

Revista **MEDICA** Hondureña



ORGANO DEL
COLEGIO MEDICO DE HONDURAS



Revista **MEDICA** **Hondurena**

ORGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
FUNDADA EN 1930

CONSEJO EDITORIAL

Dr. GUILLERMO PEREZ MUNGUIA
Director

Dr. JOSE RUBEN LOPEZ CANALES
Secretario

Cuerpo de Redaccion

Dr. OSCAR J. CARCAMO TERCERO
Dr. MARCIALVIDESTURCIOS
Dr. FRANCISCO ERNESTO DALA SIERRA
Dra. SUYAPA M. BARCENAS M.
Dra. ODESSA HENRIQUEZ DE BARAHONA

ADMINISTRACION

COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
Apartado Postal No. 810
Tegucigalpa, Honduras
Tel. 32-7985

LA PROPIEDAD INTELECTUAL Y LOS DERECHOS DE AUTOR

En fecha reciente, el Congreso Nacional de la Republica aprobo la Ley de Derechos de Autor y Derechos Conexos la cual regula las actividades de creation, production, edition e impresion de obras Uterarias o cientifkas, escritas ofijadas en otros metodos audiovisuales. Dicha Ley una vez publicada en "La Gaceta" establecera un plazo a las personas o instituciones dedicadas a estas actividades para normalizar su situation legal.

Las disposiciones de esta legislation influenciarn en cierto modo el estado actual de la information medica en Honduras. Se han de prohibir las reproducciones, con fines lucrativos, de literatura medica, videos o cintas magnetofonicas, afectando el que hasta ahora ha sido el "modus vivendi" de algunas personas, probablemente esto obligara al estudiante de medicina a hacer uso de la biblioteca o a comprar los costosos textos originales.

La Ley tambien regula la legitimidad de la autoria de articulos medicos que se publican en las Revistas del pais, siendo las copias o plagios castigados con severidad. Esto permitira a los autores usufructos los beneficios economicos que eventualmente pudieran producir sus obras. Entran en esta categoria las conferencias, disertaciones y presentaciones

Audiovisuales que se pudieran presentar en Congresos o Simposios.

Tradicionalmente y casi tdcitamente la Revista Medica Nacional ha asumido, hasta ahora, los derechos patrimoniales (que pudieran significar beneficios economicos) de las obras que publica; honrando a sus autores con la mencion de sus nombres. A la luz de las nuevas disposiciones legales, la Revista Medica Hondurena se vera obligada a solicitar a los autores un documento legal de concesion de estos derechos patrimoniales vigente por el tiempo que estipula la Ley. Esto no significara cambio alguno para los autores, sino que es la formalizacion de lo que se ha venido haciendo de manera menos explicita.

Esto permitira a "La Revista" la publication de series de trabajos sobre temas especificos, reimpresion de articulos y quizas la ampliacion del tiraje para cubrir el potencial mercado de los estudiantes de medicina.

Se aproximan nuevos tiempos para la Revista Medica, y tal vez en un futuro proximo la veamos cambiar de presentation y sea un instrument mas digno de divulgacion de los Conocimientos medicos.

Estudio Clínico Retrospectivo de Tuberculosis y SIDA en el Instituto Nacional del Torax, Tegucigalpa, Honduras

*Dr. Denis Padgett-Moncada *, Dm. Elsa Palou*

RESUMEN

El presente es un estudio retrospectivo de 5 años y medio, que analiza 133 casos de pacientes con Tuberculosis y SIDA. Atendidos en el Instituto Nacional del Torax; con el objetivo de determinar las características clínicas y evolución de los pacientes con la doble infección. La edad media de los pacientes fue 34 años, con predominio del sexo masculino sobre el femenino de 2.6:1. La evolución del cuadro clínico fue menor de 4 meses en el 69.5% de los pacientes y el diagnóstico de tuberculosis y SIDA fue simultáneo en 69.9% de los casos. La PPD fue positiva en 38.3% de las personas, y la baciloscopia en 59.1 %. La tuberculosis fue pulmonar en 64.4% y diseminada en 28.6% de los pacientes, afectando ganglios (24.1 %), SNC (11.3%), peritoneo (3.8%), huesos (2.3%) y piel (0.8%). La radiografía de torax mostró lesiones "severas" en 58.1% y formas "atípicas" en 77.8% de los pacientes. La media del leucograma fue de 5000 leucocitos. El seguimiento de los pacientes fue de 6 meses en 11.3% y de un año en 7.5%. Al momento del alta los pacientes se encontraban mejorados el 48.9%,

sin mejoría 4.5% y muertos 46.6%. Se concluye que el comportamiento clínico no difiere del reportado en la literatura internacional, que el número de casos aumenta cada año, y que existe la necesidad de mejorar los métodos auxiliares de diagnóstico, y el seguimiento de los pacientes.

Palabras Claves: Tuberculosis y SIDA

INTRODUCCION

La infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), es un factor de riesgo que agrava la situación epidemiológica de la tuberculosis (TBC), especialmente en los países en vías de desarrollo⁽¹⁾. La inmunodepresión progresiva que induce el VIH, favorece el desarrollo de una enfermedad tuberculosa en personas con infección latente o en aquellas que adquieren una primoinfección o reinfección. De la misma manera la enfermedad tuberculosa agrava el curso de la infección con VIH⁽²⁾.

El diagnóstico de la enfermedad tuberculosa, en las personas con la doble infección es a menudo más difícil, debido a que en estos pacientes la presentación de la enfermedad puede ser inespecífica y atípica, con aparición de formas extrapulmonares y diseminadas, menor positividad en el frotis y cultivos, menor

(*) Profesor Titular III Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

(**) Jefe de la sala de Infectología Instituto Nacional del Torax y Profesor Titular I Facultad de Ciencias Médicas.

Reaccion cutanea a la PPD y radio grafias de torax no características⁽³⁾.

Hacia finales de 1992 la OPS estimaba que en el mundo habia 4.4 millones de personas doblemente infectadas con TBC y VIH. Para el año 1995 se prevé que el numero de enfermos de TBC asociados a VIH alcanzari el medio millón y para el año 2000 aproximadamente un millón. En America Latina se estima que en 1992, existian 330.000 personas doblemente infectadas y en algunos países la TBC es ya la mas común de las infecciones oportunistas en el SIDA⁽²⁾.

El presente es un estudio retrospectivo de los casos de TBC y SIDA que han sido atendidos en el Instituto Nacional del Torax (INT) en Tegucigalpa, Honduras, en los últimos 5 años y medio.

En la revision se encontraron 133 expedientes con diagnostico de TBC y SIDA lo que representa el 74% de todos los diagnosticos de pacientes con SIDA atendidos en la institucion, (263 total).

Para octubre de 1992, Honduras tuvo 2189 casos de SIDA confirmados, lo que constituye aproximadamente el 55% de todos los casos de SIDA reportados en el area centroamericana. El primer caso se reporto en Honduras en 1985 y desde entonces hubo un crecimiento que sigue un tipo de curva exponencial, hasta encontrar los 2189 casos; la relación de sexo masculino y femenino a nivel nacional es de 2:1 respectivamente y los grupos- de edad mas afectados son de 20 a 35 años de edad; notandose un incremento en los últimos años de SIDA pediátrico; la via de transición responsable de mas del 85% de los casos en el país, es la heterosexual promiscua (patron II), lo que significa una importante variación de la homosexual que se observo en el periodo de 1985-1986⁽⁵⁾.

Las 5 patologías mas frecuentemente encontradas en los pacientes con SIDA en Honduras son: Candidiasis oral y esofágica, TBC, Criptosporidiasis, Herpes zoster y simplex, Criptococosis. En vista de la alta prevalencia de TBC y SIDA en el país se decidio efectuar este estudio retrospectivo, para observar el tipo de conducta clínica seguida por los pacientes coinfectados con VIH y el *Micobacterium tuberculosis*⁽⁵⁾.

MÉTODOS

Fue realizado el estudio retrospectivo de los casos con diagnóstico de TBC y SIDA que habian sido atendidos en el Instituto Nacional del Tórax (INT) en Tegucigalpa; se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes desde enero de 1987 a agosto de 1992 (5 años y medio). Se registraron todas las características clínicas demográficas y también fueron revisadas sus radiografías de tórax. Se analizó su evolución y respuesta al tratamiento en el momento del alta y en los controles sub-siguientes en consulta externa.

Se aceptó como diagnóstico de SIDA, en la selección de los expedientes clínicos, aquellos que cumplieran con los "Criterios de Caracas" para la definición de caso de vigilancia epidemiológica del SIDA, elaborado por la Organización Mundial de la Salud⁽⁶⁾, y como infección tuberculosa la que era confirmada por cualquiera de los siguientes métodos diagnósticos: baciloscopia, cultivo, anatomía patológica o respuesta terapéutica.

En los hallazgos de las radiografías de tórax fueron consideradas como lesiones parenquimatosas leves las que afectaban un solo pulmón; moderadas las que afectaban dos pulmones y severas las que afectaban tres o más pulmones.

Se consideró como lesión "típica" aquella localizada clásicamente en los ápices de los pulmones superior o inferior y se definió como "atípica" aquella lesión con otra localización y que no incluyera los pulmones citados anteriormente^{CT}.

Los patrones radiológicos utilizados para la clasificación fueron: alveolar, nodular, reticular, destructivo o cavitación y la combinación de los anteriores.

Se definieron las lesiones tuberculosas como localizadas cuando la infección de TBC afectaba un solo sitio anatómico, el cual era determinado por clínica u otro método auxiliar diagnóstico; y diseminada cuando afectaba dos o mas sitios anatómicos diferentes.

RESULTADOS

En el periodo de enero de 1987 a agosto de 1992 encontraron 133 historias clínicas de pacientes con TBC/ SIDA; encontrando un número creciente de casos cada año, en 1987, 7 (5.2%) casos, 1988, 10 (7.5%) casos, 1989,

13 (19.7%), 1990, 30 (22.5%), 1991, 42 (31.5%) y hasta agosto de 1992, 31 (23.3%) casos.

Los pacientes procedían de diferentes partes del país principalmente de los departamentos de Francisco Morazan 64 (48.1%), Cortes 22 (16.5%) y de las zonas costeras del norte y del sur del país un promedio de 6% en varios departamentos.

La edad media de los pacientes del estudio fue de 34 años (1 a 67 años), el 80.5% de los pacientes tenían entre 20 a 49 años de edad.

La presentación por sexo fue: masculino 96 (72.2%) y femenino 37 (27.8%); con una relación de 2.6:1 respectivamente.

La distribución de los pacientes según el grupo de alto riesgo para adquirir el SIDA fue: promiscuidad 61 (45.9%), prostitución 3 (2.3%), homosexuales y bisexuales hombres 11 (8.3%), contacto conyugal 9 (6.8%), no se determinó el factor de riesgo 23 (17.3%), no mencionado en el expediente 25 (18.8%) y drogadicción 1 (0.8%).

De los 133 pacientes 94 (70.7%) fueron hospitalizados en una sola ocasión, 29 (21.8%) tenían dos y 10 (7.6%) tenían tres o más hospitalizaciones. Con un tiempo promedio de 6 semanas de hospitalización.

El diagnóstico de TBC y SIDA fue hecho simultáneamente en 93 (69.9%) de los pacientes, en 22 (16.6%) el diagnóstico de TBC fue primero al de SIDA (por lo menos 6 meses de diferencia) y en 18 (13.5%) el diagnóstico fue posterior.

Los síntomas que condujeron al paciente al hospital se iniciaron antes de los 4 meses, en 89 (69.5%) de las personas, de 5 a 8 meses de duración en 21 (15.8%) y en el resto los síntomas se iniciaron entre los 9 y 24 meses antes de su ingreso al hospital.

La distribución anatómica de las lesiones tuberculosas fueron localizadas a nivel pulmonar en 87 (65.4%) personas, con localización pulmonar y extra-pulmonar 38 (28.6%) y solo extrapulmonar en 8 (6%) personas de las cuales cinco presentaron TBC ganglionar y tres TBC de sistema nervioso. La localización de la TBC por órgano se presenta en el cuadro No. 1.

CUADRO 1.- Frecuencia de la localización de la infección TBC en los 133 pacientes con TBC/SIDA.

Localización	No.	%
Pulmonar	125	94.0
Ganglionar	32	24.1
Sistema Nervioso	15	11.3
Peritoneal	5	3.8
Osea	3	2.3
Cutánea	1	0.8
Otras	11	8.3

En los 133 pacientes 45 (33.8%) refirieron Combe positivo, 64 (48.1%) negativo, 1 (0.8%) dudoso y en 23 (17.3%) no fue consignado.

De los 133 pacientes solo se consignó la aplicación de la PPD en 47 personas; entre las cuales 18 (38.3%) resultaron positivos y 29 (61.7%) negativos (fue tomado como positivo mayor de 5 mm de induración).

El diagnóstico clínico de TBC fue hecho en todos los pacientes atendidos. El examen de esputo fue realizado en 93 de los pacientes, encontrando baciloscopia positiva en 55 (59.1%) de las personas. El cultivo fue positivo en 12 pacientes pero no se pudo determinar a cuántos se había realizado. En el cuadro No. 2 se presenta el examen de anatomía patológica realizado en 34 pacientes tomando muestras de diferentes órganos.

CUADRO 2. Pacientes a los que se les realizó examen anatómico

Anatomía Patológica sugestiva de TBC	Local de toma de la muestra				Total
	Ganglio	Pleura	Líquido Pleural	Otros	
Positivo	18	1	1	3	23
Negativa	1	1	6	3	11
Total	19	2	7	6	34

La respuesta terapéutica fue de utilidad para la confirmación diagnóstica en 27 (20.3%) del total de los pacientes en los que los métodos diagnósticos utilizados fueron negativos.

Los hallazgos de las radiografías de torax fueron revisadas en 117 pacientes (de los 125 con TBC pulmonar), en los que fue encontrado: lesiones parenquimatosas severas 68 (58.1%), lesiones moderadas 29 (24.8%), lesiones leves 17 (14.5%) y no se logro determinar la extensión de la lesión parenquimatosa en 3 (2.6%) por derrame pleural u otra razón. La lesión severa se asocio con peor pronóstico, encontrando que en estos pacientes la mortalidad fue de 54.4% en cambio en los pacientes con lesiones pulmonares leves fue de 23.5%, (chi-cuadrado = 4.3; $p = 0.04$ y RR 1.68).

Los patrones radiológicos mostraron presentación "U'pica" en 26 (22.2%) y "atípica" en 91 (77.8%). El tipo de infiltrado parenquimatoso fue el siguiente: infiltrado parenquimatoso indefinido 37 (31.6%), patrón retículo-nodular 35 (29.9%), alveolar 17 (14.5%), nodular 8 (6.8%), retículo-alveolar 7 (6.0%), destructivo 4 (3.4%), reticular 3 (2.6%), alveolar-destructivo 2 (1.7%), retículo-nodular-destructivo 2 (1.7%), retículo-alveolar-destructivo 1 (0.8%), nodular-destructivo 1 (0.8%). Hubo presencia de hipertrofia de ganglios en hilos pulmonares en 9 (7.6%) pacientes y afección pleural tipo engrosamiento o derrame pleural en 17 (14.3%) de los casos.

El conteo de leucocitos se efectuó en 124 pacientes a su ingreso al INT (en nueve casos no se encontró leucograma en el expediente clínico) y en solo 74 casos se encontró un segundo leucograma entre dos a tres semanas después de iniciado el tratamiento antifímico; resultados que se muestran en el cuadro No. 3.

CUADRO 3.- Recuento leucocitario en 74 de los pacientes con TBC y SIDA antes de iniciar tratamiento y dos semanas después.

Leucograma	Al Ingreso		Post-Tratamiento	
	No.	%	No.	%
* 0 a 4999	26	35.1	38	51.4
5000 a 9999	36	48.6	28	37.8
10000 a 14999	9	12.2	4	5.4
15000 a 19999	1	1.4	3	4.1
20000 a >	2	2.8	1	1.4
* $p > 0.04$ Chi-cuadrado = 3.9				

De los 133 pacientes, 121 recibieron tratamiento antifímico, 12 (9.0%) no tuvieron tratamiento por haber abandonado el INT o por llegar en malas condiciones clínicas y fallecieron antes de iniciar tratamiento.

