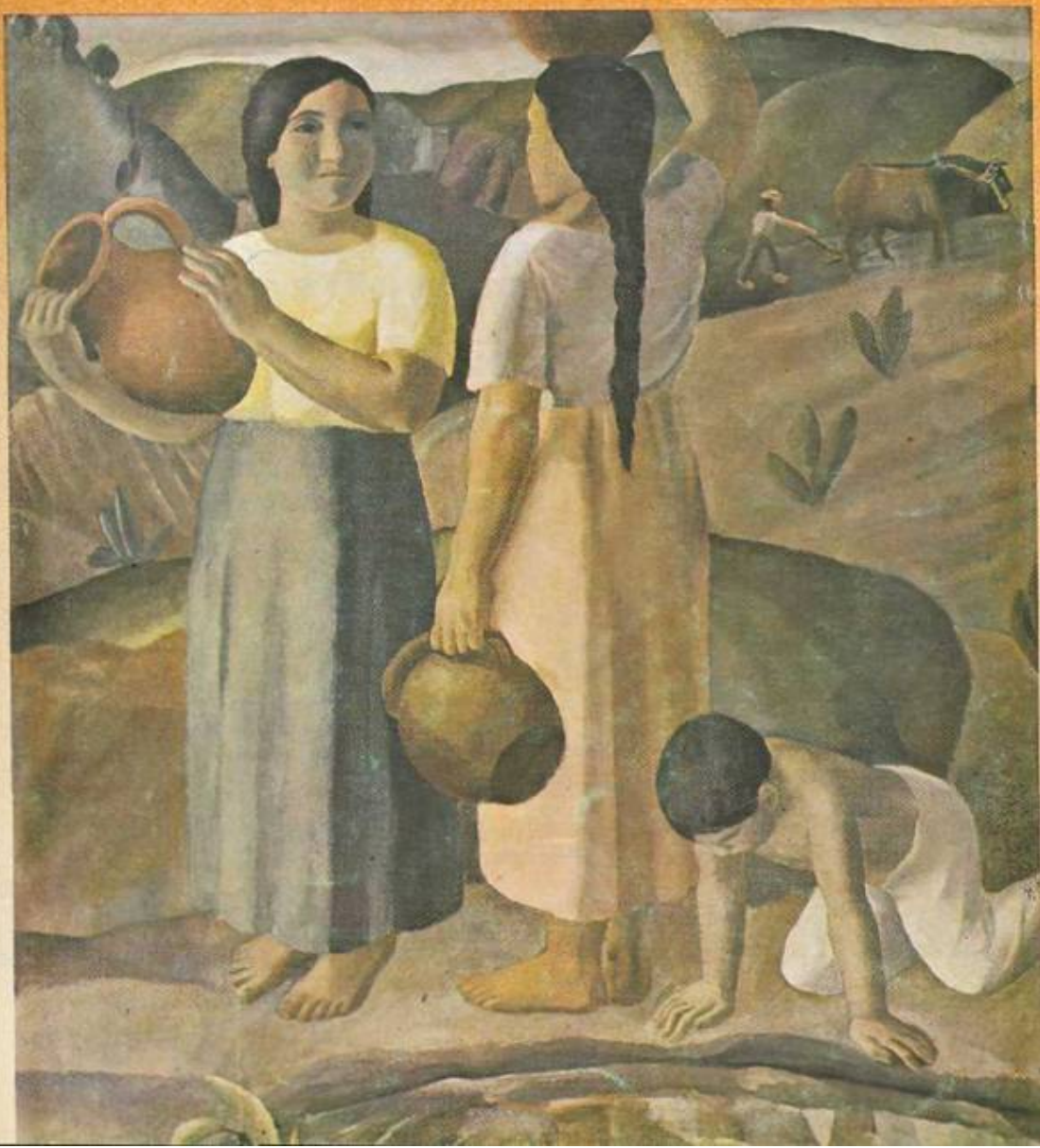




ORGANO DEL
COLEGIO MEDICO
DE HONDURAS

Revista **MEDICA** Hondureña

VOLUMEN 62 - No. 4, Enero, Febrero, Marzo de 1994





Revista **MEDICA** **Hondureña**

ÓRGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
FUNDADA EN 1930

CONSEJO EDITORIAL

Dr. EFRAIN BU FIGUEROA
Director

Dr. ERNESTO DALA SIERRA
Secretario

Cuerpo de Redacción

Dr. DENIS D. PADGETT MONCADA
Dr. CARLOS A. JAVIER ZEPEDA Dr.
JOSÉ A. CÁRCAMO MEJIA Dra.
ROSARIO CABANAS DE CALÍX Dr.
RAMÓN EDUARDO ESCOBAR

ADMINISTRACIÓN

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

CRISIS NACIONAL, CRISIS HOSPITALARIA

La crisis de los hospitales es fiel expresión de la angustia nacional en la que desde varios años se debate la nación, la crisis ésta matizada por la dependencia económica, desnacionalización, inmoralidad, mediocridad, irresponsabilidad, ineficiencia, inequidad e injusticia. Reflejo de la crisis hospitalaria es el Hospital-Escuela, institución cúspide de la red de atención médica nacional. Desde su fundación en 1978 comienzan los pródomos de su descalabro ya para 1980 se plantea por la comunidad hospitalaria (penuria presupuestaria, incapacidad gerencial, carencia de conducción, lo que se traduce en escasez de instintos críticos, alimentación y ropa. Por más de una década la falta de un programa de mantenimiento sistemático ha dado lugar al deterioro inexorable de la estructura física y todos sus equipos los cuales más que por obsoletos han caído en desuso por su descuido manifiesto y operación por manos no siempre bien entrenadas. Hoy, como en los albores de la década del ochenta, continúa la escasez crónica de medicamentos no sólo los habituales sino ya también de los vitales, de esos cuyo uso en determinado momento significa la diferencia entre la vida y la muerte, la falta de ropa para los pacientes sus camas y para las salas de operaciones, pésima comida para los enfermos, y lo que en aquellos años no se había visto: plagas de insectos y roedores dispuestos estos últimos como ya ha ocurrido en más de una ocasión, a atacara los pacientes más vulnerables.

A la escasez de todo y al deterioro físico se le suman en los últimos años la frustración y desmoralización despersonal, mucho del cual, después de hacer esfuerzos algunas veces muy rigurosos, logra calificarse para mejorar sus destrezas y conocimientos pero ante la imposibilidad de poder aplicarlos en toda su plenitud y extensión sobreviene el conformismo, la inercia, la relajación de la disciplina, la inobservancia de las normas y finalmente el sopor laboral. Los grandes perdedores en toda ésta tragedia son los pacientes, la medicina hondureña y en definitiva el pueblo entero, que a su cúmulo de penas producto del empobrecimiento progresivo tiene que agregarle las ineficiencias e inequidades del sistema hospitalario nacional al momento de demandar servicios oportunos y calificados cuando su salud se reciente.

Pero si la cúspide falla por el germen de su autodestrucción, producto de las situaciones socioeconómicas nacionales y sus propias contradicciones internas, la base, llamada por los ideólogos del sistema "Atención Primaria" se sumerge en la misma o peor vorágine que la de los hospitales, de tal manera que la población más empobrecida cada día, busca los caminos hacia Hospital-Escuela sobrepasando los flamantes hospitales regionales y de área desprovistos de lo mínimo para realizar sus tareas asistenciales. De ahí que no es de extrañar como nos lo apuntan Ohara y Meléndez en su trabajo publicado en éste número²¹ que el 53.7% de las consultas que atienden las emergencias de Cirugía, Medicina Interna, Gineco-obstetricia y Pediatría, no son emergencias

verdaderas sino consultas que podrían resolverse en niveles de atención menos complejos, dándole oportunidad a la institución para atender ese 26.4% de casos verdaderamente graves con prontitud y calidad. Particularmente el estudio pone en evidencia el resquebrajamiento de la atención primaria a nivel local, en términos de eficacia y cobertura cuando el 87% de los pacientes vienen del departamento de Francisco Morazán y el 77% de Tegucigalpa; "mejor atención médica y más rápida" dicen los pacientes, si es mejor la atención en una institución que carece de lo necesario y donde un paciente espera por lo menos 4 hrs. para ser atendido y 8 hrs. para ser hospitalizado, nos preguntamos qué estará ocurriendo en los hospitales regionales, de área y centros de salud?.

La reorientación del sistema hospitalario deberá engarzarse con una transformación cualitativa del sistema nacional de salud, la cual deberá ser capaz de encontrar fuentes de financiamiento complementarias a la asignación presupuestaria establecida constitucionalmente.

En esa complejidad de avatares deberán estar inmersos a nivel de la red hospitalaria, la simplificación administrativa, la descentralización (municipalización), la incorporación a través del cumplimiento correcto de las leyes vigentes de cuadros técnicos visionarios, con trayectoria responsable y mística de trabajo, la transferencia de actuales servicios ineficientes a los propios trabajadores para su manejo en un esquema de libre empresa, incentivos intelectuales y espirituales al personal de salud, la incorporación de una verdadera gerencia en un proceso de rendición de cuentas de los responsables de la conducción y el control social de la gestión. Es tiempo ya, que de cara a los nuevos retos del siglo XXI en un nuevo marco mundial de reordenamiento político y económico y por tanto nuevas realidades nacionales sin olvidar las de siempre, nuestro sistema de salud se prepare al salto histórico; ignorar las modernas herramientas y dinámicas de acción que la época actual nos pone a disposición y que el momento coyuntural exige, perpetuará lo que en más de una década han estado realizando decenas de administradores y directores de hospitales en éste País: continuar administrando la interminable crisis...

Dr. Efraín Bú Figueroa
Director

REFERENCIAS

- 1) Estudio y análisis de la problemática asistencial y administrativa del Hospital-Escuela. Comisión surgida del Convenio de Compromiso entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Comité de Huelga del Hospital-Escuela. Tegucigalpa 7979, Dic.
- 2) Ohara K., Meléndez V. Investigación sobre pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital-Escuela. Rev. Med. Hond. 6i.

EDITORIAL

EL SIDA Y LA FAMILIA

El SIDA, o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, es una enfermedad mortal, nueva, que ha venido representando un reto para la salud pública, en especial para los sistemas de salud de los países en vías de desarrollo.

Honduras ha venido siendo muy seriamente afectada por esta epidemia, contando en el momento con más del 50%^V; del total de los casos del Istmo Centroamericano, se estima un nivel de infección que oscila de 1-3% dependiendo de la zona geográfica afectada, esto significa que de cada 100 hondureños hay entre 1 a 3 personas que portan el virus sin darse cuenta ya que su período asintomático se prolonga hasta quizás más de 10 años⁽²⁾ al momento actual

La vía de transmisión en Honduras es eminentemente en más de un 90% por contacto sexual, siendo la población heterosexual la más afectada.

Por ahora no hay cura disponible para esta enfermedad y únicamente la responsabilidad sexual que conlleva las prácticas de sexo seguro y el uso del condón son algunas de las formas que pueden evitar el contagio y la propagación del Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida.⁰¹

El drama de esta enfermedad ha impactado con toda su fuerza en la familia hondureña donde niños, adolescentes y adultos que representan el futuro y la fuerza de trabajo han sido afectados; sus repercusiones involucran aspectos laborales, sociales, económicos y psicológicos, ninguna profesión o clase social ha permanecido indemne al problema del SIDA. Frente a este tremendo desafío que significa este enorme problema de Salud Pública, el Colegio Médico y nuestra revista han decidido adoptar un rol protagónico contra este terrible mal que se le ha dado en bautizarle como "El Mal del Siglo Veinte".

La familia debe convertirse en el soporte, más importante para apoyar las acciones educativas de tipo preventivas, una familia donde se habla sobre la sexualidad a la luz de un criterio de fidelidad, de conocimiento de las relaciones sexuales, de las consecuencias de acciones machistas que

inducen al joven o a la joven a relaciones sexuales tempranas por temores homofóbicos deben convertirse en temas de discusión y no hacer lo que tradicionalmente se ha venido haciendo y es considerarlos temas tabúes sobre los que no se hablan y llevan a los jóvenes a aprender sobre sexualidad en las calles.

Estas conversaciones sobre sexo, sexualidad y responsabilidad sexual deben convertirse en temas de discusión y análisis familiar, evitándose dejar a un lado a las hijas dados los prejuicios y temores de los padres de abordar estos temas.

Es importante recordar que el SIDA encuentra un mejor substrato en la ignorancia y el desconocimiento de sus formas de transmisión.

No permitamos que más familias hondureñas sean víctimas de ésta enfermedad, por lo que hacemos un llamado a la conciencia de nuestro gremio a fin de que asumamos un doble papel: como padres conversando sobre éste tema con nuestros hijos e hijas y resto de familiares y con el pueblo hondureño que asiste a nuestra consulta pública o privada; tengamos presente que sólo con un esfuerzo conjunto podremos hacerle frente a ésta terrible enfermedad.

Sólo unidos derrotaremos al SIDA.

Dr. Wilfredo Alvarado

Asesor de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el Programa Nacional del SIDA.

REFERENCIAS

- 1) *Ministerio de Salud Pública. Informe Anual de las Actividades 1993. Págs. 25-26, Tegucigalpa 1993.*
- 2) *Pantaleo C, Graziosi C, Fauci A., The Immunopathogenesis of Human Immunodeficiency Virus Infection. New Eng. J. Med. 1993,328:327-335.*
- 3) *American College of Physicians and Infectious Diseases Society of America. Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection. Position Paper. Ann. Int. Med., 1994,120:310-318,*

Misoprostol para Maduración Cervical e Inducción del Trabajo de Parto

Dr. José Arnulfo Cárcamo M., Dr. Manuel Maldonado, Dr. Luis Navarro***

RESUMEN

OBJETIVO: Confirmar la efectividad y seguridad del misoprostol vaginal para inducir el parto.

METODOLOGÍA: Estudio prospectivo en el que cuarenta y ocho pacientes recibieron dosis de 50 ug de misoprostol cada 4 horas. Las pacientes se seleccionaron aleatoriamente a su ingreso a Sala de Labor con una indicación obstétrica de inducción del parto.

RESULTADOS: De ellas el 72.9% sólo necesitó una dosis de misoprostol y a menor edad gestacional mayor número de dosis se requirieron. El 83.3% de las pacientes obtuvo un índice de Maduración Cervical medido por escala de Bishop, mayor de 5 a 4 horas; en el 98% se desencadenó el parto en las primeras 6 horas. El 41.2% tuvo parto antes de 6 horas y el 83.4% en las primeras 12 horas. En Hipertensión Inducida por el Embarazo el 100% tuvo el parto antes de 10 horas. En general lacesárea fue de 8.3% usando sólo misoprostol y subió al 6.6% cuando se usó combinado con oxitocina. Se requirió de oxitocina sólo en el 12.5% de las pacientes. Efectos adversos maternos en 6.3% y fetales en 5.5%. El 94.2% el Apgar fue de 8 y más al 1 min. y en el 100% fue de 8 y más al 5 min. Las complicaciones se presentaron en 6.25% y se aumentó a 16.6% cuando se usó oxitocina. La taquisistolia se presentó en 2.7%, y el sufrimiento fetal en 5.5%.

CONCLUSIONES: El misoprostol es efectivo en madurar el cervix e iniciar el trabajo de parto

Ginecobstetras de Base. Unidad Materno Infantil. I.H.S.S, de Tegucigalpa, Honduras, Centro América.

simultáneamente y a cualquier edad gestacional. Es seguro cuando se aplica como inductor en cervix desfavorables (Bishop < 5) y no como conductor del trabajo de parto. Las complicaciones se presentaron en 6.25%, la cesárea en 8.3%. No hubo efectos adversos en la madre, feto ni recién nacido.

PALABRAS CLAVE: MISOPROSTOL, maduración cervical, trabajo de parto.

INTRODUCCIÓN

La oxitocina y las prostaglandinas (PGs) son los agentes más comúnmente empleados en la actualidad para inducción del parto. La oxitocina es segura y efectiva en iniciar las contracciones uterinas, pero influye mucho en esa respuesta, las condiciones cervicales al inicio de la inducción⁽¹⁷⁾. Para cervix desfavorables, se han usado prostaglandinas locales (pre-inducción) antes de iniciar la inducción con oxitocina. El uso de una PG que dilate el cervix e inicie a la vez el trabajo de parto, es ideal en esos casos. Estas características han sido encontradas en el misoprostol⁽¹⁸⁾. con tasas de éxito que van desde 20 % al 72%, según los diferentes trabajos registrados⁽¹⁹⁾. El misoprostol, un análogo sintético de la PGs E1, es un agente citoprotector gástrico y duodenal, usado muy ampliamente en la actualidad en el tratamiento de la úlcera péptica.

