.
- 20.- Byrd Sharon E.: The Computed tomographic appearance of cerebral cysticercosis in adultsand childrens. *Radiology* 144 (819-823), September 1982.
- 21.- Dawoos A.A.: Cerebral cysticercosis in children. *J. of tropical Pediatrics*, Vol 1.30, June 1984.
- 22.- Del Brutto Osear and Guevara Jaime: Intracellular cysticercosis. *J. Neurosurg.* 69 (58-60), july, 1988.
- 23.- Del Brutto Osear y Sotelo Julio: Neurocisticercosis. *Medicina de hoy*, Vol. 6, No. 2 y 3, pg. 21-40,1987.
- 24.- Del Brutto Osear; García Esperanza; Talámas Osear and Sotelo Julio: Sex-Related severity of inflammation in parenchymal brain cysticercosis *Arch. ínter. Med.* Vol. 148, march 1988.

- 25.- DelBruttoOscarandSoteIoJulio: Neurocysticercosis simulating pseudotumor cerebri (pseudo-pseudo tumor). *J. of clinical neuro-Ophthalmology*, 8 (12), pp. 87-91, 1988.
- 26.- De Ghetaldi Laurence D.: Cerebral cysticercosis treatment biphatically with dexamethazone and Praziquantel. *Anal. of Int. Med.* 99 (179-181), 1983.
- 27.- Durón M. R. A.: Cisticercosis humana en Honduras. *Revista Médica Hondurena*, Vol. 35, 1967.
- 28.- Lawrence Loo: Cerebral Cysticercosis in San Diego. A report of 23 cases and review of the literature. *Medicine* Vol. 61, No. 6, pp. 341-358, 1982.
- 29.- Me Cormick Georges R: Cysticercosis cerebri. Review of 127 cases. *Arch. Neurol.* Vol. 39, Sept. 1982.
- 30.- Mohammad Idris N.: Enzyme-Linked immunosorbent assay for the diagnosis of cerebral cysticercosis. *J. of clinical microbiology*, pp. 775-779, Oct. 1984.
- 31.- Mervis A.: Computed tomography (CT) in parenchymatous cerebral cysticercosis *Tropical radiology*, 31 (521-528), 1980.
- 32.- Olive J. Ignacio: Cysticercosis of the nervous system. *Harvey Cushing Society*, April 17, 1961.
- 33.- Organización Panamericana de la Salud: Las condiciones de salud en las Américas. *Publicación científica* No. 500, Vol. 1, pg. 139, 1986.
- 34.- Organización Panamericana de la Salud: Diagnóstico de la salud animal en las Américas *Publicación científica* No. 452, pg. 101-103, 1983.
- 35.- Organización Panamericana de la Salud: Teniasis y cisticercosis. *Publicación científica* No. 503, pg. 763-774, 1987.
- 36.- Pérez G.: *Parasitología Clínica. Parasitosis del sistema nervioso central.* Ed. Publicaciones técnicas mediterráneo, Santiago de Chile, 2a. edición, Cap. 48, (373-380), 1984.
- 37.- Ramsey P. G. y Plorde James: Infecciones por cés-todos (teniasis) *Principios de medicina interna.* Harrison, 6a. edición en español (traducción de la 10a edición en inglés), cap. No. 232, 1986.
- 38.- Rangel R. Torres, Del Brutto Oscar and Sotelo Julio: Cysticercotic Encephalitis. A severe form in young females. *The American Journal of tropical medicine and Hygiene*, Vol. 36, No. 2 (387-392), March 1987.
- 39.- Richards Frank O. Jr.: Cysticercosis in Los Angeles County. *JAMA*, Vol. 254, No. 24, Dec. 27, 1985.
- 40.- Rosas Norma and Sotelo Julio: ELISA in the diagnosis of neurocysticercosis. *Arch. Neurol.* Vol. 43, April 1986.
- 41.- Salazar Abelardo and Sotelo Julio: Differential diagnosis between ventriculitis and fourth ventricle cyst in neurocysticercosis. *J. Neurosurg.* 59 (660-663), 1983.
- 42.- Shanley John: Clinical aspects of CNS cysticercosis. *Arch. Inter. Med.*, Vol. 140, Oct. 1980.
- 43.- Sotelo Julio and Penagos Pedro: Short course of Albendazol Therapy for neurocysticercosis. *Arch. Neurol.* Vol. 45, Oct. 1988.
- 44.- Sotelo Julio: Neurocysticercosis *Neuropathology test book*, Chap. No. 8, 1978.
- 45.- Sotelo Julio: Cysticercosis. *Current Therapy in Neurologic Diseases*, 2, 1987.
- 46.- Sotelo Julio and DelBrutto Oscar: Therapy of Neurocysticercosis. *Child's Nerv. Syst.* 3 (208-211), 1987.
- 47.- Sotelo Julio: Freezing of Infested Pork muscle kills cysticerci. *JAMA*, Vol. 256, No. 7, Aug. 15, 1986.
- 48.- Sotelo Julio: Therapy of Parenchymal brain cysticercosis, with Praziquantel. *The New England Journal of Medicine*. 310, (1001-1007), April, 1984.

- 49.- Sotelo Julio and Torres Bertha: Praziquantel in the treatment of neurocysticercosis. Long-term follow-up. *Neurology*, 35 (752-755), may, 1985.
- 50.- Sotelo Julio: ALbendazole vs Praziquantel for therapy for Neurocysticercosis. A controlled Trial. *Arch. Neurology*, Vol. 45, may 1988.
- 51.- Tellez Girón Edmundo; Ramos M. Dufour L. y Montante M.: Aplicación del método de ELISA para el diagnóstico de la cisticercosis. *Boletín de la oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 97, No. 1(8-12), Julio, 1984.
- 52.- Tellez Girón Edmundo: Tratamiento de la cisticercosis. *Mundo Médico*, Feb. 1985.
- 53.- Trelles J. O. and Trellez L.: Cysticercosis of the nervous system. *Handbook of neurology*, Vol. 15, Chap. 13, Ed. North Holland Publishing Company. pp. 291-316, 1978.
- 54.- Vásquez María L.: Plasma levels of Praziquantel decrease when Dexamethasone is given simultaneously. *Neurology* Vol. 37, No. 9, (1561-1562), Sept. 1987.
- 55.- Zee Chi-Shing: Unusual Neuroradiological features of intracranial cysticercosis. *Radiology* 137, (397-407), Nov. 1980.

La Formación Profesional con Excelencia Académica en los Estudios de Post Grado de la Escuela de Medicina de la U. N. A. H, "A propósito del III Encuentro de la Comunidad Universitaria".

*Dr. Alejandro Membreño Padilla, F.A.C.S., M.S.I.L.A.C**

Los Estudios de Post Grado en Medicina fueron iniciados hace ya casi 15 años como una respuesta a la inquietud planteada por el Plan Nacional de Salud, que contemplaba para entonces una mayor y mejor cobertura médica del país, mediante la regionalización de las áreas de Salud, lo que a su vez llevaba a la implementación de parte del Ministerio de Salud Pública de hospitales regionales y de emergencia. Esto hacía indispensable la necesidad de más Profesionales Especializados en diferentes áreas de la Medicina que fueran precisamente "educados y entrenados" adecuadamente, con la idea de que obtuvieran un mejor conocimiento de "nuestra Patología" a un bajo costo.

Además, se consideró el hecho de que ya para entonces se vislumbraban grandes dificultades para que el médico joven recién graduado lograra especializarse en el extranjero. Por otro lado, también se planteó entonces la inquietud relacionada con el crecimiento progresivo de la población estudiantil en la Escuela de Medicina, lo que hacía evidente el requerimiento de mayor número de personal docente capacitado para el futuro, considerándose entonces que los estudiantes es decir: los residentes de los diferentes Programas de Post Grado

* Excoordinador del Programa de Post-grado de Cirugía y Profesor de Cirugía del Hospital Escuela de Tegucigalpa.

en la Escuela de Medicina, durante su formación académica podrían contribuir a la docencia del Estudiante de Pregrado. Finalmente, se mencionó que al formar nuevo personal médico especializado en Honduras, éste se vincularía más estrechamente a estudios de Investigación Nacional, lo cual redundaría en beneficio y prestigio para el país y la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Todas estas¹ justificaciones y posiblemente otras de menor importancia sentaron las bases para la creación progresiva de diversos Programas de Estudio de Post Grado, siempre apoyados por la Escuela de Medicina de la U.N.A.H., pero no fue hasta casi 10 años después² que esta última Institución les confirió el 17 de Diciembre de 1984 la fundamentación legal y académica necesarias, que permitieron asignarles así una verdadera estructura orgánica con objetivos y finalidades reales.