Al momento de la evaluación de la evolución, 95 (78.5%) pacientes habían recibido fase del tratamiento antifímico de cuatro drogas, en 23 (19.0%) se había consignado el control en consulta externa de la segunda fase de tratamiento con dos drogas, y en solo 3 (2.5%) de los pacientes se encontró el seguimiento hasta concluir el tratamiento. En la primera fase las drogas utilizadas eran Isoniacida, Rifampicina, Piracinamida y Estreptomicina por dos meses; y en la segunda fase se indicó Isoniacida y Rifampicina diaria o bisemanal por 10 meses.

Los efectos secundarios de las drogas antifímicas encontrados fueron: neuropatía periférica en dos (1.6%) pacientes; hepatotoxicidad detectada por el aumento de las transaminasas en más del doble de su valor normal en 9 (7.4%) pacientes; y manifestaciones gastrointestinales (principalmente pirosis), en 17 (14.0%) de los pacientes. En ninguno de los casos se requirió suspensión del tratamiento.

El seguimiento de los 133 pacientes fue: entre 1 a 2 meses en 98 (73.7%) personas (fueron vistas durante el tiempo de hospitalización), por 3 a 6 meses 15 (11.3%) pacientes; por 7 y 12 meses 10 (7.5%); entre 1 y 2 años 8 (6.0%) y solo 1 (0.8%) por 3 años.

De los 121 pacientes con tratamiento antifímico, 102 se mantuvieron constantes, durante su manejo en INT, tuvieron tratamiento irregular 6, abandonaron el tratamiento 12 y en uno no se consignó la constancia del tratamiento.

Se encontró 25 pacientes que habían sido tratados en más de una ocasión, de estos, 8 (32.0%) recibieron el tratamiento en forma constante, 5 (20.0%) irregularmente y 11 (44.0%) abandonaron el tratamiento anterior y en un paciente no se determinó la constancia en el tratamiento.

Los reingresos al INT en esta casuística fueron 39 (29.3%) pacientes, 29 casos con dos hospitalizaciones, 5 pacientes con 3 ingresos, 5 casos con 4 o más hospitalizaciones. En los pacientes que reingresaron solo 3 (7.7%) refirieron tratamiento anti-TBC irregular

y 9 (23.1%) habían abandonado el tratamiento. Con relación al pronóstico de los 39 pacientes que reingresaron 22 (56.4%) murieron y 17 (43.6%) fueron dados de alta mejorados.

La condición general de los pacientes al momento del alta se muestra en el cuadro No. 4, donde se puede observar una mortalidad de 46.6%, siendo las principales causas de muerte las siguientes: TBC diseminada 13 (21.0%), encefalitis 12 (19.4%), choque hipovolémico 11 (17.7%), insuficiencia respiratoria 8 (12.7%), septicemia 8 (12.7%), otras 2 (3.2%) y no determinadas 8 (12.7%).

CUADRO 4.- Condition de los 133 pacientes con TBC y SIDA en el momento del alta hospitalaria.

En 119 (89.5%) pacientes se encontró que presentaban varias enfermedades concomitantes: diarrea 49 casos, candidiasis 37, Desnutrición Proteico-Calórica 35, neumonías 7, afección del sistema nervioso central 13, enfermedades venereas 10, dermatopatías 6, sepsis 4, micosis 6, escabiasis 6, parasitosis intestinal 5, Herpes zoster 2, Sarcoma de Kaposi 2 y criptosporidium 2 casos.

Condición del Paciente	Número de Pacientes No.	%
Mejoría	65	48.9
Sin mejoría	6	4.5
Muerto	62	46.6
Total	133	100.0

CONCLUSIONES

Este estudio es base para conocer las características clínicas de la doble infección TBC y SIDA de la población que asiste al INT, donde año a año ha habido un incremento en el número de pacientes que se hospitalizan. El 80% de los casos registrados tenían entre 20 y 49 años de edad, con predominio del sexo masculino sobre el femenino (2.6:1), el factor de riesgo más frecuente para adquirir el VIH fue la promiscuidad sexual (45.9%), pero al analizar el resto de los factores de riesgo (prostitución, homosexualidad etc.) la promiscuidad sexual está presente en el 100% de los mismos. Todos estos datos son un reflejo de lo que ocurre con la doble infección TBC y SIDA, a nivel nacional.

El diagnóstico de la TBC y SIDA fue hecho en forma simultánea en el 69.9% de los casos, lo que se explica por la alta endemicidad de la infección tuberculosa en el país, esto expone constantemente al paciente VIH a la TBC⁽⁸⁾; siendo esta la primera infección por la que la mayoría de los pacientes con VIH acuden al hospital, con sintomatología de corta duración como ocurre en otros países^(9,10).

El 71.4% de los pacientes presentaron una TBC localizada, (pulmonar en la mayoría), y que según los "Criterios de Caracas" todos estos pacientes clasifican como SIDA, pero para el CD.C. ("Center for Disease Control, Atlanta GA) estos pacientes solo clasificarían si presentaran un conteo de CD4 bajo, pero en el INT no se cuenta con recursos para llevar a cabo la clasificación actual del CD.C. para pacientes con infección por VIH.

De las localizaciones de TBC extra-pulmonar, las más frecuentes fueron: gangliotar, sistema nervioso central y peritoneal, estas últimas se presentaron como casos de abdomen agudo.

La prueba cutánea de tuberculina (PPD), fue negativa en el 61.7% de los pacientes, lo que refleja el estado de depresión inmunológica que presentaban^(9,10,11).

El diagnóstico clínico fue la base para el manejo de los pacientes y en la mayoría se inició tratamiento en forma precoz por el mal estado general de estos. Se obtuvo confirmación diagnóstica por baciloscopia en 59.1% de los casos, anatomía patológica 67.6% y la respuesta terapéutica fue de utilidad diagnóstica en 20.3% de los casos.

Los hallazgos de las radiografías de tórax fueron: de casos severos en un 58.1%, "atípicos" en un 77.8% de la TBC pulmonar; observándose además casos de infiltrado miliar, derrame pleural y de hipertrofia ganglionar, correlacionándose con mal pronóstico probablemente por mayor grado de inmunodeficiencia en ellos⁽¹²⁾.

La mayoría (48.6%) de los pacientes presentaron un leucograma de 5,000 a 10,000 glóbulos blancos, de manera muy interesante en el 51% de estos casos disminuyó el leucograma significativamente a menos de 5,000 glóbulos blancos después de dos semanas de tratamiento antifúngico; regresando a lo que probablemente eran sus valores basales o demostrando una progresión de la inmunosupresión tal que podría ser confirmado con el conteo de linfocitos T4 y T8.

La respuesta al tratamiento fue adecuada en 51.1% de los casos en el primer ingreso al hospital y en los casos de reingreso fue de 43.6 %; y una mortalidad mayor en los padentes de reingreso cuya causa no se explica claramente, pudiendo ser el deterioro del estado inmunitario o la presencia de cepas resistentes al tratamiento (13, 14, 15).

De los resultados obtenidos se concluye que existe la necesidad de mejorar el seguimiento extra hospitalario de los pacientes y de los metodos diagnosticos especializados.

El comportamiento clinico de la doble infeccion no es diferente de lo que hasta ahora se ha reportado en la literatura internacional^(11/15) y por la tendencia vista es de esperar un mayor numero de casos en el futuro. Es de hacer notar que en el transcurso del tiempo el paciente llega en una etapa mas temprana de la infecci6n y no se observa en los ultimos anos cuadros se"pticos de etiologia TBC con mortalidad de 100% que se vio al inicio de la epidemia en el pais.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a la Dra. Marta Membreno por su colaboraci6n en la lectura de las radiografias de torax, a los Dres. Ricardo Dur6n y Carlos Salinas por la revisi6n de los expedientes de mayo de 1991 a agosto de 1993.

BIBLIOGRAFIA

1. Styblo K. "Impacto de la Infeccion VIH en la Epidemiologia mundial de la Tuberculosis". Bol. Union Int Tuberc Enf Resp., 66:27-33,1991.
2. Rose RM. "Inmunologia del Pulmon en la Infeccion VIH: Bases Fisiopatol6gicas para el Desarrollo de una Tuberculosis en el Contexto del SIDA". Bol Union Int Tuberc Enf Resp., 66:15-20,1991.
3. OMS/UICITER/Tuberculosis y SIDA. Declaraci6n sobre el SIDA y la Tuberculosis". Bo. Union Int Tuberc Enf Resp., 64:7-11,1989.
4. OPS/OMS, "Asociaci6n VIH y Tuberculosis". Guias tecnicas. Washington, DC noviembre 1992.
5. Ministerio de Salud Publica de Honduras Division de Epidemiologia, Programa de Control del SIDA. Informe Anual, Tegucigalpa MDC, Honduras, 1992.
6. OPS/OMS. "Documento de Reuni6n de Trabajo Sobre Definici6n de Casos de Vigilancia Epidemiol6gica del SIDA". Caracas, Venezuela, Febrero 20-22,1989.
7. Pacheco JG Padilla E. Perez-Rodriguez E. et al. "Formas Ab'picas de Presentaci6n de la Tuberculosis Pulmonar del Adulto". Symposium Internacional de Neumologia, Madrid, Abril 1989.
8. Harries AD. "Tuberculosis and Human Immuno deficiency Virus Infection in Developing Countries". The Lancet 335:387-390,1990.
9. Chaisson RE. and Slutkin G. "Tuberculosis and Human Immunodeficiency Virus Infection". J. Infect Dis, 159:96-100,1989.
10. Chretien J. "Tuberculosis y VIH. El Duo Maldito". Bo. Union Int. Tuberc Enf. Resp., 65: 27-29,1990.
11. Hopewell PC. "Impact of Human Immunodeficiency Virus Infection on the Epidemiology, Clinical Features, Management, and Control of Tuberculosis". OD, 15: 540-547,1992.
12. Barnes PF, Bloch AB, Davidson PT, y Snider DE Jr. "Tuberculosis in patients with human immunodeficiency virus infection". N. Engl J Med, 324: 1644-1650,1991.
13. Center for Diseases Control. "Nosocomial Transmission of Multidrug Resistant Tuberculosis Among HIV-infected Patients". MMWR, 40:585-591,1991.
14. Edlin BR. Tokars JL. Grieco MH. ET AL. "An Outbreak of Multiple-drug Resistant Tuberculosis Among Hospitalized Patients with the Acquired Immunodeficiency Syndrome". N Eng J Med, 326:514-521,1992.
15. Center for Disease Control. "Nosocomial Transmission of Multidrug-resistant Tuberculosis to Health-care Workers and HIV-infected Patients in an Urban Hospital-Florida. MMWR 39:718-722, 1990.
16. Chaisson RE y Slutkin G. "Tuberculosis and Human Immunodeficiency Virus Infection". J. Infect Dis, 159: 96-100,1989.

Evaluación de las Lesiones Precancerosas del Cérvix Uterino. Uso de la Crioterapia o el Cono

Dr. Enrique Samayoa

RESUMEN

Se presentan 150 casos de citologías sospechosas de malignidad a quienes se les practico colposcopia simple ampliada y biopsia dirigida. La conización se hizo si se encontraban criterios para su indicación. Se hace un analisis comparativo de los metodos, encontrando que la colposcopia simple demostro aspectos anormales en un 51%; la biopsia dirigida confirmo en un 80% el hallazgo citologico. La colposcopia ampliada contribuyo a ratificar la lesion precancerosa en un 57%.

La citologia es un excelente metodo de detección de la neoplasia cervical uterina, pero esta debe ser confirmada por la colposcopia.

PALABRAS CLAVES: Colposcopia. Biopsia Dirigida. Neoplasia Cervical.

INTRODUCCION

El estudio que se presenta, tiene en primer lugar como finalidad hacer una comparación, entre los diferentes metodos de analisis de la patologia cervical ^{v-2^TM} y correlación de sus resultados, como son: la citologia, la colposcopia simple y ampliada, la biopsia dirigida (BD),

Jefe del Servicio de Obstetricia
Unidad Materno Infantil I.H.S.S.

la conización ^(1,13) y el estudio de anatomia patologica de los procedimientos quirurgicos finales como las histerectomias; evaluando ademas el uso de la crioterapia, como metodo para destruir los tejidos de tendencia neoplasica como son las lesiones precancerosas del cervix uterino ^(17,18).

El uso de la crioterapia como metodo para destruir tejidos de tendencia neoplasica, ha sido practicado y comprobado desde hace varios años, y su efectividad sigue siendo considerada de alta calidad ⁽²⁾, sobre todo en las lesiones precancerosas del cervix uterino; cuando estas son analizadas e identificadas por la biopsia dirigida (BD), por medio de la colposcopia tanto simple como ampliada (Prueba de Shiller).

Como todo procedimiento tiene sus limitaciones, por ejemplo, cuando las lesiones son muy extensas ⁽⁴⁾ o que hayan areas patologicas que se extienden internamente en el endocervix, o externamente a los fondos del saco vaginal, en tal caso se tiene que recurrir a la conización o a la aplicación del laser ^(12,20), este ultimo recurso no existe en nuestra Unidad.

MATERIAL Y METODOS

El estudio se inicia en Agosto de 1987, y termina al completar 150 casos a fines de 1989. Todas las pacientes evaluadas fueron referidas con citologias sospechosas

de malignidad, considerando como tales desde la informada como simple atipia hasta la presuncion de una lesion invasora^(10,11,14). Todos los casos fueron evaluados colposc6picamente, y de ser esta normal, se le citaba para controles citologicos ulteriores, o se le hacia la prueba de Schiller (Colposcopia Ampliada); y siguiendo lineamientos internacionales, se procedia a la practica de la crioterapia, si la lesion estaba bien delimitada colposc6picamente, descartandose por lo tanto la evidencia de invasion⁽⁸⁾. En los casos de microinvasidn, de extension glandular, falta de definicion, los limites de la lesi6n en el endocervix o discrepancias diagnosticas entre la citologia, la colposcopia y la B.D., se procedio a la conizacion⁽³⁾. Esta conducta se sigui6 tambien con las pacientes embarazadas, habiendose efectuado la crio y la conizacion, en edades gestacionales de las 16 a las 22 semanas. Si la lesion era una neoplasia intraepitelial (NIEC) grado III, se efectu6 crioterapia doble, aun en las embarazadas. Los controles citologicos posteriores se reiniciaron a los dos meses, y todas las pacientes han tenido un minimo de 6 meses de control. Hay un porcentaje de pacientes que no tuvieron control por varios motivos entre otros: perdida de su cobertura como derecho-habientes, o continuaron su tratamiento en otra clinica estatal o privada, y otras fueron trasladadas al exterior.

No se incluye en el presente trabajo, las pacientes que necesitaron nueva crioterapia, porque s6lo se evalu6 la efectividad del primer tratamiento. La BD se efectu6 en las areas consideradas sospechosas, mediante la aplicacion del acido ace"tico al 4% en su defecto en las zonas Iodo negativas, cuando la aplicaci6n de este acido no revelaba patologia. En las lesiones con extensidn endocervical, no se practico el legrado correspondiente del area afectada ***, por carecer del instrumental adecuado hasta ese momento, lo que podria haber reducido la incidencia de conizaciones di-14) ^ momento de hacer este informe, ya se han completado el estudio de 240 pacientes, a parte de las manejadas por otros colegas, que en esta Unidad hacen colposcopia, o sea que el presente trabajo solo es una muestra de la labor realizada en nuestra clinica de Patologia Cervical. Todas las pacientes que necesitaban de una operation, pequefia como una conizacion o grande como una histerectomia, fueron presentadas al Comit6 Quirurgico, donde se dio la aprobaci6n final para que se efectuara el procedimiento.