Su uso oral como vaginal ha demostrado ser efectivo en dilatar el cervix e iniciar el trabajo de parto, independiente de la edad gestacional.

La contractilidad miometrial y distensibilidad cervical son dependientes de una adecuada regulación endógena de estrógenos, progesterona, prostanoïdes y relaxina. La maduración cervical implica cambios en la estructura y bioquímica del tejido conectivo, denominado disolución de las fibras colágenas, disminución del sulfato-dermatan e incremento en el ácido hialurónico y contenido de agua⁽¹⁶⁾. El uso de la FGs debe realizarse intrahospitalariamente, ya que como todo medicamento, posee efectos adversos y complicaciones, lo cual puede llevar a necesidad quirúrgica⁽¹⁸⁾.

Las PGs están catalogadas como drogas Clase C en el embarazo. Sus efectos adversos más comunes son: náuseas, vómitos, fiebre, sensación de calor vaginal, taquisistolia, e hipertoniá uterina. Además hay disminución de los movimientos respiratorios fetales, durante el trabajo de parto, en 30%^(7A11). El uso de PGs está contraindicado cuando existe: hipersensibilidad a las mismas, cardiopatía, asma bronquial, glaucoma, además su efecto se potencializa con el uso concomitante de oxitocina^(17,18).

La inducción del parto es un procedimiento obstétrico que debe ser simple, seguro, efectivo, no invasivo y de bajo costo. Todo lo anterior motivó la realización del presente estudio.

METODOLOGÍA

El estudio se realizó en la Sala de Labor y Partos del Hospital Materno Infantil del I.H.S.S. en Tegucigalpa, en el mes de Septiembre y Octubre de 1993. Todas las pacientes fueron ingresadas para inducción del parto por razones obstétricas. Las pacientes fueron incluidas en el estudio en forma prospectiva y debieron reunir los siguientes requisitos: 1) embarazo con feto único; 2) presentación cefálica; 3) Bishop menor o igual a 5; 4) Non Stress Test (NST): reactivo ó Contraction Stress Test (CTS): negativa (para feto vivo); 5) sin cicatriz uterina previa; 6) sin sangrado transvaginal; 7) sin desproporción céfalo pélvica; 8) sin alergias a prostaglandinas; 9) sin antecedente de asma bronquial o glaucoma; 10) sin sufrimiento fetal agudo; 11) sin trabajo de parto espontáneo; 12) sin polihidramnios; 13) no haber tomado aspirina, antiinflamatorios no esteroïdes, ni acetaminofén por lo menos 4 horas antes de iniciar misoprostol; 14) sin cardiopatía ni hipotensión; 15) tener una indicación obstétrica de inducción. Todas las pacientes tuvieron cifras tensionales normales o

elevadas antes de aplicar misoprostol. Tomas seriadas de la misma se realizaron en busca de disminución de la presión arterial y taquicardia materna. Se practicó rutinariamente medición de la hemoglobina y hematócrito, cruce de 2 unidades de sangre y preparación de la paciente por eventual cesárea. Se documentó en el expediente la hora en que se aplicó la dosis inicial de misoprostol, de 50 ug (CYTOTEC, Casa Searle, Chicago, U.S.A.) en fondo de saco vaginal posterior. Se midió el tiempo en que comenzó la actividad uterina y cuando se regularizó la misma, clínicamente. Se midieron Test de Bishop inicial y luego cada 4 horas y en esas evaluaciones se valoró una nueva aplicación de misoprostol. Se midieron complicaciones maternas: desprendimiento placentario (evidencia clínica y al parto), taquisistolia (más de 6 contracciones en 10 minutos en dos períodos consecutivos), sufrimiento fetal (ascensos o descensos patológicos de la frecuencia cardíaca fetal, tanto clínica como por cardiotocografía), hipertoniá uterina (contracción de más de 2 minutos de duración), hiperestimulación (taquisistolia más sufrimiento fetal), y efectos adversos como: náusea, vómitos, fiebre, diarrea/sensación de calor vaginal⁽¹⁴⁾. No se excluyeron pacientes que en el día previo a su ingreso había tenido ya una o dos sesiones con oxitodna, cuya respuesta había sido fallida. Por otro lado se usó oxitodna, luego de aplicar misoprostol, sólo cuando el efecto de éste no fue el esperado (12.5%).

La vía del parto, indicaciones de cesárea, Apgar al 1 y 5 minuto y peso al nacer, fueron analizados. Se practicó cesárea por indicaciones obstétricas. Se calificó el sangrado al parto como anormal sólo cuando fue mayor de 500 cc. Siempre que se presentaron efectos adversos se retiró el misoprostol de la vagina y se realizó una ducha vaginal con solución salina 0.9%; además la posición materna en decúbito lateral izquierdo y oxígeno nasal a 5 litros por minuto. La hiperestimulación se manejó con fenoterol I. V. 0.5 ug por minuto o sulfato de magnesio 6 gramos en bolus y luego 2 gramos por hora. Análisis estadísticos se realizaron en EPI-INFO, creando una base de datos para captura y análisis de los mismos.

Durante los procesos inductivos estudiados no se procedió de la manera como reportan Sánchez-Ramos⁽⁹⁾, quienes realizaron Ruptura Artificial de Membranas (RPM) tan pronto como la dilatación cervical lo permitió, sino que en nuestro estudio, sólo se usó la RPM, a criterio de los médicos y no rutinariamente. No se usó monitoreo fetal continuo, por la escasez de monitores

en la sala. La inducción se considera adecuada si el parto se produjo antes de 24 horas de haber iniciado el misoprostol.

RESULTADOS

Se aplicó misoprostol a 56 pacientes de las cuales fueron excluidas 8 (14.2%) de la muestra quedando para análisis 48 pacientes. Su exclusión se debió a: Bishop mayor de 5 (n=6), situación transversa (n=1), sin indicación para inducción (n=1), tenía trabajo de parto espontáneo (n=1).

De las 48 pacientes se describe a continuación las frecuencias de las principales variables. La edad de 20 a 34 años representó el 79.2%; no hubo pacientes menores de 19 años, el 20.8% fue mayor de 35 años. Sólo el 6.3% de las pacientes pesó menos de 50 kg, y ese mismo 6.3% con más de 100 kg; no se observó diferencias entre pesos y número de dosis o complicaciones. Las primigestas representaron el 34% (n=16), de 2 a 4 gestas el 45% (=22) y el 45.8% (n=10) de más de 5 gestas. No hubo diferencias significativas entre estos grupos y el efecto de misoprostol. Los diagnósticos se agruparon en: Óbito 20.8% (n=10), Ruptura prematura de membranas (RPM): 25% (n=12), Hipertensión inducida por el embarazo, (HIE): 16.7% (n=8), Postdatismo (PD): 37.5% (n=18). En relación a la edad gestacional las pacientes con menos de 20 semanas representaron 14.6%, siendo el embarazo de término (37 a 43 semanas) el 68.7% que representa el

Con respecto a la práctica de monitoreo fetal en Postdatismo fue de 83.3% (15 de 18), HIE en 85.7% (6 de 7) y 10% en RPM (1 de 10).

En relación a la efectividad de provocar el parto antes de 24 horas esta fue de 97.9%. El 41.7% tuvo parto antes de 6 horas, esto se duplica a 81.3% (p < 0.05) antes de 12 horas y la efectividad se eleva a 97.9 antes de 24 horas de haber iniciado el misoprostol. Sólo una paciente usó por más de 24 horas, lo que indica alta efectividad de misoprostol (Ver Cuadro 2).

CUADRO 2

MISOPROSTOL PARA MADURACION CERVICAL E INDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO UNIDAD MATERNO INFANTIL - INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL.

HORA DESDE LA APLICACION AL PARTO

HORAS	N	%	% ACUMULADO
6 horas y menos	20	41.7	41.7
7 a 12 horas	19	39.6	81.3
13-18 horas	3	6.3	87.5
19 - 24	5	10.4	97.9
25 y más	1	2.1	100.0

El 83.3% (p < 0.05) de la paciente obtuvo una mejoría a más de 5 puntos en el Bishop a las 4 horas de aplicado y de 93.8% lo tuvo mayor de 5 puntos a las 8 horas.

Las complicaciones encontradas fueron de un 6.3% (n=3) y se describen así: una taquisistolia en el período expulsivo para un 2.1% y dos sufrimientos fetales agudos (SFA) detectados por monitoreo fetal (CST positiva) para un 5.5% de las 48 pacientes. Es de hacer notar que dos (66%) de las 3 pacientes con complicaciones habían requerido de oxitocina además del misoprostol. En las complicaciones se observó: tres pacientes tuvieron: dos de ellas (1 RPM y 1 PD) recibieron oxitocina después de misoprostol y a dos de las complicaciones (2 SFA) se les practicó cesárea. Ambos SFA habían tenido un NST reactivo. Los Apgar en los tres casos fueron de 8 y 9 al 1 y 5 mnt. (Ver Cuadro 3). Los efectos adversos encontrados fueron en 3 pacientes (6.3%) los siguientes: náusea 2.1% (n=1), vómitos: 2.1% (n=1) y calor vaginal 2.1% (n=1).

CUADRO 1

MISOPROSTOL PARA MADURACION CERVICAL E INDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO UNIDAD MATERNO INFANTIL - INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

DIAGNOSTICO	SEMANAS			TOTAL
	< 20	21 - 37	37 - 43	
OBITO	6 (60%)	4 (40%)	0	10
RPM	1 (8.3%)	3 (25%)	9 (75%)	12
HIE	0	1 (12.5%)	7 (87.7%)	8
POSTDATISMO	0	0	18 (100%)	18
TOTAL	7	8	33	48

mayor número de pacientes. (Ver Cuadro 1).

CUADRO 3

MISOPROSTOL PARA MADURACIÓN CERVICAL E INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO UNIDAD MATERNO INFANTIL - INSTITUTO HONDURENO DE SEGURIDAD SOCIAL

COMPLICACIONES	DIAGNOSTICO APGAR	PARTO
1 TAQUISISTOLIA*	RPM 8 Y 9	VAGINAL
1 SFA*	PD 8 Y 9	CESAREA
1 SFA	PD 8 Y 9	CESAREA

* Oxitocina. El 66.6% se les practicó cesárea y en ese mismo porcentaje se usó oxitocina.

La vía vaginal se produjo en 91.7% (n=44), se practicó cesárea en el 8.3% (n=4) y no se aplicó ningún fórceps. Se usó oxitocina en el 25% de las pacientes (n=12); pero de las 12 pacientes 6 de ellas había usado oxitocina (y fue suspendida), previo a aplicar misoprostol por lo que la necesidad real de usar oxitocina luego de misoprostol fue de 6 pacientes que representan sólo el 12.5% de las 48 pacientes.

Las indicaciones de cesárea fueron: 2 con SFA (ambos en el grupo de PD), 1 con desproporción céfalo pélvica detectada al final y 1 con oxidito posterior persistente en el expulsivo. Lo anterior demuestra que 50% de las cesáreas practicadas fueron por causas ajenas al misoprostol. En relación al peso fetal el 10.4% (n=5) pesó menos de 2500 gr, el 64.6% (n=31) entre 2501 y 4000 gr y el 6.3% (n=3) mayor de 4000 gr.

En relación a los Apgar en los 34 fetos vivos: el 94.2% fue de 8 y más al 1 mnt. El 100% fue de 8 y más al 5 mnt. Se excluyen dos pacientes que se catalogaron en RPM, pero que eran óbitos fetales, por lo que sólo son 34 fetos nacidos vivos, {ver Cuadro 4}.

CUADRO 4

MISOPROSTOL PARA MADURACIÓN CERVICAL E INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO UNIDAD MATERNO INFANTIL - INSTITUTO HONDURENO DE SEGURIDAD SOCIAL

APGAR AL 1 MNT.			APGAR 5 MNT		
PUNTOS	N	%	PUNTOS	N	%
5	1	2.9	5	0	0
7	1	2.9	7	0	0
8	30	88.2	8	1	2.9
9	2	6.0	9	31	91.1
10	0	0	10	2	5.8

Es muy importante hacer notar que en HIE, el 50% de las pacientes tuvieron su parto antes de 6 horas y el 100% antes de 10 horas. (Ver Cuadro 5). No se detectó aumentos en la presión arterial sino una tendencia a la disminución en ± 10 Mg. sistólica y 5 mm Hg diastólica. En el número necesario de dosis según diagnóstico, el 72.9% sólo requirió de una dosis. El 20.8% requirió dos dosis. El 6.3 (n=3) requirió de tres dosis. Ninguna paciente requirió de más aplicaciones. (Ver Cuadro 6).

CUADRO 5

MISOPROSTOL PARA MADURACIÓN CERVICAL E INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO UNIDAD MATERNO INFANTIL - INSTITUTO HONDURENO DE SEGURIDAD SOCIAL

HIE Y HORAS AL PARTO	N	%	% ACUMULADO
0-4 HRS.	1	2.5	12.5
5-6 HRS.	3	37.5	50.0
7-8 HRS.	2	25.0	75.0
8-9 HRS.	1	12.5	87.5
10 HRS.	1	12.5	100.0

dió misoprostol v.o. 400 ug C/4 horas hasta que ocurrió el parto. Todas partearon entre las 9 horas luego del inicio del misoprostol.

En Argentina existen 2 estudios que han informado la eficacia de misoprostol vaginal para inducción del parto en el tercer trimestre del embarazo⁽²²⁾, En el primer

CUADRO 6

MISOPROSTOL PARA MADURACIÓN CERVICAL E INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO UNIDAD MATERNO INFANTIL - INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD

DIAGNOSTICO	NUMERO DE APLICACIONES			TOTAL
	1	2	3	
OBITO	2	6	2	10
RPM	11	1	0	12
HIE	8	0	0	8
POSTDATISMO	14	3	1	18
TOTAL	35	10	3	48

SOCIAL

DISCUSIÓN

En 1930 Von Euler reportó efecto estimulante de PG sobre el músculo liso uterino e intestinal, así como en la presión arterial si se administraba vía endovenosa. En 1950 Bergstron aisló las PGs: compuestos de 20 carbonos no saturados y se demostró su presencia en un amplio número de tejidos; son inactivadas en pulmón, riñon e hígado⁽⁷⁾. En 1968, Karin y colegas inicia su uso para inducción del parto. Existen diversos preparados de PGs: intravenosa, oral, extraamniótica, vaginal: gel⁽⁸⁾, tabletas⁽¹³⁾, supositorios PGE2⁽¹⁰⁾, PGS E2 3 mg tabletas⁽⁸⁾, líquido para instilación cervical PGE 2⁽¹⁰⁾, líquido para instilación cervical PGE 2⁽¹⁰⁾ y pésanos vaginales⁽³⁾, se han usado PGF2 alfa a dosis de 20 mg diluidas en 500 ml. de solución salina 0.9% a través de un catéter foley insertado a través del cervix; en un estudio en que se comparó con oxitocina para inducción en RPM y cervix desfavorable. Este estudio reportó alta frecuencia de taquisistolias y elevado riesgo infeccioso, pero se obtuvo mejores resultados que con oxitocina⁽⁷⁾. Las PGs causan dilatación cervical independiente de que exista o no actividad uterina⁽¹²⁾.

Rabe et al estudiaron el misoprostol en primer trimestre: este estudio Alemán reveló que vía oral el misoprostol expulsaba hasta 20% de los fetos.⁽⁹⁾ En 1987, en Brazil, Mariani-Neto reportaron por primera vez el uso de misoprostol para inducción del parto en 20 pacientes de 19 a 41 semanas con óbito fetal y cervix desfavorable. Se

dio misoprostol v.o. 400 ug C/4 horas hasta que ocurrió el parto. Todas partearon entre las 9 horas luego del inicio del misoprostol.

En Argentina existen 2 estudios que han informado la eficacia de misoprostol vaginal para inducción del parto en el tercer trimestre del embarazo⁽²²⁾. En el primer estudio, el misoprostol se usó 50 ug intravaginal y luego 50 ug cada 2 horas hasta que se desencadenó actividad uterina adecuada. En el segundo estudio se observó que las pacientes entre las 28-36 semanas el 36%, el parto ocurrió dentro de las 9 horas siguientes, pero fue mayor el porcentaje de las pacientes de término (> de 37 semanas) que dieron a luz antes de 9 horas con un 73%. Para su uso en el parto, los estudios con misoprostol, reportan dosis intravaginales de 50 microgramos (ug) cada 2 a 4 hrs, con tasa de éxito del 79%, además Sánchez y colaboradores reportan 20% de sufrimiento fetal agudo, 34.4% taquisistolia y un 10.9% de hiperestimulación uterina, contra 26%, 13.8% y 4.6% respectivamente cuando usó oxitocina⁽⁹⁾. Este segundo estudio fue con 50 ug de misoprostol vs oxitocina en 64 pacientes. El parto ocurrió en 24 horas en 79% de misoprostol y en 62% de oxitocina. También concluyeron que el misoprostol tiene escasos efectos sobre los fetos y neonatos, así como muy pocos efectos colaterales en la madre⁽⁹⁾. EL inicio de acción del misoprostol es entre 15 mnt a 3 hrs⁽¹⁰⁾. Las ventajas descritas del misoprostol sobre la oxitocina son: menor pérdida sanguínea al parto, menor uso de analgesia obstétrica, menor incidencia de ictericia neonatal, mayor satisfacción de la paciente, menos costos, menor tasa de cesárea, mejor comodidad de la paciente (puede deambular), ausencia de flebitis. Las PGs facilitan la acción de oxitocina mejorando el puntaje de Bishop.⁽¹⁴⁾

Nuestro estudio corroboró la eficacia y seguridad del misoprostol para inducir el parto a cualquier edad gestacional y las principales conclusiones se detallan a continuación.