Es así como en la actualidad se puede esperar que los diferentes Programas de Residencias de Post Grado que la Escuela de Medicina ofrece a los médicos recién graduados, definitivamente tengan como finalidad fundamental atender todos los aspectos relacionados con el proceso de enseñanza-aprendizaje necesarios para la formación académica de los nuevos "especialistas médicos" que Honduras necesita, basando siempre ésta

formación en lo conceptual³ en el Art 3, inciso a), del capítulo II del Reglamento General de los Estudios de Post Grado, el cual literalmente dice:... "Formar profesionales de alto nivel académico (así como ético y humano,... diría yo) conforme a los requerimientos del desarrollo científico, económico, social y cultural del país, de acuerdo con lo prescrito en los Artículos 2 y 3 de la Ley Orgánica de la U.N.A.H."...

Para cumplir con ésta finalidad, definitivamente debe existir⁴ una integración y correlación totales de la docencia e investigación que brindan los profesores de la Escuela de Medicina, con las funciones asistenciales y de investigación que puedan llevar a cabo los Médicos Especialistas de los hospitales involucrados-tanto del Ministerio de Salud Pública como del I.H.S.S.-así como también con las funciones de investigación, de extensión y de Educación Médica Continuada que podrían ofrecer el Colegio Médico de Honduras y la misma U.N.A.H., los recursos físicos y administrativos que brinden las Instituciones involucradas deben satisfacer las necesidades mínimas del proceso de enseñanza-aprendizaje, como para alcanzar un nivel académico aceptable.

En base a estos últimos criterios, los cuales claramente si buscan la finalidad u objetivo básica mencionada (o), y ante las inquietudes inicialmente planteadas, es que-en mi opinión-si se puede considerar que la creación de los actuales Programas de Estudios de Post-Grado fue en realidad justificada y, al mismo tiempo, se justificaría la creación de nuevos Programas. Pero, por otro lado, si esto tiene como meta alcanzable lograr un alto nivel académico de formación profesional de "especialistas médicos", con el objeto de brindar una mejor atención médica al pueblo hondureño, también es cierto que cuando en una área médica cualquiera-de los actuales Programas de Post Grado-la función de la U.N.A.H. y del Ministerio de Salud Pública de producir estos "especialistas" haya logrado cumplir con y/o llenar las exigencias de cobertura nacional, nosotros⁵ no creemos que la "sobre-producción" de estos nuevos especialistas sea conveniente y, por lo tanto, aquel o aquellos Programa(s) que haya(n) producido los suficientes especialistas para cubrir esas necesidades y/o exigencias nacionales, podrían ser suspendido(s) o suprimido(s) para dar así oportunidad a la creación de otros Programas, hasta ese momento inexistentes, que cubrirían otras áreas de la Medicina. Ahora bien, ¿cómo lograr la "excelencia académica" en la formación de estos futuros

especialistas? En primer lugar, no se puede esperar que los Residentes finalicen su "entrenamiento" y se gradúen como médicos especialistas con un alto nivel académico si no han sido "educados" durante ese entrenamiento-según el concepto moderno⁶ de educar al mismo tiempo que se trabaja para entrenarse-en forma correcta y con un alto nivel de excelencia, por nosotros los Educadores. Para lograr esto, es necesario e imprescindible que los docentes asignados a estos Programas sean excelentes educadores y no simplemente "entrenadores".-En segundo lugar, para obtener "excelencia académica" de parte de los alumnos también es indispensable que la Escuela de Medicina gradúe un mayor porcentaje de médicos con alto índice académico, para que así, cuando llegue el momento de seleccionar candidatos a un determinado Programa de Residencias de Post Grado, a su vez, cada Departamento-a través de los respectivos Comités Departamentales de Selección-pueda tener la oportunidad de escoger "calidad" y no cantidad⁷ de aspirantes. En tercer lugar, la "excelencia académica" de estos Programas deberá medirse por la calidad de aquellos trabajos de investigación⁸ producidos periódicamente, tanto por los alumnos como por los Docentes.

Para finalizar, es mi opinión que los Programas de Post Grado en Medicina-tanto los actuales como los futuros-deben ser periódicamente evaluados en forma honesta y realística, siguiendo una metodología correcta y, por lo consiguiente, ésta evaluación debe ser tanto del Director del Programa como del Coordinador, por un lado; así como de los Docentes y de los objetivos del Programa en si, por otro lado; y no solo de los alumnos⁹.

En conclusión, nosotros⁵ creemos que si se cumplen los criterios mencionados para la creación, funcionamiento, suspensión, reapertura y/o cancelación de Programas de Post Grado en Medicina, así como para lograr la excelencia académica y una evaluación real de éstos, estaremos formando nuevos profesionales o "especialistas" con un alto-o por lo menos aceptable-nivel académico y, además, sin olvidar los aspectos humanos y ético-morales¹⁰ del entrenamiento, con un alto concepto de lo que es el humanismo¹¹ en el ejercicio y enseñanza de la Medicina.

Por lo tanto, es nuestra²⁻⁵ recomendación que esas justificaciones, finalidades y criterios sean siempre cumplidos en la creación y desarrollo de estos especiales Estudios de Post Grado de la U.N. A.H. y del Ministerio de Salud Pública.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.- Programa de las Residencias de Post Grado en Cirugía General, 1981.
- 2.- Zelaya Lozano, E.: "La U.N.A.H. y la formación del Médico de Post-Grado" en la ponencia sobre los Estudios de Post-Grado de la Unidad del Post-Grado en Medicina, III Encuentro de la Comunidad Universitaria, 1989.
- 3.- Reglamento General de los Estudios de Post-Grado de la U.N.A.H., 1989.
- 4.- Reglamento General del Programa de Residencias para Especialidades Médicas, Inciso b), Art. 1,1980.
- 5.- Zúniga C: "La Creación y Suspensión de los Estudios de Post-Grado en Medicina" en la ponencia sobre los Estudios de Post-Grado de la Unidad del Post-Grado en Medicina, III Encuentro de la Comunidad Universitaria, 1989.
- 6.- Membreño Padilla A.A.: "Reflexiones sobre lo que en realidad es un Programa de Residencias en Cirugía"; Rev. Med. Hond., 51:117,1983.
- 7.- Membreño padilla A.A.: "Como seleccionar candida tosa ingreso en un Programa de Residencias en Cirugía"; Rev. Med. Hond., 51/4:208,1983.
- 8.- Membreño Padilla A.A.: "El Cirujano Clínico Docente: ¿Por qué debe, además de enseñar, escribir?"; Rev. Med. Hond., 57/1:33,1989.
- 9.- Membreño Padilla A.A.: "La evaluación en Programa de Residencias en Cirugía: ¿Sólo de los Residentes?"; Rev. Med. Hond., 52/2:124,1984.
- 10.- Membreño Padilla A.: "Aspectos ético-morales en relación a los Programasde Residencias en Cirugía"; Rev. Med. Hond., 53/3:236,1985.
- 11.- Braver A.: "Humanización de la Medicina: urgente responsabilidad de la enseñanza"; MD en Español, Vol. XXI, No. 10:18,1983.

¿QUE ES LA COSMAMH LIMITADA?

Es la realidad de un proyecto de un grupo de médicos que desde la década del 60 venían luchando por la organización y funcionamiento de una cooperativa que ayudara a solucionar problemas de orden socioeconómico de los médicos. Es la "COOPERATIVA DE SERVICIOS MÚLTIPLES DE LA ASOCIACIÓN MEDICA HONDURENA, LIMITADA", cuya Personería Jurídica fue autorizada en Acuerdo No. 209 de 11 de marzo de 1969. Después de esa fecha fueron muchos los esfuerzos que se hicieron por ponerla en marcha pero fue hasta el 2 de mayo de 1977 que oficialmente inició sus operaciones.