OBJETIVOS

Se busca en el presente estudio, demostrar que se puede disminuir la incidencia de las conizaciones, procedimiento que no deja de presentar morbilidad inmediata, como es el sangrado; y la mediata como la estenosis cervical. No obstante el sangrado lo nemos estado reduciendo casi al minimo, hatiendo instilaciones de adrenalina en el cervix uterino. La conizacion se efectu6 solo y cuando era altamente necesaria, por ejemplo, al no verse colposcopicamente los limites en el endocervix⁽¹³⁾ y que la BD infofmara microinvasion o extension glandular.

Se hace el estudio colposc6pico para determinar si la evaluation citologica encontrada era confiable, completando esta evaluaci6n con la BD^{CT}, escogiendose el tratamiento mas adecuado en cada lesion, segun su grado y extension, dando asi mas confiabilidad a este procedimiento diagn6stico y logrando concretizar los siguientes objetivos:

- 1.- Determinar el grado de confiabilidad de la citologia, usando como metodo de comparacion la colposcopia;
- 2.- Determinar el valor predictivo de la colposcopia en los pacientes con citologias sospechosas de malignidad, por medio de BD;
- 3.- Evaluar la efectividad terap6utica de la crio en la NIEC, y en otras patologias precancerosas del cervix uterino, aun en presencia de embarazo;
- 4.- Evaluar si la conizaci6n es un procedimiento suficientementehablativo, para considerarlo como unico tratamiento en las lesiones precancerosas;
- 5.- Evaluar el resultado de la anatomia patologica en losprocedimientos finales como las histerectomias;
- 6.- Determinar el grado de seguridad de la crioterapia y la conizacion en las pacientes embarazadas.

Se escoge la crioterapia como metodo de tratamiento, para toda patologia precancerosa cuyos limites esten bien definidos, y sin microinvasiones, ni extensiones glandulares. El procedimiento produce destruction tisular en una profundidad de 5 mm, con una extension igual a la del halo que se forma alrededor de la probeta

Congeladora; por lo tanto la crioterapia viene a ser un sustituto de la conización en las lesiones que no pasen de ser NIEC III⁽¹⁾ como también de la histerectomía en las pacientes en épocas reproductivas, y aun habiendo satisfecho este aspecto, deseen conservar sus genitales íntimos; con la precaución de tener controles periódicos de acuerdo con el criterio médico establecido.

RESULTADOS HALLAZGOS

CITOLOGICOS COLPOSCOPICOS

En 150 citologías anormales, predominó el diagnóstico de las displasias, que en total sumaron 128 (85%), la condilomatosis constituyó el 11 % y las atipias el 4%. En 150 pacientes hubo 152 imágenes colposcópicas, de las 76 (50%) fueron de aspecto benigno y 76 (50%) sugestivas de malignidad, habiendo encontrado predominio en las benignas de las predominó la leucoplasia en un 28%, seguida de la condilomatosis (25%)^(5,15).

RELACION CITOLOGICA COLPOSCOPICA

Al hacerse una relación de las diferentes imágenes citológicas y colposcópicas fue notorio que la mitad de las colposcopias fueron de aspecto benigno⁽¹⁰⁾,

Resultando así que de 53 citologías con displasias Hgeras (DL), 22 Colposcopias, (41%) fueron positivas de malignidad, y 18 displasias severas (DS) en las colposcopias hubo 16 (88%) malignas, o sea que se demostró que a mayor grado de patología citológica había más positividad en la colposcopia⁽¹²⁾.

Según lo descrito anteriormente, la colposcopia corroboró la malignidad reportada por la citología en el 51% de los casos; dando lugar su interpretación a una conducta conservadora.

VALOR PREDICTIVO DE LA COLPOSCOPIA

Estudiando las imágenes colposcópicas, encontramos que en 76 con patología benigna, cuadro 1, solo a 40 se les practicó BD^{CT}, de las que 4 no fueron informadas y a las 36 restantes, no se les practicó BD por ser completamente normales. De las 36 en quienes se informó la BD 18 (50%), fueron positivas, siendo la principal patología encontrada la NIEC, y en segundo lugar la condilomatosis 3 casos. Las 76 colposcopias positivas por malignidad, tuvieron mayor grado de predicción, cuadro 2, al confirmarse malignidad en 80 BD y de estas 66 (82%) tenían NIEC.

CUADRO 1. Relación Colposcopia > biopsia dirigida

COLPOSCOPIAS BENIGNAS		40 BIOPSIAS							36	
		18 BENIGNAS 50%			18 MALIGNAS 50%				4	SIN BD
		POLIPO	CERVI- CITIS	MET. ESCA- MOSA	CONDI- LOMA	NIEC			NO INFOR- MADAS	
						I	II	III		
18	NORMAL O ECT.		4		I			I		12
2	COLPITIS SENIL									2
51	REEPITELIZA		12	I	I	4	5	4	4	20
4	ZTA				I			I		2
1	POLIPO	I								
76 TOTAL		I	16	I	3	4	5	6	4	36

RELACION COLPOSCOPIA Y BIOPSIA DIRIGIDA. ZTN'. ZONA TRANSFORMACION NORMAL.

A 36 NO SE LES HIZO BD POR TENER IMAGENES NORMALES Y/O SCHILLER YODO POSITIVO.

CUADRO 2. Relación colposcopia sugestiva de malignidad > biopsia dirigida

76 COLPOSCOPIAS SUGESTIVAS DE MALIGNIDAD		80 DIAGNOSTICOS POR BD										
		14 BENIGNAS			66 POSITIVAS DE MALIGNIDAD							
		CERVI- CITIS CRONICA	META- PLASIA ESCA- MOSA	ACAN- TOSIS	KERA- TOMSIS	CONDI- LOMA	45 NIEC					CA. INV.
I	II						III	MIC. INV.	EXT. GL.			
2	ZTA							2				
14	EPITELIO BLANCO	3				2		5	2		2	
21	LEUCOPLASIA	2	1			2	2	4	6		2	
11	MOSAICO	1				4		3	1	3	1	
6	KERATOSIS	1				2		2	1	1	1	
19	CONDILOMA	5		2	1	8	5					
1	VASOS ATIPICOS	1					1					
TOTALES		12	1	2	1	18	8	14	14	4	5	1

RELACION COLPOSCOPIA SUGESTIVA DE MALIGNIDAD CON LA BD. EL 82% DE LAS BD FUERON POSITIVAS POR MALIGNIDAD. ZTA; ZONA DE TRANSFORMACION ATIPICA.

RELACION DE LA CITOLOGIA CON LA BIOPSIA DIRIGIDA.

De 150 pacientes con citologías anormales, 117 (78%), resultaron histológicamente anormales por BD y de éstas 29 (25%) fueron condiciones benignas con predominio de cervicitis; 88 (75%) con lesiones positivas como la NIEC y condilomatosis⁽¹⁰⁾. En 33 (22%), las colposcopias fueron anormales y no necesitaron biopsia. En total de 150 citologías anormales de referencia hubo 88 (59%) BD positivas de malignidad.

COLPOSCOPIA AMPUADA

Otro método, para detectar las áreas sospechosas de malignidad fue el de la tinción con lugol (Schiller) o colposcopia ampliada, la que se usó en 121 pacientes resultando 59 (49%) con Schiller negativa (Iodo positiva) y 52 iodo negativas (43%), resultando 30 BD positivas. La incidencia diagnóstica de la BD es desglosada de la siguiente manera:

Condiloma 27%, NIEC I 23%, NIEC II 13%, y NIEC III 73%. En las 59 BD negativas, predominó la cervicitis

Crónica, con un 85% y el resto fueron informadas así: normal 10%, acantosis 5%, y metaplasia escamosa 5%.^(Sⁿ 9-KMI)

PACIENTES SIN CONTROL ULTERIOR

Por varios motivos, como ser la pérdida de su condición derecho-habiente o un ulterior seguimiento en otras clínicas, no regresaron 23 (15%) de las 150 pacientes remitidas, y cuya BD reveló NIEC (17%), NIEC II (17%) NIEC III (36%), Atipia en (23%) y Acantosis (4%) o sea que el 70% de ellas fueron positivas por malignidad.

TRATAMIENTO

De las 150 pacientes, solo 71 (47%) fueron candidatas de tratamiento, las restantes 56 (37%) fueron sometidas a observación, por no tener malignidad, y 23 (15%) no regresaron a control.

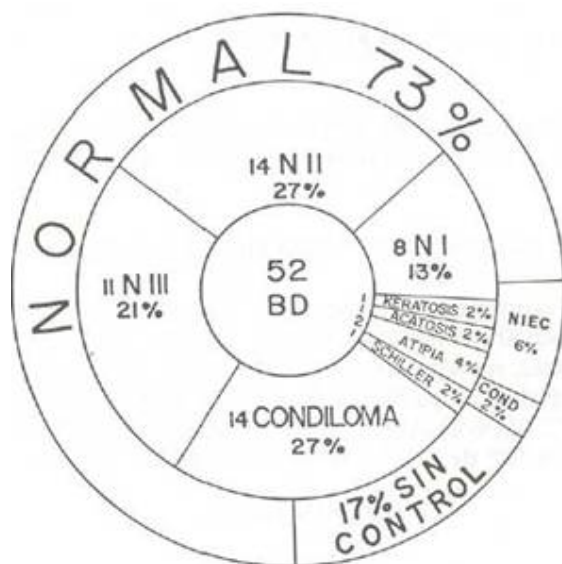
De un total de 116 BD, se obtuvieron 120 diagnósticos histológicos de los cuales 84 fueron positivas, lo que constituyó un 72% recibiendo los siguientes tratamientos.

1. Crioterapia (74%)
2. Conización (15%)
3. Histerectomía (11%)

CONGELACION O CRIOTERAPIA

La Congelacion o Crioterapia cervical se practicó en 52 pacientes, 35% de 150 pacientes referidas. En la figura 1 ilustrada en círculos, vemos que el círculo central se encuentra el número de las BD efectuadas⁽⁵²⁾; en el círculo medio el número y porcentaje de los diagnósticos pre-crio; y en el círculo externo los resultados después del tratamiento, evidenciando que el 73% se normalizó, y un 17 no regresó a control, con una persistencia de NIEC del 6% y de condiloma con un 2%.

De las crioterapias, 11 fueron dobles por tener NIEC III, de las que hubo 3 embarazadas con edades gestacionales de 19 a 22 semanas, 8 de estas pacientes tuvieron controles citológicos post-crioterapia, con resultados normales, y las restantes 3 no regresaron a control.



EVOLUCION DE 52 CRIOTERAPIAS

Círculo central: Biopsias dirigidas (BD) Círculo medio: Diagnóstico pre crioterapia N° y porcentaje Círculo externo: Resultado post crioterapia. Se normalizó el 73%. Persistió NIEC el 6% y condiloma el 2%. Quedan sin control el 17%.

CONIZACIONES

En 11 de 150 pacientes referidas (7%) se les practicó la conización constituyendo esta el 15% de las pacientes que recibieron tratamiento, 6 de 11 (54%) se les hizo este procedimiento por tener NIEC III con extensión glandular⁽¹⁸⁾. El 9%, o sea un caso se hizo por tener límites endocervicales no bien definidos de la lesión patológica, esta lesión era una condiloma tosis. También se encontró un caso a quien se le hizo conización, por tener disparidad diagnóstica entre la citología^(2,13), la colposcopia y la BD⁽¹⁰⁾; otro caso fue de microinvasión y un último con sospecha de invasión de estroma. Uno de los casos con extensión glandular estaba embarazada y tenía 16 semanas de amenorrea. Todos los diagnósticos post-cono confirmaron el de la BD.

HISTERECTOMIA

De los 71 tratamientos instituidos el 11% fueron histerectomías, (8 casos), lo que constituyó el 5.3% de las 150 pacientes vistas. El diagnóstico de los conos pre-histerectomía revelaron en dos casos (25%) NIEC III con microinvasión. Hubo un caso de cada uno de los siguientes diagnósticos: Un NIEC II sin límites definidos, un caso de NIEC III con extensión glandular, otro solo presentó NIEC III, uno con atipia y otro con metaplasia escamosa con un histerocele y el último un carcinoma invasor del cérvix estadio IB. Por edad y paridad se decidió la ejecución de algunas histerectomías como el caso de las atipias persistentes. Entre los tipos de histerectomías efectuados están los abdominales extrafaciales, una Wertheim y un por vía vaginal.

EMBARAZADAS

Hubo 8 casos de embarazadas (5%), 2 de ellas se ausentaron, a 3 se les practicó crio doble y a otra crio sencilla, habiendo además una conización, se ausentaron 2 (25%) y a la otra no se le hizo tratamiento porque su citología se normalizó, en ninguna se reportaron complicaciones provocadas por los tratamientos instituidos. Una paciente cuya citología fue anormal se preparó para histerectomía por tener NIEC III y multíparidad, pero al hacer la laparotomía se le encontró embarazada, tuvo su parto y los controles citológicos fueron normales durante 10 meses, al final de los cuales la citología y la colposcopia se hicieron nuevamente positivas con NIEC II, se le programó para histerectomía abdominal y no se hospitalizó.

COMENTARIOS

La Citología es un metodo sencillo, para orientar la busqueda de la patologia cervical ^(M15) pero debe ser completada por la colposcopia y la BD.

En la presente experiencia solo se encontrd una efectividad diagn6stica moderada en la prediction de malignidad, al compararla con los resultados de los hallazgos colposcopicos, que solo en un 51% fueron sospechosos de positividad ^(6,12).

Es de hacer notar que el factor positivo de la interpretaci3n citol3gica y colposc3pica, estan en relaci3n con la destreza del que hace el analisis; pero se hace tambien comparacion con los resultados de la BD que es tomada de los sitios en que el acido acetico, y el lugol demostraron anormalidad y en 116 BD se encontro 75% de positividad. Las citologias que informaron displasia, tuvieron un 80% de prediccion. Si se hace un analisis de los resultados de la BD en estas displasias, encontramos lo siguiente: en 17 displasias severas las BD fueron positivas en un 80%; en 48 displasias moderadas hubo un 81 % de BD positivas, y en 34 displasias ligeras hubo un 70% de BD positivas.

Si comparamos los resultados de la colposcopia con los de la BD, encontramos que las colposcopias negativas resultaron con un 50% de BD positivas; pero las colposcopias de imagenes precancerosas resultaron con un 80% de BD positivas, de las que el epitelio blanco y la leucoplasia dieron una predictividad del 80% al 90% respectivamente.

Se hizo un total de 121 colposcopias ampliadas, de las que solo 59 fueron positivas, por lo que se hizo BD en el area Iodo Negativa; pero 7 de ellas no fueron informadas, por lo que s6lo presentamos las 52, cuyo resultado de la BD se encontr3 en el expediente. En este grupo se encontro una predicci3n de malignidad del 57%, haciendo notar que muchas Schiller, positivas, eran precedidas de una reaccion acido ac6tico normal, de lo que se puede deducir su poca confiabilidad.

Al analizar la efectividad de los tratamientos, encontramos que este dato se ve afectado por el gran n6mero de pacientes que no regresaron a control.

De las 7 conizaciones que regresaron a control se logr3 erradicar su patologia en el 100%, porque 5 fueron

Histerectomizadas y en 2 sus citologias se normalizaron. La ejecucion de 8 histerectomias, dio lugar a confirmar que el cono fue curativo en el 86% de las 9 pacientes, en cuyas biopsias finales hubo ausencia de neoplasia y s6lo en 14% prevaleci3 la lesion porque era un carcinoma invasor y a la paciente se le practic3 Wertheim con linfadenectomia bilateral. El 12% de las pacientes quedan fuera de evaluaci3n por haberse extraviado hasta el momento el informe de su biopsia final.

Es interesante la observaci3n que se hizo al efectuar las biopsias de control, y al azar en pacientes cuyas colposcopias fueron normales, y en las que hubo un 100% de negatividad por malignidad.

