

# ANTIOQUIA MEDICA

VOLUMEN 10

MEDELLIN, ABRIL DE 1960

Nº 3

Continuación del "BOLETIN CLINICO" y de "ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA"

Tarifa Postal reducida—Licencia Nº 1.896 del Ministerio de Correos y Telégrafos.

Organo de la Facultad de Medicina y de la Academia de Medicina.

Editada en la Imprenta Universidad de Antioquia.

## DIRECTORES:

**Dr. Alfonso Aguirre C.**

Decano de la Facultad

**Dr. Oriol Arango Mejía**

Presidente de la Academia

## REDACTORES:

**Dr. Héctor Abad G.**

**Dr. Marcos Barrientos**

**Dr. Iván Jiménez**

**Dr. Alfredo Correa Henao**

**Dr. César Bravo**

**Dr. Fernando Toro M.**

## ADMINISTRACION:

**Margarita Hernández B.**

"ANTIOQUIA MEDICA" solicita el intercambio con revistas nacionales y extranjeras. Admite y agradece colaboración científica-médica o que se relacione con los intereses de la profesión.

## DIRECCION:

"ANTIOQUIA MEDICA".

Facultad de Medicina de la U. de A.

Medellín — Colombia, S. A.

Apartado 20-38.

"Antioquia Médica" publica 10 números anualmente.

## CIRCULACION:

Cada número consta de 1.600 ejemplares.

Para el país, 960

Para el exterior, 450

# ANTIOQUIA MEDICA

Nº 3

Organismo de la Asociación de Médicos y de la Academia de Medicina  
Tutela Postal recibida—Luzaca 741.828 del Ministerio de Correos y Telégrafos.  
Fundación del "BOLETIN CLINICO" y de "ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA"

## SUMARIO:

### TRABAJOS ORIGINALES

- Doscientos setenta raspados uterinos para Aborto.—**Dr. Gustavo Isaza Mejía** ..... 123
- Atarácicos.—**Dr. Pedro Turó** ..... 133
- Xilocaína vía Intravenosa.—**Dres. Nacienceno Valencia J., Samuel Jiménez y Carlos Vásquez** ..... 141

### ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

- Informe estadístico del movimiento asistencial y los trabajos científicos efectuados durante el año de 1959 en el Hospital Universitario de San Vicente de Paúl ..... 145
- Servicios asistenciales en el Hospital Universitario de San Vicente de Paúl en enero de 1960. .... 151
- Servicios asistenciales en el Hospital Universitario de San Vicente de Paúl en febrero de 1960. .... 152

Para el país, 880  
Cada número consta de 1.600 ejemplares  
"Antioquia Médica" publica 10 números anuales.  
CIRCULACION

"ANTIOQUIA MEDICA"  
Facultad de Medicina de la U. de A.  
Medellín - Colombia S. A.  
Apartado 33-38  
Ejemplar

# ANTIOQUIA MEDICA

ORGANO

DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA.  
DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN.

VOLUMEN 10

MEDELLIN, ABRIL DE 1960

Nº 3

## TRABAJOS ORIGINALES

### DOSCIENTOS SETENTA RASPADOS UTERINOS PARA ABORTO +

DR. GUSTAVO ISAZA MEJIA

Profesor Agregado de Clínica Ginecológica

DR. PEDRO NEL CARDONA C.

Director: Profesor

Analizaremos este informe así:

- 1) Historias Clínicas.
- 2) Hallazgos histológicos en los Abortos.
- 3) Hallazgos histológicos diferentes pero que fueron diagnosticados como Abortos al hacer el raspado.
- 4) Comentarios y recomendaciones.

10.—**Historias Clínicas:** En 100 historias revisadas observamos que la mayoría de las pacientes llegaron al servicio hospitalario cuando ya el aborto era inevitable, es esta la razón por la cual carecen por completo de datos de gran importancia, tales como: Historia familiar, social, condiciones económicas, ambiente en que vive, relaciones con su marido, reacciones caracteriológicas y afectivas, historia sexual, actitud frente a los hijos, evolución de los embarazos, de los partos, posibles causas de los abortos de acuerdo con la opinión de la paciente y en fin muchos otros datos que constituyen una historia de tipo

† "Departamento de Ginecología y Obstetricia". Universidad de Antioquia".



sicológico; ya que en opinión de la mayoría de los autores consultados, el aborto tiene como causas principales las anomalías de huevo y los trastornos emocionales. Algunos sostienen que las causas emocionales superan el 50%.

En los datos encontrados, merece comentarse el del aborto y su relación con el número de partos.

La mayor frecuencia del aborto se presenta en aquellas madres que ya han tenido tres embarazos (16%)— cuatro (10%)— cinco (12%). Nos llamó la atención este dato, y lo consideramos de gran importancia como afirmación del párrafo anterior. Naturalmente es la madre de 3, 4 o 5 hijos la que tiene como quien dice el hastío del embarazo, el terror al parto, y a la responsabilidad de una familia numerosa: es la que aborta más fácilmente.

2o.—Hallazgos Histológicos en los Abortos: (270 preparaciones)

**CUADRO No. 1**

Restos placentarios con vellosidades:	137:	Abortos reales
Reacción decidual solamente:	71:	„ dudosos
Otros diagnósticos:	52:	„ negativos
-----		
Vellosidades normales: (Fig. 1).	64	
„ anormales:	73	
-----		
„ del primer trimestre:	91	
„ segundo trimestre:	30	
„ tercer trimestre:	16	

**CUADRO No. 2**

<b>ESTROMA:</b>		<b>TROFOBLASTO</b>	
Con estroma normal:	64	Langhans normal:	64
„ edema del estroma: (Fig. 2)	33	„ atrófico:	50
„ células de Hofbauer:	63	Sincicio con vacuolas: (Fig. 3)	62
Sin células „ „ :	51	„ sin „ :	52
Capilares normales: :	35	„ con granulaciones: ig. 4)	21
Vellosidades avasculares:	47	„ hiperplástico: (Fig. 2)	18
Paredes vasculares hiperplásicas:	5		
„ „ normales :	115		

**CUADRO No. 3**

**ESPACIOS INTERVELLOSOS:**

Con trombosis:	10
Sin trombosis:	105
Con hemorragias:	62
Sin hemorragias:	58

**INFARTOS:**

**TROFOBLASTO DEGENERATIVO:**

I Grado:	13	I Grado:	21
II .. :	2	II .. :	7
III .. :	1	III .. :	7
IV .. :	27	IV .. :	13
Sin infartos:	62	Trofoblasto normal:	69

**CUADRO No. 4**

Lues: (Fig. 5)	2
Eritroblastosis: (Fig. 6)	10
Mola hidatiforme:	2
Corioepitelioma:	
Embriones: (Figs. 7 y 8)	4
Inflamación aguda: (Fig. 9)	44
"    sub-aguda:	24
"    crónica:	5
Vellosidades necróticas antiguas:	11
Huevos sin embrión: (Fig. 10)	1

---

### 3o.—Hallazgos Histológicos diferentes:

#### CUADRO No. 5

Otros hallazgos: Total: 128, sin vellosidades

Hemorrágica:	21
Vasos dilatados:	23
Reacción decidual solamente: 69	
Con pigmento (hemosiderina): (Fig. 11)	24
Calcificaciones:	1
„ Con reacción de Arias Stella: (signo de embarazo ectópico) (Fig. 12).	7
„ En fase estrogénica:	26
„ Hiperplásico:	5
Endometritis:	3
Adenocarcinoma:	1
Mola hidatiforme:	2

---

### 4o.—Comentarios:

El dato numérico de las anomalías encontradas en las vellosidades coriales no coincide exactamente con los totales enunciados. Esto se debe a que la patología de estos elementos es muy polimorfa. El hecho de encontrar alteraciones en unas vellosidades, no significa en forma alguna, que el diagnóstico deba darse como establecido. En la placenta, con más dificultad que en cualquier otro tejido, el diagnóstico no se hace por hallazgos aislados sino que se requiere un estudio en conjunto, como sucede por ejemplo en los infartos. Es necesario hacer un estudio macroscópico muy minucioso de toda la placenta. En otros términos, uno o más infartos de pequeño calibre, en una placenta de apariencia normal, no significa en forma alguna que exista patología que deba tenerse en cuenta para afirmar un diagnóstico.

