REVISTA MEDICA HONDUREÑA, VOL. 57 - No. 3, JUL. - AGO. - SEPT., 1989

Revista MEDICA Hondureña

ORGANO DEL
COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

Revista
MEDICA
Hondurena

ÓRGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
FUNDADA EN 1930

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

Dr. NICOLÁS NAZAR HERRERA
Director

Dra. MARTHA MATAMOROS DE LÓPEZ
Secretaria

Cuerpo de Redacción

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

ADMINISTRACIÓN

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

EN BUSCA DE SOLUCIONES

Gran cantidad de vidas humanas y cuantiosas pérdidas materiales es el pago que la población hondurena hace por el "avance de la civilización".

Diariamente ¡as emergencias de los Hospitales del país y en especial el Hospital Escuela, se congestionan brindando atención a víctimas de accidentes automovilísticos, que son niños, jóvenes y adultos de los distintos estratos sociales. Las causas de tal situación son múltiples y variadas, pero consideramos que el elemento humano del transporte juega un papel muy importante.

Los conductores de unidades colectivas del transporte, ¡lámanse taxis, tasix mixtos, buses urbanos y transportes interdepartamentales, constituyen una verdadera amenaza, debido al irrespeto y desprecio por la vida de los demás, nos hacen vivir, el imperio de la máquina sobre la razón y la educación. Pero hay otro sector de mucha responsabilidad también, y son los jóvenes que sin conciencia y en forma irresponsable, conducen sus automóviles con sus radios a todo volumen y a exceso de velocidad en lugares de acceso público y con ¡imite de velocidad.

No debemos olvidar el alcohoHsmo, la indiferencia marcada de las au toridades y el pésimo estado de ¡as calles y carreteras, que contribuyen en gran medida a la tragedia que abordamos.

Vemos con tristeza un gran deterioro humano, ¡a pérdida del respeto a ¡a ley y a la dignidad de la persona humana, como el denominador común y causa del profundo dolor y sufrimiento de una familia hondurena enlutada permanentemente. No mencionamos a propósito los muchos pacientes, que llegan de todas ¡as edades agredidos o heridos con todo tipo de arma u objetos múltiples.

El Gremio Médico hondureno comparte y sufre también junto a su pueblo esta triste y dolorosa situación y propone un diálogo con todas las fuerzas vivas del país, a fin de frenar ésta diabólica carrera contra la vida.

Mediante la educación, ¡a inclinación al respeto de nuestros semejantes, el señalamiento de nuestra responsabilidad espiritual, moral, social y legal podemos al menos atenuar, sino eliminar, este azote de nuestra sociedad.

Las Fuerzas Armadas, el Ministerio de Salud Pública, e¡ Ministerio de Educación y todas las agrupaciones vivas de nuestro país, deben dialogar y buscarle solución pronta y drástica a este problema.

La aplicación de medidas correctivas y la sanción a quienes violentan e irrespetan el derecho fundamental del hombre a ¡a vida, es un freno de control social al servicio de ¡a civüización humana y debe aplicarse sin contemplación alguna.

Infecciones por Chlamydia Trachomatis Ginecobstétricas del Hospital Escuela

Elliethe Girón González, Gaspar Vallecillo Molina*, Carlos A. Javier Zepeda***

INTRODUCCIÓN

Desde que Halberstaedter y von Prowazek (1) sugirieron por primera vez en 1907 que inclusiones similares a las del tracoma se encontraban en las células del cervix uterino, muchos estudios han documentado la importancia de las infecciones por Chlamydia trachomatis en el tracto genital femenino. Ya en 1959, Jones (2) logró cultivar esta bacteria a partir de una muestra de endocervix de una madre que había dado luz a un niño con conjuntivitis de inclusión. Actualmente se considera que la prevalencia de las infecciones por Chlamydia es alta, pero varía en diferentes grupos de la población femenina en relación con la edad y sus hábitos sexuales (3). Considerando que la infección en la mujer puede estar asociada con manifestaciones clínicas importantes como cervicitis mucopurulenta, disuria y polaquiuria (4,5), que en la mayor parte de los casos es asintomática o se asocia con signos y síntomas inespecíficos pero da lugar a contagio por transmisión sexual (5), que la infección puede extenderse del cervix a las trompasy ser causa de infertilidad y embarazo ectópico (6) y que la infección del cervix en mujeres embarazadas puede ocasionar infecciones oculares y respiratorias en el neonato (7,8); es importante investigar la prevalencia de esta infección en mujeres de edad reproductiva en nuestro medio.

Servidos de Ginecobstetricia (*) y Microbiología Clínica (**), H. E. Tcgucigalpa.

Las limitaciones técnicas para efectuar cultivos de esta bacteria han sido un obstáculo para estudiar la prevalencia de estas infecciones. Sin embargo, en los últimos años el uso de técnicas inmunológicas para examen directo, como los métodos de inmunofluorescencia directa (IFD) con antisuero monoclonal y de enzimoinmuno ensayo (ELISA), que son bastante sensibles y muy específicos han facilitado hacer estudios de esta naturaleza. Con el objeto de conocer en alguna forma la prevalencia de infección por Chlamydia trachomatis en mujeres de la población que se atiende en el Hospital Escuela, se llevó a cabo el presente trabajo utilizando el método de detección con IFD.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron 100 pacientes de la consulta externa de Ginecología (grupo 1) y 100 pacientes que habían sido admitidas a la unidad de partos, en trabajo de parto sin ruptura prematura de membranas (grupo 2). En todas estas pacientes se obtuvieron muestras del endocervix por hisopado. Inmediatamente que se tomó la muestra se prepararon frotes en una lámina portaobjetos la cual se dejó secar al aire unos minutos. Una vez seca, se procedió a fijarla agregando 0.5 mi (aproximadamente 10 gotas) de acetona pura y se dejó evaporar. Al evaporarse la acetona, la lámina fue llevada al laboratorio y examinada el mismo día con la técnica de IFD con antisuero monoclonal, siguiendo exactamente las recomendaciones del fabricante (SYVA Corp. Micro Trak tet).

RESULTADOS

Se demostró Chlamydia en 9 pacientes del grupo 1 y en 12 pacientes del grupo 2 (cuadro No.l). La mayor parte de las pacientes en ambos grupos tenían una edad entre los 21 y 30 años, pero en total, había una dispersión etaria desde menos de 20 hata más de 40 años (cuadro No. 2). Los casos positivos se encontraron en todos los grupos de edad. Se tabularon los datos de la historia clínica y el examen físico referente al motivo de la consulta, como leucorrea, prurito, ardor, ectopia ("erosión") cervical e hiperemia vulvar (cuadro No. 3).

CUADRO No. 1

Infección por Chlamydia trachomatis en pacientes gineco-obstétricas
Hospital Escuela - 1988

Número de casos positivos

Pacientes	No. de Pacientes estudiadas	% Casos positivos
Ginecología (Grupo 1)	100	9
Obstetricia (Grupo 2)	100	12

CUADRO No. 2

Infección por Chlamydia trachomatis en pacientes gineco-obstétricos.
Hospital Escuela - 1988
Distribución de casos segúna la edad

Edad (Años)	Grupo 1			Grupo 2		
	Estudiados	No. Positivos	% Positivos	Estudiados	No. Positivos	% Positivos
< 20	8	1	12.5	30	4	13.3
21-30	50	2	4	59	6	10.2
31-40	39	5	12.8	10	2	20.0
> 41	3	1	33.3	1	0	0

CUADRO No. 3

Infección por Chlamydia en pacientes Ginecobtétricos
Hospital Escuela-1988

Signos y Síntomas en pacientes infectados

	Grupo 1. (9 casos)		Grupo 2 (12 casos)	
	No. Pacientes	% Pacientes	No. Pacientes	% Pacientes
LEUCORREA	9	100	10	83.3
PRURITO	1	11.8	5	41.6
ARDOR	5	55.5	6	50
ECTOPIA				
CERVICAL	8	88.8	4	33.3
HIPEREMIA V	2	22.2	0	0

DISCUSIÓN

Se encontró que 9% de las mujeres que fueron estudiadas en clínica ginecológica y 12% de las mujeres en trabajo de parto, tenían infección por Chlamydia demostrable por IFD. Si tomamos en cuenta que la sensibilidad de este método cuando se compara con el cultivo, como método standard de referencia, es en promedio del orden de un *$5%,* podemos asumir que la prevalencia de las infecciones por Chlamydia es mayor de lo que indican estas cifras. Estos datos demuestran que esta infección es común en nuestro medio y que debe prestarse atención a su diagnóstico, prevención y tratamiento adecuados. Las cifras encontradas en términos generales coinciden con las que se han informado en la literatura en poblaciones similares (3,10,11,12).

Chlamydia trachomatis es una bacteria de vida intracelular estricta que no se puede cultivar en medios artificiales. Para reproducir este organismo es necesario usar cultivo en células vivas. En los últimos años se han diseñado varios métodos inmunológicos para demostrar antígeno de Chlamydia en secreciones genitales (endocervix) (10,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,38). Debido a que muchos laboratorios carecen de facilidades para cultivo de células, los procedimientos inmunológicos son una alternativa aceptable para investigar la

infección. Se ha comparado la sensibilidad de estos métodos con el cultivo, sobre todo en poblaciones con alta prevalencia de la infección, como son las clínicas de enfermedades de transmisión sexual (23), hay también estudios en poblaciones de baja prevalencia (18). En las primeras la sensibilidad es de 84 a 94%, pero en las de baja prevalencia es de 60 a 88% y por eso su validez ha sido puesta en duda por algunos autores (14). Hay diversas variables que afectan esta relación (18). Pueden haber reacciones falsas positivas y falsas negativas, pero el cuidado y la experiencia del microscopista influencian en gran forma la exactitud del test de IFD. Aun cuando se usa cultivo, una sola siembra no detecta todas las infecciones y se ha enfatizado en la necesidad de hacer resiembras ciegas (pases) para aumentar las posibilidades de detección (24). A pesar de los inconvenientes anotados, los métodos inmunodiagnósticos directos son de mucha utilidad y tienen la ventaja de que la muestra se puede preservar y transportar con facilidad, que son rápidos y que permiten evaluar la calidad del espécimen.

Aparte de los métodos inmunodiagnósticos, se han descrito otros métodos directos como la técnica de inmunoperoxidasa (25), pero su uso no ha sido adecuadamente evaluado. También se han publicado estudios acerca del uso de las coloraciones de Giemsa y Papanicolaou, pero se consideran insensitivas e inespecíficas y no se recomiendan para el estudio de muestras genitales (25,26,27,28,29). Por ejemplo, en un estudio donde la coloración de papanicolaou sugería la presencia de Chlamydia, el cultivo solo fue positivo en 40% de las muestras de pacientes ginecológicos y en el 12% de las muestras de pacientes post parto. El valor predictivo positivo de la coloración de Papanicolaou para la demostración de Chlamydia solo es de 12.3% y el valor predictivo negativo de 87.7%.

Aún en países que llevan un cuidadoso control de la prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual, no se conoce la verdadera prevalencia de las infecciones por Chlamydia, debido a que muchos casos son asintomáticos y a que no es una enfermedad de notificación obligatoria. Sin embargo, solo en los Estados Unidos de América se estima que el número de casos oscila entre tres y diez millones al año, más que el número de infecciones gonocócicas. Esto ha sido considerado una franca epidemia (30).

El problema más importante es el gran número de infecciones asintomáticas en mujeres sexualmente activas. Varios estudios que han investigado el problema con cultivo en poblaciones asintomá ticas y sintomáticas han mostrado tasas de prevalencia de 2 a 22% (11). El mayor riesgo se encuentra en mujeres jóvenes que usan anticonceptivos orales (31) y en mujeres promiscuas (32).

El endocervix es el sitio más frecuente de infección en la mujer, los datos de una serie de estudios recopilados hasta 1983 demostraron que la prevalencia de la infección endocervical varía de 19 a 33% cuando se investiga por cultivo en diversas poblaciones (4,33).

En muchos aspectos el espectro clínico y la epidemiología de la infección por Chlamydia trachomatis semejan a los de la gonorrea, pero hay algunas diferencias importantes. En ambos grupos, las pacientes pueden ser asintomáticas o tener síntomas inespecíñeos (23,33,34). La infección por Chlamydia en el cervix se asocia significativamente con la presencia de mucopus y con la presencia de más de 10 leucocitos polimofonucleares por campo de inmersión (1000X) en el moco cervical (4).

Las infecciones por Chlamydia en la mujer no deben considerarse leves o auto limitadas, aun las infecciones asintomáticas pueden extenderse al endometrio y a las trompas de Falopio y producir endometritis, salpingitis y enfermedad inflamatoria pélvica (6,12). La infertilidad y el embarazo ectópico son secuelas importantes de la salpingitis debido a la formación de adherencias peritubarias,. hidrosalpinx y fibrosis intramural. El riesgo de infertilidad despuésde una infección por Chlamydia no se conoce, pero entre 64 y 91% de las mujeres infértiles por oclusión tubaria tienen anticuerpos contra Chlamydia trachomatis lo cual es 2 a 8 veces mayor de lo que se encuentra en mujeres infértiles por otrascausas (6). La extensión de la infección a la cavidad peritoneal con la formación de periheptitis (Síndrome de Curtis Fitz-High) ha sido definitivamente asociada con Chlamydia (35,36).

Cerca del 50% de las mujeres que tienen infección cervical por Chlamydia tienen infección de la uretra y 25% del recto (24), A pesar de que la mayoría de las infecciones uretrales en las mujeres son asintomáticas, en algunas pacientes hay síntomas de uretritis aguda que semejan infección por Escherichia coli (24).

Las mujeres infectadas por Chlamydia pueden ser

portadoras de la bacteria por largos períodos de tiempo sin tener la enfermedad clínicamente aparente. Los niños que nacen de estas mujeres tienen el riesgo de adquirir la infección al pasar por el canal vaginal (3). En los Estados Unidos, uno de cada 200 recién nacidos vivos se complica con conjuntivitis o pneumonía por Chlamydia (7), además se ha informado que hay una tasa mayor de premadurez y bajo peso al nacer par la edad gestacional en niños nacidos de madres infectadas así como un aumento de diez veces la mortalidad perinatal, sin embargo, esta relación aun tiene que ser mejor explorada (11,37).

RESUMEN

Se estudiaron 100 pacientes de clínica ginecológica y 100 pacientes en trabajo de parto para conocerla prevalencia de infección por Chlamydia trachomatis en la población que se atiende en el Hospital Escuela de Tegucigalpa. Se usó la técnica de inmunofluorescencia directa con antisuero monoclonal y se encontró 9% de positividad en el primer grupo y 12% de positividad en el segundo. Considerando que la sensibilidad del test de IFD es alrededor de un 85 a 90% en comparación con el cultivo, la verdadera prevalencia de las infecciones por Chlamydia es mayor de lo que demuestran estas cifras. Este trabajo demuestra la existencia de un número importante de infecciones por esta bacteria en nuestra población femenina. Se discute la importancia de la infección en mujeres.

REFERENCIAS

1. Halberstaedter L, von Prowazek S. Arb. Gesundh. Amte. 1907,26:44^7.

2. Jones BR, Collier LH, Smith CH. Lancet 1959,1:902-905.

3. Thompson SE, Washington E. Epidemiology of sexually transmitted Chlamydia trachomatis infections. Epidem. Rev. 1983,5:96-123.

4. Brunham RC, Paavonen J, Stevens CE, et al. Mucopurulent cervicitis. The ignored counterpart in women of urethritis in men. New Engl. J. Med. 1984, 311:1-6.

5. Haré MJ, Thin RN. Chlamydia infection of the lower genital tract of women. Br. Med. Bull. 1983,39:138-144.

6. Brunham RC, Maclean IW, Binns B. et al. Chlamydia traehomatis-Its role in tubal infertility. J. Inf. Dis. 1985,152:1275-1282.

7. Harrison HR, Alexander ER, Weinstein L. Cervical Chlamydia trachomatis and mycoplasmal infection in pregnancy J.A.M.A. 1983, 250:1721-1727.

8. Alexander ER, Harrison HR. Role of Chlamydia trachomatis in perinatal infection. Rev. Inf. Dis. 1983,5:713-719.

9. Syva Co. Chlamydia trachomatis direct specimen test, June 1987.

10. Chernesky MA, Mahony JB, Castriciano S, et al. Detection of Chlamydia trachomatis antigens by enzyme immunoassay and immunofluorescence in genital specimens from symptomatic and asymptomatic men and women. J. Inf. Dis. 1986, 154:141-148.

11. Peter JB, Lovett MA. Genital infection from Chlamydia trachomatis. Diag. Med. 1982,Nov-Dec. 1-11.

12. Westrom L, MardhPA. Genital infections in the female, en: PA Mardh, KK Holmes, JD Oriel, P Piot y J Schachter, editores. Chlamydial Infections, Elsevier Biomedical Press, Amsterdam 1982, pp 121-139.

13. Coudron PE, Fedorko DP, Dawson MS, et al. Detection of Chlamydia trachomatis in genital specimens by the Micro trak direct specimen test. Am. J. Clin. Path. 1986,85:89-92.