CONCLUSIONES

En conclusion, se demuestra que la citologia sigue siendo un metodo indispensable, para evaluar la condition cervical uterina (3-5-9-10-11-12-14-15); pero de ser positiva de malignidad, debe complementarse con la colposcopia, la que en el presente estudio mostro hasta en un 80% la positividad precancerosa de las lesiones. Se demuestra ademas, que el cono debe verificarse, solo en condiciones en donde la crioterapia no sea indicada, teniendo esta ultima una efectividad corregida del 90%, y el procedimiento puede emplearse en las pacientes embarazadas, sin complicaciones, al igual que la conizaci3n que es un procedimiento benevolo.

BIBLIOGRAFIA

1. Walton L. A. Edelman D. A., Howler D. C. Photopulus G. J. Treatment of Cervical intraepithelial Neoplasia during the reproductive Years. *Obstetrics and Gynecology* 1980,55:353-6.
2. Lees D. H., Singer A. Cryosurgical treatment of Cervical Erosion. *Color Atlas of Gynecological Surgery Vol. 1:30-35 Years Book Medical Publishers.*
3. Shyk K., Chu J., Mandelson M. Greer B., Fidge D. Papanicolaou Smear Screening Interval and Risk of Cervical Cancer. *Obstet. Gynecol.* 74:838,1989.
4. Bonstra, H. Alders J. G. Kaudstool J. Oosteerhuis Jensen. Minimum extension and appropriate topographic position of tissue destruction for Treatment for Cervical intraepithelial Neoplasia.

5. Jamulowicz Mr. Jenkins D. Barton S. R. Coddall A. L., Sionger A., Hollingworth A. Citology Status and Lesion Size A Further Dimension in Cervical intraepithelial Neoplasia.
6. Camichael J. A. Maskins, P. D. Cervical Dysplasia and Human Papilloma virus A. M. J. of Obstet. and Gynecol, Vol. 160 No. 4:916, April 89.
7. El Dabh A., Rogers R., Davis TE, Selton GP The Role of Endocervical Curatege in Satisfactory Colposcopy, Obstet. Ginecol. 74:159-164,1989.
8. Gree, B. E., Figge D. C, Tamimi H. K., Cam J. M., Lee Rb. Stage 1A2 Sguamous Carcinoma of the Cervix. Difficult Diagnosis and therapeutic Dilem. Am. J. Obstet. Ginecol. Vol. 162,1406 June 1990.
9. Kaminsk, P. F., Sorosky J. I. Wheelock J. B. Stevers CW.TheSignificanceof Atipical Cervical Citology in an older population. Obstet. Ginecol. Vol. 73,1, 3, January 1989.
10. Lowley Tb, Lee RB, Kapela R. The Significance of Moderate and Severe Inflammation on Class I Papanicolaou Smear. Obstet, Ginecol. Vol. 997; Dec. 1990.
11. DavisG. L. Hernandez E., Davis JL, Miyasawa K. Atipical Squamous Cells in Papanicolaus Smear. Obstet Gynecol. Vol. 69; No. 43,1987.
12. Maggi R. Comparison of Repeated Smear, Colposcopy and Colposcopically Directed Biopsi in the evaluation of the Mildly Abdomal Smears. Gynecol Oncol. Vol. 35;294-296,1989.
13. Nelson H. D. 20 Years Experience of follow-up of the Abdomal Smear with Colposcopy and Histology and Treatment by Conization. Gynecol Oncol Vol. 38; 166-169,1990.
14. Nieslein, L. S., et al. Comparision of Citobrush with Cotton Swab for Endocervical Cytology Sampling J. Adolesc. Health Care, Vol. 10; 305 307,1989.
15. Riter D. B. Detection of Human Papilloma Virus Deoxyrribonucleic Acid in Exfoliated Cervicovaginal Cells as Predictor to Cervical Neoplasma in a high risk. Am. J. Obs. and Ginecol. Vol. 1598, No. 6,1988.
16. Richart R. M., A. Modified Terminology for CervicalEphithelialNeoplasia.ObstetandGynecology, Vol. 175; 131, Jan. 1990.
17. Samayoa E. O. Romero A. la Electrofulguracido como Metodo de Tratamiento en las Displasias Cervicales. Revista Médica Hondureña, Vol. 157, No. 4; 228-235,1989.
18. Tabor, A. Berget, A. Cold Knife and Laser Conization for Cervical Intraepithelial Neoplasia. Obstet Gynecol. 76:6F33,1990.
19. Me Cord MI, Staval TG, Summl Rl. Ling FV, Discrepancy of Cervical Citology and Colposcopy Biopsy is Cervical Conization necessary? Obstet-Ginecol. 1991; 77-715.
20. HigginsR.V. The Efficacy of Laser in the Treatment of Cervical Intraepithelial Neoplasia Ginecol.

Riesgo Reproductivo: Una estrategia para fortalecer los servicios de Planificacion Familiar(*)

*Dr. Jose Ruben Lopez Canutes (**), Dr. Jose Arnulfo Cdramo Mejia (***)*

RESUMEN:

Esta publicacion representa la tercera y ultima que corresponde a la Investigacion Operacional sobre Salud Reproductiva que se llevo a cabo en el IHSS.

En la presente se estudio el impacto sobre la pre Valencia, oferta y uso de metodos anticonceptivos en pacientes ambulatorias y de post parto del IHSS, despues de haber sometido al personal de salud a un proceso de capacitacion en materia de riesgo reproductivo y planificacion familiar y con la introduccion de un proceso educativo y de valoracion de factores de riesgo reproductivo de las pacientes que acuden al IHSS en demanda de una atencion ambulatoria y hospitalaria.

Los resultados sugieren un pobre impacto en la prevalencia de contracepcion al nivel de consulta externa, contrario a lo que ocurrio a nivel hospitalario en donde pudo observarse un incremento en dicha prevalencia, especialmente entre las usuarias de riesgo normal. Se destaca la importante participacion que tuvo el Medico

en la promocion de metodos anticonceptivos y se discuten las diferencias entre los resultados de nuestra investigacion y una similar que se hizo en el IMSS.

INTRODUCCION:

En publicaciones pasadas^(fu) hemos presentado el marco conceptual, descripciones del problema operacional, hipotesis, objetivos, fases de la investigacion, prevalencia de factores de Riesgo Reproductivo e impacto de un proceso educativo sobre el personal de salud y sobre los derecho habientes del IHSS, todo ello como parte de una Investigacion Operacional desarrollada del 1 de agosto de 1988 al 30 de septiembre de 1989.

Sugerimos al lector de la presente publicacion, revise las publicaciones previas para una mayor comprension del presente trabajo. En este, que es la parte final de la Investigacion Operacional, se presentaran los resultados que tuvo todo el proceso de investigacion, sobre la prevalencia de metodos de planificacion familiar en usuarias del IHSS.

La idea central de la Investigacion fue la de identificar las mujeres en edad fertil, portadoras de uno o mas factores de riesgo relacionados con Edad Materna^(0AS), Multigravidez⁽⁶⁾, Intervalo Intergenesico^m, Peso Corporal⁽⁸⁾, Antecedentes Personales Patologicos etc., concientizarlas sobre el peligro de enfermedad o muerte

(•) Trabajo desarrollado en el Depto. de Gineco Obstetricia, Unidad Materno Infantil, Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).

(**) Jefe Depto. de Gineco Obstetricia, Unidad Materno Infantil, IHSS.

(***) Ginecoobstetra de Base, Unidad Materno Infantil, IHSS.

ante un eventual embarazo y como medida final, ofreciéndoles un método contraceptivo temporal o definitivo para espaciar más el intervalo intergenésico o evitar en forma permanente un embarazo futuro.

Obviamente que un proceso de intervención no puede ser tan selectivo para una población etiquetada como de alto riesgo reproductivo. Las medidas educativas ya publicadas ⁽²⁾ y la oferta de métodos anticonceptivos, motivo de esta publicación, aglutina a todas las mujeres en edad fértil.

Como recordatorio de la primera publicación y en un afán de hacer más comprensibles los resultados posteriores, presentamos a continuación la hipótesis, objetivos y fases de la investigación.

HIPOTESIS:

- 1.- La educación de la población en aspectos conceptuales de Riesgo Reproductivo (R.R.) aumentará su conocimiento de los factores asociados a R. R. y los motivará para utilizar métodos contraceptivos, particularmente en aquellas mujeres clasificadas como de alto riesgo.
- 2.- La integración de métodos de planificación familiar y servicios, aumentará el uso relativo de métodos temporales.
- 3.- La integración de métodos de planificación familiar y servicios incrementará el uso de métodos contraceptivos en las mujeres en el post parto.

OBJETIVOS:

- 1.- Desarrollar un programa de planificación familiar con base a R. R.
- 2.- Ampliar la cobertura de planificación familiar en pacientes con R. R.
- 3.- Aumentar la oferta de métodos anticonceptivos entre las pacientes puerperas.
- 4.- Aumentar la participación del personal de salud en la promoción y oferta de métodos de planificación familiar.

FASES DE LA INVESTIGACION:

Tal como se explica en una publicación previa ⁽¹⁾, hubo tres fases en la investigación:

- a) Pre intervención
- b) Intervención
- c) Evaluación

En la primera se levantó una encuesta entre mujeres comprendidas dentro de los 15 a 40 años y en las que se investigó entre otras cosas, la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos.

En la fase de intervención se capacitó al personal de salud en materia de R. R., tal como se expuso en publicación previa y se implementó un proceso educativo en todas las pacientes que acudían a las unidades ambulatorias y hospitalarias del IHSS ^m. Asimismo se introdujeron instrumentos de valoración de Riesgo Reproductivo que se aplicaban a las mujeres entre los 15 a 40 años. Como acción terminal, se introdujo la oferta de métodos anticonceptivos, especialmente entre mujeres identificadas como de alto riesgo.

En la fase de evaluación, que fue implementada 6 meses después de iniciada la de intervención, se levantó una segunda encuesta, cuyo contenido fue igual a la de Pre intervención.

PLAN DE ANALISIS:

Fue practicado con la base de datos mediante el sistema D BASE III, S.P.S.S., comparación de grupos con la "T" de "STUDENT" y de series con "CHI" Cuadrado.

RESULTADOS:

La prevalencia del uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres en edad reproductiva de los servicios ambulatorios fue de 40.7 % en la encuesta de pre intervención y de 40.9 % en la de post intervención. Cuando este análisis se efectuó separando la población de riesgo normal y de alto riesgo, se observó que en la primera hubo un 34.1 % de prevalencia en la encuesta de pre intervención y un 31.6% en la post intervención. Sin embargo, en la población de alto riesgo, encontramos un incremento de 45.9 a 49.3 (Fig. 1) en las encuestas de pre y post intervención respectivamente.

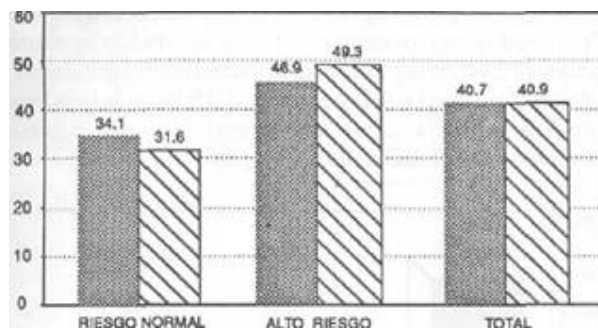


FIG. #1.- Prevalencia de contraceptivos en pacientes de consulta externa. No hubo cambios estadísticamente significativos en la comparación de los resultados de Pre y Post Intervención.

Cuando en la misma población de pacientes ambulatoria se estudio el uso de métodos anticonceptivos, no se observaron cambios estadísticamente significativos entre las 2 encuestas (Fig. 2). No obstante, pudo observarse un incremento en el uso de anticonceptivos orales y en el condón.

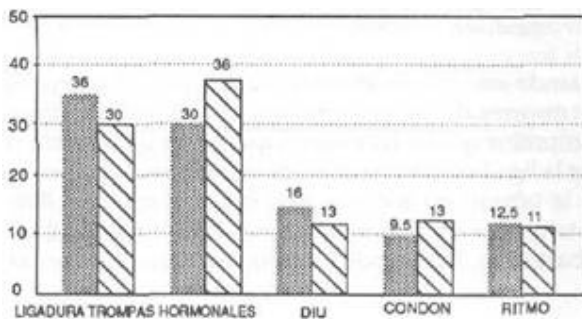
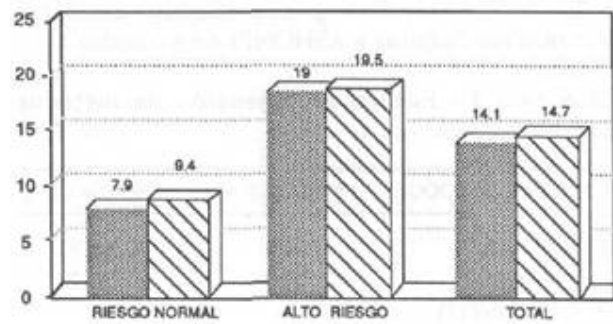


FIG. #2. Uso de métodos en pacientes de consulta externa investigados con las encuestas de Pre y Post Intervención. No hubo cambios estadísticamente significativos.

Cuando se estudio la promoción de métodos anticonceptivos por parte del personal de salud del IHSS hacia las mujeres que acuden a este en demanda de atención médica, pudo observarse que el 14.1 % dijeron que el personal del IHSS les había ofrecido algún método anticonceptivo en el pasado. En la encuesta post intervención se aprecia un incremento a 14.7% (no significativo estadísticamente). Cuando se hizo la diferenciación entre las mujeres de riesgo normal y las de alto riesgo, se observó un incremento de 7.9% a 9.4% entre las primeras y de 19% a 19.5% entre las segundas (ver Fig. 3).



%M PRE SSI POST

FIG. # 3.- Promoción de Métodos Anticonceptivos en pacientes de consulta externa. Aun cuando se aprecia un aumento tanto en la población de riesgo normal como en la de alto riesgo, no hubo cambios estadísticamente significativos.

A pesar de que el nivel de promoción no sufrió cambios estadísticamente significativos, es interesante notar que los Médicos jugaron un papel muy importante en el post test (de 52 a 78%), (ver Fig. 4). Las Enfermeras tuvieron un cambio positivo pero no tan relevante como los Médicos (de 16 a 17%) y en las Trabajadoras Sociales observamos una reducción importante en la promoción de Métodos de planificación familiar. (Fig. 4).

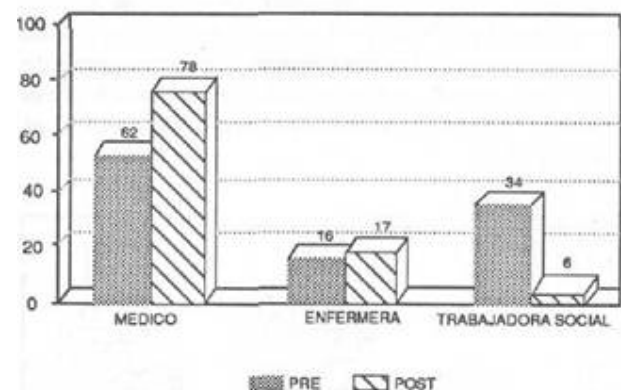


FIG. # 4. Quien ofreció métodos anticonceptivos a los pacientes de consulta externa. Nótese la importante participación que tuvo el médico en la encuesta post intervención, lo mismo la enfermera. Estos cambios fueron estadísticamente significativos*. ($P < 0.05$).

Cuando se estudio la manera como se obtienen los métodos de planificación entre las usuarias del IHSS, pudo observarse una disminución de 34.5% a 28.1 dentro del IHSS; por el contrario, se encontró un incremento en la obtención de dichos métodos en las farmacias (de 18.5

a 29.2), apreciándose pocos cambios en otras Instituciones Públicas y ASHONPLAFA (cuadro 1).

CUADRO 1.- Fuente de obtención de métodos anticonceptivos.