CONCLUSIONES

En maduración cervical, el misoprostol, es capaz de obtener un BISHOP > de 5 a las 4 horas, en 83.3% de las pacientes.

En inicio de trabajo de parto, el misoprostol fue capaz de desencadenarlo, en las primeras 6 horas, en 98% de las pacientes.

El 41.7% de las pacientes tuvo el parto en las primeras 6 horas y el doble (83.4%) en las primeras 12 horas. El 98% lo tuvo antes de 24 horas. En HIE el 100% tuvo parto antes de 10 horas.

La incidencia de cesáreas fue de 8.3% (n=48) y de 11.1% en feto vivo (n=36). Cuando se usó además oxitocina, esta frecuencia subió a 16.6% (n=12).

Se usó oxitocina en 12 (25%) de las pacientes, de las cuales 6 (12.5%) lo usaron antes de misoprostol y fue omitido, por lo que la necesidad real de usar oxitocina, luego de misoprostol, fue de sólo 6 pacientes (12.5%).

El 94% de los APGAR fueron de 8 y más al 1er. min. y el 98% de 8 y más al 5to. minuto.

Los efectos adversos del misoprostol en la madre, se presentaron en 6.3% de las pacientes. No se observaron efectos adversos fetales ni neonatales.

Las complicaciones se presentaron en 8.3% de los fetos vivos (n=36) y sube al 16.6% cuando se usó con oxitocina (n=12). De las tres complicaciones el 66.6% había usado oxitocina. Ambos medicamentos potencializan su acción al combinarlos.

Las complicaciones se presentaron así: taquistolia 2.7%, sufrimiento fetal agudo en 5.5%.

Los 2 pacientes con SFA tenían NST REACTIVO previo, y se detectaron por CST POSITIVA, por lo que siempre que se aplique el misoprostol, debe realizarse CST. En el 72.9% de las pacientes sólo se requirió una dosis de 50 ug. Se observó que a menor edad gestacional mayor número de aplicaciones.

El costo de cada dosis de 50 ug es de L. 0.77 (\$0.09) y de una inducción con oxitocina de L. 23.00 (\$2.70). La diferencia es de 30 veces más costoso con oxitocina.

Dada la efectividad del misoprostol a cualquier edad gestacional y siendo el aborto ilegal en Honduras, este medicamento deberá usarse bajo estrictas indicaciones obstétricas intra-hospitalarias y su venta debe ser controlada por las autoridades respectivas.

REFERENCIAS

1. W. Bowman, M. Rand. TEXT BOOK OF PHARMACOLOGY. Second edition. Oxford, London, 1980.
2. Luis Sánchez, Andrew Kaunitz. Labor induction with prostaglandin E1 methyl analogue misoprostol versus oxitocina. A randomized trial. OBSTET GYNECOL, 1993; 81:332-6.
3. Ray Deborah, Garite T.S. Prostaglandin E2 inductor of labor in patients with premature rupture of membranes a term. AM J. OBSTET GYNECOL, 1992; 166:836-43.
4. Ron Maymon et al. Uterine rupture at term pregnancy with the use of intracervical prostaglandin E2 gel for induction of labor Am. J. Obstet. Gynecol 1991; 165:368-70. Vol. No. 2.
5. J. E. Norman, K. Thong. Uterine contractility and induction of abortion in early pregnancy by misoprostol and mifepristone. THE LANCET. 1991; 338:1233-37.
6. Letter Oren Freuchter. AM J. OBSTET GYNECOL, 1992; 167:1483.
7. The Brazilian Experience with Cytotec. Regina María Barbosa and Margareth Arilha. Studies in Family Planning Vol. 24, No. 4, July/Aug. 1993. The Population Council, Inc.
8. Margulies M. Campos P, Voto L. Misoprostol to induce labour. The Lancet Vol. 339; Jan 4, 1992, 64.
9. Jacques Miller, Denis Janeth. Maturation of the uterine cervix by repeated intracervical intillation of prostaglandin E2. AM J. OBSTET GYNECOL, 1991; 165:523-8.
10. Prepidil-GEL. Use in the induction of labor. OBSTET GYNECOL, 1993; 82:48.
11. Oscar Jaschevatzky. Intrauterine prostaglandin F2-alfa for termination of the pregnancy with second trimester rupture of membranes. OBSTET GYNECOL, 1992; 79:32-4.

12. Y. Sorokin, Mordechai H. Effects of induction of labor with prostaglandin E2 on fetal breathing and body movements. Controlled, randomized, double blind study. *OBSTET GYNECOL*, 1992; 80:788-91.
13. A. Gordon, Wright. Prostaglandin E2 tablets used intravaginally for the induction of labor. *AM J. OBSTET GYNECOL*, 1979; 86:32-6.
14. Ann Miller, William Rayburn. Patterns of uterine activity after intravaginal prostaglandin E2 during preinduction cervical ripening. *AM J. OBSTET GYNECOL*, 1986; 165:1006-9.
15. James Macer, D. Buchanan. Induction of labor with prostaglandin E2 vaginal suppositories. *OBSTET GYNECOL*, 1984; 63:664.
16. T. Takahashi, Beth Marcus. A new model for objective assessment of cervical ripening: The effect of prostaglandin E2 and prelabor contractility. *AM J. OBSTET GYNECOL*, 1991; 164:1115-8.
17. John Owen, Carey Winkler. A randomized, double blind trial of prostaglandin E2 for cervical ripening and meta-analysis. *AM J. OBSTET GYNECOL*, 1991; 165:991-6.

""Hoy hombres *que* luchan un día
y *son* buenos
"Hay *otros* que luchan un año
y *son* mejores
"Hay quienes luchan por muchos *años*
y *son* muy *buenos*
Pero están los que luchan toda la vida:
esos *son* imprescindibles:

Bertolt Brecht

Tratamiento de los Espasmos Infantiles (Síndrome de West) con Clobazam y Valproato de Sodio.

Dr. Rigoberto Cuéllar Alvarenga, Dr. Marco Molinero'*

RESUMEN

En un estudio prospectivo, se tratan 18 pacientes con Síndrome de West utilizando en la mitad de ellos valproato de sodio y en el resto una benzodiazepina (1-5 benzodiazepina clobazam), después de un mínimo de tres meses de terapia, se obtuvo una respuesta BUENA (control total de las crisis) en 4 casos, REGULAR (control parcial) en 2 casos y MALA (ninguna respuesta) en 2 casos., en el grupo que tomaba valproato de sodio y una respuesta BUENA en 5 casos, REGULAR en un caso y MALA en dos casos en el grupo tratado con clobazam.

Dos pacientes no regresaron a control. Tres de los pacientes que obtuvieron una mala respuesta recibieron una combinación de clobazam y valproato de sodio logrando una respuesta REGULAR, sin lograr un control total de los espasmos. El trabajo corrobora la utilidad del valproato de sodio en el control parcial o total de las crisis del síndrome de West, obteniendo similares resultados a los

reportados en la literatura mundial, e introduce al clobazam como una nueva droga que puede ser utilizada en el manejo de este tipo de epilepsia.

PALABRAS CLAVES: Síndrome de West, Valproato de sodio, clobazam.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de West, fue descrito por el Dr. West desde 1841 en la revista Lancet⁽¹⁾ y lo hizo relatando las crisis convulsivas que presentaba su hijo a los 4 meses de edad.

Se presenta generalmente en el primer año de la vida, y se caracteriza por la presencia de crisis mioclónicas en forma de sacudidas masivas, deterioro mental en la mayor parte de los pacientes y un patrón electroencefalográfico característico llamado hipsarritmia.

Está actualmente incluido en la nueva clasificación de las epilepsias como uno de los "síndromes especiales" y es además una de las epilepsias de más difícil manejo aún para el neuropediatra más experimentado.

Neurólogo Pediatra, Jefe del Servicio de Medicina Pediátrica. Bloque Materno Infantil del Hospital Escuela. Neurólogo Pediatra, Médico de base del bloque Materno Infantil del Hospital Escuela.

Desde 1958 en que Sorel y Dusaucy ⁽²⁾ introdujeron la hormona adenocorticotrópica para el tratamiento de éste padecimiento, ha sido el manejo de elección junto a los esteroides, usándolos en forma conjunta o separadamente. La respuesta, dependiendo de diferentes autores ha variado de un 50 a un 80% Los reportes sobre los efectos adversos del empleo de estas hormonas en niños, que varían desde muertes, hasta atrofas cerebrales, infecciones secundarias, síndrome de Cushing iatrogénico, hipertensión Arterial, etc.⁽⁵⁾, ha llevado a los investigadores a intentar otro tipo de tratamiento con medicamentos anticonvulsivantes que no provoquen las severas complicaciones mencionadas.

De estos anticonvulsivantes, el ácido valproíco y algunas benzodiazepinas como el diazepam y sobre todo el nitrazepam han demostrado su efectividad. ⁽⁶⁻⁷⁾.

En nuestro medio no es posible obtener ACTH y el nitrazepam fue retirado de las farmacias de nuestro país por razones desconocidas desde hace ya casi 5 años.

Por tal motivo, realizamos un estudio prospectivo utilizando el valproato de sodio y una benzodiazepina que no se ha utilizado hasta el momento (1,5 benzodiazepina clobazam) para el manejo específico del síndrome de West, pero con actividad anticonvulsivante reconocida, con la ventaja de no producir de acuerdo a las publicaciones efectos colaterales como ser somnolencia, ataxia o relajación muscular, complicaciones reconocidas de las 1,4 benzodiazepinas (como el diazepam, el clonazepam y el nitrazepam(8,9,10).

Los resultados de nuestra experiencia con 18 casos de Síndrome de West en el lapso de un año, se exponen en este trabajo.

PACIENTES Y MÉTODOS

El estudio fue realizado en la consulta externa de neurología pediátrica del bloque materno infantil del Hospital-Escuela, en donde se lograron detectar 18 pacientes con síndrome de West en el lapso de un año. Todos los pacientes fueron evaluados y seguidos por dos neuropediatras de la institución y el requisito principal para ingresar al estudio era la comprobación clínica por el médico, de los típicos espasmos infantiles que caracterizan a la enfermedad. Ninguno de los

pacientes había recibido terapia previa con anticonvulsivantes ni con hormonas.

10 pacientes pertenecían al sexo masculino y 8 al sexo femenino, y el rango de edad de tres meses a dos años, con 14 casos menores de un año y 4 casos mayores de un año. 11 de los 14 pacientes menores del año se encuentran en los primeros seis meses de la vida.

En 15 pacientes se logró documentar una causa orgánica como etiología de su epilepsia, como puede observarse en la tabla No. 1, y tres casos fueron criptogénicos.

TABLA 1

ETIOLOGIA DE LAS CRISIS

CAUSA	No. DE CASOS
Asfixia neonatal	6
Infecciones del Sistema Nervioso Central	3
Neurofibromatosis	2
Bajo peso al nacer	2
Kernicterus	1
Encefalopatía metabólica	1
TOTAL	15

A todos los pacientes se les practicó EEG, el cual mostró el patrón típico hipsarrítmico en 11 pacientes, hipsarritmia modificada en 4 casos y 3 de ellos con trazado paroxístico no hipsarrítmico de diverso tipo (espigas, poliespigas y espigas ondas lentas).

Los antecedentes de familiares cercanos con epilepsia solo se obtuvo en 4 pacientes .

Se les practicó a todos ellos examen neurológico, así como historia de su desarrollo psicomotor de acuerdo a la escala de Denver, documentando que todos presentaban al momento de su evaluación inicial un retardo psicomotor.

La historia clínica sin embargo pudo recabar la información de que en 6 pacientes el desarrollo del niño era completamente normal antes del inicio de su enfermedad y en 12 ya existía el retraso desde antes.

De estos 6 pacientes el deterioro de su desarrollo se debió a la aparición de una meningitis bacteriana en 3 de ellos.

Se inició tratamiento con clobazam o con valproato de sodio de acuerdo al orden de llegada a la consulta externa, en una forma alterna.

Las dosis de clobazam varió en un rango de 0.7 a 1mg/kg/día repartido en dos dosis y el valproato de sodio a una dosis de 20 a 40 mg/kg/día repartido en dos dosis.

Se iniciaba con la dosis más baja y se incrementaba en cada visita hasta lograr los mejores resultados, o signos de intoxicación. Las citas fueron semanales o quincenales dependiendo del lugar de procedencia del paciente.

Durante la consulta, se documentaba si el cuadro clínico permanecía igual, empeoraba o mejoraba de acuerdo al siguiente criterio:

RESPUESTA BUENA cuando las crisis desaparecieron completamente.

RESPUESTA REGULAR cuando hubo una disminución en la frecuencia e intensidad de las crisis.

RESPUESTA MALA cuando no hubo ninguna variación en el número e intensidad de los espasmos, o estos aumentaron.

Aquellos pacientes que tuvieran una respuesta mala al tratamiento, se les agregó al medicamento inicial, clobazam o valproato de sodio según el caso.

Para determinar ésta mala respuesta el paciente tenía que tomar su medicamento en forma adecuada por un tiempo no menor de tres meses. A todos los pacientes se les hizo seguimiento laboratorial con hemograma completo, transaminasas y conteo plaquetario. La evaluación final se realizó cuando los pacientes tenían como mínimo 6 meses de terapia.

De los 18 pacientes, dos no regresaron a control y en uno de ellos los padres rehusaron utilizar un segundo medicamento cuando su respuesta fue mala, por temor a efectos colaterales del mismo.

RESULTADOS

En el grupo de pacientes tratados con valproato de sodio obtuvimos una respuesta buena, en 4 casos, regular en 2 casos y mala en 2 casos, para un total de 8 pacientes.

En el grupo de pacientes tratados con clobazam, obtuvimos una respuesta buena en 5 pacientes, regular en un paciente y mala en 2 pacientes, para un total de 8 casos.

De los cuatro pacientes que no respondieron a la terapia, tres de ellos fueron sometidos a doble terapia (clobazam mas valproato de sodio) y en uno de ellos rehusaron sus padres administrar dos medicamentos.

La respuesta en éste grupo fue de mejoría (respuesta regular), pero en ninguno se logró control total de las crisis, (ver tabla 2).

TABLA 2

RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Medicamento	No. Ptes.	Resp. Buena	Resp. Regular	Resp. Mala
VALPROATO DE SODIO	8	4	2	2
CLOBAZAM	8	5	1	2
VALPROATO DE SODIO + CLOBAZAM	3	0	3	0

No logramos documentar alteraciones significativas en las muestras de laboratorio tomadas, y los efectos secundarios fueron bastante escasos, siendo principalmente somnolencia en un paciente con el clobazam, y vómitos en otro paciente con el val proato de sodio; ambos problemas mejoraron en un lapso de dos semanas en el primer caso, y al disminuir la dosis en el segundo caso.

La respuesta BUENA obtenida en los 9 pacientes, se logro rápidamente en el transcurso de las siguientes dos semanas de manejo y dos casos que se encontraban con BUENA respuesta en la primera semana, recayeron y pasaron al grupo de respuesta **REGULAR**. Uno de ellos tomando clobazam y el otro val proato de sodio.

En el seguimiento clínico neurológico de los pacientes, nos llamo la atención que existió una relación directa entre la mejoría de sus crisis y la mejoría en su desarrollo psicomotor, aunque nunca se logro llegar a un desarrollo normal.

DISCUSIÓN

El Síndrome de West es uno de los síndromes especiales de más polémico manejo, sobre todo por el hecho de que en la mayor parte de las publicaciones los pacientes tratados con terapia hormonal mejoran de sus crisis, pero no el pronóstico de su desarrollo mental. Uno de los estudios más significativos es el de Chevrie en 1979^{m)}, que de 1290 casos, sólo el 17% logró quedar libre de retardo mental, por lo cual los investigadores se han preguntado si vale la pena utilizar terapia hormonal en estos pacientes, ya que los efectos colaterales son muy peligrosos, hasta el punto de provocar muertes. Por otro lado la introducción de las benzodiazepinas y del ácido valpróico más recientemente, han demostrado un control similar de las crisis, con las grandes ventajas de ser administradas por la vía oral y con pocos efectos colaterales^{12,13,14}.