Para hacer un poquito de historia recordaremos que antes de la creación del Colegio Médico, algunos de los colegas por los años 30 se organizaron en lo que fue la Asociación Médica Hondurena, la que tenía como finalidad la promoción e investigación científica. Funcionó en esas condiciones durante muchos años y a base de contribuciones personales y de un préstamo hipotecario se logró construir en la Colonia Mayangle lo que fue "La Casa del Médico", que durante mucho tiempo sirvió como Centro Social y Científico.

Con el devenir del tiempo empezaron a regresar especializados muchos colegas que con deseos de abrirse nuevos horizontes viajaron al exterior por cuenta propia o gozando de becas de nuestro gobierno o de gobiernos de países amigos, pero ya para entonces se estaban dando los primeros pasos para la creación del Colegio Médico de Honduras, el que oficialmente se funda el 27 de octubre de 1962. A raíz de ello se inicia la creación de las diferentes Sociedades y Asociaciones de las diferentes especialidades existentes, lo que hace que la Asociación Médica Hondurena quede reducida a 72 miembros, con un capital de L. 43.000.00 en cuentas a plazo fijo y Bonos del Estado y el edificio de la Casa del Médico. Estos 72 médicos no queriendo que muriera la primera

organización gremial del país, trataron de motivar a los colegas para que se afiliaran, pero en vista de las negativas respuestas optaron por fundar dos organizaciones: La Inmobiliaria Médica, S.A., a quien le quedó la Casa del Médico y la Cooperativa de Servicios Múltiples de la Asociación Médica Hondurena, Limitada, que heredó el efectivo disponible, ambas organizaciones con los 72 miembros que fueron leales a la A.M.H.

La COSMAMH Ltda. es una Cooperativa de Servicios Mixtos, pero hasta la fecha solo ha funcionado con las secciones de ahorro, préstamo y seguros, en vista de que la situación económica del país obliga a los afiliados a mantener "muy activa" su cartera de préstamos no permitiendo hacer un fondo para iniciar otros rubros para los cuales está autorizada, por ej., la creación de un supermercado, una gasolinera o cualquier otra actividad que además de beneficiar a los asociados deje un margen de utilidad a la Cooperativa.

En la evolución que ha tenido la Organización vale la pena mencionara algunos compañeros que mucho han hecho por ella. Por ej., cuando se otorgó la Personería Jurídica el Dr. Julio C. Batres fungía como Presidente del Consejo de Administración y gracias a sus persistentes gestiones se logró el Acuerdo respectivo.

La Junta Directiva que hizo posible el definitivo funcionamiento se integró así:

Presidente	Dr. Ignacio Midence
Vicepresidente	Dr. Ángel D. Vargas
Secretario	Dr. Virgilio Banegas
Tesorero	Dr. José Gómez Márquez

Después de esta directiva ha sido muy notoria la labor del Dr. Armando Pavón Aguilera, quien en dos períodos logró el mayor número de afiliados. Los Drs. Alber-

to C. Bendeck y Fernando Tomé Abarca, fungieron dos períodos y medio como Presidente y Tesorero, respectivamente.

La Junta Directiva actual que tiene ante sí la gran responsabilidad de actualizar los Estatutos y la Política de Crédito de acuerdo con la nueva Ley de Cooperativas de Honduras, está integrada así:

Presidente	Dr. Rafael Mojica Zúniga
Vicepresidente	Dr. Ignacio Midence
Secretario	Dr. Osear Rogelio Alvarenga
Tesorero	Dr. Salvador Lovo López Villa
Vocal	Sra. Rosa Emilia de Godoy Arteaga

Se pretende que la Cooperativa tenga una cobertura nacional, sin embargo todavía es poco conocida por la mayoría de los colegas y por ello les estamos haciendo llegar este mensaje con la atenta invitación de afiliarse a ella, para lo cual son requisitos:

1. Ser médico o pariente de médico dentro del 4o. grado de consanguinidad o 2o. de afinidad.
2. Pagar una cuota de ingreso de L. 65.00 y una aportación obligatoria mensual no menor de L. 25.00.
3. Presentar al Secretario de la Junta Directiva una solicitud de ingreso, cuyo formulario se le proporciona en la Gerencia de la organización.

La COSMAMH Limitada funciona en la Secretaría del Colegio Médico de Honduras a cargo de la Sra. Yolanda González Flores, quien atiende de 4.00 a 7.00 p.m., así es que para cualquier información visitarla personalmente o consultarla al 32-7985 en el horario antes indicado.

La Cooperativa es una alternativa para solucionar nuestros problemas económicos. Afíliate y pronto estaremos presentándote nuestros servicios.

Reglamento de Especialidades del Colegio Médico de Honduras

El "Colegio Médico de Honduras" de acuerdo con el Artículo 98 de su Ley Orgánica promulga y aprueba el siguiente Reglamento:

CAPITULO I

DEFINICIONES

Artículo 1.- Se entiende por especialista al Médico que se haya consagrado al estudio y a la práctica de una de las ramas de la Ciencia Médica y con Credenciales reconocidas por el "Colegio Médico de Honduras".

Artículo 2.- Se entiende por sub-especialista al Médico especialista que haya realizado estudios de postgrado en un campo específico durante un período no menor de un (1) año calendario.

CAPITULO II DE LA

DOCUMENTACIÓN

Artículo 3.- Para ser reconocidas por el "Colegio Médico de Honduras" las Credenciales deben cumplir los siguientes requisitos:

- a.- Título, Certificado, Constancia o Diploma debidamente autenticado por las Autoridades Universitarias por las Autoridades de la Institución formadora y reconocida en el país donde realizó sus estudios y las autoridades consulares hondureñas correspondientes.

- b.- Programa o Plan de Estudios que especifiquen el período de entrenamiento.

CAPITULO III

DE LOS REQUISITOS DE ENTRENAMIENTO PARA LAS ESPECIALIDADES Y SUB-ESPECIALIDADES

Artículo 4.- El Médico que desee realizar estudios de postgrado deberá comunicarlo por escrito al Comité Permanente de Clasificación de Especialidades, por lo menos un (1) mes antes del inicio de su Programa formal de entrenamiento.

Artículo 5.- El Comité Permanente de Clasificación de Especialidades llevará un libro especial de registro en donde constará: Nombre completo del Médico, número de colegiación, especialidad o sub-especialidad que estudiará, fecha del inicio del entrenamiento, país e Institución debidamente acreditada en donde lo realizará. Cualquier cambio en el Plan original de estudios deberá ser comunicado a éste Comité.

Artículo 6.- El Comité Permanente de Clasificación de Especialidades a través del Secretario de Colegiación o del Delegado del "Colegio Médico de Honduras", entregarán un ejemplar de éste Reglamento a cada Médico solicitante, dejando constancia escrita de su recibo en el Libro Especial de registro con la firma y el sello del Colegiado.

Artículo 7.- Se establecen como mínimo para el reconocimiento de una especialidad o sub-especialidad los requisitos que a continuación se especifican:

ESPECIALIDAD	SUB-ESPECIALIDAD	REQUISITO	TIEMPO DE ENTRENAMIENTO
Administración de Hospitales		Médico General o Médico Especialista	2 años 1 año
Administración Pública en Salud		Médico General	1 1/2 años
Alergia e Inmunología Clínica		Médico General	3 años
Anatomía Patológica		Médico General	3 años
	Citopatología	Anatomo Patólogo	1 año
	Dermatopatología	Anatomo Patólogo	1 año
	Inmunopatología	Anatomo Patólogo	1 año
	Nefropatología	Anatomo Patólogo	1 año
	Neuropatología	Anatomo Patólogo	2 años
	Patología de Cabeza y Cuello	Anatomo Patólogo	1 año
	Patología Cardiopulmonar	Anatomo Patólogo	1 año
	Patología Forense	Anatomo Patólogo	2 años
	Patología Gastrointestinal	Anatomo Patólogo	1 año
	Patología Ginecológica	Anatomo Patólogo	1 año
	Patología Oftálmica	Anatomo Patólogo	1 año
	Patología Osea	Anatomo Patólogo	1 año
	Patología Pediátrica	Anatomo Patólogo	1 año
Anestesiología		Médico General	3 años
	Acupuntura	Anestesiólogo	2 años
	Anestesia Cardiovascular	Anestesiólogo	1 año
	Anestesia Obstétrica	Anestesiólogo	1 año
	Anestesia Pediátrica	Anestesiólogo	1 año
	Neuroanestesia	Anestesiólogo	1 año
	Terapia del dolor	Anestesiólogo	1 año
	Terapia Intensiva	Anestesiólogo	1 año
	Terapia Respiratoria	Anestesiólogo	1 año
Angiología		Médico General	3 años ó 1 año de Cirugía General más 2 años de Angiología
Bioestadística		Médico General	2 años ó 1 año de Salud Pública más 1 año de Bioestadística ó 1 año de Epidemiología más 1 año de Bioestadística.
Bioquímica		Médico General	3 años
	Toxicología	Bioquímico	1 año
Ciencias Morfológicas		Médico General	3 años
	Anatomía	Morfólogo	1 año
	Embriología	Morfólogo	1 año
	Histología	Morfólogo	1 año