El infarto de la placenta tiene sus grados (Cuadro No. 3), desde ligeras formaciones fibrosas (Grado I)— hasta verdadera invasión por el tejido conjuntivo y presencia de hemorragias que ahogan por completo las vellosidades (Grado IV).

#### CUADRO No. 1

El 66% de los abortos corresponde al primer trimestre del embara-



zo; esto lo interpretamos también como una confirmación de la causa emocional; es en esta época precisamente cuando la madre está en peores condiciones para adaptarse a su nuevo estado y reacciona más fácilmente desencadenando el aborto.

#### CUADRO No. 4

Merece comentario el hecho de encontrar tan elevado número de inflamaciones: aguda 44 — sub-aguda 24 y crónica 5 — gran número de ellas acompañadas de vellosidades normales. Nos hace pensar esto en la posibilidad de aborto criminal lo cual nos fué imposible comprobar debido a la falta de datos clínicos.

#### CUADRO No. 5

Ciento veinte y ocho casos (47%) resultaron con diagnóstico diferente al propuesto clínicamente. Presentaron reacción decidual setenta y una preparaciones (30%). En ellas no se encontraron las vellosidades, único elemento que autoriza para confirmar el diagnóstico.

Siete casos presentaron muy claramente el endometrio con glándulas en penacho (Signo de Arias Stella), característico del embarazo ectópico y que se comprobó posteriormente.

Cuarenta y ocho casos, completamente diferentes. El número tan elevado de fallos en el diagnóstico clínico, en parte se debe, a que la mayoría de ellos fueron hechos de urgencia y por un personal auxiliar poco adiestrado y también porque en realidad la comprobación presenta en la práctica muchas dificultades que nos hacen recomendar cautela para no cometer el error de lanzarlo cuando en realidad se trata de otra entidad muy diferente.

### CONCLUSIONES

- 1o — El diagnóstico de la causa del aborto por la histología, es muy difícil debido al polimorfismo de su arquitectura histológica.
- 2o — Debido a la frecuencia del factor sicógeno como productor de Abortos, debe hacerse siempre un estudio muy minucioso en este sentido, el cual sería de gran utilidad para un tratamiento profiláctico posterior.
- 3o — En ausencia de signos macroscópicos evidentes de aborto, no debe afirmarse este diagnóstico sin previo estudio histológico. Una

ligereza en este sentido puede ocasionar graves consecuencias familiares y sociales.

4o — La presencia de inflamación concomitante con vellosidades normales, permite sospechar el aborto criminal.

5o — El diagnóstico de sexo es posible, si se estudia el porcentaje del cromosoma sexual.

6o — La presencia de glándulas endometriales en forma de pechachos (Signo de Arias Stella) autoriza para hacer el diagnóstico de embarazo ectópico.

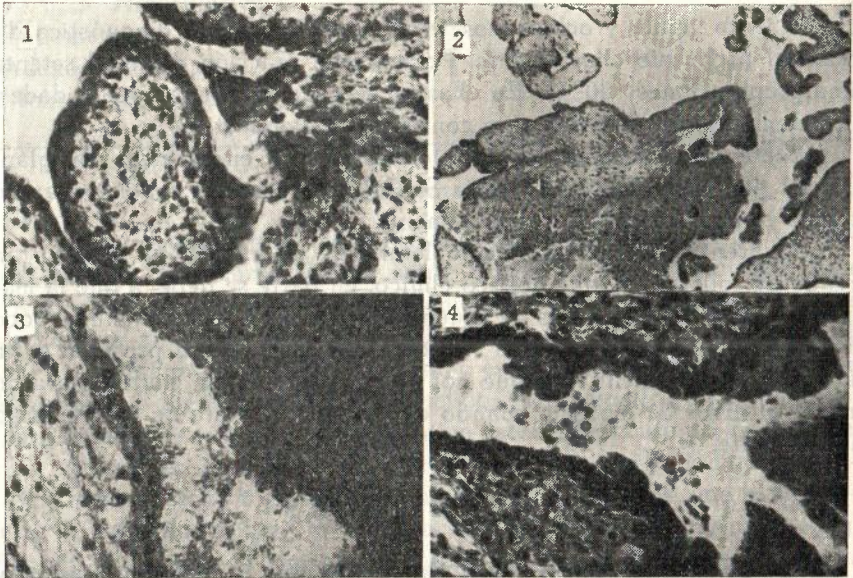


Fig. Nº 1 - Vellosidad normal.

Fig. Nº 2 - Edema del estroma - Hiperplasia corial. Degeneración Micromolar.

Fig. Nº 3 - Vacuolas del Trofoblasto.

Fig. Nº 4 - Granulaciones del Trofoblasto.



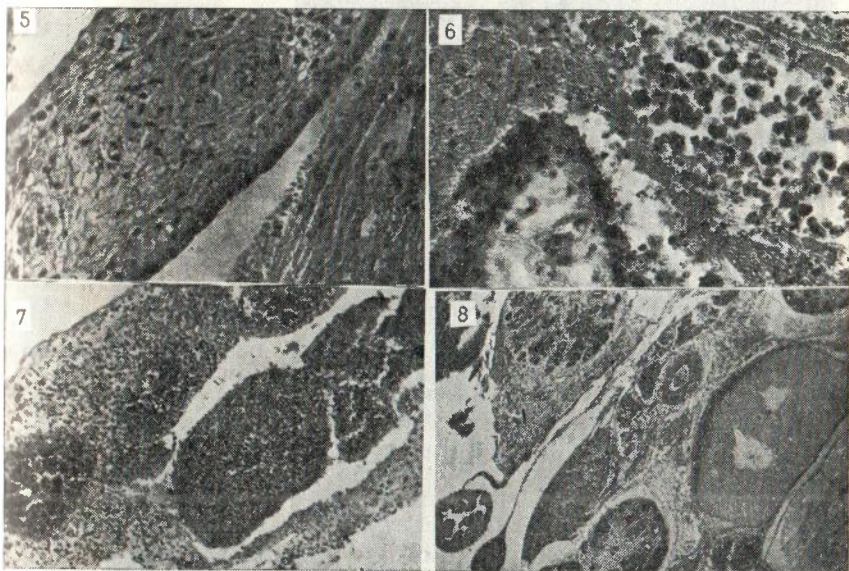


Fig. Nº 5 - Vellosidad fibrosa. Apilares con paredes infiltradas por Infartos. Sífilis?

Fig. Nº 6 - Eritroblastos intra y extra vellositarios. Eritroblastosis.