En nuestro trabajo, se demuestra que hubo respuesta positiva al tratamiento, ya sea controlando totalmente las crisis o mejorándolas en un 75% de los casos, para cada uno de los medicamentos, y en tres casos en los cuales la respuesta fue mala, la asociación de los dos medicamentos mejoró, aunque no curó las crisis. Aunque la respuesta al valproato de sodio no es diferente a la obtenida en otros estudios, como el de Pavone en 1988¹²⁾. El valor de este trabajo, radica en la introducción de una benzodiazepina que no se ha utilizado hasta la fecha para el manejo de este síndrome, que demuestra una respuesta similar a la obtenida con el valproato de sodio y que tiene menos efectos colaterales.

De 108 pacientes tratados con clobazam, 5 respondieron con un control total de los espasmos, mientras que 4 del grupo tratado con valproato de sodio obtuvieron similar resultado. Esta diferencia favorable para el clobazam no tiene significado estadístico.

Desafortunadamente no logramos tratar ningún caso que llegara a la consulta neurológicamente íntegro y poder valorar si se mantenía esta integridad con el control total o parcial de las crisis, pero sí logramos detectar una mejoría en su desarrollo en la medida en

que se lograba disminuir o erradicar el cuadro clínico de su epilepsia. Por lo anterior, a todas luces es muy importante el manejo médico temprano en estos pacientes y así lograr en lo posible un mejor pronóstico en su desarrollo psicomotor.

REFERENCIAS

1. West W. J: On a peculiar form of infantile convulsions. Lancet 1841,1:724.
2. Sorel L. Dusoucy-Bouloye A. A propos. de 21 cas d'hyparythimie de Gibbs Son traitemen spectaculaire por l'ACTH Acta Neurol psychiatr Belgl958;58:130-141.
3. Jeavons P. M, Harper J. R, Bower B. D Long-term prognosis in infantile spasms; a follow-up report on 112 cases. Developmental medicine and child neurology. 1970; 12:413-421.
4. Jeavon P. M, Bower B. D, Dimitrakoudi M. Long-term prognosis of 150 cases of West syndrome. Epilepsia 1973,14:153-164.
5. Riikonen R, Donner M,: ACTH therapy in infantile spasms: side effects. Arch Dis Child 1980 55:664-672.
6. Gordon J, Ortiz W: Nitrazepam in myoclonic epilepsies. Amer J. Dis Child 1966; 112:242-248.
7. Markham C. H: Treatment of myoclonic seizures of infancy and childhood with LA1, Pediatric 1964; 34:511-5.
8. Chapman A. G, Horton R.W, Meldrum B. S. Anticonvulsant action of a 1,5 benzodiazepine clobazam, in reflex epilepsy. Epilepsia 1978; 19:293-299.
9. Shenoy A. K, Miyahara J. T, Swinyard E. A, Kupferberg H J, Comparative anticonvulsant activity and neurotoxicity of clobazam, diazepam, phenobarbital, and valproate in mice and rats. Epilepsia 1982; 23:399-408.
10. Gastaut H, Low M. D; Antiepileptic properties of clobazam 1,5 benzodiazepine, in man, Epilepsia 1979; 20:437-46.

11. Chevrie J. J; Traitement des spasmes infantiles parles corticosteroidees, revue critique de la litterature 1979; 5'eme Reunión Societe Neurologic Infantile Lisbon
12. Pavone L, Incorpora G, La Rosa M, Livolti S, MoIIica F. Treatment of infantile spasms with sodium dipropil acetic acid. Develó Med Child Neurol 1981; 23: 454-461
13. Dreifuss F E; et al. Infantile spasms. Comparative trial of nitrazepan and corlicotropin. Arch Neurol 1986;43:1107-III
14. Siemes H, Spohr H L, et al.. Therapy of Infantile spasms with valproate. Results of a prospective study. Epilepsia 1988 29:553-560

"La vida es eterno transformarse creerse ya hecho equivale a matarse",

•Heggel.

Investigación sobre Pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Escuela

Dra. Kumiko Ohara, Dr. Víctor Meléndez Colindres'*

RESUMEN

El presente estudio realizado en la Emergencia del Hospital Escuela utilizando la entrevista como método para recolectar la información ha arrojado resultados que confirman lo que es un secreto a voces en el Sistema de Salud de Honduras: la sobreesaturación y mal uso que tanto proveedores como usuarios hacemos de la Emergencia del primer Centro Asistencial del país. Según el estudio de 712 pacientes solamente el 45.2% deberían ser tratados en el Hospital Escuela, el 53.7% son motivos de consulta que podrían ser resueltos a otros niveles de menor complejidad. El estudio se vuelve de trascendental importancia debido a que el Ministerio de Salud Pública ha presentado el proyecto de "Fortalecimiento de la Red Hospitalaria Metropolitana" donde se contempla la apertura de tres Clínicas Periféricas de Emergencia así como la Maternidad del Hospital General San Felipe con el propósito de dar respuesta a dos grandes problemas: la atención de emergencia y del parto en Tegucigalpa.

PALABRAS CLAVES: Red de Servicio, Emergencia, Garantía de Calidad.

Experto de JICA (Agencia de Cooperación Internacional del Japón) Apartado Postal # 1752, Tegucigalpa, Honduras Jefe División de Hospitales, Ministerio de Salud Pública, Avenida Cervantes, Calle Morelos 3a. Calle 4a. Avenida, Tegucigalpa, Honduras

SUMMARY

The study was held at the Emergency ward of the Teaching Hospital through interviewing out-patients and physicians. The results confirm well-known secrets of problem in the Honduran health system: super-saturation and inadequate utilization both by providers and recipients of the Emergency ward of the Teaching Hospital, country's top level medical institution. The study showed that in 712 patients investigated only 45.2% were considered as appropriate cases to visit to the Teaching Hospital and the rest of 53.7% as cases which should be treated at the institutions of first or second levels of complexity. This study convinced the importance of the "Strengthening Metropolitan Hospital Service Network" project presented by the Ministry of Public Health whose component is opening three Peripheral Emergency Clinics and the Maternity Service at the San Felipe General Hospital in order to respond to two serious health service problems: emergency health service and maternity service in Tegucigalpa.

KEYWORDS: Health Service Network, Emergency, Quality Assurance

INTRODUCCIÓN

Hasta la fecha la atención de emergencias en Honduras no ha sido desarrollada en forma satisfactoria. Hay escasez de estos Servicios, falta de personal, material y equipo, deficiente organización y articulación de servicios, escasez de ambulancias y sistemas de comunicación para transportar pacientes. En la Región Metropolitana y dentro de la Red del Ministerio de Salud Pública (MSP), sólo existe un Servicio de Emergencia que está ubicado en el Hospital Escuela. En el año 1992 el número de atenciones brindadas en la Emergencia de este Hospital fueron 130,985 con un promedio de 359 atenciones diarias⁽¹⁾. Esta demanda sobrepasa la capacidad del Hospital Escuela, en cuanto a personal, espacio físico, medicamentos, materiales y equipos. La Emergencia del Hospital recibe pacientes no solamente de la Región Metropolitana sino también de las Regiones del Sector Centro-Sur-Oriental del país

Para resolver la gran demanda de atención del Hospital y reorganizar el perfil de la Red de Servicios, la División de Hospitales ha elaborado el Proyecto de "Clínicas Periféricas de Emergencia" en la Región Metropolitana, para brindar atención a pacientes con morbilidad general, proporcionada por médicos generales, con servicio de laboratorio, cirugía menor, inhaloterapia, hidratación oral y servicio de ambulancia⁽⁴⁾.

Con el propósito de obtener datos básicos de los pacientes atendidos en la Emergencia del Hospital Escuela, se realizó una investigación de campo, la cual recabó información importante que ha servido de base para la planificación de este Proyecto.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se diseñó una encuesta cuyo contenido fueron preguntas a los pacientes y al médico que valoró el caso clínico, y en el caso de los pacientes referidos, se obtuvo la información de la hoja de referencia. Se conformó un equipo encuestador constituido por la investigadora principal, personal técnico de la División de Hospitales y la Unidad de Monitoria y Evaluación del Hospital Escuela, una Estadígrafa del Hospital y un médico general del Sector Privado.

El estudio fue realizado en 48 horas (desde el sábado 13 de Marzo 9 PM hasta el lunes 15 de Marzo 9 PM)

por la disponibilidad de tiempo del equipo encuestador, dividiendo el trabajo en tres turnos de acuerdo con el horario de Estadística del Hospital. Hay que considerar que este horario incluye día domingo, lo que modifica en cierto modo estructura de demanda de la Emergencia en comparación con el resto de días de la semana. Se ubicaron de 3 a 5 personas por turno con el propósito de cubrir 5 áreas de Emergencia: Filtro de Pediatría, Admisión de Ginecoobstetricia, Sala de Labor y Parto, Cubículos de Cirugía y Cubículos de Medicina. Se captaron todos los pacientes atendidos en estas áreas de Emergencia y cuando se trató de niños y pacientes en estado inconsciente, se encuestaron a sus familiares.

Las variables formuladas fueron las siguientes: edad, sexo y procedencia del paciente, en caso del Departamento de Francisco Morazán, a que municipio pertenecía, en caso del Distrito Central (MDC), la dirección, la razón de escoger el Hospital Escuela (selección original de 6 opciones), medio de transporte y tiempo de llegar al Hospital. Se preguntó al médico tratante el diagnóstico presuntivo a través de los exámenes realizados en el Servicio de Emergencia. Cuando el paciente fue referido por otras instituciones, se llenaron los datos de la institución que refirió el paciente, el personal de salud que lo refirió, y el tipo de formulario de referencia presentado.

Se utilizó el paquete EPIINFO para el análisis de los datos. La dirección de procedencia dentro del MDC fue agrupada por la Unidad Productora de Servicio (UPS) según su área de influencia. El diagnóstico presuntivo fue clasificado tomando en cuenta 14 sistemas anatómicos (Cardiovascular, Respiratorio, Gastrointestinal, Hepático, Neurológico, Dermatológico, Ginecológico, Obstétrico, Urológico, Endocrinológico, Otorrinolaringológico, Trauma Ortopédico, Oftalmológico e Infección Generalizada) y otros. Originalmente la respuesta para la pregunta de por qué escogió el Hospital Escuela fue de 6 opciones: 1) Mejor atención médica 2) Atienden rápido 3) Le cuesta menos dinero 4) Fácil para venir 5) Hay medicamentos, y 6) Otras. En la opción 6) la encuesta permitió respuestas abiertas. Al analizar las respuestas, resultó que 178 (25%) cayeron en la categoría de otras, las que se clasificaron en 4 opciones adicionales más: 1) El Hospital es el único lugar que atiende 2) No hay consulta en el Centro de Salud en este horario 3) Ha sido atendido antes en este Hospital 4) Lo refirieron al Hospital.

RESULTADOS

En las 48 horas seguidas se recabó información de 712 pacientes en el Servicio de Emergencia. El número de entrevistas realizadas por Servicio de Emergencia fue los siguientes: Pediatría 254 (35.7%), Medicina 147 (20.6%), Cirugía 144 (20.2%), Labor y Parto 111 (15.6%) y Ginecoobstetricia 56 (7.9%) casos.

1. Edad y Sexo de los pacientes

El grupo de edad de los pacientes más frecuente fue de 15 a 49 años con 50.4% de los cuales el 40% lo constituyeron mujeres embarazadas. El grupo de 1 a 4 años representó 15.7%, 5 a 14 años 13.2%, 50 años y más 11.1% y menor de 1 año con 8.8%. El 39.5% (281 casos) fueron del sexo masculino y 58.0%. (413 casos) femenino.

2. Procedencia de los pacientes

El 86.9% de los pacientes llegaron del Departamento de Francisco Morazán. De los departamentos del Sector Centro-Sur-Oriental fueron 11.1% (El Paraíso 3.8%, Olancho 2.4%, Choluteca 2.2%, Comayagua 1.3%. y otros). Sólo 1.4% (10 casos) llegaron del Sector Nor-Occidental y 4 de ellos fueron referidos.

De 619 pacientes del Departamento de Francisco Morazán, el 89.0% llegaron del MDC. Esto significa que el 77.4% del total de casos incluidos en el estudio procedían del MDC. En el CUADRO 1 pueden observarse la distribución de procedencia de casos clasificado por UPS de la Región Metropolitana. Los pacientes cuya procedencia pertenece al CESAMO de Las Crucitas llegaron más frecuentemente con 19.4% de los casos del MDC. Las tasas predominantes de los pacientes por 1,000 habitantes de cada UPS mostraron lo siguiente: 1.30 de Las Crucitas, 1.04 de Flor del Campo, 1.01 de Alemania, 0.85 de Nueva Suyapa y 0.83 de San Francisco. La procedencia de Comayaguela fue del 60% y la de Tegucigalpa 40%.

3. Aceptación de los pacientes

En el CUADRO 2 pueden observarse que el 25.0% (178 casos) escogieron el Hospital Escuela por mejor atención médica, siguiendo por atención rápida 15.9% y por razón económica 15.7%. La respuesta más frecuente por cada Servicio de Emergencia fueron las siguientes: Labor y Parto y Ginecoobstetricia, "Razón económica" (38% y

CUADRO 1.- Dirección de Procedencia (dentro del MDC) por UPS.

Nombre de la UPS	# de casos	porcentaje (%)	casos/mil habitantes
1) Las Crucitas	107	19.4	1.30
2) Alonzo Suazo	66	12.0	0.52
3) Villa Adela	46	9.0	0.52
4) El Manchén	41	7.4	0.62
5) San Francisco	39	7.1	0.83
6) Los Pinos	35	6.4	0.74
7) Flor del Campo	30	5.4	1.04
8) Alemania	24	4.4	1.01
9) Tres de Mayo	23	4.2	0.51
10) El Chile	22	4.0	0.64
Otros	117	21.2	
No consignado	1	0.2	
TOTAL	551	100.0	

MDC: Municipio Distrito Central
UPS: Unidad Productora de Servicio

CUADRO 2.- Razón para escoger el Hospital Escuela

Razón más importante	# de casos	porc. (%)
1) Mejor atención médica	178	25.0
2) Atienden rápido	113	15.9
3) Razón económica	112	15.7
4) Fácil para venir	68	9.6
5) Me refirieron	55	7.7
6) Hay medicamentos	38	5.3
7) No hay Consulta en Centro de Salud de Salud en éste horario	37	5.2
8) Ha sido atendido antes en el Hospital	35	4.9
9) Otra razón	34	4.8
10) Unico lugar de atención	17	2.4
No consignado	25	3.5
TOTAL	712	100.0

26% respectivamente), Pediatría, "Atienden rápido" (23%), Cirugía y Medicina, "Mejor atención médica" (35% y 26% respectivamente).

La razón escogida por 37 pacientes de "No hay Consulta en Centros de Salud en este horario" y más 3 casos de "No hay tiempo en día de semana", manifiestan que los pacientes consideran el Servicio de Emergencia del Hospital Escuela como un sustituto de la Consulta del

CESAMO. Es necesario educar a la población sobre el funcionamiento de la Emergencia, y también considerar nuevamente la jornada vespertina de Consulta en Centros de Salud y ampliar los Servicios de Emergencia en otras instituciones.

4. Diagnóstico presuntivo de los pacientes

El CUADRO 3 muestra 10 sistemas de diagnóstico más frecuentes y diagnóstico predominante en cada categoría del sistema. El diagnóstico más frecuente fue el del sistema respiratorio con 22.5%. De los 160 casos con enfermedades respiratorias, faringoamigdalitis correspondieron a 54, infección respiratoria aguda 52 y asma bronquial 42 casos. El segundo diagnóstico más frecuente fue el del sistema obstétrico con 21.3%. De los 152 casos, parto correspondió a 121 y aborto 19. El tercer diagnóstico más frecuente fueron enfermedades traumato-ortopédicas con 18.5%. De los 132 casos, herida correspondió a 43, trauma 34 y fractura o luxación 33. El cuarto diagnóstico más frecuente fue el del sistema gastrointestinal con 9.7%. De los 70 casos, diarrea se presentó en 17, parasitismo intestinal en 16, gastritis o enfermedad ácido péptica en 11 y dolor abdominal en 10. El quinto diagnóstico más frecuente fueron enfermedades neurológicas con 4.6%. De los 33 casos, 11 casos fueron de traumatismo encefalo craneano.