ESPECIALIDAD	SUB-ESPECIALIDAD	REQUISITO	TIEMPO DE ENTRENAMIENTO
Cirugía Cardiovascular		Médico General 2 años en: Cirugía General Cirugía del Tórax Cardiología Clínica	5 años ó 3 años 3 años 3 años
Cirugía General		Médico General	3 años
	Cirugía Abdominal	Cirujano General	1 año
	Cirugía de Cabeza y Cuello	Cirujano General	1 año
	Cirugía Ano Rectal o Proctología	Cirujano General	1 año
	Cirugía de Mano	Cirujano General	1 año
	Cirugía Oncológica	Cirujano General	2 años
	Cirugía Pediátrica	Cirujano General	2 años: 1 de Pediatría más 1 año de Cirugía Pediátrica.
	Endoscopia	Cirujano General	1 año
Cirugía Oncológica		Médico General	4 años
Cirugía Pediátrica		Médico General	4 años: 1 de Pediatría General más 3 años de Cirugía Pe diátrica.
Cirugía Plástica y Reconstructiva		Médico General	3 años ó 1 año de Cirugía General más 2 años de Cirugía Plástica y Reconstructiva.
	Cirugía de Mano	Cirujano Plástico y Reconstructivo	1 año
Cirugía del Tórax		Médico General	3 años ó 1 año de Cirugía General más 2 años Cirugía del Tórax
Dermatología		Médico General	3 años ó 1 año de Medicina Interna más 2 años de Dermatología
Endocrinología		Médico General	3 años ó 1 año de Medicina Interna más 2 años de Endocrinología.
Epidemiología		Médico General	2 años ó 1 año de Salud Pública más 1 año de Epidemiología
Epidemiología Clínica		Médico Especialista en medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General y Psiquiatría	1 año

ESPECIALIDAD	SUB-ESPECIALIDAD	REQUISITO	TIEMPO DE ENTRENAMIENTO
Farmacología		Médico General	3 años
	Toxicología	Farmacólogo	1 año
Fisiología		Médico General	3 años
Castroenterología		Médico General	3 años ó 1 año de Medicina Interna más 2 años de Gastroenterología.
	Endoscopia	Gastroenterólogo	1 año
Genética		Médico General	3 años ó 1 año de Medicina Interna más 2 años de Genética Pediatria más 2 años de Genética Gineco-Obstetricia más 2 años de Genética Patología Clínica más 2 años de Genética
Geriatría		Médico General	3 años
Gineco-Obstetricia		Médico General	3 años
	Esterilidad-Infertilidad	Gineco-Obstetra	1 año
	Genética	Gineco-Obstetra	2 años
	Infectología	Gineco-Obstetra	2 años
	Oncología Ginecológica	Gineco-Obstetra	2 años
	Perinatología	Gineco-Obstetra	1 año
Hematología Clínica		Médico General	3 años ó 1 año de Medicina Interna más 2 años de Hematología
Inmunología Clínica		Médico General	3 años
Inmunología (Laboratorio)		Médico General	2 años
Medicina Aeronáutica		Médico General	3 años ó 1 año de Medicina Interna más 2 años en Medicina Aeronáutica.
Medicina Familiar		Médico General	3 años
Medicina Física y Rehabilitación		Médico General	3 años
	Pediatría Neuromuscular	Medicina Física y Rehabilitación	1 año
	Rehabilitación Cardiovascular	Medicina Física y Rehabilitación	1 año
	Rehabilitación Geriátrica	Medicina Física y Rehabilitación	1 año

ESPECIALIDAD	SUB-ESPECIALIDAD	REQUISITO	TIEMPO DE ENTRENAMIENTO
Medicina Interna		Médico General	3 años
	Alergia	Internista	1 año
	Cardiología	Internista	2 años
	Cuidados Intensivos	Internista	2 años
	Endocrinología	Internista	2 años
	Endoscopia	Internista	1 año
	Gastroenterología	Internista	2 años
	Genética	Internista	2 años
	Geriatría	Internista	2 años
	Hematología Clínica	Internista	2 años
	Infectología	Internista	2 años
	Medicina Tropical	Internista	2 años
	Nefrología	Internista	2 años
	Neumología	Internista	2 años
	Neurología	Internista	2 años
	Nutrición	Internista	1 año
	Oncología Médica I	Internista	2 años
	Parasitología Médica	Internista	1 año
	Reumatología	Internista	2 años
	Oncología Hematológica	Internista	2 años
Medicina Legal		Médico General	3 años
	Toxicología	Médico Legal	1 año
Medicina del Trabajo		Médico General	2 años
Medicina Nuclear		Médico General	3 años
Medicina Tropical		Médico General	3 años ó 1 año de Medicina Interna más 2 años de Medicina Tropical.
Nefrología		Médico General	3 años ó 1 año de Medicina Interna más 2 años de Nefrología.
Neumología		Médico General	3 años
		Endoscopia de Vías Respiratorias Neumólogo	1 año
Neurocirugía		Médico General	3 años ó 1 año de Cirugía General más 3 años de Neurocirugía
	Neurocirugía Pediátrica	Neurocirujano	2 años 1 año de Pediatría más 1 año de Neurocirugía Pediátrica.

ESPECIALIDAD	SUB-ESPECIALIDAD	REQUISITO	TIEMPO DE ENTRENAMIENTO
Neurología		Médico General	3 años ó 1 año de Medicina Interna más 2 años de Neurología.
	Electroencefalografía	Neurólogo	1 año
Nutrición		Médico General	2 años
Oftalmología		Médico General	3 años
Oncología Médica y Radioterapia		Médico General	4 años
Oncología Quirúrgica		Médico General	4 años
	Oncología Pediatra	Pediatra	4 años
	Oncología Ginecológica	Gineco-Obstetra	2 años
	Oncología Hematológica	Internista	2 años
	Oncología Médica	Internista	2 años
Ortopedia y Traumatología		Médico General	3 años
	Ortopedia de Reemplazos	Ortopeda	1 año
	Ortopedia Infantil	Ortopeda	2 años
	Ortopedia de Mano	Ortopeda	1 año
	Ortopedia de Columna	Ortopeda	1 año
	Ortopedia de Rehabilitación	Ortopeda	1 año
	Ortopedia de Pié	Ortopeda	1 año
	Ortopedia de Artroscopía	Ortopeda	1 año
	Ortopedia de Infección	Ortopeda	1 año
Ortopedia Infantil		Médico General	3 años 1 año de experiencia en Pediatría
Otorrinolaringología	Cirugía Cabeza y Cuello	Otorrino	1 año
Parasitología Médica		Médico General	2 años
Patología (Anatomía Patológica y Patología Clínica)		Médico General	5 años
Patología Clínica		Médico General	3 años
	Citogenética	Patología Clínica	2 años
	Hematología (Laboratorio)	Patología Clínica	2 años
	Inmunoematología	Patología Clínica	2 años
	Inmunología (Laboratorio)	Patología Clínica	2 años
	Microbiología Clínica	Patología Clínica	2 años
	Química Clínica	Patología Clínica	2 años
Pediatría		Médico General	3 años
	Alergia	Pediatra	1 año
	Cardiología	Pediatra	2 años