Fig. Nº 7 - Embrión de 4 milímetros.

Fig. Nº 8 - Embrión de 10 milímetros.

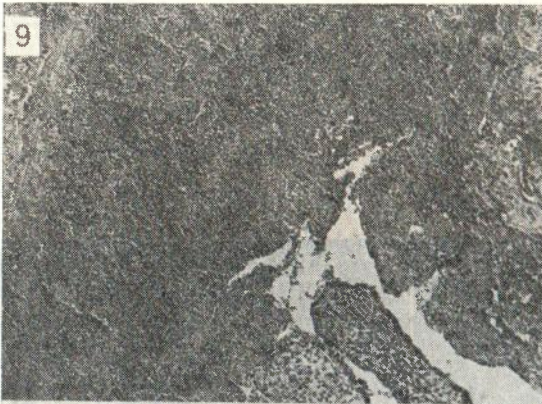


Fig. N° 9 - Inflamación aguda y vellosidades coriales normales. Aborto criminal?.



Fig. N° 10 - Huevo sin embrión.



Fig. N° 11 - Pigmento hemático - hemorragias repetidas y antiguas.



## BIBLIOGRAFIA

- 1) Novak, Gynecological and obstetrical Pathology.
- 2) BOTELLA LUISA JOSÉ: Los huesos óseos.
- 3) G. LEOPARDI — A. ONNI: Guida istomorfologica e istologica della placenta Nell' ideale fetale. Anatomia diagnostica. Padova — 1950.

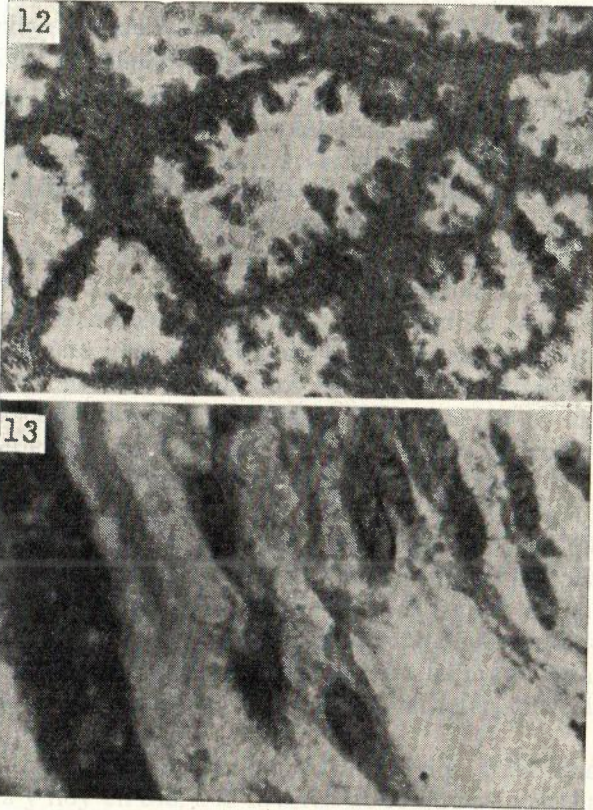


Fig. Nº 12 - Glándulas endometriales en penachos. "Signo de Arias-Stella". Embarazo Ectópico.

Fig. Nº 13 - Cromosoma sexual visible en los núcleos de la vellosidad. S. Femenino.



## BIBLIOGRAFIA

- 1) Novak: Cynecological and obstetrical Pathology.
- 2) BOTELLA LLUSIA JOSE: Los huevos abortivos.
- 3) G. LEOPARDI — A. ONNIS: Quadri istomorfoligici ed istochimici della placenta Nell idrope fetale. Attualità diostetricia e ginecologia — 1956.
- 4) G. BARTOLOMEI — A. ONNIS: La Placenta nella gravidanza Prolungata Attualità di ostetricia e ginecologia — 1957.
- 5) LENNART NILSSON: Hydatidiform Degeneration in Aborted ova — Göteborg — 1957.
- 6) BOTELLA LLUSIA J. — SUAREZ TAMARGO J.: Investigaciones sobre la placenta en el aborto.

## ATARAXICOS

**Dr. Pedro Turó**  
Académico de Número

Si hacemos el recuento de los recursos quimioterápicos utilizados en psiquiatría hace solamente 10 años, debemos reconocer que las perspectivas terapéuticas eran desalentadoras. Al paciente psicótico agudo se le inyectaban, para calmar su excitación, grandes dosis de barbitúricos y opiáceos, cuando no se ocurría al procedimiento inhumano de la inyección intramuscular de trementina. Para calmar la angustia del neurótico no eran mayores las posibilidades y solo se contaba con barbitúricos y derivados de la belladona.

Mientras estábamos sumidos en esta penuria farmacológica, iba en aumento la actividad investigadora de los laboratorios, tal vez estimulada por la pobreza de medios dentro de la clínica psiquiátrica. Así fué como los franceses, después de fracasar en el uso de los derivados sintéticos de la fenotiacina como antimaláricos y tripanosomicidas, descubrieron que algunos de ellos, en especial la Prometacina (Fenergán), tenían propiedades antihistamínicas. Más adelante se hizo patente el efecto potencializador del poder hipnótico de los barbitúricos de que gozan algunos de estos derivados, y Laborit empezó a experimentar con sus mezclas líticas que utilizaban dicha propiedad. De la búsqueda de un compuesto cuyas propiedades potencializadoras fueran mayores, resultó la elaboración de la Clorpromacina (Largactil) a la que se le descubrieron después otras características importantes que veremos más adelante.

Con la Clorpromacina se inició, para la Psiquiatría, una nueva era farmacológica y hoy en día, a la inversa de lo que ocurría hace 10 años, disponemos de una extensa gama de quimioterápicos. Esta abundancia de productos y la todavía mayor abundancia de nombres comerciales, hacen que exista cierta confusión respecto a estos medicamentos. Con esto se justifica la finalidad de este sencillo trabajo de revisión: aclarar un poco las ideas acerca de los ataráxicos y de su uso.

### Nomenclatura

También existe cierta confusión debida al gran número de palabras que se han utilizado para designar el conjunto de estos medica-

mentos. Nos parece, por lo tanto, importante enumerar todos estos nombres y explicar su significado.

**Atarácicos:** La "Ataraxia" era, para los griegos, "la tranquilidad de alma resultante de la medida en el placer, de la armonía en la vida, del egoísmo filosófico que abandona sin remordimientos el mundo a la lucha de las pasiones". Los atarácicos son las drogas que nos permiten gozar de esta tranquilidad.

**Tranquilizantes:** Es un sinónimo del anterior y también, como él, expresa el efecto obtenido a diferencia de las restantes denominaciones que, como veremos, están basadas en el mecanismo fisiológico de acción.

**Gangliopléjicos:** Son las drogas que producen una interrupción sináptica selectiva que se traduce por la falta de transmisión de los estímulos, provenientes de las fibras preganglionares, a las fibras postganglionares. Este nombre se ha abandonado porque se ha comprobado que la clorpromacina y sus similares no poseen esta propiedad y solo deben llamarse así los amonios cuaternarios, la bantine o el pendiomid.

**Neuropléjicos:** La neuroplegia es una "inhibición vegetativa multifocal". Un neuropléjico es pues a la vez simpaticolítico, vagolítico y gangliopléjico. Tampoco podemos adoptar este término porque las drogas de que nos ocupamos son medianamente simpaticolíticas, vagolíticas de manera inconstante y ya hemos visto que no son gangliopléjicas en absoluto.