14. Forbes BA, Bartholma N, McMillan J, et al. E valuation of monoclonal antibody tet to detect Chlamydia in cervical and urethral specimens. J. Clin. MicrobioL 1986,23:1136-1137.

15. Howard LV, Coleman RF, England BJ, et al. Evaluation of Chlamydiazyme for the detection of genital infections caused by Chlamydia trachomatis. J. Clin. MicrobioL 1986, 23:329-332.

16. Lipkin ES, Moneada JV, Schaffer MA, et al.

Comparison of monoclonal antibody staining and culture in diagnosing cervical chlamydial infection. J. Clin. Microbiol. 1986, 23:114-117.

17. Martínez MA, Gubelin W, Pinto ME, et al. Diagnóstico de Chlamydia trachomatis mediante examen directo con anticuerpos monoclonales Rev. Med. Chile 1985,113:769-771.

18. Noble MA, Kwong A, Barteluk RL. Laboratory diagnosis of Chlamydia trachomatis using two immunodiagnostic methods. Am. J. Clin. Path. 1988, 90:205-210.

19. Ryan RW, Kwasnik I, Steingrimsson O, et al. Rapid detection of Chlamydia trachomatis by an enzyme immunoassay method. Diag. Microbiol. Inf. Dis 1986,5:225-234.

20. Stamm WE, Harrison HR, Alexander ER, et al. Diagnosis of Chlamydia trachomatis infection by direct irnmunofluorescence staining of genital secretions. Ann. Int. Med. 1984,101:638-641.

21. Tam MR, Stamm WE, Handsfield HH, et al. Culture independent diagnosis of Chlamydia trachomatis using monoclonal antibodies. New Engl. J. Med. 1984,310:1146-1150.

22. Taylor-Robinson D, Thomas BJ, Osborn MR Evaluation of enzyme immunoassay (Chlamydiazyme) for detecting Chlamydia trachomatis in genital tract specimens. J. Clin. Path. 1987,40:194-199.

23. Nayyar KC, O'Neill JJ, Hambling MHm et al. Isolation of Chlamydia trachomatis from women attending a clinic for sexually transmitted diseases. Br. J. Ven. Dis. 1976,52:396-398.

24. Jones RB, Katz BP, Van der Pol B, et al. Effect of passage and múltiple sampling on recovery of Chlamydia trachomatis from urogenital specimens J. Clin. Microbiol. 1986, 24:1029-1033.

25. Dormán SA, Danos LM, Carón BL, et al. Detection of Chlamydia trachomatis in Papanicolaou-stained cervical smears by direct immunoperoxidase method. Acta Cytol. 1985,29:665-670.

26. Evans RT, Woodland RM. Detection of Chlamydia by isolation and direct examination. Br. Med. Bull. 1983,39:181-186.

27. Geerlings S, Nettum JA, Linder LE, et al. Sensitivity and specificity of the Papanicolaou-stained cervical smear in the dignosis of Chlamydia trachomatis iníections. Acta Cytol. 1985, 29:671-675.

28. Lindner LE, Geerling S, Nettum JA, et al. The cytologic feaíures of chlamydial cervicitis. Acta Cytol. 1985, 29:676-682.

29. ShiinaY.Cytomorphologic and Immunocytochemical studies of chlamydial infectionsin cervical smears. Acta Cytol. 1985,29:683-691.

30. Holmes KK. Chlamydia epidemic. J.A.M.A. 1981, 245:1718-1723.

31. Schachter J. Screening for Chlamydia infections in women attending family planning clinics. West. J. Med. 1983,138:375-379.

32. Munday PE, Pritchard G, Harris JRW, et al. Prevalence of chlamydial infection in promiscuous women. Br. J. Ven. Dis. 1983,59-103-104.

33. Arya OP, Mallinson H, Goddard AD. Epidemiological and clinicalcorrelatesof chlamydial infection of the cervix. Br. J. Ven. Dis. 1981,57:118-124.

34. Ghadirian FD, Robson HB. Chlamydia trachomatis genital infections Br. J. Ven. Dis 1978, 55:415-418.

35. Clair J, Kurtz JB. Chlamydia trachomatis and upper abdominal pain. Lancet 1983, i:1044-1045.

36. BoltonlP,DarougarS.Perihepatitis,en:S.Darougar editor: Chlamydial Disease, Br. Med. Bull. 1983, 39:159-162.

37. Martin DH, Koutsky L, Eschembach DA, et al. Prematurity and perinatal mortality in pregnancies complicated by maternal Chlamydia trachomatis infecHons. J.A.M.A. 1982,247:1585-1588.

38. Barnes RC. Laboratory diagnosis of human Chlamydial infections. Clin. Microbiol. Rev. 1989, 2:119-136.

Anestesia Espinal con Bupivacaina al 0.5% Hiperbarica

Dra. Mana Guadalupe Fortín de Pineda, Dr. Antonio Mariona Mejía***

INTRODUCCIÓN:

La anestesia espinal conduce a un bloqueo sensitivo, motor y simpático reversible, que resulta de la acción de un anestésico local administrado dentro del espacio subaracnoideo en las raíces, ganglios y cordón espinal(l).

La Bupivacaina es un anestésico local que tiene gran aceptación por ésta vía, por su larga duración de acción con bloqueo motor menos intenso que la tetracaína(2). Desafortunadamente hay reportes de ser potencialmente cardiotóxica cuando accidentalmente es administrado por vía íntra vcnosa{3); hay reportes de paro cardiaco en concentraciones de 0.25% al 0.75% por vía epidural lumbar y caudal(4).

Toxicidad sistémica después de la administración de Bupivacaina subaracnoidea no ha sido aún reportada(5).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se estudiaron 12 pacientes del sexo masculino y femenino entre 20 y 70 años de edad, con estado físico I según la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA), sometidos a procedimientos quirúrgicos electivos de cirugía general, ortopedia y urología. A cada uno de los pacientes se les tomó peso y talla {Cuadro I); se utilizó atropina 0.5 mg. I.M. y Diazepan 10 mgs. como medicación preanestesica. A cada uno se le cateterizó una vena y se administró 1,000 mis. de Solución Hartman, previo a la realización del bloqueo. Se monitorizó la presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, antesy cada 5 minutos después de su aplicación.

Los pacientes fueron colocados en decúbito lateral con la mesa horizontal; previa asepsia de la región, la punción se realizó a nivel de L4-L5 con aguja No. 22; una vez localizado eí espacio se administró la dosis de Bupivacaina entre 15 y 40 segundos.

El cálculo de la dosis se realizó según lo recomendado par la Tetracaina, en base a su semejanza en cuanto a sus propiedades anestésicasy tóxicas, talla y procedimiento quirúrgico(2,9,10).

El volumen de la solución anestésica se preparó de la siguiente manera: Se usó clorhidrato de Bupivacaina al 0.5% sin adrenalina y sin preservativos. Se calculó la dosis que le correspondía según procedimiento quirúrgico y talla del paciente y a la cual se le agregó 1 mi. de Dextrosa al 10% La baricidad de la mezcla de 10 mg. de Bupivacaina con un MI. de Dextrosa al 10% fue de 1.020 y con la mezcla de 15 mgs. de Bupivacaina con un mi. de Dextrosa al 10% fue de 1.019 (Cuadro No. 2).

Inmediatamente después de aplicar la dosis se colocó a

Hospital Leonardo Martínez Valenzuela, Servicio de Anestesiología. Médico Anestesiólogo. Jefe de Servicio

los pacientes en decúbito dorsal manteniendo la cabeza sobre una almohada.

En relación al bloque» sensitivo se realizaron los siguientes controles: Tiempo de latencia, difusión, tiempo de desaparición en dos metámeras, duración total de la analgesia que se valoró cuando había recuperado en su totalidad la sensibilidad. En relación al bloqueo motor: tiempo de aparición y duración total del bloqueo medido hasta que había recuperado la capacidad para flexionar las rodillas con facilidad.

CUADRO No. 1

MATERIAL Y METODOS

EDAD (AÑOS)	22 - 68	X 47
TALLA (METROS)	1.48 - 1.84	X 1.62
PESO (Kgs.)	40 - 85	X 59.5

CUADRO No. 2

DOSIS ADMINISTRADAS DE BUPIVACAINA AL 0.5% HIPERBARICA EN ESPACIO SUBARACNOIDEO

DOSIS (mgs.)	No.	%
9 - 10	5	41.6
11 - 12	6	50.0
13 - 14	1	8.3
TOTAL	12	100

RESULTADOS:

La calidad de la Anestesia fue efectiva en 11 casos; en un caso se administró anestesia general por no obtener la difusión requerida para su cirugía.

Las variaciones déla presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria fueron dentro de los límites normales (Cuadro No. 3,4,5). No se presentaron signos de toxicidad sistémica.

En relación al bloqueo sensitivo la difusiónde la analgesia fue entre T4 y T12 con un tiempo de latencia entre 3 y 5 minutos. Su duración fue entre 100 y 312 minutos (Cuadro No. 6).

El bloqueo motor se presentó entre los 3 y 10 minutos con un duración entre 80 y 180 minutos. (Cuadro No. 7).

CUADRO No. 3

VARIACIONES EN LA FRECUENCIA CARDIACA DESPUES DE ADMINISTRAR BUPIVACAINA AL 0.5% HIPERBARICA EN ESPACIO SUBARACNOIDEO.

VARIACIONES FRECUENCIA CARDIACA LATIDOS/MINUTO	No.	%
1 - 5	8	66.6
6 - 10	4	33.3
TOTAL	12	100

CUADRO No. 4

VARIACIONES EN LA PRESION ARTERIAL SISTOLICA DESPUES DE ADMINISTRAR BUPIVACAINA AL 0.5% HIPERBARICA EN ESPACIO SUBARACNOIDEO

DISMINUCION DE LA PRESION ARTERIAL SISTOLICA (mm.hg.)	No.	%
0	6	50.0
1 - 10	4	33.3
11 - 20	2	16.6
TOTAL	12	100

CUADRO No. 5

VARIACIONES EN LA PRESION ARTERIAL DIASTOLICA. DESPUES DE ADMINISTRAR BUPVACAINA AL 0.5% HIPERBARICA EN ESPACIO SUBARACNOIDEO.

DISMINUCION PRESION ARTERIAL DIASTOLICA (mm. Hg.)	No.	%
0	9	75.0
1 -10	3	25.0
TOTAL	12	100

CUADRO No. 6

BLOQUEO SENSITIVO. DESPUES DE ADMINISTRADA BUPIVACAINA AL 0.5% HIPERBARICA EN ESPACIO SUBARACNOIDEO

PARAMETRO	RANGO (minutos)	X	S
TIEMPO DE LATENCIA	3-5	4.3	± 0.8
ANALGESIA QUIRURGICA	5-17	8.16	± 3.9
BLOQUEO COMPLETO	5-26	14.75	± 8.94
DIFUSION	T4-T12	T9	±2.5
TIEMPO DESAPARICION EN DOS METAMERAS	34-83	45.25	± 19.2
DURACION	100-312	179.5	± 54.6

CUADRO No. 7

BLOQUEO MOTOR

DESPUES DE ADMINISTRAR BUPIVACAINA AL 0.5% HIPERBARICA EN ESPACIO SUBARACNOIDEO.

PARAMETRO (MINUTOS)	RANGO	X	S
TIEMPO LATENCIA	3 - 10	4.6	2.6
DURACION	80 - 180	137	29.3

DISCUSIÓN:

En nuestro estudio el volumen y la dosis del anestésico varió según el procedimiento y la estatura del paciente9,10. La densidad de la solución fue entre 1.020 y 1.019; la posición del paciente después de la inyección fue la misma; se utilizó el mismo nivel de inyección; la velocidad de administración varióentre 15 x40 segundos.

Se observó que cuando se administraba en 15 y 30 segundos se alcanzaban niveles altos de anestesia (T4 y T7) a los 5 minutos. En los casos en que se administró el anestésico en 40 segundos el nivel anestésico alcanzado fue bajo y se logró analgesia quirúrgica adecuada colocando la mesa de operaciones en posición de Trendelemburg; en estos pacientes la duración de la analgesia fue mucho menor en comparación con aquellos pacientes en que se logró analgesia quirúrgica desde el inicio. A lo anterior se debe la diferencia que existe en el tiempo para lograr la analgesia quirúrgica, la duración del bloqueo sensitivo y la duración del bloqueo motor.

La estabilidad cardiovascular que encontramos concuerda con reportes anterioresó,7,8.

En Honduras se ha usado la Bupivacaina al 0.5% mezclada con dextrosa al 20%6. Nuestro propósito fue probar su eficiencia usando dextrosa al 10%.

CONCLUSIONES:

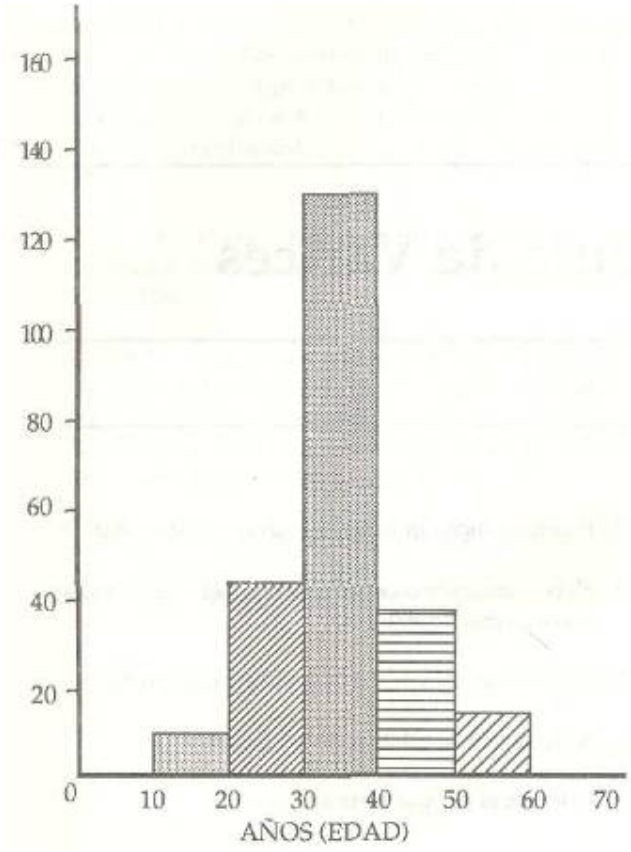
La Bupivacaina al 0.5% simple mezclada con dextrosa al 10% proporciona efectiva analgesia quirúrgica de larga duración, estabilidad cardiovascular con poca probabilidad de producir toxicidad sistémica.

Un siguiente estudio sería comparar diferentes velocidades de administración usando Bupivacaina hiperbárica.

BIBLIOGRAFÍA

1.- John C. Snow: Manual de Anestesia, 2a. Edición, Salvat Editores S.A. España, 1986, pág. 125-143.

2- David L. Brown, MD: Problems in Anesthesia. Perioperative Analgesia, Vol. 2, Number 3, July-September 1988. Pág. 358.



También debe mencionarse que todo paciente antes de practicarse este procedimiento quirúrgico debe tener previa y posteriormente tratamiento médico sintomático; que en nuestros casos lo hacemos con derivados de Escina y rutosidos (Rutina) y/o Diosmina. En figura No. 1 puede verse los sitios marcados donde se realizara

FIGURA 1
FIGURA 2

DISCUSIÓN

La cirugía de Várices siempre ha sido controversial en cuanto a los resultados tanto funcionales como estéticos; por lo que en algunas ocasiones los pacientes y el cirujano se sienten de alguna manera defraudados.

El presente trabajo tiene como objetivo principal el mostrar una técnica quirúrgica para la fieboestracción varicosa, con la cual se han obtenido resultados tanto estéticos como sintomáticos muy satisfactorios; y la cual hemos estado utilizando desde el año de 1982.

Esta técnica operatoria además de las ventajas mencionadas anteriormente, puede practicarse en forma ambulatoria, es decir que el paciente una vez realizado el procedimiento bajo anestesia local o epidural el paciente puede irse a su casa en las siguientes dos horas o el mismo día de realizado el procedimiento.

la incisión quirúrgica la cual es una miniincisión; las figuras Nos. 2; 3 y 4 muestran la localización de la várice con la aguja de crochet y la extracción con técnica rotatoria con pinza mosquito y en forma escalonada de la várice previamente marcada. La figura No. 5 muestra que el sangrado es mínimo en este procedimiento; la Figura No. 6 muestra la aplicación de la sutura 5/0 la que puede retirarse a las 48 horas y las Figuras 7 y 8 muestran los resultados satisfactorios en los controles postoperatorios mediatos.