ESPECIALIDAD	SUB-ESPECIALIDAD	REQUISITO	TIEMPO DE ENTRENAMIENTO
	Cuidados Intensivos	Pediatra	2 años
	Dermatología	Pediatra	1 año
	Electroencefalografía	Pediatra	2 años
	Endocrinología	Pediatra	2 años
	Gastroenterología	Pediatra	1 año
	Genética	Pediatra	2 años
	Hematología	Pediatra	1 año
	Hemodinámica	Pediatra	2 años
	Infectología	Pediatra	2 años
	Nefrología	Pediatra	2 años
	Neonatología	Pediatra	1 año
	Neumología	Pediatra	1 año
	Nutrición	Pediatra	1 año
	Neurología	Pediatra	2 años
	Oncología	Pediatra	2 años
	Otorrinolaringología	Pediatra	3 años
	Pediatría Clínica y Social	Pediatra	1 año
	Perinatología	Pediatra	1 año
	Psiquiatría Infantil	Pediatra	2 años
Psiquiatría Médico General			3 años
	Electroencefalografía	Psiquiatra	2 años
	Psiquiatría a la Adolescencia	Psiquiatra	2 años ó 1 año de Psiquiatría Infantil más 1 año de Psiquiatría de la Adolescencia.
	Psiquiatría Geriátrica	Psiquiatra	2 años
	Psiquiatría Social y Comunitaria	Psiquiatra	2 años
	Psiquiatría Infantil	Psiquiatra	1 año
Radiología		Médico General	3 años
	Radiología Pediátrica	Radiólogo	1 año
	Radiología Abdominal	Radiólogo	1 año
	Radiología de Tórax	Radiólogo	1 año
	Neuroradiólogo	Radiólogo	1 año
	Medicina Nuclear	Radiólogo	1 año
Radiología e Imágenes Médicas		Médico General	4 años
	Reumatología	Médico General	3 años ó 1 año de Medicina Interna más 2 años de Reumatología.
Salud Pública		Médico General	2 años
	Administración de Hospitales	Salud Pública	1 año
	Bioestadística	Salud Pública	1 año
	Entomología	Salud Pública	1 año
	Epidemiología General	Salud Pública	1 año

ESPECIALIDAD	SUB-ESPECIALIDAD	REQUISITO	TIEMPO DE ENTRENAMIENTO
	Malareología Saneamiento Ambiental	Salud Pública	1 año
	Planificación de Servicios de Salud	Salud Pública	1 año
	Salud Interinstitucional	Salud Pública	1 año
Toxicología		Médico General	3 años
Urología		Médico General	3 años ó 1 año de Cirugía General más 2 años de Urología
Urgencias Médico-Quirúrgico		Médico General	3 años

CAPITULO IV DEL

PROCEDIMIENTO

Artículo 8.- El solicitante deberá enviar a la Secretaría de Colegaciones solicitud formal para el reconocimiento de la especialidad o sub-especialidad en que desea ser clasificado, adjuntando los documentos obligatorios debidamente autenticados y fotocopia de los mismos, que acrediten su período de formación y agotado el trámite señalado, mandarán a ser razonados literalmente en el Libro de Especialidades debidamente autorizados que la Secretaría de Colegaciones llevará a este efecto y en definitiva devolverá los documentos en su oportunidad.

Artículo 9.- Cuando exista una solicitud de el reconocimiento de especialización, el Secretario de Colegaciones convocará al resto de los Miembros de la Comisión para la solución de la misma.

Artículo 10.- El Comité Permanente de Clasificación de Especialidades invitará a un Representante de la Sociedad respectiva o la más afín, cuando entre sus Miembros no exista uno de dicha especialidad para una mejor evaluación de la solicitud.

Artículo 11.- El Comité enviará su Dictamen a la Junta Directiva a más tardar un (1) mes después del recibo de la solicitud de clasificación.

Artículo 12.- La Junta Directiva considerará el Dictamen del Comité Permanente de Clasificación de Especialida-

des en la siguiente sesión Ordinaria que celebre, en caso de desacuerdo con el mismo, deberá haber una reunión conjunta para que la Directiva analice y decida al respecto.

Artículo 13.- La Resolución de la Junta Directiva sobre un Dictamen del Comité, será librada al interesado por la Secretaría de Colegaciones.

Artículo 14.- En caso que la solicitud sea total o parcialmente denegada, el interesado podrá recurrir a apelación.

Artículo 15.- La Junta Directiva nombrará un Comité de Apelaciones que durará en funciones dos (2) años y estará integrado por tres (3) Miembros así:

Un Coordinador emanado de la Junta Directiva que no sea el Secretario de Colegaciones
 Un Representante Médico nombrado por la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH y,
 Un Miembro no Permanente que deberá ostentar la misma especialidad a la apelada o en caso de no existir la más afín a la misma.

Artículo 16.- Una vez notificado, el interesado podrá presentar su apelación por escrito dentro de diez (10) días hábiles posteriores, con la documentación que considere necesaria ante la Junta Directiva.

Artículo 17.- La Junta Directiva convocará al Comité de Apelaciones a más tardar diez (10) días hábiles después de haber conocido la solicitud de apelación y entregará

al mismo la documentación que obre en poder de la Secretaría de Colegiaciones.

Artículo 18.- El Comité de Apelaciones contará con el apoyo necesario por parte de la Junta Directiva así como del tiempo pertinente para realizar la investigación más exhaustiva del caso, antes de emitir su Dictamen.

Artículo 19.- La Junta Directiva del "Colegio Médico de Honduras", el Comité Permanente de Clasificación de Especialidades y el Comité de Apelación quedan facultados para verificar la autenticidad de los documentos remitidos y la calidad académica de la Institución en que se haya formado, cuando así lo consideren conveniente, usando para ello los recursos del Colegio.

Artículo 20.- El Comité de Apelaciones presentará un Dictamen a la Junta Directiva del "Colegio Médico de Honduras", que será conocido en la próxima sesión Ordinaria debiendo emitir un fallo definitivo sobre el caso.

CAPITULO V

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 21.- El presente Reglamento no es aplicable a los Médicos que hayan iniciado sus estudios de postgra-

do antes de la aprobación de éste y se les aplicará el Reglamento vigente hasta la fecha.

Artículo 22.- Sobre especialidades o sub-especialidades no contempladas en el presente Reglamento, será el Comité Permanente de Clasificación de Especialidades el encargado de su reconocimiento y clasificación, previa consulta por escrito a la Sociedad Médica más afín reconocida por el "Colegio Médico de Honduras" de la especialidad o sub-especialidad del caso.

Artículo 23.- Lo no previsto en el presente Reglamento será resuelto a criterio de la Junta Directiva previo dictamen por el Comité Permanente de Clasificación de Especialidades.

Aprobado en la XXVIIIa. Asamblea General Ordinaria celebrada en febrero de 1989.

Reglamento de las Delegaciones del Colegio Médico de Honduras

CAPITULO I

OBJETO

Artículo 1.- Las Delegaciones son órganos especializados del Colegio Médico de Honduras, como un vínculo entre la Junta Directiva y los colegiados residentes en diversas localidades del territorio nacional para el cumplimiento de las funciones gremial, universitaria, ética y social, a fin de regular el ejercicio profesional de la medicina y vigilar el cumplimiento de la Ley del Estatuto del Médico Empleado, mediante la desconcentración pero sin menoscabar la unidad administrativa y patrimonial del Colegio Médico de Honduras.

Artículo 2.- Solamente los Médicos definitiva y debidamente colegiados y en el goce de sus derechos gremiales, podrán formar parte de cada Delegación y participar en sus Asambleas locales.

CONSTITUCIÓN

Artículo 3.- Quedan constituidas las Delegaciones Departamentales, cuya sede será la cabecera departamental o la localidad de ese Departamento que contenga el mayor número de Médicos. Se requiere un mínimo de diez (10) colegiados.