FUENTE DE METODO	PRE (N=325) %	POST (N=370) %
IHSS	34.5	28.1
FARMACIA	18.5	29.2
OTRAS INSTITUCIONES PUBLICAS	11.7	12.7
ASHONPLAFA	14.1	14.3
CLINICAS PRIVADAS	11.1	7.6
OTRAS	10.1	8.1

Notese la gran proporción de pacientes que obtienen metodos anticonceptivos en las farmacias. En el IHSS, las encuestas de pre y post intervención demostraron un efecto negativo

En contraste con el poco impacto con las derivaciones ambulatorias, se observaron cambios importantes en las pacientes de post parto y post aborto hospitalario. Cuando se aglutinaron todas las pacientes, se observó un incremento del uso de anticonceptivos de 8.8 a 9.6% el cual no fue estadísticamente significativo. Sin embargo, cuando se hizo una separación de las poblaciones, se observó un incremento estadísticamente significativo ($P < 0.05$) en la prevalencia de métodos anticonceptivos entre la población de riesgo normal (de 1.7 a 7.2%); por el contrario, dicha prevalencia entre el grupo de alto riesgo mostró una reducción del 13.1 al 11.4% (Fig. 5).

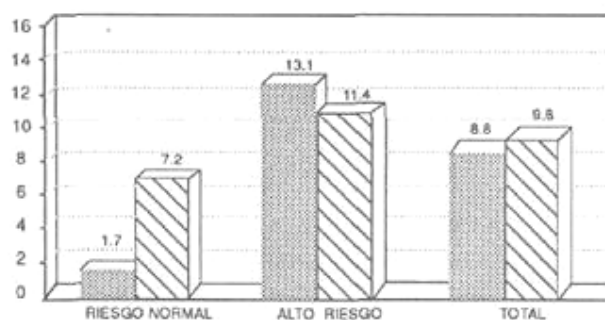


FIG. # 5. Uso de Anticonceptivos en los servicios hospitalarios. El aumento producido en las usuarias de riesgo normal es estadísticamente significativo ($P < 0.05^*$).

En la figura 6 puede apreciarse la diferenciación del uso de métodos anticonceptivos, particularmente Hgadura tubaria y DIU en la población de pacientes hospitalarias. Observe que hubo una reducción del 50% en la Hgadura tubaria, apreciándose un incremento del mismo porcentaje en el uso de DIU (Fig. 6).

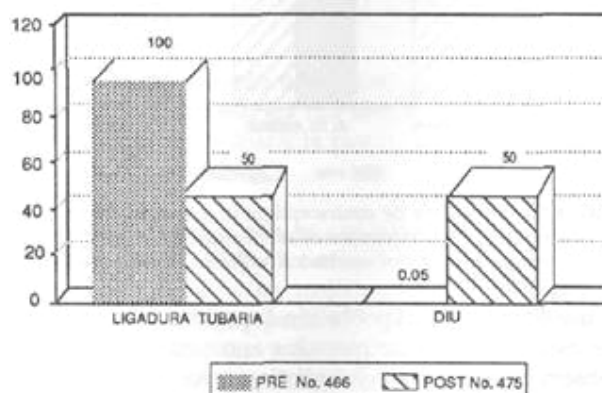


FIG. # 6. Uso de metodos en las usuarias de servicios hospitalarios. Notese el incremento importante en el uso del DIU y la reducción de la ligadura tubaria. Estos cambios fueron estadísticamente significativos ($P < 0.05$).

Cuando este mismo estudio fue dirigido a los grupos de mujeres de riesgo normal y alto riesgo, pudimos comprobar que en las mujeres que en un 100% optaron por la ligadura tubaria antes de la intervención, cuando se le ofreció un método temporal, en más del 80% optaron por un DIU y menos del 15% por la ligadura tubaria (Fig. 7). Cuando las mujeres fueron agrupadas

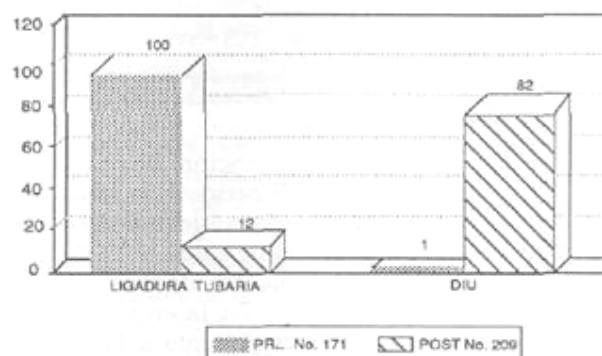


FIG. # 7. Metodos de Planificación usados en pacientes de riesgo normal de los servicios hospitalarios. Obsérvese que en la encuesta post intervención se ve una preferencia manifiesta por el uso del DIU y una disminución de la ligadura tubaria. Estos cambios fueron estadísticamente significativos.

en la categoría de alto riesgo, optaron por ;a esterilización quirúrgica; sin embargo aun entre estas mujeres, las que prefirieron la esterilización tubaria tuvieron un cambio del 100% al 70% y en relacion al DIU del 1 al 30% (Fig. 8).

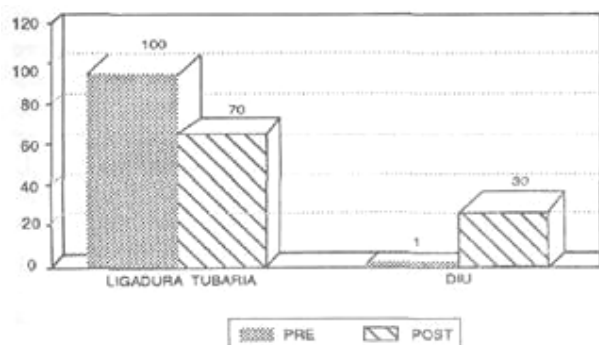


FIG. # 8. Método usado en las pacientes de los servicios hospitalarios, población de alto riesgo reproductivo). Nótese que en este grupo de mujeres hubo un incremento de usuarias del DIU y una reducción de la ligadura tubaria. Estos cambios fueron estadísticamente significativos. ($P < 0.05$).

En terminos de promoción de métodos contraceptivos en pacientes hospitalarias por parte del personal del IHSS, se observó un incremento de 18.5% a 45.6% en las encuestas de pre y post intervención, siendo dicho aumento estadísticamente significativo) ($P < 0.05$). Este cambio fue mas importante entre las mujeres de riesgo normal, en donde el aumento fue de 8.7 a 50.7% en contra de las de alto riesgo en las que el incremento fue del 24.5 en la encuesta de pre intervención al 41.6% en la de post intervención (Fig. 9).

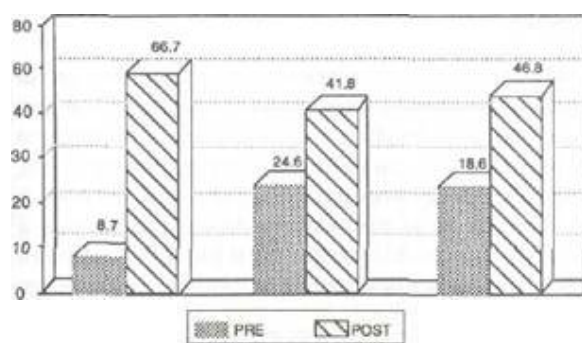


FIG. # 9. Promoción de métodos contraceptivos en las pacientes de los servicios hospitalarios. Hubo un incremento estadísticamente significativo ($P < 0.05$) tanto en las mujeres de riesgo normal como en las de alto riesgo.

Encuanto al tipo de personal que ofreció métodos anticonceptivos en las pacientes hospitalarias, pudo observarse en los Médicos un incremento del 51 al 78% de la encuesta de pre a la de post intervención. En relación a la participación de la Enfermera Profesional, el aumento fue menos evidente (de 16 a 17%), observándose un efecto opuesto en las Trabajadoras Sociales (Fig. 10).

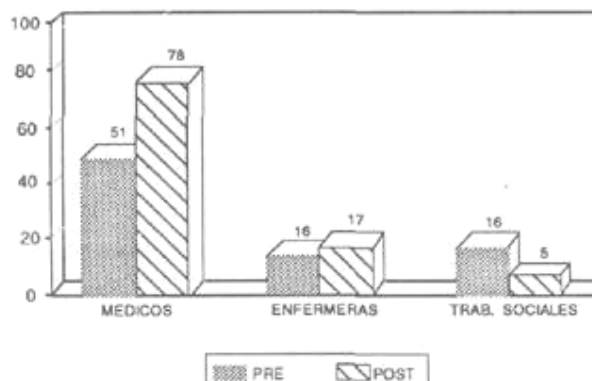


FIG. # 10. Quien ofreció métodos anticonceptivos en las pacientes de los servicios hospitalarios. Nótese la importante participación que tuvieron los médicos y enfermeras. Estos cambios fueron estadísticamente significativos. ($P < 0.05$).

DISCUSION:

La prevalencia del uso de anticonceptivos a nivel de consulta externa es comparable a la observada a nivel nacional. Los resultados sugieren que a nivel ambulatorio, la estrategia educacional parece no tener efecto en las prácticas contraceptivas. Sin embargo, es importante hacer notar que el levantamiento de la última encuesta se produjo apenas 6 meses después de iniciado el proceso educativo a las derecho-habientes, tiempo que a nuestro juicio es muy corto para medir el impacto de un programa en toda la población femenina del IHSS. No obstante lo anterior se ve un incremento en la prevalencia entre las mujeres de alto riesgo reproductivo. Tampoco pudimos apreciar cambios significativos en las dos encuestas cuando se investigó el uso de cada uno de los métodos anticonceptivos.

Hubo un incremento en la promoción de contraceptivos en las pacientes de riesgo normal y alto riesgo de consulta externa. Sin embargo, este incremento no fue estadísticamente significativo. Hay muchos factores que puedan explicar este fenómeno no esperado. El primero se refiere al gran volumen de pacientes que son atendidos

por el personal del IHSS en la consulta externa, lo que impide que se disponga de tiempo para promocionar métodos anticonceptivos. El otro aspecto importante es que la promoción de métodos de planificación familiar, representó una actividad nueva para el personal que atiende los niveles ambulatorios. Quizás el tiempo de intervención fue muy corto para que el personal asimilara la promoción comentada como parte de sus acciones rutinarias.

A pesar de que los niveles de promoción mostraron poco cambio en consulta externa, es importante resaltar que los Médicos jugaron un papel muy importante en la oferta de contraceptivos, lo que representa un cambio muy positivo.

Los resultados están en desacuerdo con una de las hipótesis en la que se planteó que el incremento en la disponibilidad de métodos en todas las Unidades del IHSS, incrementaría la proporción de la población del IHSS que obtendría métodos de planificación familiar a través de esta Institución. Hay algunas posibles explicaciones de este fenómeno, la primera es que el IHSS solo ofrece una línea de anticonceptivos orales y solo un tipo de condones. Es necesario abrir una investigación entre las usuarias para sustentar lo anterior. Sin embargo, basados en quejas de las propias pacientes, la falta de disponibilidad de una variedad de anticonceptivos orales y la calidad de los condones que se distribuyen en el IHSS, puede estar condicionando para que usuarias de esta institución obtengan estos métodos en otra parte. Existen además quejas sobre un aspecto burocrático del control del número de condones que se da a cada paciente por mes (limitado 12).

En contraste con el poco impacto que produjo el programa en pacientes ambulatorias, importantes cambios fueron observados en el área de post parto y post aborto. La prevalencia de métodos anticonceptivos fue estadísticamente significativo en la población de riesgo normal, no así con la de alto riesgo, lo que produjo que se cumpliera parcialmente uno de los objetivos del programa, esto es, aumentar la oferta de métodos anticonceptivos entre las pacientes puerperas. Sin embargo, es de hacer notar, la importante participación que sobre este aspecto tuvo el Médico tanto a nivel hospitalario como ambulatorio en donde se produjo un incremento de más de un tercio en la oferta de anticonceptivos, produciéndose un leve

Incremento entre las Enfermeras Profesionales. Con ello se cumplió en forma casi total el objetivo: Aumentar la participación del personal de salud en la promoción y oferta de método de planificación familiar.

Con la intervención ocurrió además un fenómeno curioso: las mujeres de riesgo normal que antes de la intervención prefirieron métodos definitivos (ligadura tubaria), optaron en mayor número por un método temporal como el DIU. Pensamos que este cambio se produjo por la influencia del proceso educativo y por la introducción de un programa de inserción de DIU post parto y la horizontalización de los servicios de planificación familiar, con lo que en todas las clínicas ginecológicas se tenía la oportunidad de elegir y ponerse el DIU como alternativa probablemente atractiva para algunas usuarias. Contrariamente, las mujeres clasificadas como de alto riesgo continuaron prefiriendo la ligadura tubaria en una proporción importante, sin embargo, en ella se observó también un incremento importante en la selección del DIU por las razones que hemos expuesto previamente. Recordemos que una usuaria clasificada como de alto riesgo reproductivo puede ser tributaria de un método temporal con lo que puede minimizarse los peligros frente a un eventual embarazo.

La experiencia del IHSS en la implementación e impacto de un programa de R. R. paralelo al del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) es parecido, pero los resultados fueron algo diferentes. Ambas Instituciones utilizaron similares materiales educativos, formas de evaluación de riesgo y referenda de métodos anticonceptivos basadas en la clasificación de riesgo.

El IMSS reportó incremento significativo en la prevalencia entre las mujeres de riesgo normal y alto riesgo⁽⁹⁾ tanto en las clínicas de medicina familiar como en los servicios hospitalarios. En contraste, en el IHSS, la experiencia no produjo cambios estadísticamente significativos en la prevalencia de anticonceptivos a nivel ambulatorio. El incremento sí fue significativo en los servicios hospitalarios de la población de riesgo normal.

La evaluación del programa, especialmente de la fase de intervención fue de 18 meses después de iniciadas todas las acciones de esta en el IMSS. En cambio en el IHSS, la encuesta de evaluación (post intervención), se

hizo apenas 6 meses después de iniciado el proceso de intervención, lapso que creemos que es muy corto para medir el impacto de todas las medidas implementadas en la investigación.

Los autores quieren expresar su agradecimiento al Dr. John Townsend, José García Núñez y Nancy Murray por su asesoramiento y apoyo logístico a través de "The Population Council". Al Dr. Vitelio Velasco Murillo, María Eugenia Salas y Leopoldo Núñez por su asesoría técnica a través del IMSS. A Mario Macpui y Miguel Ángel Cerrato por su apoyo en el proceso de programación, creación de base de datos y análisis de los mismos.

A las siguientes personas por su apoyo administrativo; Gertrudis Valladares, Luis Silva, Tomasa Padilla, Argentina Zepeda, Verónica Vallecillo, Mirtha Raudales, Rosa María Sierra y Rafaela Hidalgo.

Asimismo nuestro agradecimiento a la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, por habernos brindado su colaboración en el levantamiento de las encuestas con las siguientes Licenciadas en Psicología: Alma Moran, Zully Maradiaga, Betulia Pérez, Karina Ham, Doris Ordóñez, Litza Moya, María Elena Pineda, Dilma Tinoco, Elizabeth Borjas, Brenda Medina, Angelina Betancourt, Ana Lizeth Flores y Doris Rodríguez.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- López Canales, J. R., Cárcamo, J. A. Investigación Operacional, Riesgo Reproductivo: Su aplicación en la Salud Materno Infantil. Revista Médica Hondureña, 60:111-121,1992.
- 2.- López Canales, J. R., Cárcamo, J. A. "Pro-ceso Educativo al personal de salud y derecho habientes del IHSS, en el campo del Riesgo Repro-ductivo. Revista Médica Hondureña (en prensa).
- 3.- Belitky, R., Cruz, C. A. Marinho, E. y Tense, M. "Resultados Perinatales en Madres Jóvenes": estudio comparativo en maternidades de latinoamericana. Publicación científica No. 489, OPS/OMS, 1985, p 231.
- 4.- McIntoh, N. "Baby of a Schoolgirl". Arh. Dis. Childhood. The Journal of the British Pediatric Association, 59:915,1984.
- 5.- Segura, S. J., Perinatología del Embarazo en la Adolescente. Rev. Mex. Ped., 7:24,1983.
- 6.- O'sullivan, J. R, The Hazard Associated With Multiparity. J. Obstet. Gynecol. Brit Common. 70:158,1963.
- 7.- Velasco Murillo, V.,y Martínez Manatau, J., Riesgo Reproductivo. Estudio de los Factores de Riesgo Reproductivo, Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica, 1986, pp. 76.
- 8.- Edwards, L. E., Attons, I. S., Barrada, M. E. and Hakansan, E. V., "Pregnancy in The UnderWeight wo Man, course, Outcome and Growth Paterns of the Infant". Am. J. Obstet. Gynecol., 135:297.
- 9.- Instituto Mexicano de Seguridad Social, The Final Tecnical Report to The Population Council, Reproductive Risk, as a Strategy to Improve Family Planning Services, 1969.