**Narcobióticos:** La narcobiósis, según Decourt es una acción que se ejerce sobre las células y no sobre la sinapsis. Este autor experimentó con seres unicelulares: bacterias, radículas vegetales y huevos de erizo, obteniendo una disminución de las actividades funcionales de la célula, sin que ello implicara necesariamente la modificación de los intercambios respiratorios; luego se trata de un efecto distinto al de los anestésicos y de los hipnóticos. Este poder narcobiótico lo poseerían los derivados de la Fenotiacina y el Azacyclonol (Frenquel).

**Ortotímicos:** Sarró designa así a los medicamentos capaces de producir la corrección equilibrada de un trastorno mental, sin prejuzgar del sentido y de la naturaleza de la desviación patológica previa.

**Neurolépticos:** En este grupo se incluyen los derivados de la Fenotiacina y los de la Rauwolfia.

Sus características son:

- Crear la indiferencia sin efecto narcótico verdadero.
- Actuar sobre la excitación y la agresividad irreductibles.
- Ser capaces de reducir ciertas psicosis agudas e incluso crónicas.



- Suscitar importantes manifestaciones neurovegetativas y extrapiramidales.
- Tener una acción predominante subcortical.
- Poder neutralizar los efectos psicopatógenos de los “psicomiméticos” (mescalina, ácido lisérgico).

### Clasificación de los Ataráxicos

De una manera general se pueden establecer tres grandes grupos.

Primer grupo: Derivados de la Fenotiacina.

Segundo grupo: Derivados de la Rauwolfia.

Tercer grupo: Está formado por un conjunto químicamente heterogéneo, cuya actividad terapéutica es más superficial y menos constante que la de los compuestos de los grupos anteriores.

**PRIMER GRUPO: Derivados de la Fenotiacina.**—Todos se derivan de la misma molécula básica mediante substituciones que se hacen principalmente en el átomo de nitrógeno de posición 10.

A continuación damos los nombres de los principales derivados: Clorpromacina (Largactil), Proclorperacina (Stemetil), Acepromacina (Plegicil), Pecacina (Pacatal), Triflupromacina (Siquil), Perfenacina (Trilafón), Levomepromacina (Sinogán), Promacina (Liranol), Flufenacina (Sevinol), Trifluoperacina (Stelazine).

### Acción de los derivados de la Fenotiacina

**Acción potencializadora.**—Esta se ejerce sobre los anestésicos generales y sobre todo sobre los barbitúricos. Es notable el hecho de que los potencializadores más potentes son aquellos que tienen el poder hipnótico más débil. Así ocurre con la Clorpromacina (Largactil), la Pecacina (Pacatal), y la Acepromacina (Plegicil), que son los mejores potencializadores de esta serie.

La clorpromacina también potencializa el alcohol etílico, aumenta su toxicidad, suprime la fase de excitación motriz durante la embriaguez y provoca un estado de estupor profundo durante la misma.

Los curarizantes sintéticos son así mismo reforzados por la Clorpromacina.

Respecto a los opiáceos no parece conveniente mezclarlos con estas drogas porque se suman los efectos nocivos sin obtener un refuerzo de los efectos ventajosos.

**Acción hipotensora.**—Es sobre todo de carácter ortostático y transitorio. Las dos causas principales de esta hipotensión parecen ser un efecto periférico de vasodilatación más bien débil y un efecto de depresor central más fuerte.

**Acción analéptica.**—Hay un ligero aumento del caudal respiratorio, al parecer con predominio de la respiración abdominal y acción inhibitoria sobre los músculos respiratorios torácicos.

**Acción taquicardizante.**—Se da una ligera aceleración, de tipo sinusal, del ritmo cardíaco cuando se usan estas drogas a dosis terapéuticas.

**Acción adrenolítica.**—Existe un poder protector frente a la toxicidad de la adrenalina y de la noradrenalina pero en cambio no aparece ninguna acción frente al efecto hiperglicemiante de la adrenalina.

**Acción antiemética.**—Hallamos un antagonismo con los eméticos de tipo central como la apomorfina. El derivado de esta serie que tiene la mayor acción antiemética es la Proclorperacina (Stemetil).

Solo hemos enumerado aquí las acciones más importantes para la clínica y hemos prescindido de aquellas que aparecen únicamente en la experimentación in-vitro o con animales.

**SEGUNDO GRUPO: Derivados de la Rauwolfia.**—Con este nombre se denomina un género botánico que comprende 122 especies. De estas solo tres son utilizadas en medicina: la Rauwolfia Serpentina, la Rauwolfia Afz, y la Rauwolfia Hirsuta. Esta última se encuentra en Colombia y se debe a un laboratorio de este país el que haya sido utilizada con excelentes resultados.

Lo que se emplea farmacológicamente son los alcaloides de los cuales unos están todavía poco estudiados, otros son de acción principalmente adrenolítica periférica y finalmente están aquellos que actúan sobre el Sistema Nervioso Central. Entre estos últimos está la Reserpina que es el que nos interesa aquí.

**Reserpina.**—La conocemos con los nombres comerciales de Serpasil, Raudixin, (Rauwolfia Serpentina), Hi-Serpina (Rauwolfia Hirsuta).

Tiene dos indicaciones principales: la hipertensión y los trastornos mentales.

La concentración en el cerebro se produce con extrema lentitud y así se ha observado que el momento de máxima acción fisiológica, o sea la sedación, no coincide con el momento de máxima concentración celular. Luego la Reserpina tarda más que las fenotiacinas en instaurar su efecto terapéutico pero en cambio tiene acción más prolongada.



## Acciones de la Reserpina

**Acción hipotensora:** Tiene la peculiaridad de provocar un descenso proporcional a la intensidad de la tensión inicial. Es decir a mayor tensión inicial, mayor descenso de ésta. Se produce por un mecanismo central pues la Reserpina no es un simpaticolítico periférico, ni un neuropléjico, ni un gangliopléjico. Tampoco es adrenolítica y no refuerza la acetilcolina.

**Acción sobre el aparato digestivo:** Estimula el peristaltismo intestinal, provocando diarreas cuando se da a fuertes dosis y aumenta la acidez de la secreción gástrica. No se ha establecido claramente el por qué de estos efectos.

**Acción sobre la respiración:** La inhibe ligeramente a dosis normales y aumenta las secreciones traqueobronquiales. Tiene un efecto inhibitor de la hiperpnea compensadora provocada por el aumento de  $\text{CO}_2$  en la sangre, lo cual puede ser causa de ciertas apneas prolongadas.

**Aumento de peso:** A veces se observa este, sin que pueda explicarse satisfactoriamente por el aumento de apetito y por la ligera retención hidroclorada sódica.

### Mecanismo de acción de la Reserpina:

La inyección de Reserpina provoca la desaparición de la serotonina de las plaquetas, de la mucosa intestinal y del cerebro, que como sabemos, son los tres lugares de elección donde se deposita. En cambio aparecen en la orina cantidad de metabolitos de la serotonina.

Este efecto se logra unas horas después de la inyección de Reserpina y, por otra parte, el nivel de serotonina que existe normalmente en las plaquetas solo se restablece al cabo de tres semanas. De ser cierto que la Reserpina actúa a través de su efecto sobre la serotonina, esto explicaría perfectamente la lentitud de iniciación y la permanencia de la acción terapéutica de dicho ataráxico.