Diagnóstico por Sistema Anatómico	# de casos	Porcentaje (%)	Diagnóstico más frecuente (# de casos)
1) Respiratorio	160	22.5	Faringoamigdalitis (54)
2) Obstétrico	152	21.3	Parto (121)
3) Trauma-Ortopédico	132	18.5	Herida (43)
4) Gastrointestinal	70	9.7	Diarrea (17)
5) Neurológico	33	4.6	Traumatismo Encefalo Craneano (11)
6) Dermatológico	25	3.5	Piodermitis (10)
7) Urológico	24	3.4	Infección Tracto Urinario (12)
8) Cardiovascular	17	2.4	Hipertensión Arterial (6)
9) Ginecológico	13	1.8	Sangrado Vaginal (5)
10) Infección generalizada	13	1.8	Virosis (3)
Otros sistemas	91	12.8	
No consignado	8	1.1	
TOTAL	712	100.0	

CUADRO 3.-Diagnóstico Presuntivo por Sistema Anatómico

Si se clasifica los diagnósticos de enfermedad por su gravedad, complejidad y urgencia, se resultan 2 grupos: Grupo A) Casos que deben ser tratados en el Hospital

Escuela y Grupo B) Casos que pueden ser resueltos en el nivel de menor complejidad, excluyendo 8 casos no consignados. Al Grupo A) correspondieron solamente 322 casos (45.2%) y al Grupo B), 382 casos (53.7%). En el Grupo A) fueron incluidos 116 casos de parto normal con 16.3% del total de pacientes. Se señaló también que 18 casos (2.5%) del Grupo A) correspondieron a enfermedades que no deben llegar al Servicio de Emergencia sino a la Consulta Externa del Hospital, tales como: acromegalia, cáncer, criptorquidia, dedos supernumerarios, hemorroide, hidrocele, labio leporino y verrugas.

En conclusión solo 188 pacientes (26.4%), del Grupo A) menos parto normal y enfermedades para la Consulta Externa, fueron considerados casos de urgencia y que necesitan el Servicio especializado de la Emergencia del Hospital Escuela, por ejemplo: fractura (27 casos), aborto (19 casos), traumatismo encefalo craneano (11 casos) diabetes mellitus con complicación (10 casos) y otros (FIGURA 1).

FIGURA 1. CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS



EMERGENCIA DBL HOSPITAL ESCUELA

Se observó especialmente en el Filtro de Pediatría y Cirugía, que se tratan muchos casos que pueden ser atendidos en el nivel CESAMO, tales como: faringoamigdalitis (54 casos), parasitismo intestinal (16 casos), infección respiratoria aguda leve (30 casos), diarrea (17 casos) y herida simple (34 casos). La Emergencia de Pediatría funciona igual que un CESAMO, y dentro de los pacientes atendidos por éste Servicio, 34 pacientes escogieron el Hospital Escuela porque "No hay Consulta en Centros de Salud en los horarios de tarde, fines de semana y días feriados".

5. Accesibilidad de los pacientes

El 52.7% de los pacientes llegaron en bus, 24.6% en taxi y 17.4% en carro particular. Solamente 2.5% (18 casos) fueron traídos en ambulancia. Aunque se observa 76 casos de referencia, solo 24% llegaron en ambulancia. Se encontró un caso que llegó por avión desde el Departamento de Lempira.

El tiempo de llegar al Hospital, resultó que 67.1% (478 casos) fue menos de 1 hora y 22.6% (161 casos) en 1 a 3 horas. Solamente un 8.6% de pacientes (61 casos) tardaron más de 3 horas en llegar al Hospital lo cual refleja que prácticamente no existen problemas de accesibilidad geográfica para llegar a este Hospital lo que a su vez incrementa considerablemente la demanda de pacientes.

6. Pacientes referidos a la Emergencia

Del total de 712 pacientes, 76 (10.7%) fueron referidos con alguna nota de referencia. La institución que refirió el paciente más frecuentemente (42.1%) fue Clínica Privada. De los 32 casos referidos, 10 fueron enfermedades obstétricas y 6 gastrointestinales. Los CESAMOS refirieron el 25.0% (19 casos), y de éstos, 10 fueron parto, embarazo de alto riesgo y aborto. Los Hospitales Nacionales y Regionales refirieron 9 casos con varias patologías respectivamente (CUADRO 4). Si se aplica la misma clasificación de enfermedades antes mencionada a los pacientes referidos, el 85.5% (65/76 casos) fueron considerados como casos que deben ser tratados en el Hospital Escuela y el 55.3%. (42/76 casos) como casos de urgencia y que necesitan servicio especializado del Hospital Escuela, restando 16 casos de parto normal y 7 casos para la

CUADRO 4.- Institución que refiere el Paciente

Tipo de la Institución	# de casos	porcentaje (%)
1) Clínica Privada	32	42.1
2) CESAMO	19	25.0
3) Hospital Nacional	9	11.8
3) Hospital Regional	9	11.8
5) Hospital de Area	3	3.9
6) CESAR	2	2.6
7) Otros	2	2.6
TOTAL	76	100.0

Consulta Externa. Considerando que el 94.7%. fueron referidos por médico, se esperaba que el porcentaje de correcta utilización del Hospital Escuela como centro de referencia debería ser más alto.

El 56.6% (43 casos) fueron referidos de las instituciones que pertenecen a la Región Metropolitana, siguiendo el 11.8% (9 casos) de la Región No.7 y 6.6% (5 casos) correspondiente a las Regiones No.1, No.2 y No.4 respectivamente. Esto significa que el 88.2% (67 casos) fueron referidos de las instituciones del Sector Centro-Sur-Oriental del país.

De los 76 pacientes referidos el 57.9% trajeron hojas diferentes al Sistema de Referencia del MSP y él 34.2% presentó la Hoja de Referencia HC-10. Aunque se considera solo las instituciones del MSP, solamente 59.5% (25/42 casos) fueron referidos con HC-10 y el 28.6% con receta médica, papel blanco, etc.

DISCUSIÓN

Hace varios años se ha venido observando la gran demanda de pacientes en el Servicio de Emergencia del Hospital Escuela, por no haber ninguna otra institución pública dentro de la Red de Servicio de la Región Metropolitana que atienda a pacientes de emergencia. Por otro lado, es evidente que la población llega a éste Servicio por enfermedades que no son de urgencia, porque en LOS CESAMOS no hay Consulta en turnos de tarde, fines de semana ni días feriados y la población carece de orientación sobre qué tipo de enfermedades deben de llegar a la Emergencia. Esta investigación demostró que sólo el 26.4% del total de 712 pacientes atendidos por la Emergencia del Hospital Escuela fueron considerados casos de urgencia en éste Servicio especializado de mayor complejidad. Aunque se limita el análisis de los casos referidos a la Emergencia, sólo el 55.3% fueron casos de urgencia que necesitaban atención especializada del Hospital Escuela, lo que muestra la falta de orientación del médico que refiere pacientes o la tardanza de tiempo para obtener cita en la Consulta Externa del Hospital.

Esta gran demanda de cualquier patología genera deficiencias en la calidad de atención a pacientes de la Emergencia del Hospital ^{<6>}. Aunque éste estudio fue realizado durante sólo 48 horas, se observaron varios problemas, tales como: falta de orientación a pacientes en relación al uso de estos Servicios incluyendo los

pacientes que ingresaron a la Sala de Labor y Parto, larga espera de 3 a 4 horas para recibir tratamiento médico, deterioro y pérdida de equipos y materiales, falta de trato humano del personal de salud, tardanza de los resultados de exámenes de laboratorio y rayos-X porque no se procesan los exámenes indicados 'de 5 a 7 PM por cambio de turno, falta de privacidad para los pacientes que reciben exámenes ginecológicos, tardanza en el traslado de pacientes fallecidos a la Morgue etc.

La mortalidad hospitalaria menor de 48 horas es afectada en forma directa por el Servicio de Emergencia del Hospital⁽⁷⁾. En el año 1992 la mortalidad menor de 48 horas del Servicio de Observación del Bloque Médico Quirúrgico fue 5.4% y la del Bloque Materno Infantil de 1.9%.^m. Estos datos no incluyen los pacientes fallecidos que pasaban del Servicio de Emergencia a los Servicios de Hospitalización. Esto se debe a que no se cuenta con atención de cuidados intensivos, ni de equipo y material médico quirúrgico suficiente en este Servicio. Se observó que cuando se imparten clases por los Especialistas y Residentes de Cirugía, suspenden la atención a los pacientes de Emergencia. De igual manera, sólo trabaja una enfermera para 8 cubículos de Medicina, los que no cuentan con esfigmomanómetros ni estetoscopios en cada cubículo. La supervisión de Enfermería no garantiza la calidad de atención a pacientes en el Servicio de Emergencia.

El 87% de los pacientes llegaron del Departamento de Francisco Morazán y el 77% del MDC. Durante el periodo estudiado, mayor número de pacientes buscan atención de la Emergencia del Hospital Escuela del área geográfica de influencia de los CESAMOS de Las Crucitas, Alonzo Suazo y Villa Adela. Este dato vendría a justificar la ubicación de las Clínicas Periféricas de Emergencia en estas localidades.

El 53% de los pacientes utilizaron el transporte urbano (bus) como medio de transporte, aunque 144 casos (20%) del total llegaron en horarios de noche (desde 9 PM hasta 7 AM). Solo 17% se movilizaron en vehículo particular. Por lo tanto, para la ubicación de éstas Clínicas se debe considerar cobertura de las rutas de transporte urbano.

La selección de la razón de escoger el Hospital Escuela manifestó que el 53.5% (381 casos) consideraron éste Servicio en forma positiva: por mejor atención médica,

atención rápida, referencia y antecedentes de recibir atención en el mismo Hospital. Aunque se refleja una tendencia de que la población prefiere ir a hospitales de nivel más complejo por cualquier patología^(B), el 32.9%. (234 casos) que escogieron el Hospital por razón económica, fácil acceso, no tener Consulta en Centros de Salud y no haber otro lugar, podrían utilizar instituciones públicas alternativas. Es interesante observar que la razón de selección por Servicio fue distinto, tales como: mujeres del Servicio de Ginecoobstetricia por razón económica, madres de los niños del Filtro de Pediatría por atención rápida y casos de Medicina y Cirugía por mejor atención médica. Este resultado puede justificar la atención de parto normal en la Maternidad del Hospital General San Felipe y la morbilidad general en Clínicas de Emergencia, como instituciones alternativas para disminuir la demanda de atención del Hospital Escuela.

Es necesario elaborar planes de comunicación social masiva a la población sobre la correcta utilización de dichos Servicios (Hospital Escuela, Hospital General San Felipe, Clínicas Periféricas de Emergencia y otras UPSs) según su nivel de atención. El resultado de diagnóstico, razón de selección del Hospital y procedencia de pacientes en esta investigación, nuevamente da motivo para ejecutar los Proyectos de Servicio de Maternidad del Hospital General San Felipe y Clínicas Periféricas de Emergencia en la Región Metropolitana para garantizar calidad de atención del Servicio de Salud a la población<sup>(S^{9,10)}.

AGRADECIMIENTO

Expreso nuestro agradecimiento a Dra. Thelma Solimán, Dr. Mario Chiesa, Dra. Lia Mineros, Lie. María de la Cruz Hernández, Lie. Wilfredo Herrera, Lie. Rommel Solano, Lie. Doris Pineda, Lie. Nohemy Amaya y Dr. Carlos Maldonado por su colaboración y apoyo para la realización de la presente investigación.

REFERENCIAS

1. Boletín de Estadística e Información de Salud. Estadísticas Hospitalarias. 1991-1992. Ministerio de Salud Pública. Honduras.
2. Censo Nacional de Población 1988. Dirección General de Estadísticas y Censos. Honduras.

3. Informe del Seminario Taller de Decisiones para la Definición de Perfiles de la Red Metropolitana. División de Hospitales. Ministerio de Salud Pública. Honduras 1991.
4. Meléndez, V.M.: Hospitales en Crisis. Un análisis de la problemática hospitalaria en Honduras. Tegucigalpa 1993.
5. Proyecto de "Fortalecimiento de la Red Metropolitana de Hospitales". División de Hospitales. Ministerio de Salud Pública. Honduras 1993.
6. Donabedian, A.: La Calidad de la Atención Médica. Definición y Métodos de Evaluación. Ediciones Científicas. La Prensa Médica Mexicana. S.A. México 1984.
- Monitor Hospitalario la. Edición. División de Hospitales. Ministerio de Salud Pública. Honduras 1991.
- OPS/OMS: Evaluación para el cambio. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. 1993.
9. Líneas Generales de Acción de la División de Hospitales. Primera Versión. Ministerio de Salud Pública. Honduras 1990.
10. Notas sobre la Administración de las Redes Regionales de Servicios de Salud, en Condiciones de Modernización del Estado y de Profundización de la Democracia. Ministerio de Salud Pública. Honduras 1993 (Documento Preliminar).

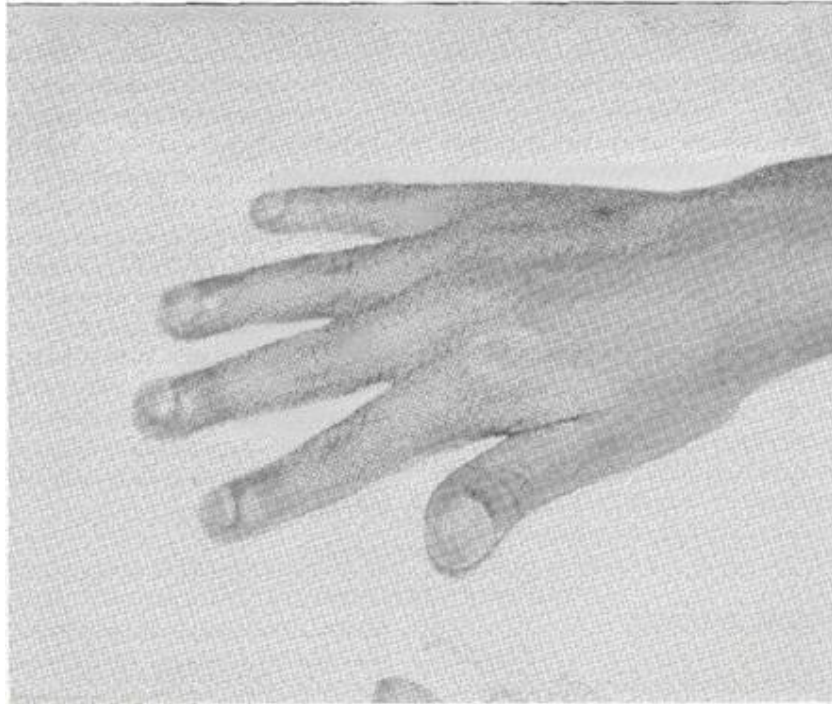
Vivir no es solo existir...
Sino existir y crear
Y no dormir, sin soñar
.....Descansar,
Es empezar a morir

Gregorio Maraño

Imagen en la Práctica Clínica

Dr. Efraín Bú F., Editor

UÑAS HIPOCRATICAS



Uñas en "vidrio de reloj" con cianosis discreta en una paciente joven con comunicación interauricular y estenosis de la válvula pulmonar.

Br. Plutarco Castellanos h. estudiante VI Año de Medicina
Departamento de Medicina Interna Hospital - Escuela.
Tegucigalpa

*Se invita a los lectores médicos a enviar su colaboración a ésta nueva sección de la
Revista Médica Hondureña*

Evaluación de la Atención de la Salud

*Dra. Rosario Cabañas**

INTRODUCCIÓN

La evaluación, es la actividad más común del proceso administrativo, ya que es la que nos da la guía periódicamente para corregir el rumbo de las acciones emprendidas. El concepto a lo largo del tiempo no se ha modificado, sin embargo la forma de utilizarse y de abordarse en los servicios de salud va cambiando hacia una evaluación más participativa tomando más en cuenta la opinión de los usuarios y el impacto. Además que sus resultados sean utilizados de forma inmediata para la toma de decisiones. Se revisan a continuación en forma muy general todos los conceptos y aspectos manejados en salud para evaluar una atención.

CONCEPTO.

EVALUACIÓN es la última etapa del ciclo administrativo. EVALUACIÓN es medir, comparar y formarse un juicio.

En el contexto de la atención de la salud se le puede definir como el proceso sistemático y científico de determinación del grado de cumplimiento de una estructura y/o de una acción o un conjunto de acciones, y los resultados de salud obtenidos.⁰⁵

Especialista en Administración de Hospitales y Salud Pública.
División de Hospitales. Ministerio de Salud Pública.

Siendo la evaluación de la atención de la salud un procedimiento de control, al igual que la supervisión, para su práctica necesita de información.

No debe confundirse con "evaluación de servicios médicos", que es un procedimiento específico de la Evaluación de la Atención de la Salud (EAS).^{12>}

Toda evaluación se hace en base a un continuo de malo a bueno, como en todo proceso, lo que significa que si los resultados del evaluado califican al lado de lo malo es que hay problemas que ameritan una solución.