El Suicidio en Honduras

*Dr. Américo Reyes T. *, Lic. Ruth Espinazo.*

RESUMEN

Se presenta el estudio de los suicidios llevados a cabo en Honduras desde Junio de 1991 hasta Mayo de 1992, considerando las siguientes variables: edad, sexo, mes, ubicación geográfica, método de suicidio y tasa de mortalidad.

Como datos más relevantes se encuentran: El suicidio fue más frecuente (52.4%) en menores de 30 años, prevaleciendo el sexo masculino en una proporción de 7 a 1. Los meses en que más se suicidaron fueron septiembre y octubre y los departamentos con mayores tasas de suicidio correspondieron a Intibucá y Francisco Morazán. El ahorcamiento y el envenenamiento resultaron ser los métodos más empleados por los suicidas hondureños.

La tasa de suicidio para Honduras fue de 2.9 por cada 100,000 habitantes, abajo del promedio de suicidio para la América Latina y Centroamérica.

ABSTRACT

Suicides that took place in Honduras are presented from June 1991 to May 1992, considering the following variables: age, sex, month, geographic ubication, method of suicide, and mortality ratios.

* Director del Hospital Psiquiátrico "Dr. Mario Mendoza" y Profesor de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas. Jefe del Depto. de Psicología del Hospital Psiquiátrico "Dr. Mario Mendoza".

As relevant data we find that the most frequent suicides occurred before the age of 30, prevailing the male gender in a proportion of 7 to 1 with the female gender. The months that more suicides occurred were september and october, and the departments with higher suicide ratios were Intibucá and Francisco Morazán. The most common methods to commit suicide resulted to be poisoning and hanging oneself.

The suicide ratio for Honduras was of 2.9 for every 100,000 habitants, below the avarage suicide ratio for Latín and Central America.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un fenómeno que ha estado presente en nuestro continente desde épocas muy remotas: La cultura Maya lo consideraba de igual valor que la muerte de las parturientas y de los guerreros muertos en batalla, tal como lo ha señalado Mazariego ^{a)}. A la gloria del dios Hunhali y por intermedio de la diosa Ixtab, iban los que se suicidaban por ahorcamiento (Serie: Medicina Precolombina de Mesoamérica).

Estuvo presente en la época de la conquista española cuando los indígenas de la Dominicana se suicidaban en masa antes de verse sometidos a los opresores ⁱ²⁾.

En América Latina, en la época actual el suicidio se perfila como un problema de salud pública con una mortalidad promedio de 4.9 por 100,000 y para Centroamérica de 4.4 por 100,000 habitantes; con mayores índices en Cuba y Nicaragua ⁰⁵⁾. Esto contrasta

con lo observado en países desarrollados cuyas cifras alcanzan 25 suicidios 100,000, calculándose para Estados Unidos de Norteamérica un suicidio cada 15 a 20 minutos⁽¹⁰⁾.

La OMS considera al suicidio dentro de las diez primeras causas de mortalidad, ocupando un tercer lugar en los adolescentes⁽⁵⁾.

En Honduras los estudios sobre el suicidio son pocos: dos de ellos de tipo anecdótico y en relación a intentos de suicidio⁽⁶⁻⁷⁾; otros sobre incidencia de intentos de suicidio en instituciones hospitalarias⁽⁸⁻⁹⁾; dos sobre suicidios consumados y autopsiados en el Depto. Médico Legal de la Corte Suprema de Justicia, ubicado en Tegucigalpa,⁽¹⁰⁾ y uno sobre Depresión y Suicidio

En vista de no encontrar en la literatura nacional, ni internacional datos generales sobre la mortalidad en Honduras, consideramos muy importante hacer una investigación al respecto.

METODOLOGIA

Se revisaron los expedientes de reportes de muertes violentas que se enviaron de toda la República a la oficina central de la Fuerza de Seguridad Pública (FUSEP) de Junio de 1991 a Mayo de 1992, resultando 215 informes catalogados suicidios, de los cuales se excluyeron del estudio 68 casos que habían muerto por intoxicación alcohólica por no encontrarse evidencias de ser actos suicidas concientes.

En los 147 suicidios llevados a cabo durante los doce meses en referencia, se estudiaron las siguientes variables: edad, sexo, mes del año, ubicación geográfica, forma de suicidio y tasa de mortalidad.

RESULTADOS

1.- SUICIDIO SEGUN GRUPO ETARIO

El estudio revela que el suicidio en Honduras se lleva a cabo en jóvenes, teniendo una mortalidad de 52.4% los menores de 30 años, contrastando a lo observado en los mayores de 60 años, en donde se alcanzó apenas un 4%.

**CUADRO 1.- MORTALIDAD POR SUICIDIO EN HONDURAS SEGUN EDAD
PERIODO: JUNIO 1991 A MAYO 1992**

Edad	No. de Suicidios	%
10-19	20	13.6
20-29	57	38.8
30-39	32	21.8
40-49	20	13.6
50-59	12	8.2
60-69	3	2.0
70-79	2	1.3
80-89	1	0.7
TOTAL	147	100.0

2. SUICIDIOS SEGUN SEXO

Hay un predominio franco del grupo de los hombres (87.1%) sobre las mujeres, correspondiendo a una relación de 7 a 1.

CUADRO No. 2.- MORTALIDAD POR SUICIDIO EN HONDURAS SEGUN SEXO PERIODO: JUNIO 1991 A MAYO 1992

SEXO	# DE SUICIDIOS	%
MASCULINO	128	87.1
FEMENINO	19	12.9
TOTAL	147	100.0

3. SUICIDIO SEGUN EL MES DEL AÑO

Los meses en que más se suicidaron fueron septiembre, agosto y febrero y los más bajos fueron mayo, julio y noviembre.

**CUADRO No. 3.- SUICIDIO EN HONDURAS
SEGUN EL MES PERIODO JUNIO 1991
A MAYO 1992**

MES	# DE SUICIDIOS	%
JUNIO	12	8.2
JULIO	7	4.8
AGOSTO	17	11.5
SEPTIEMBRE	19	12.9
OCTUBRE	10	6.8
NOVIEMBRE	7	4.8
DICIEMBRE	15	10.2
ENERO	13	8.8
FEBRERO	16	10.9
MARZO	15	10.2
ABRIL	9	6.1
MAYO	7	4.8
TOTAL	147	100.0

4. EL SUICIDIO SEGUN UBICACION GEOGRAFICA Y TASA POBLACIONAL.

Conforme al numero de suicidios por departamentos del pais, Francisco Morazan, Cortes, Choluteca e Intibuca ocuparon los 4 primeros lugares, pero al relacionarlo con la tasa poblacional resultaron con mayor frecuencia de suicidio los siguientes departamentos: Intibuca, Francisco Morazan, Colon e Islas de la Bahia.

Para toda Honduras se reporta una mortalidad por suicidio de 2.9 por 100,000 habitantes.

**CUADRO 4.- SUICIDIO EN HONDURAS
DE ACUERDO A SU UBICACION GEOGRAFICA**

DEPARTAMENTO	# DE SUICIDIOS	%
FRANCISCO MORAZAN	47	32.0
CORTES	19	12.8
CHOLUTECA	11	7.5
INTIBUCA	10	6.8
EL PARAISO	9	6.1
COPAN	9	6.1
COLON	7	4.8
ATLANTIDA	6	4.1
YORO	6	4.1
OLANCHO	6	4.1
COMAYAGUA	5	3.4
VALLE	4	2.7
LA PAZ	3	2.0
SANTA BARBARA	1	0.7
ISLAS DE LA BAHIA	1	0.7
GRACIAS A DIOS	1	0.7
LEMPIRA	1	0.7
OCOTEPEQUE	1	0.7
TOTAL	147	100

**CUADRO 5.- SUICIDIO EN HONDURAS SEGUN
DEPARTAMENTO Y TASA POBLACIONAL POR
100,000 HABITANTES PERIODO: JUNIO 1991 A
MAYO 1992**

DEPARTAMENTO	TASA POR 100,000
INTIBUCA	7.1
FRANCISCO MORAZAN	5.1
COLON	4.1
ISLAS DE LA BAHIA	4.0
COPAN	3.6
CHOLUTECA	3.3
EL PARAISO	3.1
VALLE	2.9
CORTES	2.6
LA PAZ	2.5
GRACIAS A DIOS	2.5
ATLANTIDA	2.2
OLANCHO	1.9
COMAYAGUA	1.8
YORO	1.6
OCOTEPEQUE	1.2
LEMPIRA	0.5
SANTA BARBARA	0.3

5. SUICIDIO EN HONDURAS SEGUN FORMA DE EJECUTARLO

El envenenamiento y el ahorcamiento ocuparon el primer lugar con 33.3% cada uno de ellos, cercanamente seguido por el metodo de arma de fuego con un 30.7%. Con mucho menos frecuencia se utilizo el lanzamiento al vacio y el arma blanca.

CUADRO 6.- SUICIDIO EN HONDURAS SEGUN FORMA DE EJECUTARLO PERIODO: JUNIO 1971 A MAYO 1972

FORMA DE SUICIDIO	# DE CASOS	%
ENVENENAMIENTO	49	33.3
AHORCAMIENTO	49	33.3
ARMA DE FUEGO	45	30.7
LANZAMIENTO AL VACIO	3	2.1
ARMA BLANCA	1	0.7
TOTAL	147	100.0

DISCUSION

El estudio que ahora presentamos refleja muy cercanamente la realidad del problema del suicidio en Honduras, porque la fuente es confiable: recibe todos los reportes de los casos de suicidios, ya que la denuncia es obligatoria, y los centros policiaos recolectores de la informacion se encuentran distribuidos en todos los pueblos del pais.

Un estudio de Herrera de 1987 que publicamos con su autorizacion⁽¹²⁾, encontro 100 suicidios reportados en la prensa escrita durante ese afio. En 1988 se publica en un periodico del pais tomando como fuente la FUSEP, 454 casos de suicidio, incluyendo dentro de ellos las muertes por intoxicacion alcoholica y otras drogas. En base a estos dos antecedentes, la cifra de 147 suicidios para un afio por nosotros encontrada, es bastante real, si tomamos en cuenta que un porcentaje importante de suicidios escapa a las publicaciones period isticas y la abultada de 454 que fue publicada, incluye cifras importantes de muerte por complicaciones alcoholicas y no necesariamente por motivaciones suicidas.

Ahora bien, si aceptamos el criterio de Giner que considera determinadas toxicomanias como suicidios pasivos⁽¹³⁾ y lo que afirma Dublin⁽¹⁴⁾ que solo se conoce oficialmente la cuarta parte de los suicidios, entonces tendríamos que aceptar una suicidalidad mayor para nuestro pais.

La tasa de mortalidad que nosotros encontramos para Honduras de 2.9 por 100,000 habitantes esta abajo del promedio de lo reportado para los paises de America Latina y de America Central⁽¹³⁾, tal como podemos apreciarlo en el cuadro 7.

CUADRO 7.- TASAS DE SUICIDIO EN AMERICA LATINA TASAS POR 100,000 HABITANTES AÑO 1974

CUBA	12.9
EL SALVADOR	10.4
URUGUAY	8.2
VENEZUELA	7.8
CHILE	7.8
ARGENTINA	7.5
COLOMBIA	4.4
PANAMA	3.8
COSTA RICA	3.6
PARAGUAY	3.2
REPUBLICA DOMINICANA	2.8
GUATEMALA	2.8
ECUADOR	2.5
BARBADOS	2.1
MEXICO	2.1
PERU	2.0
JAMAICA	1.9
NICARAGUA	1.4

Los datos obtenidos en relacion a la edad y el sexo, coinciden con los estudios realizados en Honduras por Arita (1985), Herrera (1987) y Barahona (1988) en que la mayoria de la poblacion afectada fue la menor de 30 anos y del sexo masculino, en un porcentaje mayor al 85%.

Estadisticas de America Latina reportan tendencias parecidas a las encontradas en Honduras: En Mexico, especificamente en el Distrito Federal, con una incidencia de 4.8 por 100,000 habitantes mayores de 10 anos, se observo un franco predominio del sexo masculino (4:1)

y con un 65% menores de 35 años⁽¹⁵⁾. Venezuela con una tasa de suicidio de 4.3 por 100,000 habitantes, con una razon favorable al sexo masculino de 3.99 afectando en su mayoria a varones entre 20 a 24 años y a mujeres entre 15 y 19 años⁽¹⁶⁾. En Venezuela Rendon encuentra que el suicidio es la segunda causa de muerte en los adolescentes, con una tasa general de suicidio de 4.7 por 100,000, con predominio de los hombres en una proporcion de 7.4/2.0⁽¹⁷⁾. Costa Rica presenta mayor incidencia de suicidio en varones y en las edades comprendidas entre 20 y 39 años⁽¹⁸⁾.

Hay coincidencia en las estadísticas mundiales que el suicidio afecta en mayor proporción al sexo masculino; pero en lo referente a la edad, hay grandes diferencias, ya que en los países desarrollados se encuentran tasas de suicidios hasta de 40 por 100,000 personas mayores de 65 años⁽⁴⁾ y en los países latinoamericanos incluyendo Honduras, la mayor incidencia es en los jóvenes. Parte de la explicación de este fenómeno podría ser que la población latinoamericana es fundamentalmente joven y la expectativa de vida en general no es mayor de 65 años. Aparte de lo anterior tendríamos que admitir también la problemática social y económica que abate a estos países, especialmente el desempleo, desintegración familiar, alcoholismo y fármaco dependencia, que incide con mayor peso en los jóvenes, generando una desesperanza que quizá no encontremos en la pequeña población de tercera edad que tenemos, porque todavía en nuestros países ellos siguen siendo parte del núcleo familiar.

En relación a los meses del año y departamentos del país en que fue más frecuente el suicidio no encontramos factores específicos que lo expliquen: esperábamos mayor incidencia del suicidio en los meses de abril y diciembre por el aumento en el consumo de alcohol en las celebraciones de semana santa, navidad y año nuevo y más aún en el fin de año, por las movilizaciones afectivas típicas de esa época. Diciembre y Abril ocuparon el cuarto y noveno lugar respectivamente. Esperábamos que Francisco Morazán ocupara los primeros lugares, como así sucedió, debido a varias razones: la presencia en la capital de la República de una población fundamentalmente marginal que vive en la miseria, constituida por personas que emigran del campo; y por otro lado, la mayor probabilidad de que la información de estos casos lleguen con más facilidad a los centros judiciales y policíacos.

El ahorcamiento como método principal de suicidio coincide con lo encontrado por Arita y Barahona quienes Honduras. El envenenamiento y el ahorcamiento ocuparon el primer lugar en nuestro estudio. En todos los estudios disponibles hasta el momento en el país, incluyendo el nuestro, se encontraron los siguientes métodos de suicidio: ahorcamiento, envenenamiento, arma de fuego, lanzamiento al vacío y arma blanca. Esta última forma no aparece en el estudio Barahona. En el resto de países de América Latina los métodos usados por los suicidas son similares (Nucette-Rios, E., 1983; García de Alba, J. E. y col., 1981; Rendon Aponte, R., 1983; Saltijeral, M., Terroba, G., 1987).