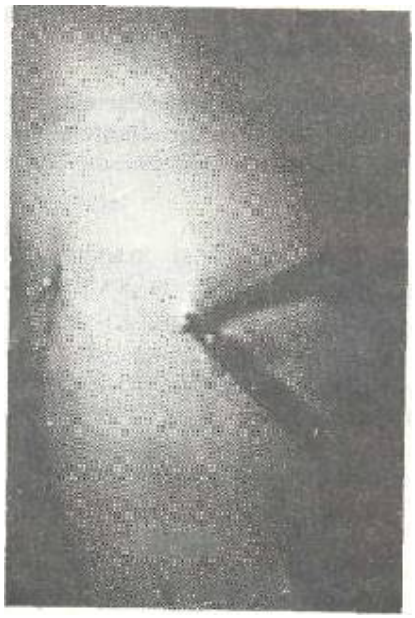


FIGURA 3

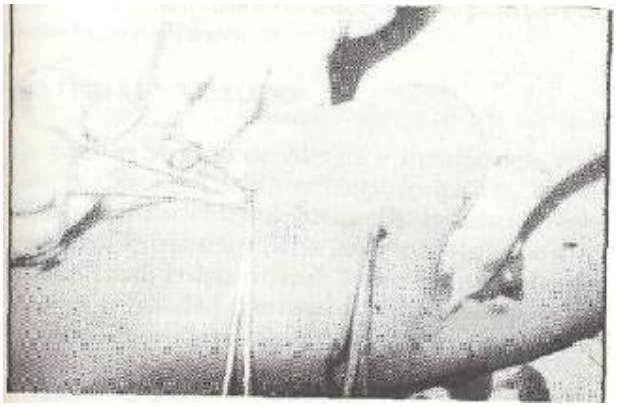


FIGURA 4

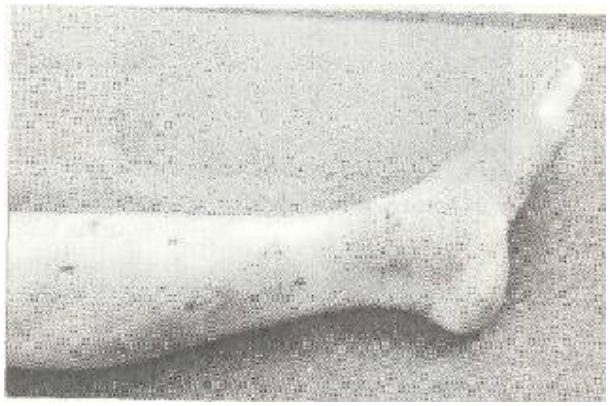


FIGURA 5

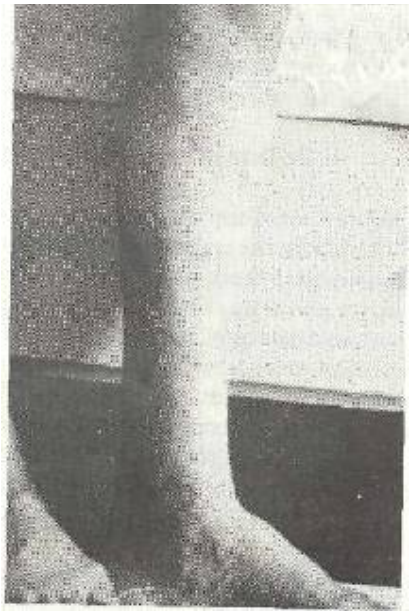


FIGURA 7

BIBLIOGRAFÍA

1.- G.L. Gordon Jr. Advanees in Surgery Vol. 14 Year BookPublisherl980.

2.- John B, Chang Modern Vascular Surgery P.M.A. Publishing Corp. 1985.

3.- John B. Chang Vascular Surgery S.P. Medical & Scientifics Books 1985.

4.- C. Marsal Resultados de la aplicación de un preparado en forma de gel en las afecciones venosas de las extremidades Munchener Medizinische Wochenschrift en Español 1973.

5.- P. Rocco Valoración de la eficiencia del tratamiento con Fármacos flebo tropos mediante teletermografía dinámica Munchener Medizinische Wochenschrift en Español Julio 1980.

6.- G. Szabo El efecto del Essaven sobre el tono de los Vasos Linfáticos Fortschritte Der Medizin 1967.

Experiencia con Ketotifeno en Asma Bronquial Extrínseca

Dr. Cristian Kaffie y Cois. (*)

INTRODUCCIÓN

El Ketotifeno, un derivado benzocicloheptatiopene, ha demostrado tener efecto antihistamínico y propiedades antianafilácticas. La literatura mundial informa de las propiedades del Ketotifeno *en la modulación de varios estímulos en hiperreactividad* ***bronquial*** *(2,4),* **con virtiéndole** en medicamento de gran importancia clínica en pacientes de fuerte componente extrínseco en sus patologías como ser Rinitis alérgica, Asma Bronquial Extrínseca y otras (1, 8, 15,17).

En nuestra Institución ha sido motivo de interés estudiar el comportamiento de nuestros pacientes en los Servicios de Alergia e Inmunología, lo mismo que en Neumología, respecto a la utilización del Ketotifeno como otra ayuda más en el manejo de los pacientes con asma bronquial extrínseca.

MATERIAL Y MÉTODO

En nuestro Servicio de Alergia e Inmunología en el Instituto Nacional del Tórax (Tegucigalpa, D.C.), seleccionamos 55 pacientes adultos con diagnóstico de Asma Bronquial Extrínseca y 20 pacientes con el mismo diagnóstico como grupo control. Todos los pacientes son hasta la actualidad controlados periódicamente en el Servicio. Grupo de edad entre 15 y 52 años; 34 pacientes del sexo femenino y 21 varones. Del grupo control 11 femeninos y 9 masculinos, con un promedio de edad de 27.3 años.

Servicio de Alergia e Inmunología Clínica
Instituto Nacional del Tórax.

Excluimos de nuestro estudio:

1. Pacientes con problemas cardíacos, pulmonares (bronquiectasias, neumonías, derrames, etc.) renales o hematológicos.

2. Pacientes que ya antes habían estado en terapia con Cromolyn y/o Ketotifeno al menos (3) tres meses antes de ingresar al protocolo.

3. Pacientes esteroides-dependientes

Todos los pacientes completaron el protocolo clínico y cumplieron con sus citas a cabalidad. A todos los pacientes se les realizó como exámenes dentro de la investigación: Rx de tórax y senos, seroteca IgE 86-88, Pruebas Cutáneas, Ci tograma Nasal, hemograma completo, química general, seriado de heces, orina, como mínimo. El tiempo de tratamiento con Ketotifeno no fue menor de (3) tres meses y el máximo hasta la fecha es de (2) dos años. La eficacia del medicamento se puntualizó con una escala de 1 al 4:

1: No mejoría (no respuesta al tratamiento) 2: Buena (disminución de dosis de broncodilatado-res según sin toma tología)

3: Muy buena (estabilidad clínica con Ketotifeno y broncodilatadores, síntomas leves)
4: Excelente: (gran estabilidad clínica y tratamiento individualizado).

CAMBIOS EN LA SEVERIDAD DEL ATAQUE (tos, disnea, sibilancias) *Ausente:* No síntomas.
Leve: Síntomas presentes pero no incapacitantes.
Moderada: Síntomas presentes que producen incapacidad de actividad diaria.
Intenso: Reducción de la actividad diaria, necesidad de medicamentos parenteralcs y hospitalización no mayor de 24 horas. *Severo:* Hospitalización requerida.

Contamos con apoyo de profesional médico del Servicio de Investigación de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. El término "significancia estadística" se utilizó al analizar los parámetros de comparación entre ambos gru posrespecto a la nulidad de nuestra hipótesis de investigación. Se utilizó el CHI cuadrado.

El tipo de estudio fue doble ciego, prospectivo, con una duración aproximada de dos años. Los medicamentos utilizadosenel grupo de pacientes fueron: Teofilina, 250 mg BID*; Ketotifeno, 1 mg BID; Salbutamol, 4 mg TID+. En el grupo control únicamente: Teofilina, 250 mg y Salbutamol 4 mg en dosificación BID y TID, respectivamente. El calendario de control fue quincenal al principio y luego mensual con tabla de control de síntomas y recaídas en forma individual.

RESULTADOS

Se estudiaron 55 pacientes con Ketotifeno, Salbutamol y teofilina, 34 correspondieron al sexo femenino y 21 al sexo masculino. Como grupo control, 20 pacientes tratados únicamente con Salbutamol y Teofilina; 11 correspondieron al sexo femenino y 9 a sexo masculino. Las características demográficas de edad, peso y altura no tuvieron significancia estadística y fueron consideradas como similares, (ver Tabla No. 1 y Tabla No. 2).

De los 55 pacientes que recibieron tratamiento por su Asma Bronquial Extrínseca dentro del protocolo de Ketotifeno, 41 ingresaron al mismo con síntomas moderados (síntomas presentes que producen incapacidad de actividad diaria) se remite al lector a la lectura de Criterios de Severidad considerados en esta investigación. Al final de las 12 semanas este número se redujo a 19 sujetos; pasando el resto a la categoría de síntomasleves (ver Tabla No. 3), logrando una diferencia significativa de $P < 0.0001$, respecto al grupo control, donde de los 20 sujetos, 13 ingresaron con síntomas moderados y la evolución clínica en la semana 12 había demostrado un desplazamiento del 50% a la categoría de severidad intensa del ataque asmático, (ver Tabla No. 4).

* BID: Dos Veces al Día +
TID: Tres Veces al Día

TABLA I

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES TRATADOS CON KETOTIFENO

CARACTERÍSTICA	
NUMERO DE ESTUDIO DEL PACIENTE CON KETOTIFENO	55
SEXO: FEMENINO ..... 34 MASCULINO	21
PROMEDIO DE EDAD (AÑOS): X = 25.4	
PROMEDIO DE PESOS (NG) ..... 60 Kg	
PROMEDIO DE ALTURA (MTS)... 1,69 METROS	

TABLA 2

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS GRUPO CONTROL

CARACTERISTICA	NUMERO
GRUPO CONTROL	20
SEXO	F: 11 M : 9
PROMEDIO DE EDAD X	X = 27.3 AÑOS
PROMEDIO DE PESO (KG)	57.2 KG
PROMEDIO DE ALTURA (MTS)	1.58 MTS

TABLA 3

CAMBIOS EN LA SEVERIDAD DEL ATAQUE ASMÁTICO GRUPO TRATADO CON KETOTIFENO

	PORCENTAJE DE PACIENTES SEMANAS DE TRATAMIENTO			
SEVERIDAD DE SINTOMAS	INGRESO	4	8	12
AUSENTE	1	0	0	0
LEVE	7	21	37	36
MODERADO	41	32	17	19
INTENSO	5	2	1	0
SEVERO	1	0	0	0

P< 0.0001

+ La severidad del ataque asmático fue catalogado como ausente, leve, moderado, intenso y severo. Las definiciones aparecen al inicio de la lectura del trabajo.

TABLA 4

CAMBIOS EN LA SEVERIDAD DEL ATAQUE ASMATICO GRUPO CONTROL

	PORCENTAJE DE PACIENTES SEMANAS DE TRATAMIENTO			
SEVERIDAD	INGRESO	4	8	12
AUSENTE	0	0	0	0
LEVE	0	0	0	0
MODERADO	13	13	6	3
INTENSO	5	5	12	15
SEVERO	2	2	2	2

P < 0,0001

+ Nótese en los pacientes del Grupo Control la mwilidad de su escala en cuanto a la severidad del ataque asmático.

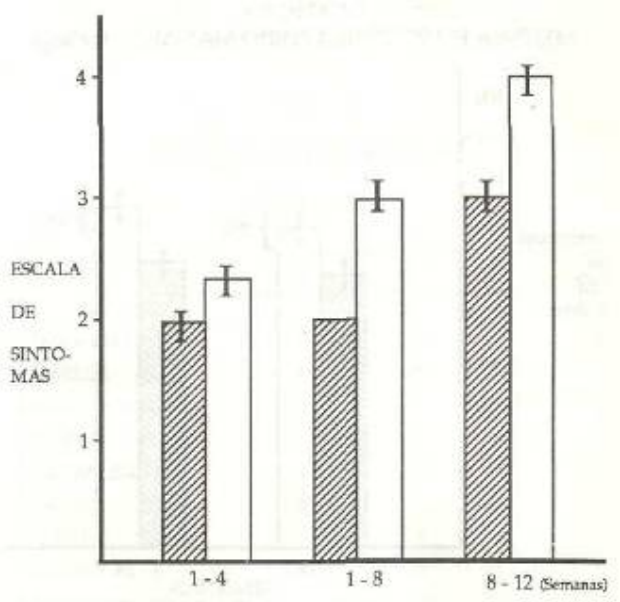
El grupo de pacientes tratados con Ketotifeno reportó como efectos adversos más frecuentes: somnolencia en un 36.5%, cefalea (tipo migraña) 5,4% y 1 -8% náuseas e irritabilidad; estos efectos adversos son reportados por igual en la literatura (4) (7) (8) (12). El 54.50% no presentó efecto adverso alguno en nuestro estudio.

En el grupo control dominó la taquicardia en un 45% y temblor en un 45% asociado a teofilina y salbutamol respectivamente; el resto de efectos adversos con broncodilatadores fueron similares a los que describe la literatura. (2) (10) (11) (13) (18) (19).

En Ningún momento estos efectos adversos en ambos grupos motivaron retiro de medicamentos, pero sí el reajuste de la dosis en cada uno. La evolución de la mejoría de los síntomas por semanas fue notoriamente superior en el grupo tratado con Ketotifeno logrando significancia estadística de P < 0.001 respecto al grupo control (ver Gráfica No. 1 y Gráfica No. 2).

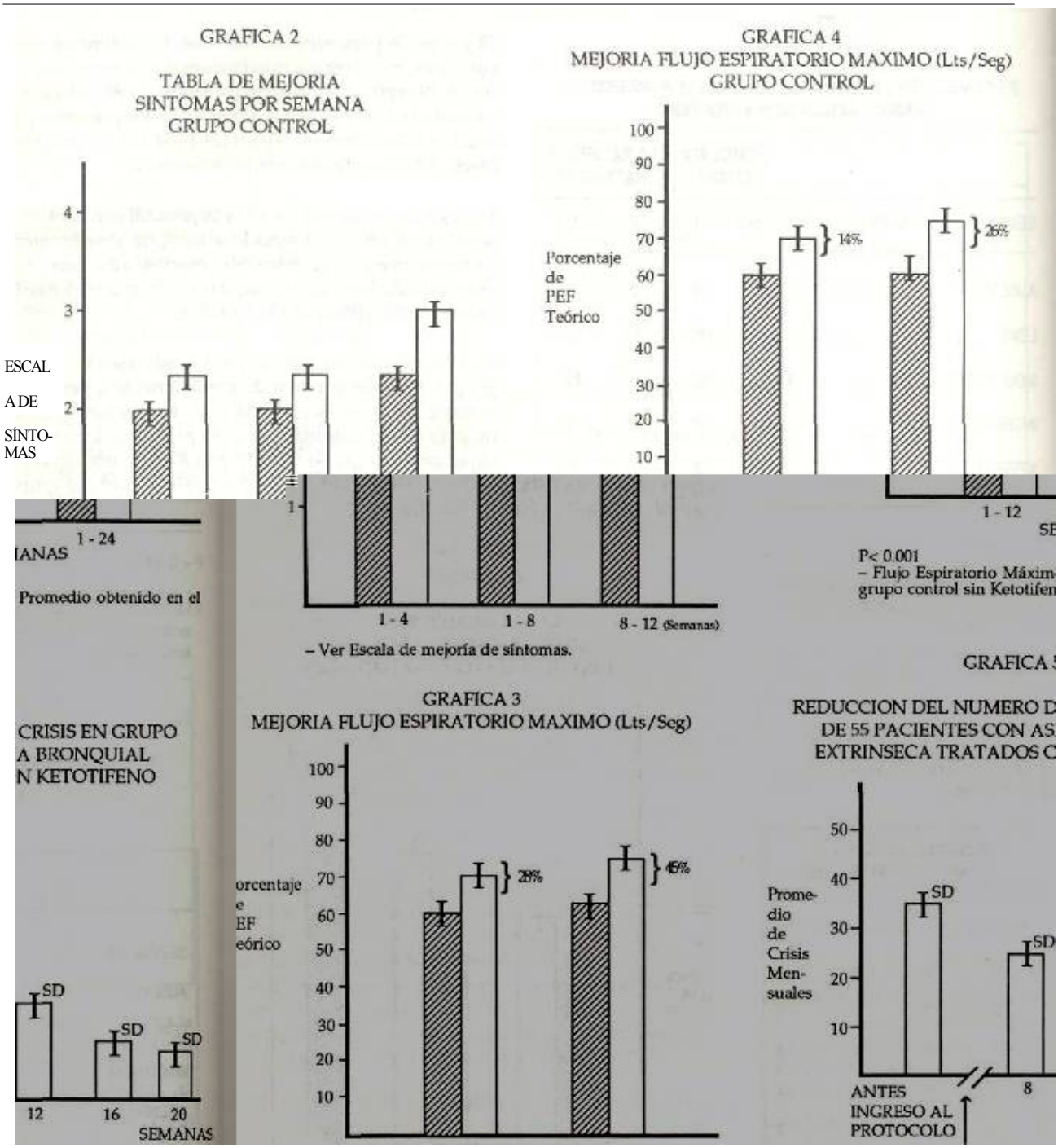
GRÁFICA 1

TABLA DE MEJORÍA
SÍNTOMAS POR SEMANA
GRUPO TRATADO CON KETOTIFENO



0,001

La escala de mejoría de síntomasreprcsentada por números fueron definidas inicialmente: 1= no mejoría, 2=buena, 3=muy buena, 4-excelente.