Sin embargo no se sabe si la acción beneficiosa es debida a la destrucción de la serotonina del cerebro, en cual caso la serotonina tendría un efecto patógeno, o si la causa se halla en la liberación de la serotonina del cerebro dejando así sentir el efecto terapéutico del que, de ser así, gozaría.

**TERCER GRUPO.**—En este grupo hay un gran número de productos químicamente distinto de los cuales vamos a enumerar los más conocidos.

**Meprobamato:** Es un derivado de la Mefenesina. Esta había sido



utilizada como sedativo y anticonvulsivante, pero tenía el inconveniente de la corta duración e inconstancia de sus efectos, además de provocar trastornos digestivos cuando era administrada por vía oral. Estos efectos fueron achacados a la rápida oxidación de su grupo primario y se intentó crear derivados cuyo grupo primario estuviera bloqueado eliminando así los efectos secundarios y conservando las propiedades químicas. Así se obtuvo el Meprobamato (Ecuamil, Miltown, Promaryl).

La actuación farmacológica se ejercería preferentemente sobre las fibras eferentes de la sustancia reticular.

En EE. UU. se han hallado casos de toxicomanía por el Meprobamato.

De los restantes integrantes del grupo podemos citar la Hidroxicina (Atarax), el Azacyclonol (Frenquel), la Benacticina (Suavitil), el Carbamato de Metilpentinol (Oblivon), el Fenaglicodol (Acalo), y el Fenarol.

### **Resultados e indicaciones:**

Si bien la acción fisiológica experimental ha sido muy bien estudiada, no podemos decir lo mismo de la acción terapéutica que conocemos mal por los siguientes motivos:

- Son pocos los años de experiencia obtenida con estos fármacos de aparición relativamente reciente.
- La mayoría de los trabajos clínicos carecen de rigor científico: falta de grupos de control, mal manejo de la estadística, criterios subjetivos de curación, etc.
- No existe un criterio diagnóstico unitario acerca de las enfermedades que se tratan con estas drogas. A consecuencia de ello es difícil unificar las conclusiones sobre su efectividad terapéutica, a través de los trabajos publicados por distintas escuelas.
- Las casas comerciales influyen con su propaganda, a veces tendenciosa, a oscurecer el problema.

Sin embargo está generalmente aceptado que los atarácicos, en Psiquiatría, solo tienen una indicación sintomática. Se han mostrado útiles en todas las ocasiones en que nos hallamos frente a la excitación o a la ansiedad.

### **Inconvenientes y complicaciones**

Se pueden presentar trastornos de poca importancia como congestión de la mucosa rinofaríngea, sialorrea y diarreas que pueden apa-

recer en los tratamientos con reserpina. La Clorpromacina puede dar taquicardia y constipación, así como dispepsias en general que también pueden provocar los Meprobamatos.

Inconvenientes comunes a todos los ataráxicos pueden ser: la as-  
tenia con hipotensión arterial, somnolencia y en algunos casos obe-  
sidad.

Pero también ocurren a veces complicaciones más importantes:

—Trastornos psíquicos: Ciertos estados de excitación son conse-  
cuencia paradójica de la medicación con ataráxicos.

Estos también pueden provocar reacciones depresivas graves y  
estados confusionales que están relacionados con el estado anterior  
del enfermo.

—Trastornos neurológicos: Exceptuando algunos casos de pará-  
lisis pupilar a la acomodación o con midriásis permanente, de-  
bidos a la Clorpromacina, así como ciertas parestesias, la com-  
plicación más frecuente, por no decir casi la única, consiste en  
trastornos extrapiramidales que no describimos por ser muy co-  
nocidos.

—Hepatitis (Clorpromacina): Es de tipo obstructivo. Se cree que  
no es debida a una acción tóxica directa porque su presentación  
y la intensidad con que aparece son independientes de las dosis  
recibidas. El tipo de las lesiones histológicas habla también en  
contra de una toxicidad directa.

También se cree en una hipotonía de las vías biliares con aumen-  
to de la presión biliar por hipertonía del esfínter de Oddi, y otros  
piensan en una etiología por sensibilización basándose en la eosinofi-  
lia inicial.

Frente a una hepatitis que aparece durante la tercera o cuarta se-  
mana de tratamiento siempre debemos pensar en la posibilidad de que  
sea causada por la Clorpromacina, aun cuando puede ser otra la causa.

De todas maneras debe interrumpirse el tratamiento.

—Agranulocitosis: Es muy poco frecuente pero siempre que se ha-  
ga un tratamiento largo se debe vigilar la fórmula hemática.

—Complicaciones cutáneas: Las dan principalmente los derivados  
de la Fenotiacina y suele ser de tipo eritematoso. También se  
conocen unos pocos casos de eritrodermia generalizada por Clor-  
promacina.

En el personal de enfermería que maneja la Clorpromacina han  
aparecido dermatitis por contacto.

Las complicaciones no ceden con los antihistamínicos pero sí al  
cesar el tratamiento.



## XILOCAINA VIA INTRAVENOSA (+)

Dr. Nacienceno Valencia J.

Dr. Samuel Jiménez A.

Dr. Carlos Velásquez

La Xylocaína, llamada también **Lignocaína** o **Lidocaína**, es uno de los anestésicos locales usados en épocas recientes.

Fue descubierta por los químicos suecos Löfgren y Lundquist en 1943. Sin embargo compuestos de este tipo ya habían sido investigados por Einhorn antes de sintetizar la Novocaína pero habían sido descartados por irritantes. Químicamente es la dictilamino-2,6 dimetilacetanilida. A pesar de ser una anilida no produce al desintegrarse acetanilida ni compuestos similares, que afecten la hematopoyesis.

Es muy estable. Puede ser hervida por varias horas sin que se modifique su molécula.

No es derivado del ácido para-amino-benzóico y por lo tanto su uso no está contraindicado durante la terapia con sulfas o con P. A. S.

La toxicidad de la solución al 10,5% es aproximadamente igual a la de la Novocaína a la misma concentración. En concentraciones de menos del 0,5% es menos tóxica que la Procaína y al 2% es una y media veces más tóxica que la Novocaína. Es destruida en el organismo más lentamente que la Novocaína; esta puede ser la causa de la diferencia en toxicidad. Además su potencia es aproximadamente el doble de la Procaína, teniendo así un índice terapéutico más alto.

No tiene acciones simpaticomiméticas como la cocaína. No parece tener efectos alérgicos.

Entre el 10 y el 20% es eliminada por la orina, sin cambio alguno, después de la inyección intravenosa en animales. Sung y Traut han demostrado también que sufre un proceso de oxidación en el hígado donde es una parte convertida en fenoles libres y conjugados, los que a su vez son eliminados por el riñón.

La actividad anticolinesteraza de la Xylocaína es una décima parte de la que tiene la Novocaína, luego es muy poco probable que pro-

---

(\*) Trabajo presentado durante el 3er. Congreso Nacional de Anestesiología, reunido en Barranquilla del 3 al 7 de junio de 1959.



duzca apnea prolongada cuando se usa combinada con la Succinilcolina.

La Xylocaína ha demostrado tener propiedades anticonvulsivantes en los epilépticos. Crisis convulsivas han sido interrumpidas dramáticamente en 20 a 40 segundos con Xylocaína a la dosis de 0.8 a 1.2 mg./kg. de peso. Paradójicamente, en las sobredosis de Lidocaína hay convulsiones.