La actitud de evaluar es intrínseca al hombre por su naturaleza pensante, diariamente aprendemos de comparar experiencias y tratamos de corregir las desviaciones a los fines propuestos.

Evaluar es "medir" un fenómeno ó el desempeño de un proceso, comparar el resultado obtenido con criterios pre establecidos, y hacer un juicio de valor tomando en cuenta la magnitud y dirección de la diferencia."

La base conceptual de la evaluación contempla la relación causal entre los componentes de estructura, proceso y resultados. De tal manera que el administrador debe confrontar el producto o resultado logrado con el esfuerzo que se ha desarrollado para alcanzar ese resultado. Entendiéndose por esfuerzo al conjunto de lo que denominamos estructura más los procesos en si.

FASES DE LA EVALUACIÓN

La evaluación se puede presentar como un ciclo, que comprende diversos pasos:

1. DEFINIR EL SUJETO o lo que se va a evaluar, éste paso implica la definición de objetivos de la evaluación, los que varían de acuerdo a las necesidades del evaluador. Las que pueden ir desde evaluar todo un sistema de salud hasta la evaluación de una unidad prestadora de un servicio.

Independientemente del tamaño del sujeto toda evaluación tiene como marco de referencia, el análisis de los elementos de un sistema: Estructura, proceso y resultado.

En **ESTRUCTURA** se evalúa el propósito de la organización, los recursos físicos, humanos y financieros del mismo y su organización. Todos ellos describen el agente de la atención de la salud.

En estructura se incluyen además la existencias de normas y la organización de su persona, su característica es que es relativamente estable, que funciona para producir atención ó es un atributo del ambiente de la atención, además que influye sobre la clase de atención, que se proporciona.

Su utilidad en la evaluación es principalmente es para la planeación, diseño y puesta en marcha de sistemas personales de salud, pero si se quiere evaluar calidad es bastante rudo, puesto que solo detecta tendencias generales.⁴

En el **PROCESO** se analizan la serie de actividades que se llevan a cabo por y entre profesionales y pacientes.⁴

Los **RESULTADOS** se refieren a un cambio en el estado actual y futuro de la salud del paciente que pueda ser atribuido al antecedente de la atención médica es decir al producto final de una acción.³⁻⁴

2. DEFINIR LOS CRITERIOS a evaluar, estos son las bases para **MEDIR**. Los criterios ó las normas, deben ser específicos para la estructura, el proceso ó los resultados.

Para calificar ó emitir un juicio pueden utilizarse diversos criterios:⁵

A.) Las políticas, metas o normas de la organización. B.) La situación de la organización en épocas anteriores. C.) La situación de otras organizaciones. D.) Los estándares establecidos por grupo de expertos. E. Los problemas de la comunidad y las posibilidades de sus instituciones.

La evaluación más común es la referente a la disponibilidad de los recursos, y a las actividades ó producción, y muy pocas veces se evalúa lo que es más importante como lo es el impacto de las acciones en salud ó bien la eficiencia de los recursos. Cuando debiera ser lo contrario puesto que si la eficacia ó beneficio de las acciones es nulo entonces pierden sentido otras consideraciones. En nuestro medio esto ocurre frecuentemente por la falta de información por lo que la evaluación estructural es la que está más al alcance⁴. Como expresa Donabedian la ventaja de los criterios de estructura es principalmente el hecho de que son fáciles de monitoriar, ya que las variables evaluadas son poco modificadas a lo largo del tiempo.

EJEMPLOS DE CRITERIOS:

ESTRUCTURA: Propósito, Objetivos, Tipo y número de equipo. Cantidad y calidad de personal, Número de médicos por cama, Número de enfermera por cama, etc.

PROCESO: Se refieren a las actividades del personal y toman en cuenta aspectos de aptitud para aplicar procedimientos, se puede realizar comparándolas con los manuales de normas y procedimientos o a través de la auditoría médica.⁴

RESULTADO: Son productos de las acciones del equipo de salud por ejemplo:

Tasas de mortalidad, de morbilidad, de letalidad, Tasas de infecciones intrahospitalarias, índices de cobertura de servicios, índices de rechazo de pacientes, índice de satisfacción etc.

3. PLANEACION DE LA METODOLOGÍA: para llevar a la práctica la evaluación es necesario definir un método, éste puede ser el cuestionario, la entrevista, la observación directa, examen de documentos.¹³ El evaluador debe considerar en este paso además la periodicidad de la evaluación, la que puede ser parte del proceso de trabajo, hacerla como algo normativo o bien considerarla periódicamente de acuerdo al tiempo mínimo esperado para tener efectos de una actividad.

4. RECOLECCIÓN DE DATOS. 5

ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.

6. **ACTUACIÓN:** De acuerdo con los datos del análisis se ve si es necesario continuar, reforzar o modificar lo que ya existe.
7. **REEVALUACION:** Una vez tomadas en cuenta las medidas correctivas debe hacerse una segunda evaluación para ver el grado de impacto obtenido sobre el problema atendido.

ASPECTOS QUE NOS PERMITE EVALUAR LA ESTRUCTURA.

DISPONIBILIDAD Y ACCESIBILIDAD.

La disponibilidad define los recursos existentes en función de la población a servir. El análisis de disponibilidad debe de tener en cuenta todos los tipos de recursos necesarios para poder prestar un servicio. Los indicadores de disponibilidad nos hablan del número de recursos (hora, médico, cama) por un determinado número de personas en la población.

Para que sea válido se requiere que el dato de recurso sea aludido en capacidad de funcionamiento y dedicados a las actividades de los servicios.

Además de la disponibilidad de recursos se requiere que estos sean accesibles a la población a la cual están dirigidos.⁶⁾

La accesibilidad entonces está íntimamente relacionada con la disponibilidad, a pesar de ser conceptos distintos. En el estudio de accesibilidad se debe de considerar las diversas barreras que puedan impedir ó dificultar el uso de los servicios por parte de la población, obstáculos económicos determinados por la capacidad adquisitiva de la población, frente a las tarifas establecidas, obstáculos de la organización de los servicios de la institución determinados por su localización física o los horarios de atención, barreras culturales determinadas por actitudes negativas ó creencias desfavorables respecto a los servicios.

ASPECTOS QUE NOS PERMITE EVALUAR EL PROCESO.

EXTENSIÓN O INTENSIDAD DEL USO

La extensión del uso señala la proporción de la población objetivo que hizo contacto con un determinado servicio durante cierto periodo pero no dice si el contacto era necesario.

La extensión del uso se calcula dividiendo el número de usuarios por la población objetivo en un periodo dado. Ejemplo de éste indicador es la proporción de personas vacunadas ó que consultaron los respectivos servicios en un periodo determinado.

Erróneamente a lo anterior se le nombra 'cobertura' de servicios, conociendo que esta, es la relación de servicios entre usuarios que realmente necesitan los servicios y los usan.^{1, 6)}

Poco después de la Declaración de Alma Ata, la O.P.S en 1977, definió la cobertura como el resultado de una oferta eficaz y sistematizada de servicios básicos de salud que satisfagan las necesidades de salud de toda la población. Esta está muy relacionada con tres factores:

Disponibilidad: La cobertura depende de la existencia de una red de servicios, compuesta de establecimientos diseñados para atender tanto los problemas generales de salud como los específicos de diversos grupos de la población del País.

Accesibilidad: Los servicios deben estar al alcance de la población tanto geográfica, administrativa como cultural.

Calidad: La población busca los servicios en aquellos sitios en donde la atención es considerada mejor.⁶⁾

Idealmente debiera coincidir, la población con necesidad, con la población que usa los servicios, pero en la realidad solo una parte de quienes los necesitan los usan, causando esto, que gran parte de la población que necesita el servicio no lo reciba y al contrario algunos de los que lo reciben no lo necesitan.

Por lo tanto la disponibilidad y la accesibilidad de la institución determinada por sus recursos constituye la oferta de servicios y determina finalmente que la demanda se traduzca en uso.

La intensidad del uso se refiere a las veces que una misma persona recibió el servicio y ésta se denomina también concentración de la atención y puede ser evaluada a través de las consultas subsiguientes.

UTILIZACIÓN:

Se define como la relación entre el recurso ocupado y el recurso existente por unidad de tiempo, con esto evaluamos el índice de recurso utilizado efectivamente y cual es el índice de no utilización. Nos referimos por ejemplo al porcentaje de ocupación en los Hospitales, que indica en relación al recurso CAMA, la utilización de la misma en términos porcentuales.

PRODUCTIVIDAD Y RENDIMIENTO:

Se define productividad como el número de servicios desempeñados por unidad de recurso existente en un tiempo dado. Por ejemplo la relación del número de egresos por cama en un año, el número de consultas por hora médico, dosis aplicadas por día, el número de placas realizadas por hora técnico o por máquina. Este análisis es esencial antes de considerar un incremento del número de recursos, pues en ocasiones es posible aumentar la productividad y esto es lo más indicado.⁽¹⁾

El rendimiento es la relación de las actividades ó servicios desempeñados por unidad de recurso utilizado en un tiempo dado, o sea que no se toma el tiempo disponible sino el que realmente fue dedicado a su labor.

CALIDAD:

Para evaluar la calidad de la atención médica se debe comenzar por definir lo que significa el término, se puede comenzar por lo más obvio diciendo que ésta es " una propiedad que la atención médica puede poseer en grados variables".

Pero cómo medirla? porque también es claro que no es un atributo único porque en ella intervienen varios factores, los que podríamos reunir en los siguientes elementos:⁴¹. Calidad técnica, interpersonal y las amenidades.

Técnica: Es el grado de aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud al manejo de un problema personal de salud. Esto,

va acompañado de los factores sociales y económicos entre el cliente y el prestador del servicio.

Interpersonal: Se interrelaciona con el aspecto técnico, y puede ser difícil hacer una distinción entre ellos sin embargo podemos decir que la relación interpersonal es básicamente ñarte porque sus fundamentos científicos son relativamente débiles y porque aún lo que de ciencia se sabe rara vez se enseña.

Amenidades: Este término pudiera describir características tales como la sala de espera agradable y cómoda, un cuarto de exploración privado con buena ventilación e iluminación, sábanas limpias etc.

En general, el Dr. Avedis Donabedian como la máxima autoridad en el campo de la Calidad de atención médica engloba lo correspondiente a amenidades en el capítulo de interpersonal, y define finalmente a la calidad de atención como " la calidad de la atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de una manera que rinda el máximo beneficio para la salud sin aumentar con ello sus riesgos" .

RESULTADOS.

La evaluación de los servicios centrada en lo que son los resultados o su impacto sobre las personas que son el objetivo final o la razón de ser de los servicios.

El resultado final de las acciones de los servicios de salud sobre la población objeto de los mismos se define como EFECTIVIDAD.

Para conocer la efectividad de un servicio se debe de conocer la situación de salud de la población y su necesidad, antes y después de efectuar las acciones. En estricto sentido, la efectividad se refiere a Indiferencias entre la situación de salud antes y después de la prestación de los servicios en un período dado.

Es muy útil el análisis de efectividad para lo que es la planeación de los servicios de salud.

Desde luego la efectividad está muy relacionada con lo que respecta a una buena cobertura de atención y a la EFICACIA.

Se dice que si a pesar de los esfuerzos por aumentar la cobertura la efectividad es baja hay razón para pensar que la eficacia no es buena.

La eficacia se mide en términos del resultado deseable ó del propio objetivo del servicio.^{<7>}. así si el objetivo del servicio es curar a los pacientes nuestra variable para medir eficacia será "pacientes curados .

Para un estudio de eficacia; es necesario usar métodos como el seguimiento de casos o experimentos clínicos muy controlados.

Desde luego que la EFICACIA está determinada por dos factores principales: factores externos (características del ambiente social, económico y de la persona) y la calidad.

EFICIENCIA.

Frecuentemente se confunde el termino con eficacia ó efectividad, la eficiencia no es más que la relación entre los resultados logrados o los productos producidos con los insumos utilizados. Por ello un criterio de evaluación de éste aspecto más utilizado son los costos unitarios, o sea el cociente de los gastos incurridos por el volumen de los resultados ó productos. De ésta manera entre menor es el costo mayor es la eficiencia.

En el documento sobre cobertura, Martínez Narváez, menciona ala eficiencia administrativa como uno de los factores inherentes a la cobertura, ya que tan importante es la existencia de una buena construcción de unidades como la adecuada gerencia del sistema.¹⁸⁹.

Esta primera aproximación a la evaluación de servicios de atención nos muestra la gama de aspectos a considerarse, y dependiendo de sus resultados se abordan las soluciones para una toma de decisiones acertada.

REFERENCIAS

1. Pabón Lasso Hipólito, M.D.: Evaluación de los servicios de salud. Universidad del Valle Facultad de salud, Departamento de Medicina Social. Cali 1985; Cap. I.
2. Castillo Molina Danilo:" Evaluación dela atención médica". Revista médica Hondureña. Vol., 59,207, 1991.
3. Fajardo Ortiz Guillermo.: Atención Médica. Ediciones Científicas. La prensa Médica Mexicana, S. A. México D. F. 1983; cap. 12.
4. Avedís Donabedian: La calidad de la atención médica. Ediciones Científicas. La prensa Mexicana, S. A. 1984; Cap. I, Cap. III.
5. Piedrola Gil G: Medicina Preventiva y salud pública. Octava edición. Salvat editores, S. A. España 1988; Parte VIII. 1067-1071.
6. Martínez Narváez G. M.C. " Cobertura de los servicios de Salud". Salud Pública de México 1992; 34 (suplemento): 16-28.
7. Frenk Julio, M.C, M.S.P. P.H. D., Chacón Fernando M.A.P., M.A.P.I." bases conceptuales de la nueva salud internacional". Salud Pública de México. Vol.33:4, Jul-Agosto 1991;305-313.
8. Durón Gonzales L. "Eficiencia en la prestación de servicios de salud. Salud Pública de México 1992; 34 (suplemento): 46-61.
9. Barquín C. Manuel: Dirección de Hospitales. Quinta edición . Nueva Editorial Interamericana México D. F. 1986; Cap. 4 Pags. 56-68.

“Algunos *Hombres* ven los cosas *como* son, y dicen: *por-* qué?

Yo sueño *con* cosas que *nunca Fueron*, y digo: *por* qué no?

George Bernand Shaw.

Fístula Salival y Mediastinitis: Complicación Fatal Post Plastia Esofágica.

Reporte de un caso

*Dr. José Gerardo Godoy Murillo**, Dr. José Lizardo Barahona**, Dr. Ernesto Dala Sierra*, Dr. Carlos A. Muñoz*, Dr. Germán Blanco-*

RESUMEN:

Se presenta el caso de una paciente femenina con diagnóstico de Atresia Esofágica III A; operada a las 11 horas de vida y cuya evolución se complicó con una fístula salival, mediastinitis y choque séptico. Se manejó conservadamente con ayuno, nutrición parenteral y antimicrobianos.

La respuesta a dicho manejo fue admirable, la fístula cerró y el esófago se conservó sin evidencia de estenosis.

PALABRAS CLAVES: Fístula Traqueo Esofágica, Mediastinitis, Fístula Salival, Plastia Esofágica, Brecha Amplia.

INTRODUCCIÓN:

La Atresia de Esófago es una de las anomalías congénitas más complejas a las que se enfrenta un Cirujano Pediatra.

Avances en cirugía neonatal, terapia intensiva y sobre todo un equipo de trabajo multidisciplinario;

compuesto por Cirujanos y Anestesiólogos Pediatras con la ayuda de Terapistas Neonatales, han contribuido a mejorar la sobrevida de estos pacientes.

La incidencia global de esta malformación se estima en 1 caso por cada 4 a 5,000 nacidos vivos^(1A3).

Actualmente el pronóstico es muy favorable para aquellos pacientes que se sitúan en el grupo A de la clasificación pronóstica ideada por Waterston, Bonhan - Cáster y Aberdeen.⁽⁴⁾

Se reconoce como tratamiento quirúrgico de elección; el cierre primario de la fístula tráqueo esofágica, seguida por anastomosis esofágica término terminal en 1 plano.

La aparición de una fístula salival; es una de las complicaciones más temidas luego de realizar una plastia esofágica y se reporta con una frecuencia de 10-36%.

En esta oportunidad se presenta el caso de una paciente femenina con diagnóstico de Atresia Esofágica tipo IIIA. Operada a las 11 horas de vida y cuya evolución postoperatoria se complicó con una Fístula Salival, Mediastinitis y Choque Séptico.