- Flujo espiratorio Máximo (litros/seg) es el flujo máximo promedio mantenido por 0.01 segundos durante una espiración forzada a partir de una inspiración profunda. Promedio obtenido grupo con Ketotifeno.

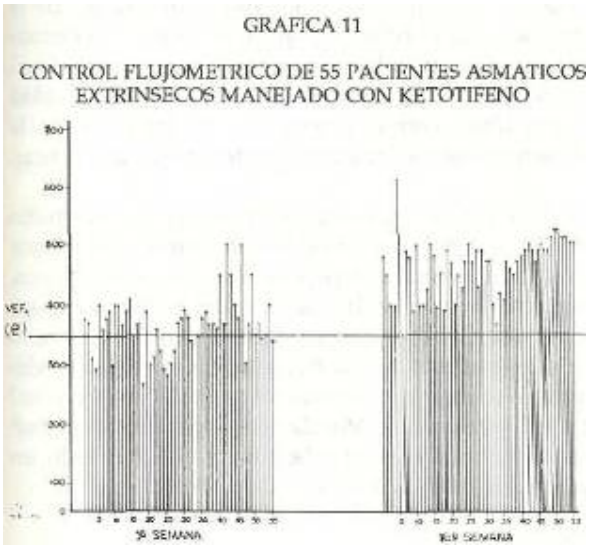
P< 0.0001

\+ Gráfica que representa la reducción del número de crisis por semanas de tratamiento con Ketotifeno.

++ SD: desviación estándar (+ ó - 2.7)

La gráfica muestra el VEF_1 de cada paciente que no recibió Ketotifeno monitorizados a la primera y octava semana del estudio.

Control Flujometrico (VEF_1) del grupo control (sin Ketotifeno), a la décima sexta semana .



Control flujometrico (VEFj) de cada paciente a la decima sexta semana comparada con la primera semana.

DISCUSIÓN

En la investigación que desarrollamos se demostró claramente la eficacia del Ketotifeno como modulador de la actividad "alérgica" de los sujetos con Asma Bronquial Extrínseca dentro del marco del protocolo clínico desarrollado. No encontramos en ningún momento que el Ketotifeno pueda sustituir a los broncodilatadores, por el contrario; los mejores logros de la investigación fueron dentro de la politerapia en este tipo de pacientes.

El suficiente tiempo de manejo de los pacientes dentro del protocolo clínico de investigación nos ha dado resultados positivos para el mejor control en cuanto a calidad del grupo de pacientes que con un fuerte componente extrínseco dentro del asma, necesitan apoyo de modulación inmunológica.

Durante el desarrollo de la investigación para valorar la eficacia del Ketotifeno tomamos muy en cuenta, tiempo de duración del tratamiento, así como su tolerancia.

Quedaron excluidos de la investigación aquellos sujetos en los que no se pudo demostrar la incidencia de alérgenos en su proceso clínico. El tratamiento con Ketotifeno no fue menor de 3 meses. La eficacia del medicamento se puntualizó con una escala del 1 al 4:1 = no mejoría (no respuesta al tratamiento), 2 = buena (disminución de dosis de broncodilatadores según sintomatología), 3 = muy buena (estabilidad clínica, síntomas leves utilizando ketotifeno y broncodilatadores)4 = Excelente (granestabilidad clínica y tratamiento individualizado).

TABLA 7

EVALUACION GLOBAL DEL EFECTO DEL MEDICAMENTO

PACIENTE EN TRATAMIENTO.	NO MEJORIA (1)	BUENA (2)	MUY BUENA (3)	EXCELENTE (4)	TOTAL
KETOTIFENO	(1)	(4)	(35)	(15)	55

+ Tabla que reporta los resultados del estudio en cuanto a eficacia del Ketotifeno (ver escala anterior).

TABLA 8

EVALUACION GLOBAL DEL EFECTO DE MEDICAMENTOS

GRUPO: CONTROL

PACIENTES EN TRATAMIENTO		NUMERO
NO MEJORIA	(1)	2
BUENA	(2)	13
MUY BUENA	(3)	3
EXCELENTE	(2)	2
TOTAL:	(2)	20

+ Tabla que reporta la eficacia de utilizar solo broncodilatadores en Asma Bronquial Extrínseca.

Tal y como se ha demostrado en esta investigación, la mayoría de los pacicntesafectos de patología respiratoria alérgica (asma extrínseca), responden favorablemente al ketotifeno, disminuyendo la toma de medicación habitual e incluso no precisando nada más que el ketotifeno. Por igual pudimos observar y documentar la mejoría de la función pulmonar.

Ade,ás de su valioso efecto como estabilizador de la membrana de mastocito y antihistamínico, podemos atribuir los excelentes resultados a su fácil administración, así como su total absorción, seguridad de una dosis correcta, cosa que es limitante en la utilización deotrosfármacosconsimilares características.

La menor respuesta encontrada en los sujetos del estudio con síntomatología perenne, la atribuimos a una mayor agresión déla mucosa respiratoria, no solo por alérgenos, sino también por las frecuentes infecciones víricas o bacterianas que se presentan de una forma asociada, lo que hace que disminuya la eficacia del Ketotifeno. Hecho contrario seobserva en los sujetos con carácter estacional (clima lluvioso o seco) donde la respuesta fue superior, permitiéndonos controlar la clínica estableciendo un tratamiento profiláctico.

CONCLUSIONES

1.- Que el Ketotifeno modifica la Hiperreactividad Bronquial solo después de un tratamiento prolongado. Su dosificación debe ser continua y se observó que cerca de los tres meses se afianza su efecto, el cual debe ser monitorizado hasta lograr la dosis mínima efectiva del medicamento.

2.- El Ketotifeno debe administrarse dentro del marco de la politerapia en asma bronquial extrínseca.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abdulrahman Aj Fray
The Prophylactic Benefitsof twice daily Ketotifen in Asíhmatic Saudi Children Journal of Asthma. 1986. 23(1)19-22.

2. A. Oehling M. Fernández; W. Wong et al
Retrospective study of Ketotifen protective action uin different allergopathies. Allergol et Inmunopathol. 1987, Vol. 15,6 (369-373).

3. B. Lench & J. P. Girard et al
"Bronchial Asthma Induced by Mediators Produced in vitro by sensitized Lumphornonocytes. Protective effect of Ketotifen. Allergol et Inmunopathol. 1987, Vol 15,4 (191-194).

4. Craps, L. La Profilaxis del asma bronquial con Ketotifeno. Cinco años de investigación clínica. Acta Terapéutica, 1980,6:1.

5. Castillo, G-, Oehling M., Gambos, E. García, et al.
Efecto del Ketotifeno sobre la actividad adenilato ciclase de pacienes asmáticos. Allergol et Inmuno pathol, 1988, Vol. 16,3 (151-156).

6. G. Tamura, S. Mué & T. Takishina, et al
Protective effects of Ketotifen on Allergen-Induced Bronchoconstriction an skin weal. Clinical Allergy. 1986. Vol. 16, No. 6 págs. 535-541.

7. J. D. Wilson et al.
Antiallergic, antiashmatic drugs-Ketotifen Adis health science press Sydney 1983:104-108.

8. J. Huerta López (México), M. Teresa Lazo (España) R. Tseng (Hong Kong) Workshop No. 25. Ketotifen and Antihistaminics in Asthma XII World Congress of Asthmology. Barcelona-España, 1987, 25-29.

9. Montoya, Fernando et al.
Asthma and Nifedipine. Comparison of Nifedipine, Ketotifen and placebo in the prophylaxis of childhood extrinsic asthma. Allergol et Inmunopathol. 1988.16-4:253-258.

10. M. V. Moreno; A. Oehling et al.
Estudio del efecto protectivo del Ketotifeno en la Hiperreactividad bronquial por el ejercicio. Allergol et Inmunopathol, 1988.16.2:91-94.

11. Mattson K. Popping, H. Hurme R.
A controlled study on the preventive effect of Ketotifen an antiallergic agent, on methacholine-induce bronchoconstriction in asthmatics. Clin. Allergy 1979:495-501.

12. Naspitz, Charles, Carlos A. R. Freiré
Evaluation of Ketotifen in the prophylactic tratment of asthma in children Allergol and Inmunopathol, 1988.16,1(27-31).

13. Petheram I., Moxham J., Bierman C, et al.
Ketotifen in atopic asthma and excercise-induce asthma. Thorax. 1981:36:308-12.

14. Taizo Kato et al.
Effect of Ketotifen on human alveolar marchophages Journal of Allergy and Clinical Inmunology. 1988, Vol. 81, No. 2 pp. 469-474.

15. Tinkelman et al.
The use of Ketotifen in the prophilaxis of seasonal Allergic Asthma Annals of Allergy, 1986, Vol. 56, Pág. 213-217.

16. Taylor B., Ford R.
Ketotifen in Childhood asthma: A double-blind placebo controlled trial Clin. Allergy, 1979,9:241.

17. U. Broberger, V.G. Graff-Lonnevig, G. Lilja & E. Rylander Ketotifen inpollen-induced: a dobleblind placebo Controlled study Clinical Allergy, 1986. Vol. 16,119-127.

18. Carrasco E., Sepúlveda R. y Fuentes E.
Tratamiento Profiláctico del Asma Bronquial. Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica. 1987. Vol. 3, No. 1 210-218.

19. Carrasco E, Galleguillos F and Bertnath Z.
The orally administerd anti-allergic agent, Ketotifen, efficacy in atopic bronchial asthma. Allergol et Immunopathol 1981. 9(4). 335-342.

Agradecimiento a los Doctores MARTA MEMBREÑO y MARIO MEJIA por su asesoría en los Aspectos Neumológicos de la Investigación y al Doctor MANUEL SIERRA de Investigación de la UNAH por su esfuerzo en el análisis estadístico.

Tuberculosis Cavitaria en un Lactante con Meningitis

Reporte de un caso

Dr. Ernesto Dala Sierra, Dr. Francisco Cleaves Tomé*, Dr. Orison Velásquez G.**

RESUMEN

Se efectúa la descripción del caso de un lactante de 8 meses, quién presentó tuberculosis cavitaria acompañada de Meningitis Tuberculosa. Posteriormente se hace una revisión de los aspectos clínicos y métodos de estudio diagnóstico actuales, enfatizando en la importancia que tienen los antecedentes epidemiológicos, para identificar la enfermedad.

INTRODUCCIÓN

Dése los principios de la historia, la tuberculosis ha constituido un gran problema par la salud del hombre civilizado. Previo al año 1882 existían discrepancias acerca del origen infeccioso de la enfermedad, pero desde que Koch anunció el descubrimiento del agente causal hubo un abordaje más claro y unificado del problema.

Esta identificación del bacilo tuberculoso condujo subsecuentemente hacia acciones comunitarias y finalmente a la organización de medidas de salud pública orientadas a lograr el control y erradicación de la enfermedad. Lo anterior aunado a la mejoría del nivel de vida de países como Estados Unidos e Inglaterra, redujo en 1940, la tasa de mortalidad por tuberculosis en *75%* con respecto a 1900(4).

* HOSPITAL ESCUELA - TEGUCIGALPA, D. C. HONDURAS.

Con la aparición de los primeros agentes antimicrobianos en 1944, el impacto contra la enfermedad fue muy importante pero a pesar de los múltiples avances en esta lucha, la incidencia de tuberculosis aún en países desarrollados, continúa siendo considerable (8,9,10,11), esto ha motivado un interés permanente en el estudio de los diferentes aspectos epidemiológicos, clínicos, laboratoriales, etc. de la enfermedad (7,9,10).

En nuestro país se han venido aplicando diferentes medidas de tipo institucional tendientes a combatir el gran problema de salud que constituye la tuberculosis en los países subdesarrollados, para nuestros médicos generales y pediatras, tienen especial importancia los aspectos clínicos y diagnósticos que nos permiten identificar una enfermedad cuyo diagnóstico es más difícil en niños. (1,7,10).

PRESENTACIÓN DEL CASO

El 7 de septiembre de 1988, se recibió en la Sala Lactantes del Hospital-Escuela, de Tegucigaípa, D.C. (Hospital Nacional). Un paciente que resultó con el siguiente resumen de hospitalización.

1. Historia Clínica: D.B.B.M. masculino de 8 meses de edad, procedente del área rural.

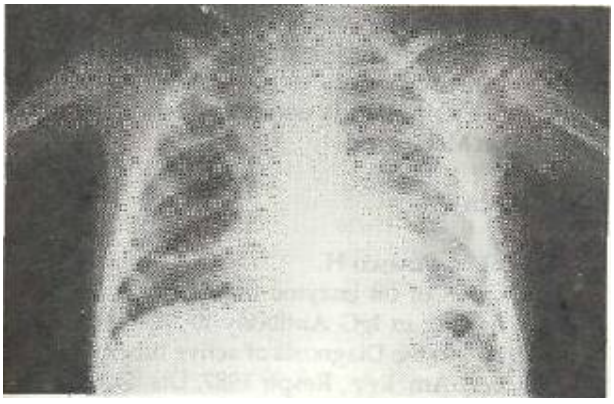
Motivo de consulta: Síndrome diarréico de 15 días de evolución, acompañada de fiebre no cuantificada inter-

mitente, tos no productiva, no paroxismal ni rianotizante de diez días de evolución, y en las últimas 48 horas, desviación de la comisura labial derecha y debilidad muscular en el brazo izquierdo. Proveniente de un hogar integrado, de escasos recursos económicos y vivienda insalubre, destacan ios antecedentes epidemiológicos de contacto con tuberculosis y ausencia de vacunación con B.C.G.

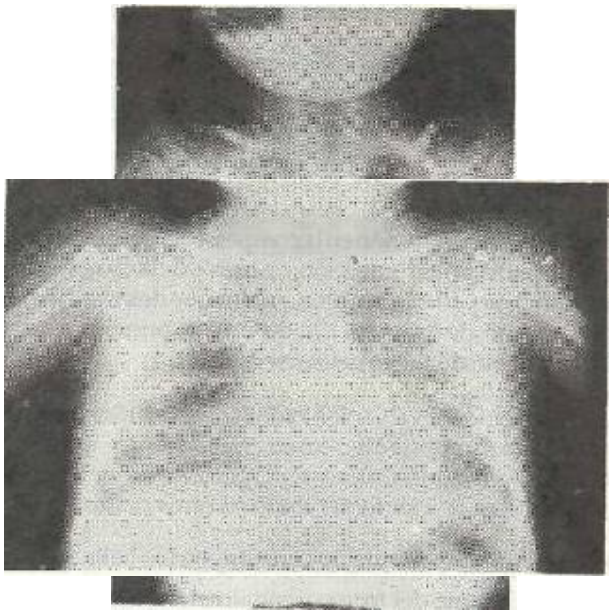
Datos al examen físico: Mal estado general somnoliento, hidratado, compromiso de conciencia 13/15 aproximadamente en la escala de Glasgow. Peso 6.5 kg. Talla: FC: 146 x minuto T° Rectal: 38.3C° Fontanela anterior tensa +, pupilas isocóicas reactivas a la luz, corazón rítmico sin soplos, hipoventilación de la región media del pulmón derecho, desviación de la comisura labial derecha y paráliis del músculo motor ocular externo izquierdo, hemiparesia izquierda, signos de irritación meníngea (Kerning y Brudzinsky) positivos.

II. Exámenes al momento de su Ingreso.
Hemograma: Ht: 45 vol. Hb: 5 mg%, Leucocitos: 8000/ mm3 N: 69%, L: 317o, Rticulocitos: 0.1%
Proteínas plasmáticas: Albúmina 3.3 gm%, Globulias: 1.57 gm%, Total: 4.9gm%. Glicemia: 95 mg%
Citoquímica de L. C. R.: Células 139, L: 87%, N: 13%
Glucosa: 4 mg%, Proteínas: 78 mg%. Gram: No se observaron bacterias.
Rx. de Tórax: Dos imágenes hiperlúcidas, redondas, con bordes gruesos compatibles con cavernas en el parenquima pulmonar derecho. (Ver radiografía No. 1).

III. Evolución: Se instauró tratamiento antifimico con triple terapia (Isoanizida,Rifampicina, y Estreptomicina, a 20 mg/kg/día). En 72 horas hubo recuperación completa de su estado de conciencia, la parálisis del sexto par resolvió completamente, en tanto que la parálisis facial y la hemiparesia izquierda mostraron una recuperación parcial cuando el paciente egresó a los 27 días de iniciado el tratamiento específico. Radiológicamente las cavernas presentaron la imagen de drenaje abierto que caracteriza la respuesta al tratamiento con Isoniazida (Radiografía No. 2, día 7mo. de quimioterapia) y posteriormente la imagen ca vi tana estaba ausente para el día 24 de terapia antituberculosa.