BIBLIOGRAFIA

1. Reyes-Ticas, A.: Algunos aspectos de la Psiquiatría Folklorica Hondureña. Revista Medica Hondureña. Vol. 52,41-45.
2. Galeano, E.: Las venas abiertas de América Latina. Editorial Siglo XXI, España. Pag. 21.
3. Gonzalez, R. XIX Conferencia Sanitaria Panamericana, Washington.
4. Kaplan, H., Sadock, B.: Urgencias psiquiátricas. Compendio de Psiquiatría, II Edición, Editorial Salvat. España. 592-612.
5. Ballus Pascual, C. y col.: El problema del suicidio. Las Depresiones en la Clínica Cotidiana. PTD de España. 103-110.
6. Espinoza, D.: Homicidio-suicidio. Revista Medica Hondureña, 44 (4), 221-229.
7. Meza, M.: Tentativa de suicidio y alcoholismo. Revista Medica Hondureña. 50⁽³⁾, 157-160.
8. Palencia, M.: Intento suicida como emergencia médico-psiquiátrica en el Hospital Escuela y Hospital Psiquiátrico "Dr. Mario Mendoza" (11 de Noviembre de 1988 al 1 de Marzo de 1989). Tesis. Honduras.
9. Amador, S., Mayen, S.: Incidencia de suicidio e intersuicidio en el Hospital Escuela, el Departamento Psiquiátrico "Dr. Mario Mendoza" y en el Instituto Hondureño de Seguridad Social

- (del 15 de noviembre de 1986 al 15 de enero de 1987J. Tesis. Honduras.
10. Arita, R.: Medios de suicidio. Tesis. Honduras.
 11. Barahona, A.: Autopsia psicosocial del suicida (Enero a Junio de 1988). Tesis. Honduras.
 12. Reyes-Ticas, A.: Suicidio y Depresion. Las Depresiones en la Practica Médica. PTD de Honduras. 19-26.
 13. Giner, J., Leal, C: Conducta suicida. Psiquiatria, Tomo II, Ediciones Toray, Espafra. 1120-1130.
 14. Brambilia, J. de J., Patron, S.: La prevalencia de los gestos suicidas en la ciudad de Guadalajara durante 1975. Salud Publica de Mexico, 19 (6), 851-866.
 15. Jimenez, R., Rico, F.: El suicidio en Mexico. Enfoque epidemiologico. Salud Publica de Mexico. 20 (1), 59-70.
 16. Nucette-Rios, E.: Aspectos medico-legales de los actos suicidas en Venezuela. ArchivosVenezolanos de psiquiatria y Neurologia, 29⁽⁶⁾, 19-32.
 17. Rendon Aponte, R.: El suicidio en el adolescente. Factores epidemiologicos y etiol6gicos. Archivos venezolanos de Psiquiatria y Neurologia, 29^{(6>}, 9-17.
 18. Vargas, E.: Aspectos medico-legales: El suicidio en Costa Rica. Acta Medica Costarricense, 11⁽⁶⁾, 117-126.1
 19. Garcia de Alba, J. y col.: Algunos aspectos del suicidio en Guadalajara. Salud Publica de Mexico, 23 (3), 245-257.
 20. Rend6n Aponte, R.: Las muertes violentas. Aspectos epidemiologicos. Archivos venezolanos de Psicologia y Neurologia, 33^m, 41-49.
 21. Saltijeral, M., Terroba, G.: Epidemiologi'a del suicidio en la decada de 1971 a 1980 en Mexico. Salud Publica de Mexico, 29. 345-360.

Cancer Cervico-Uterino en Prolapsos

Dr. Oscar R. Flores Funes, Dr. Jose A. Cdrcamo***

RESUMEN

La asociacion de cancer cervico-uterino con prolapsos es rara. En los hospitales Escuela y del Instituto Hondureño de Seguridad Social se presentaron cinco casos en un periodo de cinco años, con cuatro en el Hospital-Escuela y uno en el IHSS.

La revision incluye los años 1983 a 1987, fue en este ultimo año cuando se trató el caso del IHSS. Predominaron los estadios IIA con tres casos, en III A se presento uno y el otro fue IB.

Solamente la paciente del IHSS fue tratada con histerectomia vaginal convencional y Radioterapia, en las otras se realizo una operation de Schauta con colpectomia parcial, sin linfadenectomia, pero con Radioterapia complementaria.

Tres pacientes se mantienen en control, dos en el Hospital-Escuela y la del IHSS. Una se perdio del control a los tres años, sin datos de actividad tumoral. Otra con aparentes datos de persistencia tumoral acudio al hospital por ultima vez al tercer mes de haber finalizado su tratamiento.

Las tres pacientes que se mantienen en control, asintomáticas y libres de enfermedad, tienen periodos de observación que varían de cuatro años (la paciente del IHSS), a siete y ocho años las otras dos del Hospital-Escuela.

Este es el primer informe de la asociacion de cancer cervico-uterino y prolapso en pacientes hondureños.

SUMMARY

The cervico-uterine cancer in prolapses is rare. We retrospectively analyzed the outcome of 5 patients who received their primary treatment at the Hospital Escuela and I.H.S.S., between 1983 and 1987.

There was predominance of states IIA with three cases, one in state IIIA and one state IB. All patients were treated surgically, 4 Schauta operation with partial colpectomy and one vaginal hysterectomy. The complementary. The complementary Radiotherapy was thought to have been accomplished in all 5 patients.

3 patients under control are free of disease for a period of four, seven and eight years. This is the first publication in Honduras of the association of cervico-uterine cancer and prolapse.

Oncólogo Quirúrgico. Profesor de Pre y Postgrado del Departamento de Gineco-Obstetricia, Facultad de Ciencias Médicas. Oncólogo Quirúrgico del IHSS. Gineco-Obstetrica del Instituto Hondureño de Seguridad Social.

INTRODUCCION

La asociacion entre cancer cervico-uterino y prolapso es rara, y hasta donde hemos investigado no existe ninguna publicacion relacionada con el tema en Honduras.

Tradicionalmente se ha considerado que el prolapso protege al utero para la aparicion del cancer, esto talvez explica, en parte, que en nuestro pals la incidencia del cancer cervico-uterino en este tipo de pacientes sea muy baja, aunque sean tan frecuentes los diagnosticos de prolapso y canceres cervico-uterinos, como entidades separadas.

Es evidente que deben haber existido casos de cancer y prolapso antes de 1983, como tambien sabemos que se ha presentado por lo menos uno despues de 1987, sin embargo desconocemos que paso antes del periodo citado, y el caso mencionado, en apariencia fue enviado al Hospital General San Felipe, (ver fotografia No. 2).

La operacdn de Schauta con colpectomia parcial o total mas linfadenectomia pel vica extraperitoneal es utilizada como un tratamiento ideal en este tipo de pacientes. Nosotros utilizamos la cirugia tipo Schauta con colpectomia parcial y radioterapia complementaria como el manejo deeleccion en nuestras pacientes, porque creemos que la radioterapia da un mayor margen de seguridad para los ganglios pelvicos, para el tejido que no se puede resear a traves de la linfadenectomia extraperitoneal y para los parametrios en sus tercios distales; ademas consideramos con un riesgo menor a la radioterapia tomando en cuenta que casi todas las pacientes se encuentran en la septima y octava decada de la vida.

MATERIAL Y METODOS

Revisamos los casos con diagnostico histopatologico de cancer cervico-uterino asociados clinicamente a prolapsos (ver fotografias 1, 2 y 3), atendidos en los departamentos de Gineco-Obstetricia del Bloque Materno Infantil del Hospital-Escuela y el Instituto Hondureno de Seguridad Social, en un periodo de cinco anos, desde marzo de 1983 a diciembre de 1987.

En total son cinco casos que se distribuyeron de acuerdo al cuadro numero 1.

CUADRO 1.- Distribución de los casos

AÑOS	No. DE CASOS
1983	2
1984	2
1985	0
1986	0
1987	1

TOTAL 5

Con extrafieza vimos una paciente que se presento antes de la septima decada de la vida, con 44 anos, dos se distribuyeron entre los 60 a 70 anos, y dos mas en la octava decada. En el cuadro mimero dos podemos ver la distribucion por grupos de edad.

CUADRO 2.- Distribucidn por grupos de edad

AÑOS	No. DE CASOS
40-50	1
51-50	0
61-70	2
71-80	2

TOTAL 5

Tanto la evolucion del prolapso como la del cancer fueron prolongadas, retardando la asistencia medica. Esta evolucion vario en periodos de tres a dieciocho anos como puede verse en el cuadro mimero tres.

CUADRO 3.- Evolución del prolapso

TIEMPO EN AÑOS	No. DE CASO
18	1
8	1
5	1
3	1
DESCONOCIDA	1

TOTAL

El cuadro numero cuatro presenta la evolucion del cancer.

CUADRO 4.- Evolución del Cáncer	
TIEMPO EN AÑOS	No. DE CASOS
8	1
5	1
3	1
1	1
DESCONOCIDA	1
TOTAL	5

Los estadios clinicos fueron tambien un reflejo de la larga evolucion del padecimiento. Estos estadios clinicos se pueden observar en el cuadro numero cinco.

CUADRO 5.- Estadío clínico del Cáncer	
ESTADIOS CLINICOS	No. DE CASOS
IB	1
IIA	3
IIIA	1
TOTAL	5
RESULTADOS	

Se realizo una histerectomia vaginal convencional en el caso del IHSS, con cancer IB, porque era un IB oculto. Las otras cuatro pacientes fueron tratadas con histerectomia vaginal tipo Schauta con colpectomia parcial mas Radioterapia postoperatoria. En el cuadro numero seis resumimos el tratamiento.

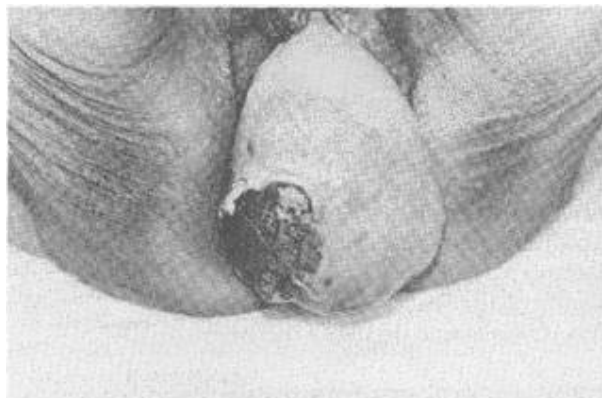
CUADRO 6.- Tipo de tratamiento realizado	
TIPO DE TRATAMIENTO	No. DE CASOS
Histerectomía Tipo Schauta+Colpectomía parcial+Radioterapia	4
Histerectomía vaginal + Radioterapia	1
TOTAL	5



Fotografía No. 1.- Prolapso total con cáncer cérvico-uterino en estadio clínico II A.



Fotografía No. 2.- (Caso No. 6): Visto en el Hospital Escuela con cáncer cérvico-uterino y prolapso total. Estadío clínico III B por lo que se envió a radioterapia paliativa.



Fotografía No. 3.- Prolapso total con cáncer cérvico-uterino en estadio clínico II A.

Hubo una seccion de ureteres con reimplante, complicacion que se descubrio en ese momento y que evoluciono sin problemas. Fue la unica complicacion por el procedimiento quirurgico, en uno de los casos en que se realizo la cirugia tipo Schauta.

De las cinco pacientes se perdieron dos, en una su ultimo control se realizo a los 3 meses, fue vista por un Radioterapeuta en el Hospital General San Felipe quien considero que habian datos de actividad tumoral. La otra se perdio despues de tres anos de observation, sin datos de enfermedad.

Las que se mantienen en control son: una del IHSS y dos del Hospital-Escuela.

La del IHSS a cuatro anos de su post opera tori o esta asintomatica y libre de enfermedad, las otras dos estan libres de actividad tumoral en perfodos de observation de siete y ocho anos.

DISCUSION

La asociacion entre cancer cervico-uterino y prolapso es muy rara. Stone y Mansell reportaron 6 casos en una serie de 940 prolapsos, Smith y colaboradores solo uno en 683 prolapsos, Graham y colaboradores en el Instituto Roswell Park 13 en 2595.

En Yugoslavia, en una serie de 591 casos solo encontraron 1 cancer in situ y otro microinvasor; Diaz Duran 1 en 1514 en Guatemala ^(1,2).

El Salvador tiene la incidencia mas alta del mundo de cancer cervical asociado con prolapso total, representando el 19% de todos los casos ⁽³⁾.

La ciudad de Cali, en Colombia, es una de las ciudades que tiene una de las mas alias tasas de incidencia de cancer cervico-uterino, y alli se ha observado que las neoplasias intraepitiliales cervicales se presentan con igual frecuencia, 9%, en mujeres con prolapso o sin el; tambien se ha observado que no hay aumento en la prevalencia en relacion con edad, estado socioeconomico bajo o numero de embarazos ⁽⁴⁾.

La tendencia para que se presente el cancer cervico-uterino en prolapso es mas grande cuando el prolapso ha estado presente por diez o mas anos ⁽⁵⁾.

Aunque se ha considerado que el prolapso protege a la mujer contra el desarrollo del cancer, se ha observado que esto no ocurre en El Salvador ⁽¹⁾.

Algunos autores creen que la baja incidencia de cancer en la poblacion judia, lo mismo que las que tienen prolapsos, se explica por que son infrecuentes las infecciones con herpes virus tipo 2, registradas por los pobres titulos de anticuerpos a este virus ⁽⁶⁾.

En nuestro pais, por cualquier causa que sea, la incidencia de cancer cervico-uterino en prolapsos es muy rara, aün cuando el cancer cervico-uterino es el mas frecuente de todos representando el 53% de los canceres en las mujeres, y los prolapsos son tan frecuentes que en los cinco anos de nuestra revision ocurrieron 468 en el Hospital-Escuela (4 casos en 468 prolapsos) ^{UfiK}

En el tratamiento del cancer cervico-uterino y prolapsos la tecnica utilizada por muchos autores es la operation radical de Schauta, mas linfadenectomia bilateral extraperitoneal (con variantes de Mitra y Navratil); la colpectomia puede ser parcial o total, y la linfadenectomia se hace como un segundo tiempo operatorio ⁽⁹⁾.

Esta cirugia tiene grandes ventajas como una baja mortalidad y morbilidad, amplia extirpacion de parametrios y vagina, menor riesgo quirurgico para pacientes obesas, de mucha edad, cardiopatas, etc. Ademas casi todos los autores senalan 0% de frecuencia de fistulas urinarias ⁽¹⁰⁾.

Las principales desventajas son: que no extirpa los ganglios pelvicos ni el tejido celular regional, la dificultad tecnica y la menor aplicacion por el bajo numero de casos ^(3,9,10). Por esto hay quienes han agregado la linfadenectomia extraperitoneal como parte del tratamiento quirurgico, nosotros preferimos agregar la radioterapia porque consideramos que da un margen de seguridad mayor tanto para ganglios pelvicos como para el tejido parametrial y graso.

CONCLUSIONES

1o.- La asociacion entre cancer cervico-uterino y prolapso es muy rara en nuestro medio, aunque ambas entidades independientes son muy frecuentes.