Las primeras experiencias con Xylocaína intravenosa fueron las de Hingson y colaboradores, quienes publicaron en 1950 y 1951 los resultados obtenidos en pacientes con tumores malignos avanzados y en el parto. Sus conclusiones fueron satisfactorias.

Pero fue a raíz de los mil casos publicados por Clive-Lowe en 1954 de combinación de Lidocaína con Succinilcolina gota a gota cuando el uso de Xylocaína como analgésico durante la anestesia general tomó auge. Ya desde tiempo atrás muchos anesthesiólogos habían tenido la oportunidad de observar que la mayoría de los pacientes en quienes utilizaba esta droga para bloqueos regionales se dormían 10 a 15 minutos después, de dichos bloqueos.

Nosotros empezamos a usar la Xylocaína por vía venosa desde el año pasado a raíz de la segunda publicación de Clive-Lowe donde describe el uso de esta droga intermitentemente.

### Técnica

**Premedicación:** La usada comunmente. Preferimos la combinación de Fenegan (50 mgs.), Demerol (50 mgs.) y Atropina (0,5 mgs.) en adultos.

**Inducción:** Con Pentothal seguido de Succinylcholine e intubación. Luego óxido nitroso-oxígeno en cantidades variables pero generalmente 4 litros de N 20 por 2 de 0.2.

Inmediatamente después comenzamos el uso de la Lidocaína así: una dosis de 3 cc. de Xylocaína al 2% sin Epinefrina y luego 2 cc. de la misma solución cada 5 minutos durante la primera hora, es decir un total de 500 miligramos. En la segunda hora inyectamos 40 miligramos de Xylocaína cada 10 minutos o sea 240 miligramos en la hora. Si la operación se prolonga a la tercera hora utilizamos 40 miligramos cada 15 minutos, o sea 160 miligramos. Tenemos así un total de 900 miligramos para 3 horas. Con esta dosis no hemos tenido hasta el presente ninguna manifestación tóxica.

Si la intervención dura más de 3 horas, la dosis para las horas subsiguientes es la misma de la tercera hora.

**Comentarios:** Llevamos hasta ahora 70 casos. Los pacientes variaron en edad entre 15 y 76 años y en todos se empleó el mismo procedimiento. Solamente hubo un caso de un niño de 5 años quien recibió Xylocaína intermitente hasta un total de 160 miligramos, en una hora. Se trataba de una operación para un hundimiento craneano.

Todos los pacientes recibieron dosis adicionales de Pentotal cuando la anestesia se hacía muy superficial. Sin embargo nuestra impresión fue la de que la cantidad total de Pentotal fue mucho menor que la utilizada en casos similares sin Xylocaína.

Algunos casos recibieron Demerol como coadyuvante analgésico durante la anestesia pero sin pasar de 50 miligramos en total. Esta técnica fue empleada primero en Neurocirugía, (tumores cerebrales, Laminectomía) pero luego la extendimos a otros campos: Tiroidectomías, injertos de piel, Oftalmología, Mastoidectomías, resección de quiste pilonidal, reducción de fracturas de cara, cirugía torácica, Simpaticectomías, cirugía abdominal.

La dosis máxima fue de 1.200 miligramos usada en pacientes de 45 años a quienes se les hizo una resección del lóbulo frontal para una epilepsia jacksoniana. La anestesia duró 5 horas y no hubo ningún signo de toxicidad.

El pulso, la presión arterial y la respiración no presentaron modificaciones notables, en el transcurso de las operaciones, a excepción de un ligero ascenso de la presión arterial durante las tiroidectomías. Esta elevación de la presión arterial nunca pasó de 30 milímetros de mercurio.

**Complicaciones.** Hubo dos casos especiales sobre los cuales voy a hacer una pequeña digresión. Uno fue una tiroidectomía, durante la cual la presión sistólica cayó bruscamente de 120 a 60 milímetros de mercurio, al ser desprendido el polo inferior de uno de los lóbulos tiroideos con una maniobra un poco fuerte. El pulso no se modificó. Atribuimos esta caída a irritación del seno carotídeo y la tratamos con Neo-sinefrina a la dosis de 0.25 del MGM. La presión regresó en 5 minutos a lo normal y no sufrió más alteraciones.

Deducimos de este caso, que el reflejo del seno carotídeo no parece estar abolido bajo este tipo de anestesia.

El otro caso especial es el de una mastoidectomía en un paciente muy robusto e hipertenso. Llegó a la cirugía con una presión arterial de 220 sobre 140 milímetros de mercurio, la que fue bajando lentamente, especialmente la sistólica. A los 35 minutos de comenzada la anestesia la presión arterial bajó hasta 120/100, el pulso permaneció uniforme alrededor de 90 por minuto. Se le administró Neosinefrina, la



dosis de 0.25 mgm. La presión arterial sistólica subió únicamente 20 milímetros de mercurio, para volver a la cifra de 120 sobre 100 en unos 5 minutos. Repetimos la Neosinefrina con el mismo resultado, en vista de lo cual cambiamos la Neosinefrina por Vasoxyl. El Vasoxyl a la dosis de 4 mlgs. repetido 3 veces tampoco fue suficiente para elevar la presión arterial. Pensamos que tal vez este paciente estaba tomando algún derivado de la rauwolfia para su hipertensión el cual lo haría por una parte sensible a la Xylocaína y por la otra resistente a los vasopresores. Optamos entonces por suspender la Xylocaína notando desde ese momento un ascenso lento de la presión arterial hasta alcanzar el nivel preanestésico. Parece pues que con esta técnica anestésica también se presentan las hipotensiones peligrosas que se ven con relativa frecuencia con las técnicas comunes cuando el paciente ha recibido preoperatoriamente hipotensores derivados de la rauwolfia. No sobra anotar aquí que la Xylocaína potencializa la acción de hipotensores, razón por la cual se recomienda disminuir la dosis de Xylocaína a la mitad cuando se van a utilizar aquellos.

Por último este método anestésico ha dado buenos resultados en pacientes asmáticos.

**Conclusiones.**—Para terminar vamos a anotar las ventajas de este procedimiento anestésico:

- 1º—Analgesia post-operatoria prolongada en un 75% de los casos.
- 2º—Tolerancia de la laringe al tubo endotraqueal bajo una anestesia muy superficial.
- 3º—Baja incidencia de vómitos y náuseas en el post-operatorio.
- 4º—No deprime la respiración como los opiáceos.
- 5º—No hay cambios apreciables ni en el pulso ni en la presión arterial.

....**Apéndice.**—Después de presentado este trabajo hemos hecho unos doscientos (200) casos más, y las conclusiones son idénticas. Vale la pena anotar que las hipotensiones de tipo vagal se presentan con este tipo de anestesia como con cualquiera otra.



# ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

## HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN VICENTE DE PAUL

— MEDELLIN —

### INFORME ESTADISTICO DEL MOVIMIENTO ASISTENCIAL Y LOS TRABAJOS CIENTIFICOS EFECTUADOS DURANTE EL AÑO DE 1959

#### Número de Camas

Pensionado .....	45	4.7%
Pensionado B. ....	81	8.5%
Salas Generales .....	831	86.8%
<b>Total .....</b>	<b>957</b>	<b>100.0%</b>

#### Clasificación de Camas por Servicios Médicos

Cirugía .....	342	35.7%
Medicina .....	164	17.1%
Pediatría .....	158	16.5%
Obstetricia y Ginec... ..	152	15.9%
Policlínica (observ.) ..	15	1.6%
Pensionado .....	45	4.7%
Pensionado B. ....	81	8.5%
<b>Total .....</b>	<b>957</b>	<b>100.0%</b>

#### Admisiones

Pensionistas .....	5.623
Salas Generales .....	16.998
<b>Total .....</b>	<b>22.621</b>

#### Salidas

Pensionados .....	5.633	25.1%
Salas Generales ..	16.848	74.9%
<b>Total .....</b>	<b>22.481</b>	<b>100.0%</b>

#### Estancias (Pacientes-días) (Dato del Censo Diario)

Pensionado .....	8.811
Pensionado B .....	19.004
Salas Generales .....	253.899
<b>Total .....</b>	<b>281.714</b>

#### Promedio Días Estadía (Dato de pacientes salidos)

Pensionado .....	3.9
Pensionado B. ....	5.7
Salas Generales .....	12.3
<b>Total .....</b>	<b>10.4</b>

**Promedio Diario  
de Pacientes Hospitalizados**

Pensionado .....	24.1
Pensionado B. ....	52.1
Salas Generales .....	695.6
Promedio General .....	771.8
Censo Diario más alto .....	851
Censo Diario más bajo .....	520

**Porcentaje de ocupación**

Pensionado .....	53.6%
Pensionado B. ....	64.3%
Salas Generales .....	85.8%
Porcentaje General .....	82.4%
Porcentaje Ocup. este día...	88.9%
Porcentaje Ocup. este día...	54.3%
Véase nota al pié.	

**Intervenciones Quirúrgicas**

	Mayores	Menores	Total
Cirugía General-Urgencias-Tórax ..	1.907		
Organos de los Sentidos .....	1.169		
Neurocirugía .....	159		
Cirugía Plástica .....	679		
Ortopedio .....	568		
Urológica .....	315		
Pediatría .....	948		
Ginecología .....	369		
Maternidad Caridad .....	250	1.918	2.168
Pensionado A. ....	1.026	373	1.399
Pensionado B. ....	1.626	108	1.734
<b>TOTALES .....</b>	<b>9.016</b>	<b>2.399</b>	<b>11.415</b>

Intervenciones diarias en promedio (festivos inclusive) ..... 31.3

Consultas Externas (Pacientes Ambulatorios) .....

Consulta Externa de Adultos: Pates. de la primera vez registrados ... 8.446

Ptes. de segunda Consulta ..... 29.662

Consultas en la Policlínica Mpal. (incluyendo 21.000 curaciones ..... 53.150

Consulta Externa Infantil .....

43.256

Consulta Prenatal .....

3.342

Consultas Externas totales ..... 137.856

**Planta de Sueros**

Frascos de 500 cc. producidos ..... 72.549

" de 100 y 50 cc. " ..... 392

Ampollas de 10 y 1 cc. " ..... 9.400

### Trabajos de Laboratorio Clínico

Química - Hematología - Orinas - Coprológicos - Serología - Urgentes	168.434
Estudios Bacteriológicos en Laboratorio Microbiología de la Facultad de Medicina	11.030
	<hr/>
Total	179.464

### Trabajos de Rayos X y Radioterapia

Estudios de Radiológicos completos	14.620
Movilidades Diafragmáticas	2.000
Placas gastadas	46.028
Abreugrafías	10.699
Abreugrafías dudosas	406
Radioterapia profunda. Pacientes tratados	276
Radioterapia profunda. Tratamientos efectuados	6.454
Radioterapia superficial. Pacientes tratados	No hay datos
Tratamientos Ultravioletas en Consulta Externa	No hay datos

### Muertes

Pensionistas	130	Pensionistas	2.3%
Salas Generales		Salas Generales	
(Policlínica excluída)	963	(Neto. Excluye Po.)	5.7%
Policlínica (No hospít.)	211	Porcentaje General neto	4.9%
	<hr/>		
Total	1.304		

### Departamento de Anatomía Patológica

Autopsias a Pacientes de Salas Generales, Hospitalizados	168
Autopsias a Pacientes de Policlínica y otras entidades	74
	<hr/>
Total	242

Porcentaje de Autopsias sobre muertos en salas generales	17.4 %
Biopsias y Especímenes Quirúrgicos	8.063

### Servicio obstétrico

Nacimientos Pensionistas	1.358	Tratamientos Obst. Pens.	1.660
Nacimientos Salas Generales	3.568	Tratamientos Obst. S. Grales.	5.146
	<hr/>		<hr/>
Total	4.926	Total Tratamientos Obst.	6.806



## Banco de Sangre

Transfusiones .....	17.794	Donaciones de sangre .....	13.816
Clasific. de grupo y Rh ....	13.610	Pruebas directas de Coombs ..	180
Sangre tomada en cc. ....	5'526.400	Pruebas ind. de Coombs ....	145
Preparación frascos anti-coagulante .....	15.000	Serologías .....	18.764
Equipos para toma sangre fabricados .....	15.250		
Exanguino transfusiones..	26		

## Otros Trabajos

Fórmulas despachadas por la Farmacia .....	136.901
Inyecciones .....	259.732
Curaciones .....	107.175

## Personal de la Fac. de Medicina y la Escuela de Enfermería

Personal en Nómina del Hospital			
Profesores y Jefes de Servicio .....	23	102	
Residentes .....	18	38	
Internos Rotatorios .....	—	49	
Hermanas .....	33	—	
Enfermeras y Hermanas graduadas .....	19	12	
Estudiantes de Enfermería .....	—	127	
Estudiantes de Enfermería Auxiliares			
Certificadas .....	—	37	
Auxiliares de Enfermería Empíricas ..	273	—	
Laboratoristas .....	14	—	
Mantenimiento y Sostenimiento .....	60	—	
Empleados Administración .....	43	—	
Personal de otros Departamentos .....	140	—	
<b>Total .....</b>	<b>623</b>	<b>365</b>	

Número total de personas vinculadas al Hospital .....	988
Nº de personas promedio al servicio de hospitalizado prom....	1.3
Valor total del sostenimiento del Hospital .....	\$ 5'553.294.80
Costo por estancia (paciente-día, pensionistas inclusive) .....	\$ 19.71

**NOTA:** Por disposición de la Junta Directiva, durante el mes de Enero permanecieron cerradas 228 camas.

**COMENTARIOS:** El informe anterior sobre las actividades desarrolladas por el Hospital Universitario durante el año de 1959, merece una serie de comentarios y consideraciones. En primer lugar debo destacar el he-

cho de que, en contraste con el mayor costo de sostenimiento equivale a \$ 1.444.283.00 durante el año, en relación con el año anterior, o sea un aumento del 35.1% o lo que equivale a un aumento de \$ 5.20 por paciente día; de que se registró un aumento en el personal médico y de enfermería y de que se dispuso de mejores facilidades en materia de edificios, departamentos nuevos, (laboratorio clínico, estadística, consulta externa, lavandería, farmacia, etc.), y de que se suministró una mayor cantidad de materiales, es significativo, repito, que durante el año las salidas de pacientes de salas generales disminuyeron en 301, y las consultas ambulatorias en Consulta Externa adultos registraron una disminución de 5.464.

Por otra parte, se acusa una disminución de 1.255 intervenciones quirúrgicas, lo que equivale a un porcentaje del 13.1% sobre 1958, de las cuales corresponden 675 a pensionados.