DE LOS FINES

Artículo 4.- Las Delegaciones Departamentales del Colegio Médico de Honduras tendrán las siguientes finalidades:

- a) Contribuir a la solidaridad y ayuda mutua entre los colegiados y a la integridad patrimonial, legal, social, científica y técnica del Colegio Médico de Honduras.
- b) Ejecutar las normas, reglamentos o resoluciones de los Organismos de Gobierno del Colegio Médico de Honduras, orientadas a la regulación del ejercicio de la Medicina en la región asignada.
- c) Proteger la libertad del ejercicio profesional de la Medicina de aquellos miembros que residan o tengan su domicilio en la región comprendida.
- d) Vigilar por la correcta aplicación del Estatuto del Médico Empleado.
- e) Vigilar la conducta profesional de los colegiados y su ética, debiendo cursar las denuncias correspondientes a la Junta Directiva del Colegio Médico a fin de obtener la imposición de las sanciones que pudieran ser procedentes.
- f) Colaborar en los programas de superación cultural de los colegiados, apoyar las actividades de las Asociaciones Médicas comprendidas en su demarcación territorial y contribuir a la función social que corresponde a los Médicos en cada región.
- g) Colaborar y vigilar la regulación del ejercicio de las actividades técnicas, los oficios y artes auxiliares a la profesión de la Medicina.
- h) Agilizar los trámites administrativos en todas aquellas peticiones formuladas por los Médicos en sus Departamentos, en especial las de carácter económico y laboral.

CAPITULO II DE LA ORGANIZACIÓN

Artículo 5.- Las Delegaciones Departamentales del Colegio Médico de Honduras tendrán los siguientes organismos de gobierno.

- a) La Asamblea Departamental.
- b) Directiva Departamental
- c) Las Sub-Delegaciones

LA ASAMBLEA DEPARTAMENTAL

Artículo 6.- La Asamblea Departamental es el órgano democratizador en cada Región y garantizará la participación activa de los colegiados dentro de su jurisdicción. Se reunirá por lo menos dos veces al año. Para estar legalmente instalada se requiere la asistencia de la mitad más uno de los miembros inscritos en la Delegación-Departamental en primera convocatoria y en segunda convocatoria, seis (6) horas después, con los miembros que asistan.

No obstante, en casos de emergencia o calamidad la Asamblea se verificará con el número que asista.

Artículo 7.- Son atribuciones de la Asamblea Departamental.

- a) Cumplir y hacer cumplir la Ley Orgánica, los Reglamentos, Acuerdos y demás disposiciones legales que rigen al Colegio Médico de Honduras.
- b) Acatar las disposiciones, acuerdos y resoluciones legales emanadas de la Asamblea General del Colegio Médico y de la Junta Directiva.
- c) Elegir la Directiva Departamental utilizando para ello los medios democráticos idóneos que garanticen la pureza del acto electoral.
- d) Aprobar la constitución de Sub-Delegaciones.
- e) Discutir, aprobar o improbar las mociones que presentaren por escrito los miembros de la Delegación.
- f) Conocer el informe anual de labores de los miembros de la Directiva Departamental a fin de aprobarlo o improbarlo.

DIRECTIVA DEPARTAMENTAL

Artículo 8.- La Directiva Departamental ostentará en su jurisdicción la representación legal de la Junta Directiva, ante la cual será responsable por su gestión administrativa y el cumplimiento de las finalidades de la Delegación Departamental.

Artículo 9.- La Directiva Departamental estará constituida por:

- a) Un Delegado-Presidente
- b) Secretario de Actas
- c) Tesorero
- d) Vocal
- e) Fiscal

Artículo 10.- Son atribuciones de la Directiva Departamental:

- a) Representar legalmente a la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras en el Departamento respectivo.
- b) Informar trimestralmente y por escrito a la Junta Directiva sobre sus actuaciones.
- c) Elevar peticiones ante los Organismos de Gobierno del Colegio Médico de Honduras, tendientes a resolver los problemas Departamentales referidos al ejercicio de la profesión Médica y cualquier otro asunto de interés particular de los agremiados
- d) Presentar las denuncias con motivo de infracciones de los agremiados en el ejercicio de la profesión y el cumplimiento de Leyes, Reglamentos y las normas de la ética profesional.
- e) Proponer o recomendar sobre cuestiones presupuestarias, debidamente justificadas e íntimamente relacionadas con el cumplimiento de sus funciones.
- f) Presidir la Asamblea Departamental.
- g) Representar a través del Delegado-Presidente o su sustituto legal a la Delegación Departamental en las reuniones de Delegados convocadas por la Junta Directiva.

- h) Convocar a sesiones a la Asamblea Departamental con una antelación no menor de cinco (5) días hábiles.
- i) Convocar a sesiones a los Jefes de Sub-Delegaciones por lo menos dos (2) veces al año.
- j) Todas aquellas expresamente asignada por la Asamblea General o por delegación de la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras.
- k) Nombrar los empleados de la Delegación.

SUB-DELEGACIONES

Artículo 11.- En cada Delegación Departamental del Colegio Médico de Honduras la Asamblea Departamental podrá integrar Sub-Delegaciones, las cuales deberán estar integradas por un número no menor de diez (10) colegiados residentes o domiciliados en la sección regional definida por la misma.

Artículo 12.- Cada Sub-Delegación estará a cargo de un Jefe electo por los miembros reunidos en Asamblea y que reúna los requisitos establecidos en el Artículo 3 del presente Reglamento.

Artículo 13.- Las Sub-Delegaciones son organismos de la Delegación Departamental para el cumplimiento de sus finalidades en la localidad respectiva. Quedan sujetos a la autoridad de la Asamblea Departamental y de la Directiva Departamental. En caso de incompatibilidad de instrucciones, no actuarán sin haber consultado y obtenido autorización previa de la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras.

Artículo 14.- Las actuaciones de los Jefes de Sub-Delegaciones serán sin perjuicio de la representación legal de la Junta Directiva del Colegio Médico que ostenta en su jurisdicción la Directiva Departamental.

CAPITULO III

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 15.- Todos los Reglamentos Internos que rigen las actividades de las Delegaciones Departamentales y Sub-Delegaciones, incluso de las Asambleas Departamentales, serán aprobados por la Asamblea General del Colegio Médico de Honduras. En caso contrario no tendrán validez alguna.

Artículo 16.- Las contribuciones o cuotas voluntarias que fijaren las Delegaciones Departamentales, forman parte del patrimonio del Colegio Médico de Honduras, por lo tanto estarán sujetas a la Auditoría del Colegio Médico de Honduras.

Artículo 17.- Queda derogado el Reglamento de Delegados y todas las disposiciones reglamentarias que se opongan al presente Reglamento, cuya interpretación auténtica corresponde a la Asamblea General del Colegio Médico de Honduras.

Artículo 18.- El presente Reglamento entrará en vigencia a partir de la fecha de su aprobación y el organismo de ejecución será la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras.

CAPITULO IV

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo 19.- En aquellos Departamentos donde no se complete el número de Médicos requerido para integrar una Delegación, la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras podrá nombrar un Delegado Departamental, quien transitoriamente desempeñará las funciones contempladas en el presente Reglamento.

Una vez obtenido el número de colegiados que aquí se estipula, se procederá conforme a lo aquí establecido.

Artículo 20.- Los Reglamentos Internos que aquí se contemplan deberán presentarse para su aprobación en un plazo no mayor de seis (6) meses.

Artículo 21.- Dado que los actuales Delegados fueron electos y debidamente juramentados por un período de dos (2) años, se autoriza que por esta única vez, ellos que fungirán como Delegados Presidente y el resto de la Directiva Departamental que se integre, duren en sus funciones hasta completar el período para el que fueron electos y juramentados.

Implementación del Reglamento de las Delegaciones Departamentales

La "XXVIII Asamblea General Ordinaria" del Colegio Médico de Honduras a proposición de la Junta Directiva y de los señores delegados aprobó el Reglamento de las Delegaciones Departamentales con el objetivo de democratizar cada vez más nuestro colegio, así como desconcentrar las diferentes funciones administrativas que permitan prestarles un mejor servicio a todos los agremiados distribuidos en todos los departamentos.

Las delegaciones con sus Directivas Departamentales deberán desarrollar las funciones gremiales, universitarias, éticas y sociales que la Ley Orgánica nos impone.

Las Delegaciones Departamentales agilizarán los trámites administrativos, todas las peticiones formuladas por los médicos en sus departamentos.

La Junta Directiva ha iniciado la implementación del Reglamento de las Delegaciones en este año de 1989 apoyando la estructura administrativa mínima que las directivas departamentales requieren para su fundación:

- a) Apoyo secretarial mínimo
- b) Equipo necesario
- c) Definición de las funciones administrativas a través del desarrollo de la presente guía de acuerdo a la Ley Orgánica, Reglamentos Internos y Reglamentos de las Delegaciones.