- 20.- Consideramos la operacion de Schauta sin linfadenectomia pero con radioterapia complementaria como la alternativa de tratamiento en estas pacientes.
- 30.- La Radioterapia postoperatoria es un método todo eficaz de tratamiento complementario con menor riesgo que la linfadenectomia extraperitoneal y con mayores márgenes de seguridad.
- 40.- Dado lo infrecuente de la asociación entre cancer cervico-uterino y prolapso, el número de casos que publicamos es pequeño, pero tenemos buenos resultados en morbilidad como en sobrevida, y sin mortalidad atribuible al tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Infante Diaz, S. Cancer en El Salvador. 17:251:1964.
- 2.- Posttruznik S., Mimica I. Is uterine excision indicated in uterine prolapse? Zentralbl Gynakol 1977;99:419.
- 3.- Diaz Bazan, N. Histerectomia Radical vaginal (Operacion de Schauta) en cancer y prolapso. Archivos del Colegio Medico de El Salvador. 21:156:1968.
- 4.- Duque E-, Cuello C, Aristizabal N., Haenszel W., Bolero S., Correa P. Premalignant lesions of the cervix in women of Cali, Colombia. J. Natl cancer Inst. 1979;63:953.
- 5.- Del Regato, J., Spjut J. H. Ackerman and del Regato's cancer. Diagnosis, treatment and prognosis. Quinta edición. The C. V. Mosby company. St Louis 17:763:1977.
- 6.- Monczer J. Leventon-Kriss S., Modan M., Oelsner G., Gerichter C. B. Anti bodies to Herpes simplex virus Jewish women of Israel. J Natl Cancer Inst 1975:55:3.
- 7.- Trochez Zelaya, J. G. Carrasco PeYez, R. N. Cancer en Honduras durante 1980-1984. TESIS. 1987.
- 8.- Departamento de Archivos y Estadística del Hospital-Escuela: 1983-1987.
- 9.- Diaz Bazan, N. Histerectomias por tumores malignos del utero. Cirugia Radical y Cirugia Convencional. Analisis de 201 casos. Archivos del Colegio Medico de El Salvador. 15:2:1962.
- 10.- Diaz Bazan, N. "Cervical carcinoma with procidentia in El Salvador. Report of 10 cases with review of the literature. J. Obstet Gynecol 1964;23:281, _

Brucelosis

Dr. / . Angel Sanchez *, Br. Julio Redaelli, Br. Kent Novello, Licda. Silvia Salgado, Dra. Ingrid Urbina y Dra. Rosbinda Figueroa.

INTRODUCCION

La Brucelosis es una zoonosis, que es transmitida directa o indirectamente al hombre a partir de reservorios animales y es considerada como una enfermedad ocupacional. Se presenta clínicamente en forma diversa en el ser humano. Su distribución es de carácter mundial predominando en el área mediterránea de Europa y en el Medio Oriente^(M).

En Honduras no ha habido reportes científicos de casos en humanos, pero según el Ministerio de Salud Pública (MSP), la frecuencia es de un caso anual, no habiéndose reportado casos en 1992⁽⁵⁾.

La enfermedad se adquiere a través de soluciones de continuidad de la piel y mucosas al ponerse en contacto con la bacteria, que es un coccobacilo aerobio estricto, Gram negativo difícil de cultivar en medios de uso rutinario, creciendo lentamente en medios especiales.

En la actualidad se conocen 6 especies del género *Brucella*, cuatro de las cuales son las que producen enfermedad en el hombre (*B. Melitensis*, *B. Suis*, *B. abortus*, y *B. canis*)⁽⁶⁾. *B. melitensis* causa enfermedad en cabras y *B. abortus* en ganado vacuno.

La investigación en el área de la Brucelosis ha tendido al diagnóstico serológico y al control de la enfermedad en animales y a la determinación de los agentes quimioterapéuticos más eficaces en el humano^(7,9).

Con la intención de documentar la Brucelosis en humanos e investigar la prevalencia de anticuerpos en humanos y animales, a continuación describimos un caso clínico y el resultado de una prueba serológica realizada en humanos, ganado vacuno y caprino en, Alianza, Valle.

MATERIAL Y METODO

CASO CLINICO;

VTC mujer de 52 años de Altos de Jesús, Alianza, Valle, que fue admitida al Hospital Militar el 25/2/93 por fiebre y pérdida de peso, el 3/2/93 la paciente había iniciado fiebre continua que persistía hasta la fecha del ingreso, durante los 7 días previos al mismo había sido tratada con Gentamicina por supuesta infección del tracto urinario por *E. agglomerans* sin obtener remisión de la fiebre.

Al momento del ingreso estaba en buen estado general, pálida PA:100/70 mm/Hg, FO84X', FR:16X', T:37.8C, Peso 121 Lbs, Talla 1.49 M. Al examen físico y neurológico no se identificó ningún foco infeccioso ni alteraciones patológicas.

Exámenes del laboratorio realizados el día de su ingreso reportaron: Hematocrito de 40V%, Hemoglobina 13 g/dL, Globulos Blancos 4350 células por dL, Neutrófilos 70%, Linfocitos 30%, glicemia 121 mg/dL, Urea 20 mg/dL, TSGO 36 UI, TSGP 38 UI, Fosfatasa Alcalina 150 UI, Hematozoario negativo, RX de tórax normal.

Profesor de la Facultad de Medicina, UNAH, Internista Hematología y Oncología del Hospital Militar de Tegucigalpa.

Ya que el urocultivo habia sido reportado positivo por E. aglomerans se inicio Trimetoprin-Sulfametaxazole despues de haberse tornado multiples cultivos.

En la figura No. 1 se observa el patron de la temperatura de la paciente durante su permanencia en el hospital. Dos dias despues de su ingreso se obtuvo el titulo de 1:320 de anticuerpos contra Brucela, un ultrasonido hepatico fue reportado como normal, ese di'a se omitio la sulfa y se inicio Tetraciclina 500 mg VO cada 6 horas y Gentamicina 80 mgs IV cada 8 horas. Se documento entonces la ingesta de leche cruda y queso de cabra, ademas de la cria y el procesamiento de los derivados de la leche de cabras era el modus vivendi de la paciente.

Figura N. 1

Curva termica de la paciente durante 6 dias de hospitalizacion.
NGtese que existe una tendencia de la curva a ser de tipo ondulante.



El 3 de marzo en el hemocultivo se identificó B. abortus ese día se omitió la Gentamicina y se inició Estreptomycin un gramo IM día, dándose de alta con este tratamiento hasta completar 6 semanas con Tetraciclina y 15 días con Estreptomycin sin embargo la paciente continuó presentando fiebre hasta 8 días después de su egreso.

En la actualidad 3 meses después, la paciente se encuentra clínicamente curada, con título de anticuerpos contra Brucela de 1:80.

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE ANTICUERPOS.

En vista a la documentación de este caso, nosotros con la colaboración del Proyecto de Sanidad Animal (PSA),

nos desplazamos hacia la comunidad de Altos de Jesús, municipio de Alianza, Valle, donde tomamos muestras de sangre venosa de 5 ml a 25 voluntarios humanos, 8 vacas y 48 cabras.

Las muestras fueron transportadas en una nevera con hielo siendo procesadas en el laboratorio de PSA con el método de rutina empleado por ellos para la determinación de anticuerpos en el suero de las muestras obtenidas.

Para la determinación de anticuerpos contra Brucela en la paciente se empleó la técnica de título de aglutinación de Brucela⁽¹⁰⁾.

RESULTADOS

El título de anticuerpos inicial en la paciente fue de 1:320, el Hemocultivo fue sembrado en Agar sangre, en una atmósfera de CO₂ al 5%, a 37 grados Centígrados durante una semana, la bacteria que creció fue identificada mediante la aplicación de pruebas bioquímicas que incluyeron la producción de SH₂ y Ureasa, concluyéndose que se trataba de B. abortus.

La comunidad de Altos de Jesús consta de aproximadamente 40 casas, distribuidas en una área geográfica de 2 Kms. cuadrados, su clima es seco y las lluvias escasas, la población se dedica casi exclusivamente a la cría y comercialización de ganado caprino y vacuno, con cierta actividad en el área de la agricultura.

Se tomaron muestras sanguíneas a 25 voluntarios sanos, correspondientes a 19 viviendas, 16 mujeres y 9 hombres, con un rango de edad de los 12 a los 64 años con un promedio de 24 años. Ninguno de los voluntarios resultó positivo por la prueba.

Se sangró a 8 vacas y 48 cabras adultas, todos los animales estaban aparentemente sanos. En ninguno de los animales pudimos demostrar anticuerpos contra el género Brucela.

Se identificó la casa de nuestra paciente y se tomaron muestras a sus familiares así como de cabras y vacas de su propiedad cuyos resultados se incluyeron en el resultado general.

DISCUSION

La Brucelosis es una enfermedad poco frecuente que en nuestro medio no ha sido estudiada en el ser humano, este es el primer caso documentado publicado hasta la actualidad.

Las características dinicas de la paciente son las reportadas en la literatura internacional, básicamente fiebre, anorexia y pérdida de pesoⁿⁱ⁾. La fiebre descrita como ondulante es menos frecuente en la actualidad debido al diagnóstico y tratamiento tempranos.

El título de 1:320 es considerado como diagnóstico de Brucelosis, hecho este ratificado por el hemocultivo positivo

La respuesta terapéutica fue la esperada a las drogas utilizadas, pues se ha descrito que la curva térmica elevada puede persistir después de una semana de haberse iniciado el tratamiento

La terapia de elección actual continúa siendo la combinación de Estreptomicina con tetraciclinaⁿ⁴⁾, la razón por lo que no se inició desde el comienzo Estreptomicina fue porque no disponíamos de ese fármaco, sin embargo estudios recientes demuestran que la combinación Rifampicina con Doxiciclina es igualmente efectiva y probablemente menos tóxica^{15>}. Nosotros no apreciamos ningún efecto secundario con el tratamiento establecido y la respuesta al mismo fue satisfactoria.

Hasta la actualidad no existe experiencia con Cefalosporinas y las Quinolonas son efectivas pero las recurrencias son frecuentes por lo que su uso no se recomienda^(16~20).

El medio de contagio de nuestra paciente parece ser el contacto con la leche y sus derivados, sin embargo esto no queda del todo claro ya que *B. abortus* es una infección más del ganado vacuno que del caprino y la paciente estaba más en contacto con ganado caprino que vacuno. Las pruebas serológicas tanto en animales como en humanos todas resultaron ser negativas. El por que no encontramos pruebas positivas podría indicar que la prevalencia de la enfermedad es baja, que la prueba sea muy poco sensitiva para detectar anticuerpos contra *Brucella* en períodos libres de manifestaciones dinicas o que la elevación de anticuerpos sea únicamente

transitoria al ocurrir la infección o la enfermedad tanto en animales como en humanos como se demuestra en la caída del título de anticuerpos en la paciente.

Para nosotros los resultados de las pruebas serológicas fueron inesperadas ya que pensábamos que obtendríamos una prevalencia importante de anticuerpos contra *Brucella* tanto en seres humanos como en animales del área estudiada.

En conclusión este es el primer caso de Brucelosis reportada en nuestra literatura y la prevalencia de anticuerpos contra *Brucella* en seres humanos y animales en la comunidad de Altos de Jesús parece ser muy baja. Sin embargo otros estudios con métodos diferentes están indicados en esta población específica.

El médico debe tener en cuenta la posibilidad del diagnóstico de Brucelosis en pacientes con fiebre que estén en contacto con ganado caprino o vacuno y que al iniciar tratamiento la fiebre puede persistir por un espacio de tiempo sin que esto signifique fracaso terapéutico.

AGRADECIMIENTO

Agradezco al Personal del PSA, por su colaboración en la toma y procesamiento de muestras sanguíneas, Al Hospital Militar, Gral Luis A. Discua por su apoyo en la investigación realizada.

BIBLIOGRAFIA

1. Ibrahim A, Awad R, Shetty S, et al. Genito-urinary complication of Brucellosis. *British Journal of Urology*. 61 (40):294-298,1988.
2. Khan MS, Humayoon M, and Al Manee M. Epididymo-orchitis and Brucellosis. *British Journal of Urology*. 63(41):87-89,1989.
3. Dhar R, Dhar P, and Gafoor M. Recurrent epidermal cyst infection caused by *Brucella melitensis* in a diabetic patient. *Journal of Clinical Microbiology*. 26(5):1040-1041,1988.
4. Matyas Z, and Fujikura T. Brucellosis as a world problem. *Der Biol Stand* 56:3-20,1984.

5. Libro de codificación de enfermedades, Vol. 1, 1991-92. Sección de estadística del Ministerio de Salud Pública.
6. Alvarez MV, Boquet E y De Fez ML. Manual de técnicas en microbiología clínica. II edición. Editorial Gari, Madrid, 1990, pag 59-61.
7. Pellicer T, Ariza J, Foz A, et al. Specific antibodies detected during relapse of human Brucellosis. *The Journal Infectious diseases*. 157(5): 918-924, 1988.
8. Gazapo E, Gonzalez J, Subiza JL, et al. Changes in IgM and IgG antibody concentrations in Brucellosis over time, importance for diagnosis and follow-up. *The Journal of infectious diseases*. 159(2): 219-225, 1989.
9. Cherwonogrodzky J, and Nielsen K, Brucella abortus 1119-3-0-chain polysaccharide to differentiate sera from B. abortus S-19-vaccinated and field-strain-infected cattle by agar gel immunodiffusion. *Journal of Clinical Microbiology*. 26(6):11120-1123, 1988.
10. Gotuzzo E, Carrillo C, Guerra J, Llosa L. An evaluation of diagnostic methods for Brucellosis. The value of bone marrow culture. *The Journal of Infectious diseases*. 153(1): 122-5, 1986.
11. Donald K, and Petersdorf RG. Brucellosis. In *Harrison's Principles of Internal Medicine*. Braunwald E, Isselbacher KJ, Petersdorf RG, Wilson JD, Martin JB, and Fauci AS, Editors, McGraw-Hill book company, New York, Edition II, pp 610-613.
12. Drutz JE. Brucellosis of the central nervous system. *Clinical Pediatrics*. 28(10): 476-478, 1989.
13. Ariza J, Servitje O, Pallars R, et al. Characteristic cutaneous lesions in patients with Brucellosis. *Archives of Dermatology*. 125:380-383, 1989.
14. Ariza J, Gudiol F, Pallars R, et al. Comparative trial of Co-Trimoxazole versus tetracycline-Streptomycin in treating human Brucellosis. *The Journal of Infectious Diseases*. 156(6): 1358-1359, 1985.
15. Lang R, Raz R, Sacks T, et al. Failure of prolonged treatment with Ciprofloxacin in acute infections due to Brucella melitensis. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. 26(6): 841-846, 1990.
16. Al-Sibai M, Halim M, El-Sacker M et al. Efficacy of Ciprofloxacin for treatment of Brucella melitensis infections. *Antimicrobial Agents Chemotherapy*. 36(52): 150-152, 1992.
- V7. Garcia-Rodriguez JA, Garcia JE, and Trujillano I. Lack of effective bactericidal activity of new quinolones against Brucella spp. *Antimicrobial Agents Chemotherapy*. 35(4): 756-759, 1991.
18. Hussain Q, Akhtar M, Ueno Y, et al. Susceptibility of Brucella melitensis to fluoroquinolones. *Drugs Exp Clin Res*. 15(10): 483-485, 1989.
19. Al-Sibai M, and Qadri S. Development of Ciprofloxacin resistance in Brucella melitensis. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. 25(2): 302-303, 1990.
20. Qadri S, and Ueno Y, Susceptibility of Brucella melitensis to the new Fluoro-quinolone CI-960. *Drug Investigation*, 3(5): 365-367, 1991.

CONTENIDO

I.- EDITORIAL

<i>La Propiedad Intelectual y los Derechos de Autor</i>	<i>77</i>
---	-----------

II.- TRABAJOS CIENTÍFICOS ORIGINALES

1.- Estudio Clínico Retrospectivo de Tuberculosis y SIDA en el Instituto Nacional del Torax, Tegucigalpa, Honduras <i>Dr. Denis Padgett-Moncada, Dm. Elsa Palou.....</i>	<i>78</i>
2.- Evaluation de las Lesiones Precancerosas del Cervix Uterino. Uso de la Crioterapia o el Cono <i>Dr. Enrique Samayoa.....,</i>	<i>84</i>
3.- Riesgo Reproductivo: Una estrategia para fortalecer los servicios de Planificación Familiar <i>Dr. Josi Ruben Lopez Canutes, Dr. Jose Arnulfo Cdramo Mejia</i>	<i>91</i>
4.- El Suicidio en Honduras <i>Dr. J. Americo Reyes T., Lic. Ruth Espinoza.....</i>	<i>98</i>

III.- MISCELANEAS

1.- Cancer Cervico-Uterino en Prolapsos <i>Dr. Oscar R. Flores Funes, Dr. Jose A. Cdramo</i>	<i>104</i>
2.- Brucelosis <i>Dr. J. Angel Sanchez, Br. Julio Redaelli, Br. Kent Novello, Licda. Silvia Salgado, Dra. Ingrid Urbina, Dm. Rosbinda Figueroa.....,</i>	<i>109</i>