** IHSS. Cirugía Pediátrica

* IHSS. Neonatología

IHSS. Anestesiólogo Pediatra

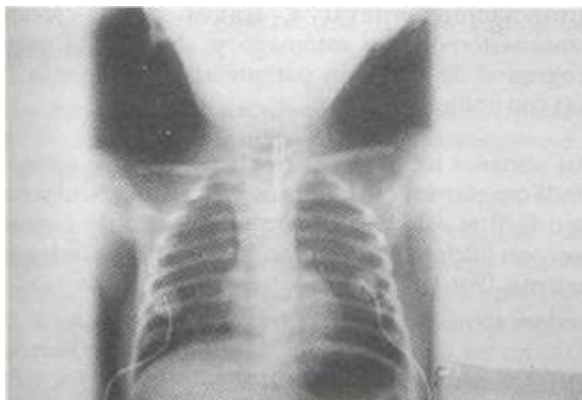
PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 5 horas de vida al momento del diagnóstico.

Producto de Gesta 2, embarazo controlado y sin complicaciones.

Parto vaginal de término, presencia de Polihidramnios, Apgar de 8 y 9 al 1 y 5 minutos respectivamente, peso al nacimiento de 2500 gramos.

A las 5 horas de vida presenta dificultad respiratoria, salivación excesiva y Acrocianosis, no fue posible colocarle una sonda a estómago por lo que se le realiza radiografía de tórax con sonda marcada. Se observa el vértice de la sonda a nivel de T2, además gas en cámara gástrica. Con estos datos se cataloga como Atresia Esofágica tipo III y basados en el peso y la ausencia de otras anomalías congénitas; se le asigna un estadio "A" según Waterston. (fotografía No. 1).



Fotografía 1.-RxPA Tórax con sonda esofágica marcada. Observamos cabo esofágico próxima a nivel de T2-3 la silueta cardíaca es normal y hay gas en cámara gástrica.

Ya en la unidad de cuidados intensivos neonatales se coloca en incubadora de calor radiante con servo control, se le instala una sonda de doble lumen (repogle) con succión continua. Para aspiración del segmento esofágico proximal y se realiza venodisección yugular interna derecha colocando así un catéter en aurícula derecha.

MIS exámenes preoperatorios revelaron una Hbl 7gr.%, cuenta leucocitaria de 14,000 y tiempos de coagulación normales.

Se interviene quirúrgicamente a las 11 horas de vida. Bajo anestesia general se le realizó íoracotomía posterolateral derecha; se aborda la cavidad torácica a través del 5 espacio intercostal, la pleura visceral se rompió accidentalmente por lo que se continúa la disección mediante abordaje transpleural. La vena ácigos se liga cerca de su desembocadura en la vena cava superior. Se identifica el esófago distal que termina en fístula ligeramente por debajo de la carina. Se succiona y sutura el esófago distal muy cerca de la tráquea utilizando puntos separados de seda 5-0 y se verifica de hermeticidad del cierre. Una vez cerrada la fístula traqueo esofágica se puede observar que la distancia entre ambos segmentos del esófago (brecha) es de 4 cm. Se realizó una disección amplia del segmento esofágico proximal y se logra realizar una anastomosis esofágica término-terminal en un plano utilizando ácido poliglicólico 5-0 (vveril). La anastomosis una vez finalizada queda con alguna tensión.

No se realizó gastrostomía ya que antes de finalizar la anastomosis esofágica se logró pasar una sonda No. 8 a estómago.

La cirugía tuvo una duración de dos horas y no se presentó ninguna complicación.

La paciente pasa a la unidad de terapia intensiva neonatal intubada, con ventilación asistida y con sonda pleural conectada a sello de agua con succión continua.

Se mantiene en ayuno con soluciones I. V. de mantenimiento y se continúa cobertura antibiótica con ampicilina y ampicacina a dosis convencionales.

A las doce horas del postoperatorio se extuba y se coloca bajo casco cefálico con FiO₂ 40%, se inicia nutrición parenteral total con carbohidratos a 10g por Kg, proteínas y lípidos a 0.5g por Kg y se cubren sus requerimientos de electrolitos y elementos traza, planeándose incrementos progresivos según el protocolo del servicio.

A las 40 horas del postoperatorio presenta neumotórax derecho importante y se aprecia salida de saliva por la sonda pleural. El laboratorio reporta Hb 12 gr%, leucopenia de 4,200 glóbulos blancos con apenas 30% de neutrófilos (neutropenia leve) y prolongación del TP y TPT al doble, las plaquetas se cuantifican en 100.000.

Clínicamente se observa sangrado fácil por sitios de vebopundón, taquicardia mayor a 160 por minuto, mal llenado capilar y no se palpan pulsos periféricos.

La radiografía de tórax muestra además del neumotorax ensanchamiento del mediastino y neumomediastino (fotografía No. 2)



Fotografía 2.- Rx PA Tórax que muestra ensanchamiento del mediastino, existe neumomediastino. La sonda pleural en hemitórax derecho y no hay derrame pleural. Se alcanza a ver la sonda orogástrica a nivel de estómago

Ya con el diagnóstico de fístula salival, mediastinitis y choque séptico inicial con coagulación intravascular diseminada (C.I.D.), se decide por manejo conservador con vigilancia clínica y radiológica estrecha y se reserva la opción de cirugía de emergencia en caso de deterioro clínico.

Se inicia dopamina a 8 microgramos/kg/minuto, se cambiar» antimicrobianos, metronidazol a 30Mg/Kg/día, se suspende la ampicilina, se inicia cefotaxime a 150Mg/Kg/día y se mantiene amicacina a 22.5 Mg/Kg/día. Se aumentan soluciones I. V. a 150MI/Kg/día con vigilancia y guía de la presión venosa central. Empezamos a utilizar transfusiones de plasma fresco cada 8 horas, glóbulos rojos empacados tratando de mantener la hemoglobina por arriba de 14gr% y se agrega vitamina K. Además se reinstala la sonda de doble lumen con aspiración continua del esófago proximal. Durante las primeras 24 horas se cuantifica una producción de 50 ml de saliva a pesar de ello la paciente se mantiene clínica y radiológicamente estable con evidencia de mejoría hemodinámica no hay progresión de C.I.D., no hay datos de taponamiento ni

bajo gasto cardíaco. Continuamos igual manejo con incremento de la nutrición parenteral.

A las 72 horas después de realizado el diagnóstico de fístula salival y mediastinitis se observa disminución del volumen de saliva por la sonda pleural, la imagen de mediastinitis en la radiografía de tórax no progresa.

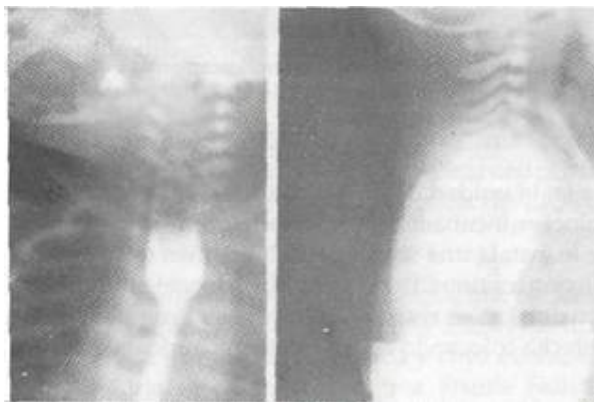
Se observa respuesta leucocitaria hasta 20.000 desapareciendo la neutropenia y se normalizan los tiempos de coagulación.

La nutrición parenteral se lleva hasta 16 gr por kg de carbohidratos, 3 gr por kg de lípidos y proteínas con buena tolerancia.

A los ocho días se observa cese en la producción de la fístula se mantiene en ayuno con nutrición parenteral sonda de doble lumen con succión continua y sonda pleural conectada a sello de agua por siete días más.

En éste momento se retira la sonda pleural se inicia alimentación enteral a través de la sonda trananastomótica a estómago y se inicia el retiro progresivo de nutrición parenteral, se completan 21 días con antimicrobianos.

Dos semanas luego del cierre de la fístula se retira la sonda orogástrica y se realiza esofagograma. Se observa paso fácil al estómago no hay evidencia de fuga ni estenosis iniciamos alimentación por VO con lactancia materna. (Fotografía No. 3)



Fotografía 3.- Esofagograma donde se visualiza paso adecuado del contraste a estómago, no hay fuga ni estenosis. El calibre esofágico a nivel de la anastomosis es adecuado

Es egresada a la edad de un mes con indicación de lactancia materna exclusiva, posición antireflujo, un agente prokinético y un antagonista de receptores H2 por VO.

A los cuatro y medio meses de edad, se encuentra asintomática sin evidencia clínica de reflujo gastroesofágico, inició ablactación sin problemas, pesó 13 libras y tiene un crecimiento somático y un desarrollo neurológico completamente normales.

DISCUSIÓN

En centros de atención terciaria, la sobrevida actual de un paciente con atresia esofágica encasillado dentro del tipo "A" de Waterston; es superior al 90% ⁽¹⁾. Nuestra paciente reunía criterios para catalogarse como Waterson "A"; ya que pesaba 2,500 gr y no poseía ninguna otra malformación congénita asociada.

Esta posibilidad tan alentadora de sobrevida, sufre modificaciones dramáticas sobre todo en aquellos pacientes en que ocurre una fístula esofágica postoperatoria.

La incidencia de **fistulación** luego de plastia esofágica es variable, sin embargo la mayoría de los autores coincide en que oscila entre 10-36%. ^{1-2,6-7,8}.

Este riesgo de fistulación alcanza niveles de 80-100% de los casos; en aquellos pacientes que poseen una "brecha amplia", ⁽⁶⁾ bajo éste término se engloba a todo paciente con atresia esofágica en el que la separación de ambos extremos esofágicos sea mayor de 2cm; una vez cerrada la fístula traqueoesofágica.

En nuestra paciente la separación de ambos cabos esofágicos luego de ligar la fístula a la tráquea era de 4cm.

Concientes del riesgo de una anastomosis a tensión y la gran posibilidad de fistulización postoperatoria; decidimos realizar anastomosis esofágica primaria. Amparándose sobre todo en el hecho de que no existe un sustituto ideal del esófago ^(u) ya que en el caso de no lograr una anastomosis primaria solo quedaba la opción de realizar esofagostomía cervical y gastrostomía; para luego al año de edad someter a la paciente a un procedimiento de sustitución esofágica.

Al realizar una toracotomía por atresia esofágica, existen dos vías de abordaje; extra o retropleural y transpleural ⁽¹⁰⁾. La pleura visceral en un recién nacido es un tejido muy delgado y poco resistente; el cual puede romperse fácilmente durante la disección. La gran ventaja de conservar intacta la pleura visceral; es decir utilizar la vía extrapleural consiste en que en el caso de que se produzca una fístula salival postoperatoria el mediastino no se contamine.

En este caso la pleura visceral se rompió durante la disección; la plastia esofágica se realizó transpleuralmente y por esta razón al producirse la fístula esofágica ocurrió mediastinitis y luego choque séptico.

En pacientes recién nacidos y aún más en aquellos con peso menor de 2,500 gr la mortalidad por mediastinitis y choque séptico puede alcanzar cifras alarmantes de hasta 70-80% ^{2,8-9-10}. En aquellos pacientes que sobreviven la posibilidad de pérdida del esófago o de estenosis esofágica es de 75%. ⁽⁶¹⁾

La mediastinitis es habitualmente una infección polimicrobiana con la participación de gérmenes anaerobios, gran positivos y gran negativos. ^(m)

En nuestra paciente inmediatamente hecho el diagnóstico de mediastinitis se iniciaron tres anti microbianos a dosis convencionales: metronidazol, cefotaximey ampicilina; con lo cual el proceso infeccioso se limitó rápidamente.

Ashcraft y Col en 1970 ⁽⁷⁾ fueron de los primeros autores en reportar cierre de fístulas esofágicas con manejo conservador utilizando ayuno y nutrición parenteral total; nosotros utilizamos nutrición parenteral total alcanzando rápidamente los valores superiores permitidos en recién nacidos, el cierre de fístula ocurrió a los ocho días de haber iniciado la nutrición parenteral; lo cual es realmente un período corto considerando que dicha fístula produjo 50ml de saliva en las primeras 24 horas lo que equivale a 0.9ml/kg/hora (un volumen significativo).

Consideramos que también fue de mucha utilidad la recolocación de la sonda de doble lumen (Repogle) con succión continua disminuyendo así la cantidad desaliva que alcanzaba el mediastino.

Se han reconocido algunos factores de riesgo en el desarrollo de fístula salival, la existencia de una brecha amplia entre ambos segmentos esofágicos; lo que condiciona anastomosis a tensión^(12,13).

El uso de material de sutura de seda para confeccionar la anastomosis esofágica^{<13)}.

También la presencia de reflujo gastroesofágico se ha asociado a una mayor incidencia de estenosis y fistulización⁽¹⁴⁾. La separación de ambos extremos esofágicos era muy amplia y la anastomosis quedó con alguna tensión. No utilizamos seda; sino ácido ponglicólico (vycril); que de hecho es la sutura que se asocia menos con fístulas postoperatorias en algunas series.^{<6)} La presencia de reflujo gastroesofágico como es bien sabido es sumamente frecuente en estos pacientes; afortunadamente en nuestra paciente al parecer nunca ha constituido un problema clínico muy importante.

Hoy por hoy la controversia continúa respecto al tipo de conducta a tomar desde el punto de vista de manejo una vez que se ha hecho el diagnóstico de fístula salival. Habitualmente en aquellos pacientes con fístulas de escasa producción y sin deterioro clínico puede adoptarse una conducta conservadora con ayuno, NPT, sonda de doble lumen con succión continua y antibióticos de amplio espectro⁽¹⁵⁾, en nuestra paciente esta conducta brindó excelentes resultados; ya que el proceso infeccioso se controló y la fístula cerró rápidamente.

En aquellos pacientes con deterioro clínico progresivo; y con ello nos referimos a los que presentan datos de choque séptico ya establecido con signos de bajo gasto y taponamiento cardíaco generalmente secundarios a neumomediastino. En ellos se debe plantear la reintervención quirúrgica de urgencia.

El cierre primario de la fístula ha sido preconizado por algunos⁽¹⁶⁾ y rechazado por otros⁽¹⁷⁾. Habitualmente el cierre primario se dificulta por la gran necrosis tisular e inflamación local.

La conducta tradicional y quizás la que ofrece mayores posibilidades de sobrevida en casos de reoperación es **debridamiento, abandonar el** esófago cerrando el muñón distal y realizando una esofagostomía cervical y gastrostomía para iniciar alimentación enteral. Si el paciente sobrevive se plantea algún procedimiento de substitución esofágica al año de edad⁽¹⁵⁾.

En esta paciente se estableció vigilancia continua clínica y radiológica; los datos iniciales de choque séptico como mal llenado capilar y pulsos débiles mejoraron con la administración de dopamina, la CID se controló con el uso de plasma y vitamina K y la mediastinitis no progresó con la ayuda de los antimicrobianos.

Luego de un proceso infeccioso tan devastador como es la mediastinitis; el esófago suele perderse o al menos estenosarse en 70% de los casos.

En nuestra paciente no sólo es sorprendente el hecho de que sobreviviera a tal infección. Sino también el hecho de que lo hiciera conservando un esófago normal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Randolph J. C.: Esophageal Atresia and Congenital Stenosis. In Welch K. J. Pediatric Surgery. Year Book Medical Publishers Inc., Chicago. 1986. Fourth Edition Vol. 1, Chapter 68, PP. 682-697.
2. Cudmore R. E. Esophageal Atresia and Tracheal - Esophageal Fístula in Lister J. Neonatal Surgery. Butterworths, London. 1990. Third Edition, Chapter 21, PP. 231-258.
3. Holder T. M, Cloud D. T., Lewis J. E. Jr. ET AL: Esophageal Atresia and Tracheoesophageal Fístula. A Survey of its members by the surgical section of the American Academy of Pediatrics. Pediatrics 1961. 34; 542-548.
4. Waterston D. J., Bonham - Carter R. E., Aberdeen E.: Esophageal Atresia. Tracheoesophageal Fístula. Lancet. 1962. 1, 819-822.
5. Holder T. M.: Current Trends in the Management of Esophageal Atresia and Tracheoesophageal Fístula. Ann. Surg. 1978. 44:31-36.
6. Chittmitrapap S., Spitz L., Kiely E. M., ET AL: Anastomotic Leakage following Surgery for Esophageal Atresia. J. Ped. surg. 1992. 27:29-32.
7. Ashcraft KW, Leape LL, Holder TM.: Parenteral Nutrition and Esophageal Anastomotic Leak. Arch. Surg. 1970. 101:436-437.