Analizando las causas de estas disminuciones en el volumen de trabajo, encontramos lo siguiente: el promedio de estadía bajó de 13.3 días en 1958 a 12.3 días en 1959. Este es un índice favorable para un mayor número de admisiones. No está pues aquí la causa.

Por otra parte, aunque es cierto que hubo fallas en el funcionamiento de los aparatos de Rayos X, el volumen de trabajo de esta sección registra un ligero aumento. Sin embargo, es necesario hacer énfasis en la necesidad urgente de renovar los equipos y en construir la parte del Centro de Diagnóstico correspondiente al Departamento de Rayos X.

Durante el mes de Enero permanecieron cerradas 228 camas, pero creemos necesario recordar que en todas las épocas el trabajo de diciembre y enero se disminuye a causa de las vacaciones del personal de la Facultad de Medicina.

En cuanto al personal de ocupación de salas generales, observamos que se registró un ligero aumento, pasando de 85.4% en 1958 a 85.7% en 1959.

Debemos deducir, por lo tanto, que la causa de disminución de las admisiones de pacientes radica en la menor actividad de la consulta externa de adultos. Como lo explicó el Jefe de esta sección a la H. Junta Directiva, ello tiene dos explicaciones: primero, la menor colaboración de los estudiantes en dicho departamento y segundo, que los médicos asignados allí para hacer funciones asistenciales, dedican gran parte de su tiempo en funciones docentes, en la dirección de los estudiantes. Sería por lo tanto conveniente que se estudiara muy a fondo este punto, ya que no es posible debilitar la función asistencial, en beneficio de la docente, especialmente cuando se trata de personal nombrado por el hospital para dar una atención más oportuna y científica a los pacientes que acuden en busca de atención médica.

En cuanto a las intervenciones quirúrgicas, no encontramos otra causa que la menor actividad del cuerpo médico en este campo.

Otros índices de mucha significación que queremos comentar son los siguientes: El departamento de Anatomía Patológica presenta un porcentaje de

autopsias sobre las muertes en salas generales, del 17.4%, comparado con el 21.5% en el año anterior. Debe recordarse que el límite mínimo permitido para un hospital universitario es del 25% y que un buen porcentaje no debe ser inferior al 50%.

En cuanto a las muertes en salas generales, debemos anotar un aumento de 163, o sea un 0.6% sobre el año anterior.

En otros departamentos y servicios se acusan aumentos considerables en los trabajos ejecutados. Destacamos los siguientes: Las consultas externas totales aumentaron en 22.200, aumento éste registrado en la consulta externa infantil. El Laboratorio Clínico hizo 20.000 pruebas más sobre el año anterior y el Banco de Sangre registró un aumento de 3.000 transfusiones y 300.000 cc. de sangre tomada, superior a 1958.



HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL - ANALISIS ESTADISTICO DE LOS SERVICIOS MEDICOS Y ASISTENCIALES  
DE ENERO DE 1960.

Sala y Servicio	Nº de Camas	Porcent. Ocupac.	Ptes. que salieron	Estancias Ptes. Días	Promedio Días Est.	Nº de Muertes	% Neto Muertos	Nº de Autops.	Porcent. Autops.	Nº de Ptes. Operados
San Roque (Med. Interna) . . . .	33	91.8	24	684	29	2	8.3	-	-	2
San Juan de Dios (Med. Interna).	33	92.1	28	451	16	2	7.1	-	-	3
Sta. Teresa (Med. Interna) . . . .	30	97.0	26	594	23	4	15.3	-	-	3
Sta. Catalina (Med. Interna) . . . .	34	96.1	18	463	26	3	16.6	-	-	3
María Auxiliadora. Sta. Ana . . . .	19	51.7	2	180	90	-	-	-	-	1
San Rafael (Cir. Gral. y Urgenc.)	29	76.9	38	687	18	3	7.9	-	-	30
Cristo Rey (Cir. Gral. Urgencias . .	28	75.2	20	408	20	-	-	-	-	20
Sta. Margarita (Cir. Gral. Urgen.)	30	80.0	26	496	19	2	7.6	-	-	24
Sta. Genoveva (Cir. Gral. Urgen.)	28	82.9	24	461	19	2	8.3	-	-	20
S. Pedro Claver (Torax y Card. V	18	83.5	12	115	10	2	16.6	-	-	9
Sta. Lucía (Org. de los Sentidos)	23	62.5	57	446	8	-	-	-	-	53
San Carlos (Org. de los Sentidos)	26	45.9	36	545	15	-	-	-	-	28
Pío X (Neurocirugía) . . . . .	43	69.0	18	476	26	4	22.2	-	-	4
San Francisco (Cirug. Plástica) . .	25	88.1	13	554	43	-	-	-	-	12
Perpetuo Socorro (Urología) . . . .	28	78.3	10	429	43	-	-	-	-	7
Sagrado Corazón (Ortopedia) . . . .	30	93.7	12	380	32	-	-	-	-	7
San José (Ortopedia) . . . . .	14	91.7	9	478	53	1	11.1	-	-	4
Los Angeles (Pedi. Med. Int.) . . . .	48	96.7	53	1.166	22	6	11.3	-	-	2
Clarita Santos (1er. Piso. Cirug.) . .	29	98.4	30	564	19	4	13.3	-	-	19
Clarita Santos (2º Piso. Lactant.)	18	88.3	18	424	24	5	27.7	-	-	1
Clarita Santos (2º Piso. Infectad.)	21	95.8	16	448	28	5	31.2	-	-	1
Prematuros . . . . .	17	69.2	31	264	9	18	52.1	-	-	-
Maternidad . . . . .	80	78.3	452	1.632	3.6	1	6.62	-	-	32
Las Merced. y Sor Seraph. Gin. Ca	44	58.4	20	781	39	3	115.0	-	-	5
Sta. Rosa de Lima (Ginecológ.) . . . .	36	65.5	19	518	27	1	5.3	-	-	8
Policlínica Adultos . . . . .	16	79.0	262	708	3	16	-	-	-	54
María Auxiliadora (Gast.) . . . . .	19	51.7	2	32	16	-	-	-	-	1
San José (Urológica) . . . . .	14	91.7	2	63	32	-	-	-	-	1
Policlínica Infantil . . . . .	18	98.0	53	371	7	12	-	-	-	5
Sub-Totales . . . . .	835	77.0	1.331	14.818	11.1	96	6.7	-	-	359
Pensionado A. . . . .	45	39.7	148	381	2.6	2	1.4	-	-	50
Pensionado B. . . . .	18	65.8	256	1.277	5.0	5	2.0	-	-	26
Totales . . . . .	998	77.4	1.735	16.476	9.5	103	5.3	-	-	435

CONSULTAS AMBULATORIAS: Consulta Externa (Adultos) = 2.204 Así: Pacientes de 1ª vez 369; pacientes de la 2ª vez 1.835.  
 Consulta Externa (Infantil) = 4.418 Así: Casos Médicos 221; Urgencias 4.156; Dermat. y Hematolo 41.  
 Policlínica Municipal = 4.620 Así: Casos Médicos 1.851; Curaciones 1.806; otros 61.  
 Consulta Prenatal = 282 Heridos 904.

GRAN TOTAL . . . . . 11.524

ESTADISTICA CORTESIA DEL DEPTO. IBM (Coltejer).