RADIOGRAFÍA NO. 1



RADIOGRAFÍA NO. 2

IV. Otros estudios realizados: Tres aspirados gástricos fueron negativos para la tinción de Zeihl Nielsen, el PPD, evaluado a las 48 y 72 horas fue negativo (3mm), el cultivo del líquido cefalorraquídeo, fue positivo por M. tuberculosis (informado diez serrinas después).

DISCUSIÓN

La amplia gama de manifestaciones que produjo la tuberculosis en el caso descrito, nos permite efectuar consideraciones sobre la forma más común de la enfermedad (pulmonar) y también de una de sus formas más severas, la meningitis tuberculosa.

La experiencia tanto en países desarrollados como en el nuestro, han demostrado que el diagnóstico de tuberculosis en niños, continúa siendo epidemiológico, como ocurrió en el caso presentado (9,10). Otras técnicas de diagnóstico indirecto como la prueba de tuberculina, la radiografía de tórax y el examen físico contibuyen a establecer el diagnóstico (3,7,9). La respuesta a la presencia de tubérculo proteína (PPD), tiene mucho valor, especialmente en pacientes no vacunados con B.C.G., sin embargo, la respuesta negativa no descarta la presencia de la enfermedad, debido a que algunas condiciones como el grado de desnutrición que presentaba nuestro paciente, pueden originar una falta de respuesta (7,9,10).

Con respecto a la radiografía de tórax, la característica de la infección tuberculosa inicial es el gran tamaño de la adenitis hiliar comparada con el tamaño relativamente insignificante del foco parenquimatoso inicial (infiltrado) (10). Anteriormente se consideraba que las cavitaciones se producían en los niños sólo después de una reexposición no controlada por el huésped ante el agente infeccioso, sin embargo, en los niños más pequeños (lactantes), la cavitación puede ocurrir mediante una variación enlacompetenciainmunológica duranteuna primo-infección, oa través de la compresión de ganglios peritraqueobronquiales que desarrollan un mecanismo de válvula, dando origen primero a una bula que puede luego cavitarse (4,6,10).

Actualmente la evaluación radiológica del tórax ocupa un lugar importante como método de estudio, contribuyendo a establecer el diagnóstico de meningitis tuberculosa, en Honduras como en otros países, (3,7).

Otro punto importante, lo constituyen los hallazgos al examen físico, el compromiso de pares craneales y las focalizaciones Vb. hemiparesia contribuyen a sospechar la etiología rímica en un paciente con signos de irritación meníngea. (7,10).

Cualquiera que sea la forma de tuberculosis pulmonar o meníngea, la visualización directa del bacilo se vuelve más difícil en los lactantes, tomando en cuenta que muy rara vez producen esputo, en el aspirado gástrico es posible observar el microorganismo en 30-40% de los casos (10), cobrando importancia la técnica adecuada en la obtención del material que incluye: Efectuar el aspirado a temprana hora de la mañana antes de que el paciente se levante para evitar el vaciamiento gástrico y el empleo de soluciones sin sodio para colectar el aspirado (10).

En el análisis citoquímico del líquido cefalorraquídeo las dificultades empiezan cuando hasta el 20% de las muestras, presentan datos diferentes al predominio linfocitario esperado (3,7), y a pesar de que algunos autores han reportado éxitos en visualizar el bacilo entre el 85-91 % de algunas series, ello implica revisar un frotis por 30 a 90 minutos, lo cual no es muy realizable en nuestros siempre congestionados hospitales asistenciales. (9).

Desde el punto de vista labora tonal, la esperanza actual la constituye la detección del llamado antígeno 5, una proteína relativamente específica para M. tuberculosis detectable en suero, esputo y L.C.R. a través del método ELISA (1,2,5), ya que el cultivo en el medio tradicional (Lowestein-Jensen), que requiere de 4 a 6 semanas para aislar la bacteria, ha podido ser acortado por el método Bactec a 7-10 días, lamentablemente el Bacter necesita equipo muy costoso y personal especializado (1,2,10).

El mayor valor del caso presentado, es que de la amplia gna de manifetaciones radiológicas con las que puede expresarse la tuberculosis pulmonar en niños, la forma cavitaria constituye un hallazgo muy infrecuente, que contribuyó a sospechar la etiología tuberculosa en un lactante con Meningitis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alde SLM. Pinasco H.
Evaluación of on enzyme linked inmenosorbent. Assay using in IgG Antibody to M. tuberculosis antigen 5 in the Diagnosis of active tuberculosis in Children. Am. Rev., Respir 1987. Dis (Suppl.) 135, 1733.

2. Daniel TM Debanne S.M.
The Serodiagnosis of tuberculosis and other mycobacterial diseases by enzyme -linked inmunosorbent Assay. Am. Rev. Respir. Dis. 1987 135,1137-1151.

3. Girón E. Dala E.
Complicaciones Neurológicas de Tuberculosis en Pacientes Pediátricos y Adultos.
Rev. Med. Hond. 1988, Vol. 56, No. 1,25-34.

4. Kending E
Disorders of the Respiratory Tract inChildren. W.B. Saunders Company Philadelphia, 1977. Pa. 19105. Chap. 46, 787.

5. Krambovitis E. Lock. P.
RapidDiagnosisof Tuberculosis Meningitis by Látex Lancet 1984, Vol. 11, No. 8415,1229-31.

6. Matsaniotis N. Kaltimis 1967
Bullous Enphusema in Childhood tuberculosis J. Pediat. 1967, 71, 703-707.

7. Molavi A, Le Frock J.
Tuberculosis Meningitis Medical Clinics. of North America, 1985, Vol. 60 No. 2,319-331.

8. Nemir R.L.
Perspectives in Adolescent Tuberculosis Pediatrics 1986, Vol. 78, No. 3,399-405.

9. Sneider D. Rider H.
Tuberculosis in Children Pediatr. Infect. Dis. 1988; Vol. 7, No. 4. 271-278.

10. StarkeJ.
Modern Appreach to the Diagnosis and Treatment of tuberculosis in Children. Pediatrics cíinics of North America 1988, Vol. 35. No. 3.

11. Vidal M. Hortelano J. 1987
Tuberculosis Infantil. Tratamientos Cortos. An.Esp. Pediatr, Vol. 26. No. 6. 405-406.

Ríñones Poliquisticos Tipo I

Reporte de un caso

Dr. Salomón Grinspan (*), Dra. Belinda de Cadillo (**)

INTRODUCCIÓN

Se describe un caso de Enfermedad Renal Poliquístico del recién naido (Tipo I según clasificación de Potter) así como la revisión de las características Clínico-Patológicas do esta entidad.

REPORTE DEL CASO:

Un niño de 30 días de edad, procedente del Hogar Temporal ingresó con cuadro diarréico y dificultad respiratoria de 5 días de evolución. Se ingresó con Síndrome Diarréico Agudo acompañado de dcshidratación moderada. Al quinto día de su ingreso se detectaron 2 masas en ambos flancos, indicándosele una pielografía intravenosa (no se efectuó debido que el paciente falleció). Los exámenes de laboratorio están dentro de los límites normales. El paciente estuvo ingresado 8 días, y debido a su tórpida evolución fallece. En la autopsia los hallazgos significativos fueron la presencia de ríñones de peso de 76 gramos cada uno (normal 23 gramos), de superficie lisa que al corte del tejido era de aspecto de esponja.

Microscópicamente, la corteza está compuesta de túbulos colectores sumamente dilatadas, interceptados con algunos de aspecto normal, con presencia de algunos glomerulos con signos de inmadurez. Otros hallazgos de la autopsia, que son de menor importancia, fueron focos hemorrágicos, pulmonares multifocaíes biltcrales, bronquitis aguda y granuloma de etiología no determinada en el bazo.

REVISIÓN DE LITERATURA

Aunque se consideraba que la patogénesis de esta entidad era única, se ha visto que múltiples quistes en el riñon pueden ser encontrados en varias condiciones de origen diverso. Existen 3 teorías sobre la patogénesis:

a) Falla de las nefronas en fusionarse con los túbulos colectores.
b) Alteraciones en la función de ampolla de los túbulos colectores. .
c) Dilatación de porciones de los túbulos colectores o nefronas (3)

La incidencia en la población en general es estimada en 0.005%.

Los pacientes con ríñones en esponja (Tipo I) son asintomáticos cuando no existen complicaciones, pero la hipercalciuria, pielonefritis, y nefrotialisis pueden presentarse (1,10) problemas frecuentes en pacientes con enfermedad poliquística del riñon son hematuria macroscópica transitoria, infección intermitente del tracto urinario y dolor pericárdico por un quiste roto. Algunos pacientes pueden presentar hipertensión o insuficiencia renal; mientras otros pueden vivir sin alteraciones renales.

■ Profesor titular de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. f Residente III, Patología.

El sangrado masivo y persistente de los ríñones poliquístico es una complicación inusual (9).

Los ríñones se encuentran en personas de cualquier raza y localizador» geográficas. Dos tipos básicos han sido reconocidos:

a) La enfermedad poliquística del riñon en adultos (APKD), autosómica dominante, que progresa a in suficiencia renal durante la cuarta a quinta década de la vid y se observa en el 5 al 8% de la insuficiencia renales en individuos que llegan al trasplante renal.
b) La enfermedad poliquística del riñon en niños (CPKD), que es heredada por un patrón autosómico recesivo, poco frecuente,y produce insuficiencia renal durante la primera década de la vida.

En ambas condiciones los ríñones están aumentados de volumen.

En el APKD se forman múltiples quistes diferentes tamaños en ambos ríñones, a diferencia del aspecto del riñon en esponja de la CPDK. De interés es el hecho que masas renales se han descrito como la presentación clínica más frecuente durante la niñez, pero esto ocurre más frecuentemente en el período neonatal (7).

En relación a las alteraciones metabólicas, se ha descrito que la concentración del bicarbonato plasmático, está disminuido en el 65% de los pacientes y en la mitad de los pacientes la excreción del calcio urinario es mayor que lo normal.

La hipercalduria es debido a pérdida del calcio a nivel renal.

Estas observaciones sugieren que aproximadamente la mitad de los pacientes con enfermedad poliquística del riñon forman cálculos renales debido a la hipercalciuria (2).

Potter y Osathanondn concluyeron que los ríñones poliquísticos pueden ser divididos en 4 grupos.

TIPO I: Riñon en esponja

TIPO II: Riñon esmultiquísticos,quistemultiloculares, aplasia, displasia o disgenesia.

II A: Lo anterior en presencia de ríñones grandes

IIB: Lo anterior en presencia de ríñones reduddas de tamaño

TIPO III: Ríñones poliquísticos del adulto así como los descritos en niños.
Puede acompañarse de otros síndromes cerebrohepatorrenal.

TIPO IV: Ríñones poliquísticos secundarios a obstrucción uretral parcial o intermitente.

Sin embargo en esta ocasión nos limitaremos a describir el tipo I, debido a que es el que se aplica al caso reportado.

TIPO I: (Riñon poliquístico del recién nacido en esponja). Esta variedad resulta de la dilatación difusa secundaria de los túbulos colectores de los ríñones. Es bilateral y uniforme. Los cálices, papilas y la pelvis renal están considerablemente dilatada, y las aberturas de los conductos papilares son macroscópicamente visibles. Todo el parenquima renal tiene una apariencia de esponja (Foto No. 1) Microscópicamente, la corteza muestra ramas terminales de los túbulos colectores sumamente dilatados, con nefronas de apariencia normal. La médula está compuesta de túbulos colectores de tamaños variables, y en su mayoría no dilatados, a excepción de divertículos y saculaciones locales. (Foto No. 2).

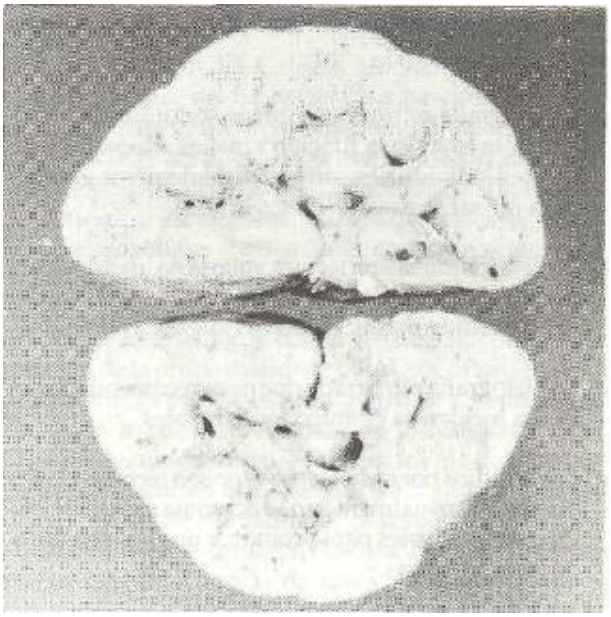


FOTO No. 1

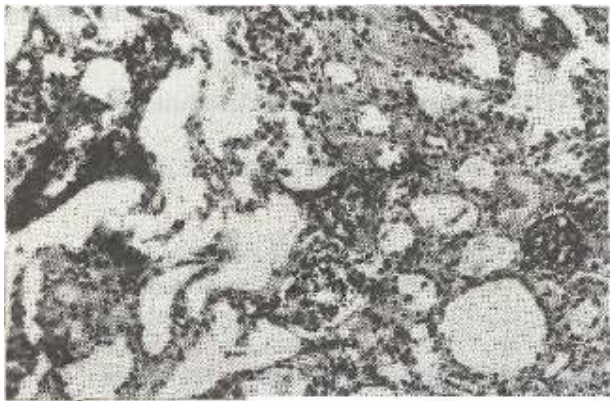


FOTO No. 2

Las ramas terminales de los túbulos colectores están difusamente dilatados y las ramas más aproximales son el sitio de las saculaciones locales y divertículos quísticos.

Los conductos biliaresintrahepáticosestán aumentados en tamaño, pudiendo ocurrir malformaciones en otros órganos. Los niños afectados usualmente mueren rápidamente depsués del nacimiento y raramente sobreviven hasta la niñez.

El diagnóstico definitivo de los ríñones poliquísticos se hace utilizando algunos métodos radiológicos como ser:

a) La urografía intravenosa puede ser utilizada efecti vamente cuando la función renal es adecuada y los quistes individuales son lo suficientemente grandes para causar expansión de los cálices.

b) El ultrasonido es una técnica valiosa no invasiva para definir el tamaño de los ríñones y quistes y el carácter del contenido dentro de las cavidades.

c) La pielografía retrógrada que no es recomendada por la alta incidencia de infecciones renales.

d) Losestudios por radio i so topos no son recomendados puesto que usualmente no se acumula suficiente isó topo en los quistes para promover una imagen única de las estructuras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grantham, Jared J. Polycystic Renal Disease. Gottschalk, Earley. Disease of tha Kidney: USA. Little Brown and company, 1979. Third edition. pag. 1123-46.

2. Harris Roderick et al. "Medullary Sponge Kidney and Congenital Hemihypertrophy: Case and Literature Review," The Journal of ■ Urology, November 1980. Vol. 126. Pág. 676-7.

3. Higashikara, E. et al. "Unilateral and segmental Medullary Sponge KIDNEY: Renal Function and Calcium Excretion". The Journal of Urology, Octubre 1984 Vol. 132 pág. 643-5.

4. Potter, E. L. Craig, J.M. Kidneys, Ureters, Urinary Bladder and Uretra. Pathology of The fetus and the Infant. Chicago. Yearbook Medid Publishers, Inc. Third Edition. 1975. Pág. 434-466.

5. Robbins, S.L., Cotran, R.S. Riñon. Patología Estruc tural y Funcional. México. Nueva Editorial Interamericana. 1984. Segunda Edición, pág. 1035-1122.

6. Rosai, Juan., Sibley, R.K. Urinary Tract Ackerman's Surgical Pathology. Missouri. The C.V.MosbyCompany. 1981. Sixth edition Volume 1. Pág. 728-825.

7. Taitz,L.S. "ScreeningForPolycysticKidneyDisease: Importance of Clinicaí Presentation in the Newborn". Archives of Disease in Childhood. 1987. Vol. 62; pág. 45-49.

8. Takashi, Hiyahide et al. "A New Mouse Model of Geneticlly Trasmitted Polycystic Kidney Disease. "The Journal of Urology. June 1986. Vol. 135; pág. 123-125.

9. Venkateswara, K.R. "Use of Epsilon Aminocaproic Acid in Protracted Bleedingfrom Polycystic Kidneys: A Case Report." The Journal of Urology. October 1986; Vol. 136; pág. 887-8.

10. Yendt, Edmund. "Medullary Sponge Kidney nd Nephrolitiasis" The New England Journal of Medicine. May 6,1982; Vol. 306 No. 8 pág. 1106-7.

[Democraticemos la salud.

Lineamientos para la Formulación del Plan Nacional de Salud 1990 - 1994, presentado a los Candidatos a la Presidencia de la República de Honduras el 4 de Septiembre de 1989.