Creemos que éste es un paso crucial en el fortalecimiento de la unidad de la solidaridad y con toda seguridad contribuirá a la consolidación de nuestro Gremio.

Y así hasta hoy, se han constituido las siguientes Delegaciones Departamentales:

JUNTA DIRECTIVA DELEGACIÓN DEPARTAMENTAL DE COMAYAGUA

Dr. Rafael Ruiz Leiva
(Presidente) Dr.
Wilberto Lagos
(Secretario) Dr.
Juan Miguel Morales
(Tesorero) Dr.
Antonio Suazo Mejía
(Vocal) Sub-Delegación
Departamental de SIGUATEPEQUE
Dr. Osear Gross Morales
(Sub-Delegado Departamental)

JUNTA DIRECTIVA DELEGACIÓN DEPARTAMENTAL DE ATLANTIDA

Dr. Luis Mauricio Pérez
(Presidente) Dr.
Ricardo Aguilar
(Secretario)
Dr. Milton Simón
(Tesorero)
Dr. Carlos Lanza
(Vocal) Sub-Delegación
Departamental de TELA
Dr. Marco Tulio Vásquez
(Sub-Delegado Departamental)

**JUNTA DIRECTIVA DELEGACIÓN
DEPARTAMENTAL DE YORO**

Dr. Jaime Hall Martínez
(Presidente) Dra. María
Elena Reyes de Matute
(Secretario) Dr.
Gustavo Euceda
(Fiscal) Dr.
Francisco Galo Jordán
(Vocal) Sub-Delegación
Departamental de OLANCHITO
Dr. Rafael Jacobo Nasser
(Sub-Delegado Departamental)

**JUNTA DIRECTIVA DELEGACIÓN
DEPARTAMENTAL DE COPAN**

Dr. Jesús Dagoberto Caballero
(Presidente) Dr.
Exequiel Morales
(Secretario) Dr.
Víctor Hugo Barnica
(Tesorero)
Dr. Germán Barcenás
(Vocal)

**JUNTA DIRECTIVA DELEGACIÓN
DEPARTAMENTAL DE SANTA BARBARA**

Dr. José Adalberto Mejía
(Presidente) Dr. José
María Leiva Vivas
(Secretario)
Dr. Moisés Vallecillo
(Vocal)

**JUNTA DIRECTIVA DELEGACIÓN
DEPARTAMENTAL DE CHOLUTECA**

Dr. Ricardo Andino Cruz
(Presidente) Dr.
Abner Grijalba
(Secretario) Dr.
Misael Alvarez
(Tesorero)
Dra. Alma de Rodríguez
(Fiscal)

**JUNTA DIRECTIVA DELEGACIÓN
DEPARTAMENTAL DE EL PARAÍSO**

Dr. Sammy Handal
(Presidente) Dr. Marco
Antonio Calderón
(Secretario) Dra. Yelva
Elena Rodríguez de Tabora
(Tesorero)
Dr. Jacobo Hernández
(Vocal)

**JUNTA DIRECTIVA DELEGACIÓN
DEPARTAMENTAL DE LA PAZ**

Dr. Eduardo Emilio Maradiaga
(Presidente) Dr.
Enrique Medina
(Vicepresidente) Dr.
Nain Ramos Palma
(Secretario)
Dr. Efraín Corrales Suazo
(Tesorero)

**JUNTA DIRECTIVA DELEGACIÓN
DEPARTAMENTAL DE SAN PEDRO SULA**

Dr. Osear Armando Rodríguez Laínez
(Delegado Departamental)
Sub-Delegación Departamental de CORTES
Dra. Nora Isabel Maradiaga S.
(Sub-Delegado Departamental)
Sub-Delegado Departamental de LA LIMA
Dr. Franklin Bonilla (Sub-
Delegado Departamental)

JUNTA DIRECTIVA DELEGACIÓN DEPARTAMENTAL DE OLANCHO

Dr. Nicolás Iríaz Zelaya
(Delegado Departamental)

Recomendaciones del Colegio Médico de Honduras a los Partidos Políticos para el Plan Nacional de Salud

Recomendaciones del Colegio Médico de Honduras a los Partidos Políticos para el Plan Nacional de Salud

- 1.- Reafirmar que la Salud es sinónimo de Bienestar, condición indispensable e impostergable para el desarrollo político, social y económico de los hondureños.
- 2.- Reconocer que el fin principal de una Sociedad Democrática es el hombre, en su condición de niño, madre, adulto o anciano, al cual hay que dirigir las acciones que promuevan su bienestar, este Bienestar no podrá ser alcanzado sin desarrollar acciones dirigidas al medio que la rodea en la Política Económica y Social, así como a los otros factores como son los servicios de Salud, el estilo de vida y la Herencia.
- 3.- Reconocer que la precaria Salud del pueblo hondureño, es el resultado del subdesarrollo histórico en la política económica y social y que para su abordaje y solución, necesariamente tienen que ser estudiados y modificados esos factores.
- 4.- Organizar el Sector Salud encargado de la Administración de los Servicios y Programas de Salud, como uno de los pasos previos para llegar al Sistema Nacional de Salud.
- 5.- Lograr que el Sector Salud adquiera y ejerza el liderazgo con los tres sectores políticos, económicos y sociales, para que dentro de la Estrategia Nacional de Desarrollo, el Plan Nacional de Salud se convierta

en el eje integrador de las acciones del Estado orientadas a la búsqueda del bienestar del pueblo hondureño.

- 6.- Desarrollar Servicios y Programas integrales de Salud garantizando la cobertura permanente en tres dimensiones: Población (niño, madre, adulto, anciano); Geográfica (áreas rurales, áreas marginales, rurales y urbanas <áreas urbanas>); Programática (Prevención, Curación, Rehabilitación, Previsión Social, Recreación, Administración).
- 7.- Organizar Servicios y Programas de Salud con las características de Eficiencia, Eficacia, Equidad y Cobertura.
EFICIENCIA: La óptima utilización de los Recursos Humanos Financieros, Físicos, Materiales y Tecnológicos.
EFICACIA: El cumplimiento de objetivos y metas, el impacto en la problemática de Salud y del Bienestar.
EQUIDAD: Como un derecho de ciudadanía, dando a quien lo que necesite.
- 8.- Promover la participación consciente y organizada de la Comunidad, en el sentido amplio de la palabra con el Sector Salud; en los distintos niveles de decisión política, técnica y operativa y en la planificación, organización, ejecución y evaluación de los Servicios y Programas de Salud.

La Salud es sinónimo de Bienestar, en situación de crisis es afectada con mayor intensidad obligándonos

a tomar medidas destinadas a aumentar los esfuerzos, recursos, acciones y medidas específicas para mantener un grado de Salud políticamente aceptable; es obligatorio entender que todos los recursos utilizados para la Salud, son una inversión y no un gasto.

COMPROMISO DEL "COLEGIO MEDICO DE HONDURAS"

El "Colegio Médico de Honduras" cumpliendo con la responsabilidad demostrada en sus 26 años de existencia, quiere en esta ocasión hacer un llamado a todos los Profesionales del país, para que cumplamos con el papel que el desarrollo de la sociedad hondureña nos está reclamando. Es por ello que en esta oportunidad nos hemos pronunciado en el área que nos corresponde, invitando también a los otros Colegios Profesionales para que unidos todos cumplamos con nuestro compromiso nacional.