I.- PRESENTACIÓN

El Colegio Médico de Honduras consciente de su responsabilidad histórica dentro del proceso de democratización política, económica y social del país, ha considerado pertinente desarrollar el presente documento contentivo de los lineamientos que orienten los Planes de Salud elaborados por los Partidos Políticos, dentro del proceso eleccionario que culmina el 26 de noviembre de 1989.

Este documento es el producto del análisis de la problemática de salud del país y de los factores que la han determinado, de la aplicación de un modelo de análisis integral de dicha problemática de salud, del Estudio de los Compromisos contraídos por el Estado *de* Honduras con los Organismos Internacionales y de la aplicación de un Modelo de Planificación Estratégica para la identificación de los lineamientos en mención.

El Colegio Médico de Honduras se siente sumamente honrado de proponer el presente documento ante la digna opinión de los connotados Candidatos a la Presidencia de la República, uno de los cuales será electo Presidente, de quien esperamos tome en cuenta las conclusiones y recomendaciones que de este documento surjan, los demás candidatos serán copartícipes del Desarrollo del Plan Nacional de Salud a través de sus acciones en el Congreso Nacional y mediante la participación de los Recursos Humanos afiliados a sus correspondientes Partidos Políticos.

II.- INTRODUCCIÓN

Los fundamentos legales que posibilitan la participación del Colegio Médico de Honduras en la vida política y social del país son los siguientes:

La Ley de Colegiación Profesional Obligatoria, permite a los Colegios colaborar con el Estadoenel cumplimiento de sus funciones públicas y participar en el estudio y resolución de los problemas nacionales.

La Ley Orgánica del Colegio Médico de Honduras contempla entre sus funciones, una función social que permita a la Institución participar en actividades orientadas hacia el beneficio de la comunidad hondurena, sean de propia iniciativa o en colaboración con Entidades Oficiales, Particulares, Nacionales e Internacionales, que propendan al mejoramiento de las condiciones de salud del pueblo hondureno.

En base a lo anterior y con el fin de colaborar en la solución de la problemática de salud, el Colegio Médico de Honduras a travésde su Junta Directiva, nombró una Comisión Especial, Encargada de la elaboración del presente documento el cual contiene los planteamientos y recomendaciones que orienten la formulación de los Planes Nacionales de Salud de los respectivos Partidos Políticos. En nuestro interés, buscar a través del presente planteamiento el aporte de ideas y recomendaciones que ayuden al Candidato que en el futuro ostentará la Dirección del Gobierno, a resolver la problemática

situación de salud y cumplir con nuestro compromiso sellado en Alma-Ata en el año 78 de lograr la meta de Salud para Todos en el Año 2.000.

Probablemente nunca antes como ahora, Honduras a pesar de la realidad cruel de todo país tercer mundista, vislumbre un porvenir tan halagüeño y esperanzador basado en la preparación, entrega y capacidad que cada uno délos Candidatos actualmente presenta. Es nuestro objetivo fundamental el lograr queustedes comprendan que la salud es un derecho de todos, y que al mejorarla estaremos consolidando la democracia.

Es común encontrar que al iniciar un nuevo Gobierno se omita lo que el anterior había planificado sin considerar incorporar al nuevo plan todos ios aspectos o logros positivos obtenidos; por ello el Colegio Médico de Honduras considera de suma importancia aprovechar este momento histórico para motivarlos en el sentido de que retomen las experiencias y resultados positivos de los planes de salud que preceden a su gestión administrativa, que sean congruentes con su política gubernamental.

Losproblemas de salud son complejos y difíciles, ningún Gobierno podrá resolverlos sin la participaciónde todos los sectores, es fundamental por tanto, considerar la solución de la problemática de salud integrada al Plan Nacional de Desarrollo, en donde el Sector Salud busque y obtenga el liderazgo con los otros sectores, para lograr en'ciencia,eficaciayequidadenlosprogramasy servicios de salud. Toda esta empresa puede ser llevada a cabo con la decisión política de considerar la salud como Prioridad Nacional.

El presente Documento Propuesta tiende a alcanzar los siguientes objetivos:

1.- Poner a la consideración de los Partidos Políticos, a través de sus Candidatos, los lineamientos básicos para la formulación del Plan Nacional de Salud.

2- Obtener el compromiso de cada Candidato a la Presidencia de la República de la utilización de estos lineamientos y propuestas que garanticen la continuidad en la ejecución de los Planes de Salud.

3.- Proponer a los Candidatos a la Presidencia la coparticipación del Colegio Médico de Honduras en la planificación, organización, ejecución y evaluación del Plan Nacional de Salud. IIL-

JUSTIFICACIÓN

3.1-PROBLEMÁTICA DE LASALUDEN HONDURAS

La Problemática de Salud en Honduras es similar a la observada en la mayoría de los países en vías de desarrollo caracterizada por un predominio de los problemas infecciosos y parasitarios con un efecto directo sobre grupos de población importantes como lo son la madre y el niño (Ver Cuadro).

Aunado a lo anterior en Honduras existe poco desarrollo de los servicios de salud, alta natalidad, analfabetismo y una deuda extema que sobrepasa los cinco mil setecientos millones de Lempiras, lo cual hace necesario planificar estratégicamente las acciones de salud de cara a la crisis.

Históricamente las acciones en salud en nuestro País han estado encaminadas hacia la reducción de los daños a la salud y al fortalecimiento de la oferta de servicios, sin existir un verdadero eje integrador del desarrollo en función de la salud. Una forma práctica de ver lo anterior es mediante el uso de indicadores. Para el caso, los daños a la salud los podemos abordar a través de la tasa de mortalidad infantil el cual es considerado uno de los indicadores globales más sensibles, este se ha reducido de 117 x 1.000 nacidos vivos en 1972 a 62 x 1.000 nacidos vivospara 1987, de tal modo que para 1988 la estimación del mismo es de 59 x 1.000 nacidos vivos, o sea que a la fecha se mueren 59 de cada mil niños menores de 1 año que nacen en nuestro país, por lo que la mayoría de esas muertes son desde todo punto de vista evitables con la tecnología actualmente existente (vacunas, suero oral, antibióticos, etc.).

Los problemas de diarrea condicionados por el saneamiento deficiente del medio y la desnutrición aparecen como las principales causas de la mortalidad infantil y general.

En relación a la oferta de servicios algunos indicadores importantes son: el número de Médicos, el número de camas y el número de atenciones por mil habitantes, el número de egresos hospitalarios y la cobertura de los servicios.

La capacidad de un sistema de salud para captar o atender la demanda hospitalaria se puede medir en base

al número de egresos hospitalarios por 1.000 habitantes que en 1985 era de 27.7, siendo para 1988 de 28.5, o sea que por cada 1.000 habitantes salen del hospital 28 pacientes por lo menos en mejor estado de salud que a su ingreso; sin embargo, en comparación con otros países en vías de desarrollo este indicador es bajo, veremos más adelante esta comparación cuando hablemos a propósito de la deuda sanitaria.

Actualmente se estima que la cobertura de la población con servicios de salud asciende al 60% (Ministerio de Salud Pública, Instituto Hondureno de Seguridad Social y la Práctica Privada), existiendo un 40% de la población que no tiene acceso a los servicios de salud.

De todo lo anterior se desprende que ha existido un lento crecimiento de los servicios por cuanto la solución al problema de salud en nuestro País, debe estar ligada a la organización, fortalecimiento y articulación de éstos con otros entes gubernamentales, de tal manera que las acciones sean brindadas con eficiencia y equidad, permitiendo el acceso a los servicios de salud a los grupos postergados a fin de lograr el impacto deseado y llevar a los indicadores que se ha hecho mención a valores mínimos de aceptación, tal como los que han sido planteados por la OMS (Organización Mundial de la Salud), en la meta de "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2.000".

En relación a la oferta de servicios algunos indicadores importantes son: El número de Médicos, el número de camas y el número de atenciones por mil habitantes, también son importantes el número de egresos Hospitalarios y el porcentaje decobertura de los servicios de salud.

Con respecto al número de Médicos se estima que en la actualidad existen 0.6 Médicos por mil habitantes, lo que significa que un médico tiene que velar por la salud de 1.600 hondurenos, lo cual rebasa en mucho la capacidad del médico que de acuerdo a la OMS no debe exceder los 1.000 habitantes.

El número de atenciones por 1000 habitantes se ha mantenido en 0.8 y en igual situación se encuentra la disponibilidad de camas (0.8 por 1000 habitantes), lo cual refleja que el esfuerzo por ampliar estos servicios no ha sido suficiente para salirse al paso al crecimiento de la población el cual se mantiene a un ritmo de 3.1 por cien.

3.2 EL COMPROMISO SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2.000

Los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud entre los que se encuentra Honduras, se han comprometido en actuar de común acuerdo en la consecusión de la meta consistente en alcanzar para todas las personas del mundo en el año 2.000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva, en otras palabras el propósito es "Alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud".

La Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria en Salud celebrada en Alma-Ata en 1978, reconoció que la atención primaria en salud es la clave para alcanzar un grado aceptable de salud en el mundo en un futuro previsible.

Cada país ha fijado diversos objetivos intermedios y finales que les permitan alcanzar la meta antes mencionada, en Honduras ésta gira en torno a la extensión de cobertura con servicios de salud dirigidos hacia los grupos de población más expuestos a los riesgos reducibles de enfermar y de morir y los riesgos más vulnerables en las áreas geográficas más desprotegidas. (Grupos Postergados).

Se plantean además como estrategias importantes la participación de la comunidad y la readecuación del sistema de prestación de servicios.

Con base a lo anterior todo programa o plan de salud, para los próximos años debe contemplar en todos y cada uno de los aspectos mencionados el compromiso adquirido y sobre éste formular las bases para continuar trabajando en la consecusión de la meta.

Es importante destacar que los objetivos anteriores sólo se pueden alcanzar introduciendo una serie de cambios en el sector salud y logrando una serie de adelantos en otros sectores.

Para asegurar el progreso tanto económico como social, se precisa un desarrollo nacional, coherente, completo y equilibrado ya que el sector salud no puede alcanzar dichas metas por sí solo, de ahí la necesidad de que el Plan de Salud esté estrechamente vinculado al Plan Nacional de Desarrollo.

3.3.- LA DEUDA SANITARIA (BRECHA DE SALUD)

De acuerdo a lo expresado en párrafos anteriores todo

plan de salud debe contemplar el compromiso adquirido con respecto a la meta "Salud Para Todos en el Año 2.000" la cual de una manera operativa se ve reflejado en un grupo de indicadores seleccionados (Ver Cuadro).

Contrastando el mencionado grupo de indicadores con la situación actual de la salud planteada, encontramos que existe una brecha o DEUDA SANITARIA que es necesario cubrir para el año 2.000, de tal modo que los esfuerzos en materia de salud en los próximos cuatro años deberán estar dirigidos a cubrir la cuota correspondiente, esto significa que se habrán de ganar 3.3 años en la esperanza de vida, evitar 5423 defunciones en menores de 1 año y 610 defunciones en niños de 1 a 4 años.

Deberán realizarse esfuerzos a fin de que el crecimiento de la población alcance una tasa de 2.8% y extender la cobertura de los servicios a los 1.7 millones de habitantes que aún no gozan de ellas. Los servicios de agua deberán de ampliarse aun millón cuatrocientos setenta y tres mil quinientos hondurenos y por lo menos 739.300 compatriotas deberán ser incorporados en el grupo de habitantes que poseen una adecuada disposición de excretas.

Se hace imperativo aumentar la accesibilidad geográfica (desplazamiento desde cualquier punto a los establecimientos de salud en menos de una hora), en un 16%.

Se deberá de tener la capacidad de a tender un incremento enla demanda generada por 49.471 egresoshospitalarios, habilitar por lo menos 1689 camas y reacondicionar las existentes y crear por lo menos 714 plazas para Médicos.

Lo anterior únicamente constituye parte del compromiso a cumplir por el próximo Gobierno y no debemos olvidar que su logro es solamente un medio para mejorar la salud, por lo tanto, por sí mismos no deben constituir fines, el hacerlo traería como consecuencia la pérdida de la direccionalidad y la razón de ser del sistema de Salud.

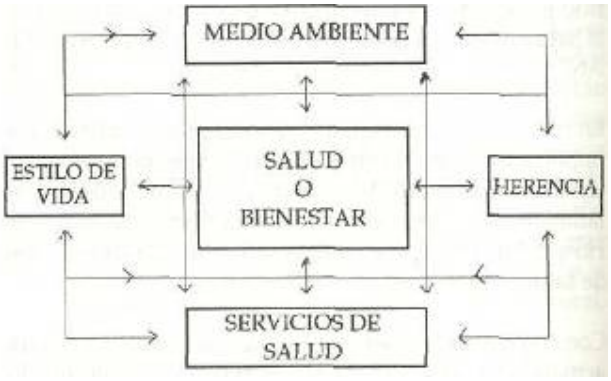
Con respecto a la factibilidad, algunas de las metas planteadas, podrán ser alcanzadas con el ritmo de trabajo que hasta ahora han venido desarrollando las instituciones de salud; sin embargo otras, requerirán de un esfuerzo extra sobre todo aquellas relacionadas con 3a accesibilidad a los servicios y el saneamiento del medio.

IV.- DESCRIPCIÓN DEL MODELO DE ANÁLISIS

Tradicionalmente la Salud ha sido dimensionada a través de Indicadores del daño, esta visión parcial del problema propiciada por el enfoque biologista e individualista de los servicios de salud, han contribuido a conformar la actual brecha existente entre la Meta Salud para todos en el año 2000 y el Estado de Salud del pueblo hondureno.

Para garantizar la legitimidad de los lineamientos que se proponen, estos son el producto de un Modelo Analítico que estudia, analiza y da respuestas de una manera just y racional a la problemática de salud en mención. El Concepto "Holístico" de la Organización Mundial de la Salud, la define como el completo bienestar físico, mental, laboral y social y no sólo la ausencia de enfermedad, que haga posible que los ciudadanos tengan una vida social y económicamente productiva. Este concepto integral de la salud como sinónimo debienesiar, identifica las causas, factores de Riesgo y determinantes de la Salud en el Medio Ambiente, los Estilos de Vida, los Servicios de Salud y en la Herencia.

LOS DETERMINANTES DE LA SALUD

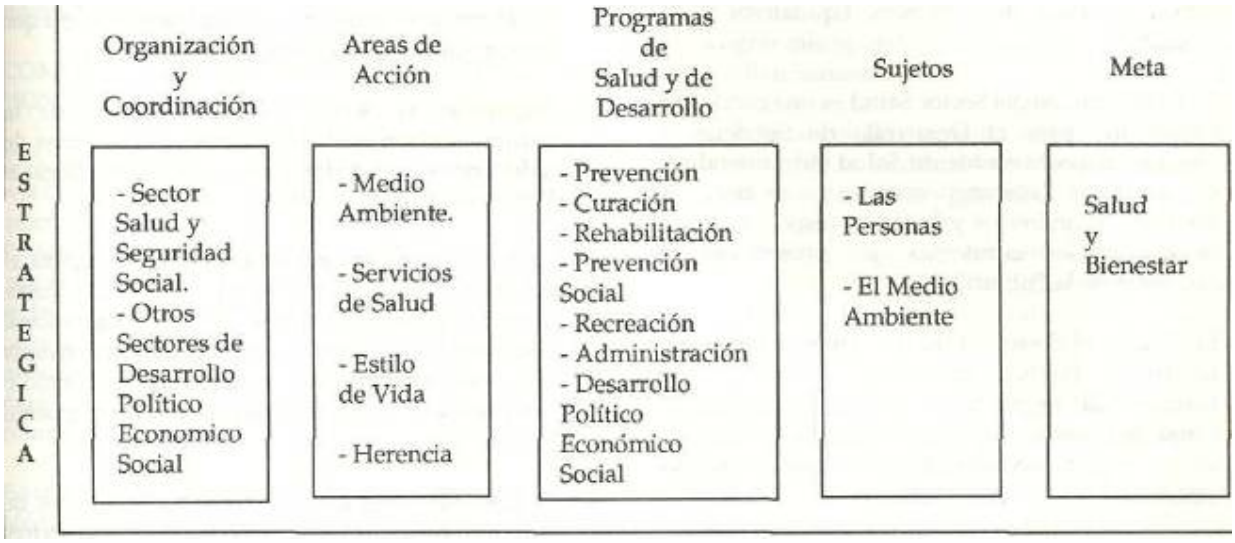


Los determinantes de la Salud del Medio Ambiente son los factores políticos, económicos, sociales, demográficos, ecológicos, etc., de los Servicios de Salud son los Programas y Servicios de Prevención, Curación, Rehabilitación, Previsión Social, Recreación y los Administrativos, así como su Eficiencia, Eficacia, Equidad y Cobertura; del Estilo de Vida son los hábitos costumbres, actitudes y aptitudes; y de la Herencia los factores biológicos, políticos, económicos y sociales, entre otros.

MODELO ANALÍTICO EL

ESTADO

PLANIFICACIÓN



PLANIFICACIÓN

Evidentemente, este enfoque integral de la Salud nos permite plantear que el ámbito de las acciones en salud no sólo se encuentra dentro del Sector en mención, el cual adquiere la responsabilidad de suministrar Servicios y Programas de Salud Eficiente, Eficaces, Equitativos, de Cobertura y de promover el cambio en el resto de los Sectores a través del ejercicio del Liderazgo para que éstos orienten un buen número de sus esfuerzos organizados y permanentes hacia el control délas Causas, Factores de Riesgo y Determinantes ubicados en el Medio Ambiente, los Servicios de Salud, el Estilo de Vida y la Herencia, responsables del sub desarrollo histórico de la Salud del pueblo hondureno.

Como resultado del análisis anterior y como respuesta a la problemática en mención, el Plan Nacional de Salud deberá estar enmarcado en los conceptos descritos, constituyéndose en el eje integrador de las acciones del Estado definidas en el Plan Nacional de Desarrollo, cuya estrategia principal sea la producciónу distribución de la Riqueza Nacional para lograr su principal meta como es el bienestar por ende la salud de la población.

Las Políticas y Estrategias del Plan Nacional de Desarrollo, así como de los Planes y Programas de Salud, deben ser organizados en relación a las causas, factores de riesgo, determinantes y las distintas formas de respuesta a la problemática en discusión. Las Instituciones del Estado y de la Comunidad se organizan para posibilitar la unión de esfuerzos y la coordinación en los niveles políticos, técnicos y operativos en apoyo al desarrollo de los Programas que promueven el bienestar de la población y de los Programas de Salud propiamente dichos.

LA COMUNIDAD

Como conclusión del análisis elaborado, los Principios Básicos de la Salud son los siguientes:

1.- La Salud como Sinónimo de Bienestar es el resultado de Ja acción continua de las causas, factores de riesgo y determinantes que tienen su origen en el Medio Ambiente, los Servicios de Salud, el Estilo de Vida y la Herencia.

2.- Los Sujetos objeto de los Servicios y Programas de Salud son el hombre y el Medio que lo rodea.

3-- Los Servicios y Programas de Salud a desarrollar en el campo de la Prevención, Curación, Rehabilitación, Previsión Social, Recreación y la Administración, deben ser Eficientes, Eficaces, Equitativos y de Cobertura.

4- La Organización del Sector Salud es una condición importante para el Desarrollo de Servicios y Programas coordinados de Salud, adquiriendo y ejerciendo el Liderazgo con los otros Sectores Políticos, Económicos y Sociales, responsables de desarrollar las estrategias que promuevan el Bienestar de la Población.

5.- El Estado, el Sector Salud, los otros Sectores del Desarrollo Político, Económico y Social y la Comunidad organizada, deben de participar conjuntamente en la Planificación, Organización, Ejecucióny Evaluación de losServiciosy Programas de Salud.

6.- El Modelo de Conducción Técnico-Político del Plan Nacional de Salud es la Planificación Estratégica.

RECOMENDACIONES

En base a los planteamientos anteriores, el Colegio Médico de Honduras considera que las recomendaciones pueden ser planteadas en dos áreas traducidas en dos compromisosfundamentales, el délos PartidosPolíticos y el compromiso del Colegio Médico de Honduras.

En cuanto al compromiso de los Partidos Políticos las recomendaciones son:

1.- Reafirmar que la Salud es sinónimo de Bienestar, condición indispensable e impostergable para el desarrollo político, social y económico de los hondurenos.

2.- Reconocer que el fin principal de una Sociedad Democrática es el hombre, en su condición de niño, madre, adulto o anciano, al cual hay que dirigir las acciones que promuevan su bienestar, este Bienestar no podrá ser alcanzado sin desarrollar acciones dirigidas al medio que la rodea en la Política, Económica y Social así como a los otros factores como son los Servicios de Salud, el estilo de vida y la Herencia.

3.- Reconocer que la precaria Salud del pueblo hondureno, es el resultado del subdesarrollo histórico en la política económica y social y que para su abordaje y solución necesariamente tienen que ser estudiados y modificados esos factores.

4.- Organizar el Sector Salud encargado de la Administración de los Servicios y Programas de Salud, como uno de los pasos previos para llegar al Sistema Nacional de Salud.

5.- Lograr que el Sector Salud adquiera y ejerza el liderazgo con loso tros sectores políticos, económicos y sociales para que dentro de la estrategia nacional de Desarrollo, el Plan Nacional de Salud se convierta en el eje integrador de las acciones del Estado o orientadas a la búsqueda del bienestar del pueblo hondureno.

6.- Desarrollar Servicios y Programas integrales de Salud garantizando la cobertura permanente en tres dimensiones: Poblaión (niño, madre, adulto, anciano); Geográfica: (áreas rurales, áreas marginales, rurales y urbanas (áreas urbanas); Programática (Prevención,Curación, Rehabilitación, Previsión Social, Recreación, Administración).

7.- Organizar Servicios y Programas de Salud con las característica de Eficiencia, Eficacia, Equidad y cobertura.

Eficiencia: La óptima utilización de los Recursos Humanos, financieros, físicos, materiales y tecnológicos.

Eficacia: El cumplimiento de objeti vos y metas, el impacto en la problemática de Salud y del Bienestar.

Equidad: Como un derecho de ciudadanía, dando a quien lo que necesite.

8.- Promover la participación consciente y organizada de la Comunidad, en el sentido amplio de la palabra, con el Sector Salud; en los distintos niveles de decisión política, técnica y operativa y en la planificación, organización, ejecución y evaluación de los Servicios y Programas de Salud.

La Salud es sinónimo de Bienestar, en situación de crisis es afectada con mayor intensidad obligándonos a tomar medidas destinadas a aumentar los esfuerzos, recursos, acciones y medidas específicas para mantener un grado de salud políticamente aceptable; es obligatorio entender que todos los recursos utilizados para la Salud, son una inversión y no un gasto.

COMPROMISO DEL "COLEGIO MEDICO DE HONDURAS"

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

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

1.- Hacer valer el concepto integral de salud, logrando que en la ejecución del Plan Nacional de Desarrollo se realicen programasde compromiso Intersectorial.

2.- Luchar para que el Presupuesto General de la República, refleje verdaderamente a la salud, coo una prioridad y evitando así que el país continúe en una economía de guerra.

3.- Luchar por la integración del Consejo Nacional de la Salud en donde deberán tener representa ti vidad el Sector Público relacionado con salud, los Colegios Profesionales así como los trabajadores organizados en este campo.

4.- Lograr que el trabajo de todos sus agremiados tenga la eficacia y la eficiencia que manda la Ley del Estatuto del Médico Empleado.

5.- Continuar luchando para que de una manera gradual, se logre la organización del Sistema Nacional de Salud, para lo cual deberán establecerse mecanismos de coordinación como primer paso y luego planes de integración que garanticen así una mejor atención en el campo de la salud.

6.- Lograr que se agilice la discusión y aprobación del Código Sanitario.

7- Colaborar con las diferentes Instituciones de Salud, a través de la formación de Comisiones técnicas-científicas de carácter permanente.

8.- Colaborar en el establecimiento de normas en los diferentes niveles de atención de salud, para que su cumplimiento se haga efectivo tanto a nivel público como privado.

9.- Colaborar en la recuperación del concepto y funcionalidad del Equipo de Salud.

10.-Cooperar para que el Sistema de Salud logre su descentralización, para mejorar su eficacia y eficiencia.

11.- Cooperar en la racionalización de las relaciones que nuestro país tiene con diferentes organismos internacionales del campo de la salud.

12.-Colaborar en el desarrollo de los programas de educación en salud, para que el pueblo hondureno tenga y utilice en debida forma el sistema de salud.

13.-Colaborar en la promoción de la participación consciente y organizada de la Comunidad.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA SALUD EN HONDURAS

INDICADORES SELECCIONADOS

(1988)

Indicadores Demográficos:	
Tasa de crecimiento vegetativo (por 100)	3.1
Población para 1988	4.376.839. Hab.
Población Menor de 15 años	47.6%
Esperanza de vida (en años)	61
Tasa de natalidad (x 1.000 hab.)	38
Daños a la Salud	
Tasa de Mortalidad Inf. (x mil nacidos vivos)	59
Tasa de Mortalidad de 1-4 años (x mil hab.)	2.8
Tasa bruta de Mortalidad (x mil hab.)	9.5
Desnutrición global (x 100)	38
Recursos Físicos	
Médicos x mil habitantes	0.6
Camas x mil habitantes	0.8
Egresos Hospitalarios por mil habitantes	28.5
Atenciones x mil habitantes	0.8
Habitantes por Establecimientos	6.820
Saneamiento	
Población con agua intradomiciliar (%)	20.5
Disposición de Excretas (%)	60
Disposición adecuada de basuras (%)	50
Socioeconómicos	
Población económicamente activa	29.3%
P.N.B. real por habitante (en lempiras)	1.078
Tasa de Analfabetismo (por cien)	40.5
Porcentaje del presupuesto nacional destinado a salud.	11.6%
Deuda externa 1987. (milloes de lempiras)	3.700
Gasto en salud percápita (en lempiras)	115.20
Gasto en Salud como porcentaje del P.B.	12.2
Producto interno bruto percápita (lempiras)	988.

Datos para 1984.

META DE SALUD PARA TODOS EN EL ANO 2000

HONDURAS

Inmunizaciones < 1 año	— — — — — —	100% Polio DPT Sarampión, BCG
Esperanza de vida al nacer	— — — — — —	70 años
Tasa de Mortalidad Inf.	— — — — — —	24 x mil nacidos vivos.
Tasa de mortalidad 1-4 años	— — — — — —	1.7 x mil hab.
Población sin acceso a Serv. Salud.	— — — — — —	0
Tasa de crecimiento de la pob.	— — — — — —	2.8 por cien
Agua	— — — — — —	100%
Excretas	— — — — — —	100%
Accesibilidad geográfica (< 1	— — — — — —	100%
Atenciones	— — — — — —	2 por hab.
Egresos Hospitalarios	— — — — — —	40 por mil
Camas	— — — — — —	1 por mil
Médicos	— — — — — —	1 por mil
Auxiliares de Enfermería	— — — — — —	1 por mil

REGLAMENTO DE BRIGADAS MEDICAS EXTRANJERAS

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

CONSIDERANDO: Que en el momento actual de crisis del sistema de salud del país, es necesario la utilización de recursos provenientes de diferentes organizaciones.

CONSIDERANDO: Que desde hace varios años han llegado al país brigadas médicas del extranjero, las cuales han prestado servicios de salud que no han sido optimizados por falta de planificación.

CONSIDERANDO: Que el Colegio Médico de Honduras deviene en la obligaciónde certificar y garantizar los profesionales que prestan servicios de salud a nuestro pueblo, sean nacionales o extranjeros.

CONSIDERANDO: Que existen áreas o zonas del país que no tienen acceso a los centros de salud.

CONSIDERANDO: Que hasta el momento en la escogencia del lugar no han existido objetivos que favorezcan a la comunidad, sino solo a intereses propios de las organizaciones patrocinadoras.

CONSIDERANDO: Que existen diferentes niveles de infraestructura para servir salud en las diferentes comunidades, lo que hace que no se puedan prestar los mismos servicios en diferentes comunidades.

POR TANTO: Se hace necesario la elaboración de un Reglamento que regule el servicio de Brigadas Médicas provenientes del extranjero.

ACORDANDO:

CAPITULO I

REQUISITOS

Artículo lo. Toda Brigada Médica Extranjera debe obtener permiso para ejercer en el país, concedido por el Colegio Médico de Honduras en carácter de ejercicio profesional, gratuito y transitorio.

Artículo 2o. Cada Brigada Médica Extranjera debe solicitar el permiso para el ejercicio de sus integrantes ante la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras, con mínimo de un mes de anticipación.

Artículo 3o. Para conceder el permiso de ejercicio profesional, temporal y gratuito, cada uno de los Médicos debe acreditar el título de Médico General y/o su especialidad y el permiso de ejercicio en su estado o país de origen.

Artículo 4o. Cada miembro médico de la delegación debe identificarse antes de iniciar su ejercicio en el país, ante el Secretario de Acción Social en Tegucigalpa o ante el Delegado del Colegio en la jurisdicción donde se desempeñe.

Artículo 5o. No se permitirá el ejercicio a personal médico en formación de postgrado.

Artículo 6o. No se permitirá el cobro en los servicios prestados por las Brigadas Médicas Extranjeras.

CAPITULO **II**

DE LAS REGIONES

Artículo *7o.*- Las comunidades que sean favorecidas con este servicio deben ser establecidas por el Delegado del Colegio Médico y el Jefe de la Región Sanitaria del Ministerio de Salud, con sentido de prioridad.

Artículo 8o.- La comunidad debe asignarse según la complejidad del servicio a prestar y de las instalaciones de salud ya establecidas en las comunidades.

Artículo 9o.- Cuando las Brigadas Médicas Extranjeras vengan con la idea de practicar intervenciones quirúrgicas mayores, solo podrán asignarse a comunidades que cuenten con instalaciones hospitalarias con personal especializado que pueda seguirla evolución postoperatoria.

CAPITULO III.

DEL CONTROL

Artículo 10o.- El control de supervisión del ejercicio de las Brigadas Médicas Extranjeras, quedará bajo el Colegio Médico de Honduras y sus Delegaciones.

Artículo lio.- Toda Brigada Médica Extranjera al cumplir sus actividades deberá presentar un informe detallado de las mismas a más tardar Treinta (30) días después de finalizadas.

Artículo 12o. Cuando las labores hayan sido dentro de Hospitales del Estado, el Informe Final deberá traer el Visto Bueno del Jefe del Servicio Especializado y del Director del Hospital respectivo.

Artículo 13o.- Los miembros Directivos del Colegio Médico de Honduras, sus Delegados o Comisiones nombradas al respecto, pueden ejercer supervisión de las Brigadas Médicas Extranjeras en el campo de acción y en el momento en que se considere necesario.

CAPITULO IV.

DE LAS DISPOSICIONES FINALES

Número 1.- Lo no establecido en el presente Reglamento será decidido por la Junta Directiva a su discreción.

Número 2.- En caso de emergencia nacional toda actividad pasará a control del Comité Médico de Emergencias Nacionales (C.O.M.E.N.).

Número 3.- El presente Reglamento entrará en vigencia a partir de la aprobación por la Asamblea General Ordinaria del Colegio Médico de Honduras.

REGLAMENTO DE ELECCIONES DEL "COLEGIO MEDICO DE HONDURAS"

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 1.- La elección de los miembros que forman los Organismos de Gobierno del Colegio Médico de Honduras, especificados en la Ley Orgánica respectiva se verificará en elecciones que se realizarán cada dos años, por medio de voto secreto de todos los colegiados en pleno goce de sus derechos. Las normas y procedimientos a seguirse en dicho proceso electoral serán regulados por el presente Reglamento.

ARTICULO 2.- Son elegibles a los Organismos de Gobierno del Colegio Médico de Honduras, todos los colegiados en pleno goce de sus derechos. Debiendo llenar además los siguientes requisitos especiales en cada caso:

a) Para los puestosde la Junta Directiva los consignados en el Artículo 22 y 25 de la Ley Orgánica del Colegio Médico de Honduras
y 37 del Reglamento Interno del mismo Colegio.

b) Para el Tribunal de Honor, los consignados en el inciso anterior y los contemplados en el Artículo 41 de la Ley Orgánica del Colegio Médico de Honduras.

ARTICULO 3.- Son electores todos los médicos afiliados al "Colegio Médico de Honduras" en pleno goce de sus derechos según lo determina el Artículo 8 de la Ley Orgánica del Colegio Médico de Honduras.

ARTICULO 4.- Los cargos de elección son obligatorios.

ARTICULO 5.- Los plazos señalados en el presente Reglamento son improrrogables, fuera de ellos no podrán hacerse gestiones ni inscribirse candidatura alguna.

DE LOS ORGANISMOS ELECTORALES

ARTICULO 6.- "Como Organismo Rector del proceso electoral se crea el Comité Electoral que estará formado por tres (3) miembros Propietarios y tres (3) respectivos Suplentes nombrados y juramentados por la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras y residentes en Tegucigalpa.

Al inscribirse cada planilla, ésta acreditará dos (2) miembros Propietarios y dos (2) Suplentes con los mismos derechos y obligaciones de los nombrados por la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras y debiendo ser juramentados por ésta en la siguiente sesión Ordinaria de la Junta Directiva, posterior a la aceptación de su planilla".

ARTICULO 7.- El Comité Electoral deberá ser nombrado por la Junta Directiva, los representantes por la Junta Directiva al Comité Electoral deberán ser nombrados por ésta en la primera sesión ordinaria del mes de septiembre y sus miembros tomarán posesión de sus cargos previa juramentación a más tardar el 20 de septiembre del año respectivo. No podrán ser miembros del Comité Electoral los miembros de los Organismos de Gobierno del "Colegio Médico de Honduras".