En la búsqueda de la concertación nacional el "Colegio Médico de Honduras" se compromete:

- 1.- Hacer valer el concepto integral de Salud, logrando que en la ejecución del Plan Nacional de Desarrollo se realicen programas de compromiso intersectorial.
- 2.- Luchar para que el Presupuesto General de la República, refleje verdaderamente a la Salud, como una prioridad y evitando así que el país continúe en una economía de guerra.
- 3.- Luchar por la integración del Consejo Nacional de la Salud en donde deberán tener representatividad el Sector Público relacionado con Salud, los Colegios Profesionales así como los trabajadores organizados en este campo.
- 4.- Lograr que el trabajo de todos sus agremiados tenga la eficacia y la eficiencia que manda la Ley del Estatuto del Médico Empleado.
- 5.- Continuar luchando para que de una manera gradual, se logre la organización del Sistema Nacional de Salud, para lo cual deberán establecerse mecanismos de coordinación como primer paso y luego planes de integración que garanticen así una mejor atención en el campo de la Salud.
- 6.- Lograr que se agilice la discusión y aprobación del Código Sanitario.
- 7.- Colaborar con las diferentes Instituciones de Salud, a través de la formación de Comisiones técnicas-científicas de carácter permanente.
- 8.- Colaborar en el establecimiento de normas en los diferentes niveles de atención de Salud, para que su cumplimiento se haga efectivo tanto a nivel público como privado.
- 9.- Colaborar en la recuperación del concepto y funcionalidad del Equipo de Salud.
- 10.- Cooperar para que el Sistema de Salud logre su descentralización, para mejorar su eficiencia y eficacia.
- 11.- Cooperar en la racionalización de las relaciones que nuestro país tiene con diferentes organismos internacionales del campo de Salud.
- 12.- Colaborar en el desarrollo de los programas de educación en Salud, para que el pueblo hondureño tenga y utilice en debida forma el Sistema de Salud.
- 13.- Colaborar en la promoción de la participación consciente y organizada de la Comunidad.



RECONOCIMIENTO

Lie. Rene

Zepeda

*El "COLEGIO MEDICO DE HONDURAS"
reconoce los méritos de las siguientes personas:*

Profesor

Por su colaboración en pro de la salud del pueblo hondureño.

Felipe Nery Cruz

Por su colaboración en pro de la salud del pueblo hondureño.

Dr. Luis Alonso López Escoto

Por su proyección social hacia la comunidad.

Dr. César A. Zúniga

Por su permanente actividad docente.

Dr. Francisco Chaves Tomé

Por su permanente actividad docente.

Dr. Enrique Octavio Samayoa Mocada

Por su actividad gremial permanente.

Dr. Antonio Suazo Mejía

Por su solidaridad y colaboración gremial.

Dr. Mario Rolando Soto Carvajal

Por su colaboración en pro del desarrollo comunitario.

Dr. Arístides Suazo Bulnes

Por su dedicación gremial permanente.

Dr. Freddy Alonso Guillen Maradiaga

Como el Mejor Residente en el Postgrado de Cirugía.

Dr. Rafael Ramírez Tabora

Como el Mejor Residente en el Postgrado de Medicina Interna.

Dr. Miguel Ángel Crespín Beltrán

Como el Mejor Residente en el Postgrado de Ginecología y Obstetricia.

Dr. Francisco Ernesto Dala Sierra

Como el Mejor Residente en el Postgrado de Pediatría.



SOCIEDAD HONDUREÑA DE ONCOLOGÍA PROGRAMA CURSO NACIONAL DE ONCOLOGÍA

Marzo de 1990, Hotel Honduras Maya

Programa Preliminar

Jueves 1o. de Marzo

- | | |
|------------|--|
| 8:00 a.m. | I. Inauguración |
| 8:30 a.m. | II. Cáncer en Honduras (60') |
| 9:30 a.m. | III. Oncogénesis (60') |
| 10:30 a.m. | RECESO |
| 10:45 a.m. | IV. Cáncer Ginecológico |
| | a) Citología vaginal e interpretación (35 ¹) |
| | b) Manejo de las lesiones pre-invasoras del cervix (35') |
| | c) Diagnóstico y manejo de los tumores de ovario (35') |
| | d) Preguntas y Respuestas (15') |
| 12:45 p.m. | ALMUERZO |
| 2:00 p.m. | V. Cáncer de Mama |
| | a) Clasificación histológica y comportamiento biológico (30') |
| | b) Epidemiología en el cáncer de mama (30') |
| | c) Manejo de la enfermedad localizada -e.c. I y II (30') |
| | d) Manejo de la enfermedad diseminada -e.c. III y IV (30') e) |
| | Preguntas y Respuestas (15') |
| 4:15 p.m. | RECESO |
| 4:30 p.m. | Temas Libres |

Viernes 2 de Marzo

- | | |
|-----------|--|
| 8:00 a.m. | VII. Cáncer Pediátrico |
| | a) Factores predisponentes del cáncer en el niño (35') |

- b) Neoplasias más frecuentes y comportamiento Biológico (35')
- c) Manejo Médico y factores no Médicos en el manejo del niño con cáncer (35')
- d) Preguntas y Respuestas (15¹)

10:00

RECESO

10:15 a.m.

VIII. Cáncer de Cabeza y Cuello

- a) Revisión Anatomopatológica de las neoplasias más frecuentes en Cabeza y Cuello en el Departamento de Patología del Hospital Escuela (35¹)
- b) Manejo de los tumores más frecuentes (35')
- c) Reconstrucción post-tratamiento (35')
- d) Preguntas y Respuestas (15')

12:15 p.m.

ALMUERZO

2:00 p.m.

IX. Cáncer Gastrointestinal

- a) Carcinogénesis Gastrointestinal (30')
- b) Métodos de diagnóstico precoz en cáncer Gastrointestinal
 - 1. Endoscopía (30')
 - 2. Imágenes (30')
- c) Tratamiento del Cáncer del Aparato Gastrointestinal (30')
- d) Preguntas y Respuestas (15¹)

4:15 p.m.

RECESO

4:30 p.m.

Temas Libres

Sábado 3 de Marzo

8:00 a.m.

X. Principios generales del diagnóstico y manejo de Leucemias y Linfomas (60')

9:00 a.m.

XI. Cáncer en la tercera edad (60¹)

10:00 a.m.

RECESO

10:15 a.m.

XII. Organización de programas de cáncer

11:15 a.m.

CLAUSURA Y ENTREGA DE DIPLOMAS

CONTENIDO

L- EDITORIAL

Algo sobre la historia de la Salud Pública	219
--	-----

II TRABAJOS CIENTÍFICOS ORIGINALES

1.- Reactividad a la Tuberculina en niños vacunados con BCG. <i>Dr. Ernesto Dala Sierra, Dr. Orizon Velásquez y cois.</i>	220
2.- La Electrofiguración como Método de Tratamiento en las Displacías Cervicales <i>Dr. Enrique Samayoa y Dr. Antonio Romero</i>	228
3.- Estudio comparativo sobre la prevalencia del tabaquismo en personas de 15 a 30 años: Área urbana y rural en Catacamas, Olancho. <i>Dra. Silvia Hernández y Dra. Elena Galdámez Santacruz</i>	236
4.- Efecto de los Antibióticos Profilácticos Tópicos en la Incidencia de la Infección de Heridas Quirúrgicas Postcesárea <i>Dr. Aníbal González, Dr. Leonel Pérez y Cois</i>	242

III REVISIÓN CLÍNICA

1.- Neurocisticercosis en el Hospital Escuela <i>Dr. Arturo Alvarez y Dr. Nicolás Nazar H.</i>	246
---	-----

IV EDUCACIÓN MEDICA DE POST GRADO

1.- La Formación Profesional con Excelencia Académica en los Estudios de Post Grado de la UNAH. <i>Dr. Alejandro Membreño Padilla</i>	261
--	-----

V SECCIÓN GREMIAL

1.- ¿Qué es la COSMAMH LIMITADA?	264
2.- Reglamento de Especialidades del Colegio Médico de Honduras	266
3.- Reglamento de las Delegaciones del Colegio Médico de Honduras	275
4.- Implementación del Reglamento de las Delegaciones Departamentales	278
5.- Recomendaciones del Colegio Médico a los Partidos Políticos para el Plan Nacional de Salud	280
6.- Reconocimiento Especial del Colegio Médico de Honduras	282
7.- Curso Nacional de Oncología.....	283
8.- IV Curso y Congreso Centroamericano de Medicina del Deporte.....	285
9.- Congresos de Pediatría Cartagena 90. IX Latinoamericano, XVI Panamericano y XVII Colombiano	286
10.- II Congreso Centroamericano y del Caribe de Oncología, IV Congreso Venezolano de Oncología, II Congreso de Enfermería Oncológica.....	287
11.- V Taller Latinoamericano de Histocompatibilidad.....	288
12.- Curso de Actualización de Enfermedades Infecciosas	289
13.- II Curso Internacional de Dermatología	290
14.- I Curso de Fisiología del Aparato Digestivo.....	291
15.- Centro Latinoamericano y del Caribe de Información de Crónicas de la Salud.....	292