ARTICULO 8.- El Comité Electoral presentará a la Junta Directiva del "Colegio Médico de Honduras",

informe detallado y por escrito de sus actividades en un plazo no mayor de 20 días después de la Toma de Posesión de la Junta Directiva electa.

ARTICULO 9.- Los miembros del Comité Electoral durarán en sus funciones hasta la presentación del Informe correspondiente como establece el artículo anterior.

ARTICULO 10.- El Comité Electoral será el máximo organismo responsable del desarrollo del proceso electoral.

ARTICULO 11.- Serán funciones del Comité Electoral, las siguientes:

a) La recepción y estudio de las propuestas de candi datura que se hagan, así como su ulterior inscripción o rechazo, providencias que verificarán en un plazo no mayor de siete (7) días.

b) Elaboración del Censo Electoral y su uso.

c) La confección, revisión,sellado,colocacióny manejo de las urnas necesarias para el sufragio.

d) La impresión control y distribución de las papeletas electorales, su archivo y custodia finalizado el es crutinio, lo mismo que su destrucción una vez vencido los plazos de nulidad y protesta.

e) La adopción de medidas de seguridad necesaria para el correcto desarrollo de la elección.

f) Nombramiento de los miembros de las mesas elec torales y de los organismos auxiliares.

g) Redacción y entrega a la Secretaría de Actas y Co rrespondencia de la Junta Directiva del "Colegio Médico de Honduras! de las Actas e Informe Final relativo al proceso electoral.

h) Celebrar sesiones ordinarias dos veces por mes y sesiones extraordinarias cuando lo estimasen necesario. Sus decisiones serán tomadas por mayoría.

ARTICULO 12.- Cesarán automáticamente en sus funciones, los miembros del Comité Electoral que fuesen propuestos candidatos para cualquiera de los cargos a elegirsey manifestaren su disposición de aceptar dicha postulación. Las vacantes serán llenadas por los Suplentes respectivos.

ARTICULO 13.- El financiamiento de las actividades que desarrolla el Comité Electoral será proporcionado por el "Colegio Médico de Honduras", según la forma establecida en el Presupuesto General y en el Informe Final que rendirá el Comité Electoral a la Junta Directiva, deberá detallar y comprobar los gastos efectuados.

ARTICULO 14.- En **la** primera sesión de trabajo, el Comité Electoral se organizará internamente en forma provisional, eligiendo entre sus integrantes a un Presidente, un Secretario, un Vocal y sus respectivos Suplentes, al cerrarse el período de inscripción y aceptación de planillas, procederá el Comité Electoral a organizarse internamente en forma definitiva.

ARTICULO 15.- El Comité Electoral imprimirá tres distintos tipos de boletas electorales y cada una de distinto color así:

a) Para la Junta Directiva con los puestos siguientes:

   Presidente, Vice Presidente, Secretario de Actas y Correspondencia, Secretario de Finanzas, Secretario de Asuntos Educativos y Culturales, Secretario de Acción Social, Secretario de Colegiaciones, Fiscal y un Vocal.

b) Para el Tribunal de Honor con siete (7) puestos para Propietarios y dos (2) para Suplente.

c) Para el Comité de Vigilancia con dos (2) puestos únicamente.

ARTICULO 16.- La distribución de las boletas electorales será hecha por el Comité Electoral por lo menos cuarenta (40) días antes de la celebración de las elecciones en forma individual para cada colegiado, usando los medios que posee el Colegio Médico para la distribución de su correspondencia.

DE LAS MESAS ELECTORALES

ARTICULO 17.- Las Mesas Electorales estarán integradas por los miembros del Comité Electoral de la manera siguiente:

a) Un Delegado del Comité Electoral y un Suplente de los nombrados directamente por la Junta Directiva del Colegio Médico.

b) Un Representante y su Suplente por cada una de las planillas inscritas.

Una vezconstituidaslasMesasElectorales,deberán organizarse eligiendo entre ellos un Presidente, y un Secretario por sorteo.

ARTICULO 18.- Las funciones de las Mesas Electorales están señaladas en el título de la práctica del sufragio y finalizarán cuando hagan entrega del Acta Final del escrutinio al Comité Electoral.

DE LAS POSTULACIONES

ARTICULO 19.- Las postulaciones de candidatos a los cargos de Organismos de Gobierno del Colegio Médico de Honduras, deberán hacerse por un período de dos (2) años, según lo determina la Ley Orgánica respectivamente.

ARTICULO 20.- La postulación de candidatos para los cargos de los Organismos de Gobierno del "Colegio Médico de Honduras" deberán ser hechos al Comité Electoral en manifestación por escrito y en el plazo comprendido entre el 16 de octubre y el 15 de diciembre del año respectivo.

ARTICULO 21.- Las postulaciones deberán ser respaldadas por un número equivalente al cinco por ciento (5%) de los Médicos colegiados en pleno goce de sus derechos, quienes deberán de firmar la solicitud de inscripción anotando sus nombres completos estampando su sello de colegido.- En caso de que la firma de un colegiado aparezca respaldando másdeuna planilla, se declarará nula la firma que aparezca en la planilla inscrita con posterioridad.

ARTICULO 22.- La solicitud de Inscripción deberá contener los nombres de los candidatos a ocupar cargos en los Organismos de Gobierno y el de dos representantes propietarios y sus respectivos suplentes ante el Comité Electoral, así como el número de colegiación de cada uno de ellos.

ARTICULO 23.- Adjunto a la Solicitud de Inscripción deberá ir la declaración expresa de todos los nominados manifetando la aceptación del cargo correspondiente, un mismo colegiado no podrá aceptar postulación para más de un cargo.

ARTICULO 24.- Recibida la Solicitud de Inscripción de las o la planilla, el Comité Electoral extenderá Certificación de haber recibido tal Solicitud al Representante de la Planilla correspondiente. Seguidamente hará las indagaciones pertinentes en un plazo de siete (7) días hábiles, transcurrido el cual determinará su inscripción o rechazo. En este último caso se darán a conocer las causas legales que lo motivaron,basándose en la Ley Orgánica y el Reglamento Interno del Colegio Médico de Honduras, inmediatamente después de haber efectuado la Inscripción de una Planilla, el Comité Electoral lo dará a conocer a todos los colegiados de la República por todos los medios pertinentes.

ARTICULO 25.- Las resoluciones tomadas por el Comité Electoral los hará del conocimiento de los postulantesa través de su Representante, en un plazo de 48 horas hábiles después de tomada ésta.

ARTICULO 26.- En el caso de las postulaciones rechazadas su Representante puede apelar ante el Comité Electoral dentro de las primeras setenta y dos (72) horas hábiles después de haber recibido la respectiva notificación debidamente comprobada.

ARTICULO 27.- Los integrantes de cada planilla deberán presentar un plan mínimo de las actividades a realizar durante el período correspondiente en caso de salir electo, mismo que deberán entregar al Comité Electoral al momento de presentar la Solicitud de Inscripción para que se haga del conocimiento de todos los colegiados en un período no menor de 15 días antes de la realización de las elecciones.

ARTICULO 28.- El sufragio se realizará el primer día de sesionesde la Asamblea General Ordinaria, iniciándose éste una (lj hora después de la primera convocatoria y se cerrará diez (10) horas después.

ARTICULO 29.- El Presidente del Comité Electoral o su Representante abrirá el acto de votación manifestando a las Mesas Electorales "SE ABRE LA VOTACIÓN" y se declarará cerrada "SE CIERRA LA VOTACIÓN".

ARTICULO 30.- Inmediatamente antes de iniciarse la votación el Comité Electoral en presencia de los

miembros de las Mesas Electorales revisarán y sellarán las urnas y las colocarán en sitios visibles del local de la Asamblea. Cada mesa dispondrá de tres urnas debidamente rotuladas, una para elección de la Junta Directiva, otra para la del Tribunal de Honor y tercera para elección del Comité de Vigilancia.

ARTICULO 31.- La forma tamaño y número de las urnas serán determinadas por el Comité Electoral, de acuerdo a lasnecesidades. Concluido el proceso electoral las urnas deberán depositarse en la sede del Colegio Médico de Honduras, de cuyo patrimonio forman parte.- La forma, tamaño y color de los votos serán igualmente determinados por el Comité Electoral.

ARTICULO 32.- El colegiado estará en libertad de confeccionar su Planilla escogiendo con los distintos candidatos inscritos para un mismo cargo entre las Planillas inscritas.

ARTICULO 33.- El depósito de los votos podrá hacerse en las siguientes formas:

a) Directamente en las urnasespecialespor el colegiado asistente a la Asamblea.

b) Los colegiados que no puedan asistir a la Asamblea podrán enviar sus votos en sobre cerrado utilizando correo certificado con acuse de recibo y dirigido al Comité Electoral, desde su lugar de residencia, siempre y cuando exista correo en ese lugar. Los sobres serán enviados a los colegiados dentro de los quince (15) días siguientes al cierre legal del período de Inscripción de Planillas y en contratapa deberán ser firmados por un Representante del Comité Electoral y un Representante de cada una de las Planillas.

c) El voto emitido en sobre cerrado podrá ser retirado por el interesado.

d) Un colegiado podrá llevar dos (2) representaciones con sus respectivos votos.

ARTICULO 34.- Iniciada la votación los electorales se acercarán a la urna uno por uno y después de comprobar la Mesa Electoral, su carácter de miembro del Colegio Médico y su solvencia con la Tesorería, ejercerá el sufragio depositando su voto y el de sus dos (2) representados y firmará en el libro que lo registra como colegiado.

ARTICULO 35.- Los votos de los electores comprendidos en el inciso b) del Artículo 33, serán depositadosporelPresidentede la Mesa Electoral previa comprobación de la condición del sufragante a partir de seis (6) horas después de iniciado el sufragio.

DEL ESCRUTINIO

ARTICULO 36.- Una vez cerrada la votación los Presidentes de las Mesas Electorales o sus Suplentes procederán al escrutinio, extrayendo de las urnas las papeletas electorales una a una, lasmostrará a los demás miembros y los escrutadores tomarán nota de los nombres escritos en ella.

ARTICULO 37.- Finalizado el cómputo de la votación los miembros de la Mesa Electoral procederán a contar el número total de:

a) Sufragantes

b) Papeletas escrutadas, haciéndose constar el número de votos; nulos y en blanco.

c) Votantes

d) Nombre de los candidatos;

e) Número de los votos obtenidos por cada uno de ellos.

Finalizado el escrutinio se levantará el Acta correspondiente, haciendo constar en ella además de lo anteriormente expuesto, las propuestas o reclamos que se presentaren en el término establecido por este Reglamento. El Acta la firmarán todos los miembros de la Mesa.

ARTICULO 38.- A continuación cada Mesa Electoral hará formal entrega de todo el material empleado en el sufragio y escrutinio y de las actas correspondientes al Comité Electoral.

ARTICULO 39.- El Comité Electoral dejará transcurrir el plazo señalado para alegartos de nulidad y protesta, vencido el cual hará público el resultado general de las elecciones.

ARTICULO 40.- Serán objeto de nulidad los siguientes vacíos de las papeletas:

a) Forma y detalle distintos a los establecidos por el Comité Electoral.

b) Deterioro físico o alteración de su contenido, votos que contengan símbolos u otros rasgos pictográficos o escritúrales.

c) La existencia de dos (2) o más votos se anularán.

ARTICULO 41.- En lo relativo a las urnas, serán motivo de nulidad los siguientes:

a) Deterioro de la uma, ya sea intencional o accidental.

b) Ausencia del sello y firmas de los miembros del Comité Electoral y de otras medidas de seguridad.

c) Cambio de ubicación de la urna sin autorización de la Mesa Electoral.

ARTICULO 42.- Será motivo de nulidad de las elecciones los siguientes:

a) Coacción manifiesta que haya obstaculizado el desarrollo del proceso electoral.

b) Alteración o falsificación de Actas Electorales.

c) Extravío de las urnas.

ARTICULO 43.- La demanda de nulidad deberá presentarla el interesado al Comité Electoral inmediatamente de conocerse el hecho que la motivare.

ARTICULO 44.- Esta demanda podrá ser presentada verbalmente, pero deberá ratificarse por escrito en un plazo no mayor de una hora. Si esta ratificación no se presentare, la demanda verbal quedará sin efecto.

ARTICULO 45.- Las demandas de nulida deberán ser resueltas por el Comité Electoral en las doce (12) horas siguientes a la finalización del escrutinio.

ARTICULO 46.- Si los interesados no estuvieren conformes con la resolución del Comité Electoral podrán recurrir a la Asamblea General.

ARTICULO 47.- Si se declarase nula **una** elección se procederá a una nueva que se realizará en la sede del Colegio Médico en un plazo de treinta (30) días y los mecanismos de la votación serán los mismos que establece el Artículo 33 de este Reglamento.

ARTICULO 48.- Igual procedimiento se seguirá si en el resultado de las elecciones hubiera un empate entre los o más candidatos, en el que sólo participarán los candidatos que hayan empatado.

ARTICULO 49.- Si persistiere el empate el Comité Electoral lo decidirá por sorteo y escogerá el procedimiento.

DE LA ADJUDICACIÓN DE CARGOS

ARTICULO 50.- El Comité Electoral declarará electos en los respectivos cargos a los candidatos que obtuviesen simple mayoría de votos. Esta declaratoria se hará como penúltimo punto de la Agenda de la Asamblea General Ordinaria del "Colegio Médico de Honduras".

ARTICULO 51.- Los miembros electos serán juramentados de acuerdo al Artículo 32 de la Ley Orgánica del "Colegio Médico de Honduras" y tomarán posesión de sus cargos según lo estipulado en el Artículo 26 de la misma Ley.

ARTICULO 52.- Quedan derogados todos los Artículos de los distintos Reglamentos del "Colegio Médico de Honduras" que se opongan a lo estipulado en el presente Reglamento.

ARTICULO 53.- El presente Reglamento podrá ser modificado por la Asamblea General de acuerdo a las necesidades que pudieran presentarse en el futuro, siguiendo los trámites establecidos en las Leyes respectivas.

ARTICULO 54.- Los casos no previstos en el presente Reglamento serán resueltos por el Comité Electoral.

ARTICULO TRANSITORIO

Estas Reformas al Reglamento de Elecciones del "Colegio Médico de Honduras" después de ser presentadas y aprobadas en la Asamblea General Ordinaria que se celebrará en el mes de febrero de 1989 en la ciudad de San Pedro Sula, será puesta en vigencia en las Elecciones que se celebrarán en febrero de 1990.

CONTENIDO

Pag. No.

I EDITORIAL

En busca de soluciones 163

II TRABAJOS CIENTÍFICOS ORIGINALES

1. Infecciones por Chlamydia Trachomatis Ginecobstétricas del Hospital Escuela.
Dra. Elliethe Girón González, Dr. Gaspar Vallecillo Molina,
Dr. Carlos A. Javier Zepeda..... 164

2. Anestesia Espinal con Bupivacaina al 0.5% Hipervarica.
Dra. María Guadalupe Fortín de Pineda, Dr. Antonio Mariona Mejía..... 169

3. Cirugía Ambulatoria de Várices.
Dr. Osear Olman Betanco..... 173

4. Experiencia con Ketotifeno en Asma Bronquial Extrínseca.
Dr. Cristian Kaffie y Cois..... 177

III CASOS CLÍNICOS

1. Tuberculosis Cavitaria en Lactante con Meningitis. Reporte de un caso.
Dr. Ernesto Dala Sierra, Dr. Francisco Cleaves Tomé, Dr. Orison Vélásquez G..... 186

2. Ríñones Poliquisticos Tipo I. Reporte de un caso.
Dr. Salomón Grinspan, Dra. Belinda de Cadillo..... ,..... 190

IV SECCIÓN **GREMIAL**

1. Democraticemos la salud. Lineamientos para la formulación del Plan Nacional de Salud 1990 -1994, presentado a los Candidatos a la Presidencia de la República de Honduras el 4 de Septiembre de 1989 193
2. Reglamento de Brigadas Médicas Extranjeras 202
3. Reglamento de Elecciones del Colegio Médico de Honduras..... 204
4. I Congreso Centroamericano de Neurología Pediátrica.
24,25 y 26 de Agosto de 1989..... 209
5. VI Jornada de Endocrinología Emergencias endocrinologicas.
2 de Sept de 1989..... 210
6. Congresos de Pediatría Cartagena 90. IX Latioamericano, XVI Panamericano y XVII Colombiano. *Octubre 3 al 7 de 1990*..... 211
7. IV Congreso Centroamericano de Neumología.
11,12,13 de Octubre de 1989..... 212
8. IX Congreso Latinoamericano de Parasitología.
Del 12 al 16 de Noviembre de 1989..... 213
9. XVII Congreso Centroamericano de Pediatría.
Noviembre 26 a Diciembre lo. de 1989..... 214
10. V Jornada Internacional de Ortopedia y Traumatología.
29 y 30 de Septiembre de 1989..... 215
11. II Congreso Centroamericano y del Caribe de Oncología, IV Congreso Venezolano de Oncología, II Congreso de Enfermería Oncológica.
Del 6 al 9 de Junio de 1990..... 216