- Negaraj H.S., Mullen P., Diller B., ET AL: Iatrogenic Perforation of the Esophagus in Premature Infants. *Surgery*. 1979. 86: 583-589.
- Woolley MM.: The Premature Infant with Esophageal Atresia, *World J. Surg.* 1961. 9: 232-236.
10. Anderson K. D., Noblett H., Belsey R., ET AL: Long Term follow up of children with colon and gastric tube interposition for Esophageal Atresia. 1968,3:665-675.
 11. Steele RW: Surgical Infections. In Steel RW: A Clinical Manual of Pediatric Infectious Disease. Appleton - Century - Crofts Norwalk, Connecticut. 1986. 1 Edition, 292-293.
 12. Hagberg S., Rubenson H., Sillen V., ET AL: Management of long gap esophagus: Experience with end to end Anastomosis under maximal tension. *Progress Pediatr. Surg.* 1986.19: 88-92.
 13. Sillen V., Hagberg S., Rubenson A. ET AL: Management of Esophageal Atresia: Review of 16 years experience. *J. Ped. Surg.* 1988. 23:805-809.
 14. Pieretti R., Shandling B., Stephens C. A.: Resistant Esophageal Stenosis Associated with Reflux after repair of Esophageal Atresia. A therapeutic approach. *J. Ped. Surg.* 1974. 9: 355-357.
 15. Holder TM, Ashcraft KW; Developments in the care of patients with Esophageal Atresia and Tracheoesophageal Fistula. *Surg. Clin. North Am.* 1981. 61; 1051-1061.
 16. Shaw RR., Foulson D. M., Siebel EK: Congenital Atresia of the Esophagus. Treatment of Surgical complications. *Ann. Surg.* 1955.142: 204-209.
 17. Eraklis A. J., Gross R. E.: Esophageal Atresia, Management following Anastomotic Leak. *Surgery*. 1966. 60: 919-923.

Quiste Broncogénico

Informe de un caso y Revisión de la Literatura

*Dr. José Ranulfo Lizardo B. *, Dr. José Gerardo Godoy M. *, Dr. Carlos H. Figueroa López **, Dr. Rogelio García Orellana ***, Dr. Germán Blanco Cruz *****

RESUMEN

Se informa un paciente masculino de cuatro meses de edad con historia de un mes de dificultad respiratoria que ameritó en dos ocasiones ventilación mecánica. Sus estudios radiológicos detectaron una tumoración del mediastino medio sospechándose clínicamente un quiste broncogénico que se evidenció en la toracotomía exploradora y posteriormente fue confirmado por patología. Su evolución postoperatoria fue excelente.

Se trata del primer caso de Quiste Broncogénico informado en la literatura médica hondureña.

PALABRAS CLAVES: Quiste broncogénico, tumores de mediastino.

INTRODUCCIÓN

Los quistes broncogénicos son lesiones congénitas que derivan de los primordios anormales del tubo tráqueobronquial primitivo.

Estos primordios tráqueobronquiales anormales pueden encontrarse en cualquier etapa del desarrollo

de las vías respiratorias y a cualquier nivel del pulmón. Cuando ésta formación de primordios bronquiales anormales ocurre a nivel de la carina o de los bronquios de primer orden el quiste adopta una localización mediastínica. Cuando el origen de ésta anomalía es el árbol tráqueobronquial distal se produce un quiste broncogénico intraparenquimatoso.^{2,3>}

Los quistes parenquimatosos son responsables del 70% de los quistes broncogénicos y generalmente comunican con el árbol tráqueobronquial, tienden a ser múltiples y extensos; en cambio los quistes mediastínicos generalmente no comunican **con** el árbol tráqueobronquial tienden a ser solitarios y constituyen el 30%, restante de los quistes broncogénicos.^(4,5)

Debemos mencionar que aunque muy raro existen localizaciones ectópicas de los quistes broncogénicos como ser cervicales, supraclaviculares, supraesternales e intrapericárdicos. Estos característicamente no comunican con el árbol tráqueobronquial.^(6,7)

Esta patología es la quinta causa más frecuente de los tumores de mediastino en pediatría y junto con el enfisema lobar, la malformación adenomatoidea quística pulmonar y el secuestro pulmonar son las cuatro formas más comunes de malformaciones congénitas que se prestan como quistes en la cavidad pleural.

Revisando la literatura médica hondureña, desde 1930 hasta la fecha, éste caso constituye el primer informe de quiste broncogénico en nuestro país.

* Pediatra y Cirujano Pediatra del Instituto Hondureño de Seguridad Social. ** Jefe del Departamento de Radio-Diagnóstico del Instituto Hondureño de Seguridad Social.

*** Neumólogo Pediatra del Instituto Hondureño de Seguridad Social.

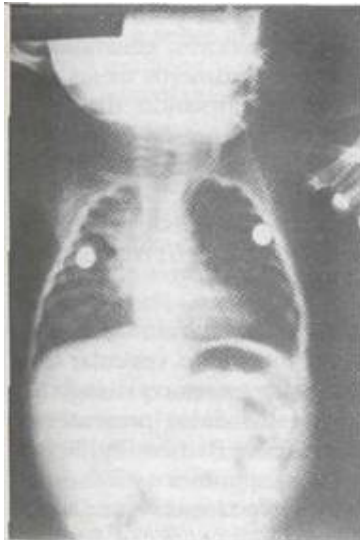
**** Anestesiólogo Pediatra del Instituto Hondureño de Seguridad Social.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 3 meses de edad procedente de Juticalpa, Olancho, con antecedentes prenatales normales, vacunación completa para su edad y alimentado al pecho materno.

Ingresó al bloque Materno Infantil del Hospital Escuela el 15 de abril de 1993, con historia de 5 días de tos húmeda, rinorrea, fiebre de 40 grados centígrados, diarrea y dificultad respiratoria progresiva.

Al examen físico, el paciente estaba irritado con cianosis peribucal y acrocianosis, peso: 5.9 kg, temperatura: 38.5°C F.R.: 88 x' F.C: 168x', a la auscultación pulmonar hipoventilación basal izquierda y estertores en campo pulmonar derecho. Corazón rítmico regular, pulsos periféricos fuertes y llenado capilar de 2 segundos. Se diagnosticó como Bronconeumonía con componente Obstructivo, iniciando tratamiento con dicloxacilina, cloramfenicol, aminofilina y nebulizaciones con salbutamol. Al día siguiente el 16 de abril de 1993, se colocó en ventilación mecánica por falla respiratoria, permaneciendo en ventilación mandatoria intermitente por 10 días, siendo extubado el día 26 de abril de 1993, posteriormente evolucionó con períodos intermitentes de dificultad respiratoria y siempre con hipoventilación basal izquierda. La radiografía de tórax, del 8 de mayo de 1993, presentaba hiperinsuflación del lóbulo superior izquierdo, lo que hizo pensar en la posibilidad de enfisema lobar congénito (ver fotografía No. 1)



Fotografía 1.
Radiografía de Tórax mostrando hiperinsuflación del lóbulo superior izquierdo.

Esta sospecha diagnóstica motivó el traslado a la unidad materno infantil del Instituto Hondureño de Seguridad Social, para realización de una broncoscopía. Ingresó a la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Instituto Hondureño de Seguridad Social, el día 12 de mayo de 1993, se le realizó la broncoscopía al día siguiente encontrando laringe, tráquea y bronquio principal derecho normales, carina deforme por compresión externa no pulsátil del bronquio principal izquierdo, el cual se observaba con entrada muy pequeña. El diagnóstico endoscópico fue de compresión extrínseca de la carina y bronquio principal izquierdo por masa mediastinal izquierda.

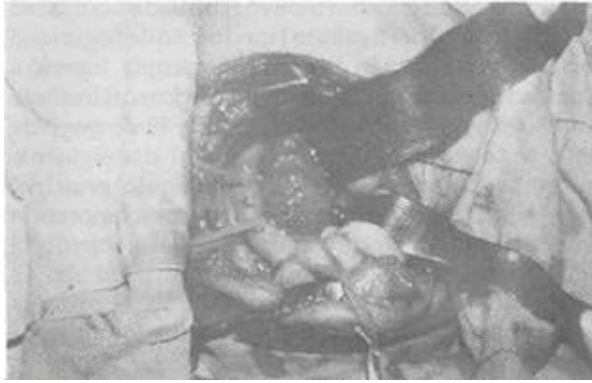
El día 14 de mayo de 1993, se realizó esofagograma en el cual se observaba un efecto de masa en hemitórax izquierdo que desplazaba el esófago y el Mediastino al lado contra lateral, (ver fotografía No. 2)



Fotografía 2.
Esofagograma que evidencia desplazamiento del esófago hacia la derecha.

Con estos estudios se hizo el diagnóstico operatorio de tumor de mediastino medio izquierdo, posiblemente quiste broncogénico que causa por compresión, enfisema del lóbulo superior izquierdo.

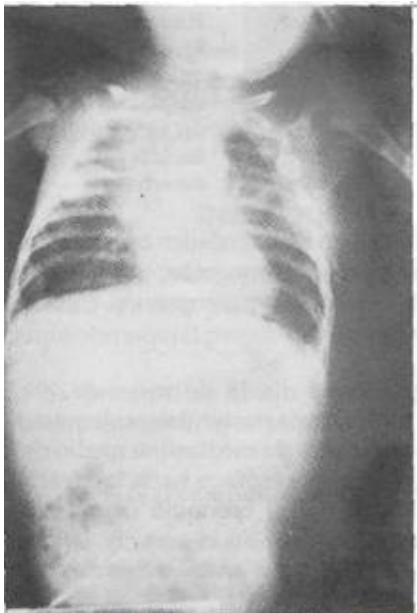
El paciente es operado el día 18 de mayo de 1993, realizándole una toracotomía posterolateral izquierda encontrando tumor quístico de mediastino medio de 7 cm x 6 cm que desplazaba el esófago hacia la derecha, comprimía casi totalmente el bronquio izquierdo y además desplazaba el cayado de la aorta, y la aorta descendente hacia atrás y hacia arriba, (ver fotografía No. 3).



Fotografía 3. Toracotomía postero lateral izquierda mostrando el tumor quístico de mediastino medio.

Se procedió a disecar el cayado aórtico y la aorta descendente, para luego continuar con el quiste el cual comprimía el bronquio principal izquierdo pero tenían paredes separadas, lo que permitió resección completa del quiste, se verificó expansión completa de ambos lóbulos pulmonares izquierdos, se colocó una sonda pleural y se cerró por planos.

La radiografía postoperatoria muestra desaparición del enfisema y expansión pulmonar izquierda completa (ver fotografía No. 4)



Fotografía 4. Radiografía de tórax postoperatoria mostrando expansión pulmonar izquierda completa.

El paciente fue extubado a las 20 horas postoperatorias sin problemas, se le dio de alta al 7to. día, es controlado en la consulta externa de cirugía pediátrica cada mes, actualmente tiene 6 meses postoperado y evoluciona asintomático. (ver fotografía No. 5).



Fotografía 5. El paciente con su madre, 6 meses después de la cirugía.

DISCUSIÓN

Secuestro pulmonar, malformación adenomatoidea quística pulmonar, enfisema lobar congénito y quiste broncogénico son las cuatro lesiones congénitas que pueden presentarse como quiste anormal, dentro de la cavidad pleural en los primeros años de la vida. Todas aquellas tienen origen embriológico y cuadro clínico muy similar lo que frecuentemente dificulta el diagnóstico diferencial.^(4,8,9)

Los quistes broncogénicos son más comunes en el pulmón derecho con una relación 3:1 y además tienen predilección por los lóbulos inferiores, generalmente producen sintomatología en los primeros meses de la vida, ya sea por expansión causando dificultad respiratoria o por infección, como lo presentó el paciente que informamos, en el cual además de la dificultad respiratoria presentaba fiebre, tos e incluso sepsis. Es importante mencionar que también puede presentarse como un hallazgo incidental radiológico en un paciente completamente asintomático.⁽⁸⁾

Al examen físico se describe falla respiratoria, cianosis, disminución o ausencia del murmullo vesicular en el pulmón afectado y pueden haber estertores cuando hay infección agregada, todos estos datos presentes en nuestro paciente. En la revisión de Rameosky, 50% de los pacientes tenían síntomas respiratorios y 70%, había desarrollado complicaciones infecciosas secundarias a obstrucción bronquial.⁽¹⁰⁾

Una radiografía simple de tórax debe ser el primer estudio de imagen a realizar y generalmente es la base para el diagnóstico y seguimiento. En la radiografía simple de tórax la imagen del quiste depende de si comunica o no con el árbol tráqueobronquial, en caso de no comunicar es una lesión esférica llena de moco y se observa como una masa sólida, en cambio si comunica se observa una lesión llena de aire o sea radiolúcida o un nivel hidroaéreo si además el quiste tiene producción democo.^(3A8)

En nuestro paciente ésta radiografía mostraba una radiolucidez por hiperinsuflación de ambos lóbulos pulmonares izquierdos, lo que inicialmente hizo pensar en la posibilidad de enfisema lobar congénito izquierdo, siendo ésta posibilidad diagnóstica una sospecha bien fundamentada, ya que los lactantes con quiste broncogénico de tipo mediastinal producen una obstrucción del bronquio principal con atrapamiento de aire, mostrando una área radiolúcida en la radiografía indistinguible del enfisema lobar congénito, por lo tanto debe pensarse siempre en la posibilidad de quiste broncogénico no reconocido en todos los casos en que se efectúe una toracotomía exploradora para enfisema lobar congénito.^{"¿>"}

En la mayoría de los pacientes después de la radiografía de tórax es necesario realizar un esofagograma y una broncoscopia. El esofagograma permite visualizar compresiones sobre esófago, ubicando el quiste en las diferentes divisiones del mediastino; la broncoscopia visualiza la luz del árbol bronquial permitiendo información sobre obstrucción endobronquial (moco, cuerpos extraños y enfisema lobar) o extrabronquial (anillo vascular, quiste broncogénico y nódulos linfáticos).

En el caso que reportamos el esofagograma ubicó el quiste en el mediastino medio y la broncoscopia, descartó enfisema lobar y anillo vascular visualizando una compresión extrínica de la carina y bronquio principal izquierdo con lo que se hizo el diagnóstico preoperatorio de quiste broncogénico tipo mediastinal izquierdo.

En algunos pacientes seleccionados en los cuales aún con los estudios mencionados no es posible hacer el diagnóstico diferencial será necesario realizar ultrasonido, tomografía computada, arteriografía, angiografía digital por substracción y resonancia magnética.^{<812-13>}

El tratamiento de los quistes broncogénicos es resección del mismo a través de una Toracotomía Posterolateral, generalmente el quiste se encuentra fijo a la pared tráqueobronquial membranosa de la cual suele ser posible disecarlo, no es necesario resección pulmonar si la eliminación del quiste alivia la obstrucción de las vías respiratorias. En los casos en que la compresión del quiste broncogénico ha producido deformidad obstructiva irreversible del cartílago bronquial, está indicada la lobectomía.^(1-4,5;12)

Estudios recientes de Naunheim y Lewis reportan el uso de video toracoscopia y video mediastinoscopia no sólo con fines diagnósticos si no que han permitido el drenaje de quistes broncogénicos evitando la toracotomía.^{<14-15>}

Las ventajas de éste procedimiento es que disminuye el dolor postoperatorio, reduce la hospitalización, acelera la recuperación y disminuye la morbilidad, sin embargo se han reportado recurrencia del quiste broncogénico después de drenaje por toracoscopia y más grave aún se ha reportado rhabdomyosarcoma surgiendo de un quiste broncogénico que no fue resecado completamente, por lo que la mayoría de los autores están a favor de la toracotomía aún en casos de quistes broncogénicos asintomáticos.^{15,17-18)}

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Rickman F., Rosenfrantz J. Problemas quirúrgicos del tórax, durante la lactancia. Clin. Quir. de Nort. Amer. 1985; 65:1471-1499.
- 2) Gray S. W., Skandalakis J. E. Embryology for surgeons. Philadelphia W.B. Saunders Company, 1972.
- 3) Weichert R. F., Lindsey E. S., Pearce Ch. W. Bronchogenic cyst with unilateral obstructive emphysema. J. Thoracic and Cardiovas. Surg. 1970; 59:287-291.
- 4) Welch J., Randolph J. G., Ravitch M. M., O'Neill J. A., Rowe M. I. Pediatric Surgery 4a. Ed. Chicago yearbook medical publishers, INE. 1986; 645-653.
- 5) Ashcraft K.W., Holder T. M. Pediatric Surgery 2a Ed. Philadelphia W. B. Saunders Company. 1993: 176-187.

- 6) Touloukian R. J. Air Filled bronchogenic cyst presenting as a cervical mass in the newborn. *J. of pediatric. surg.* 1982;17: 311-312.
- 7) Hayyashi A. K, Melean D. R., Peliowski A. J. A rare intrapericardial mass in a neonate, *J. of pediatric. Surg.* 1992 27:1361-1363.
- 8) Wesley J. R., Heidelberger K. P., Dipietro M. A. Diagnosis and management of congenital cystic disease of the lung in children. *J. Pediatric. Surg.* 1986; 21: 202-207.
- 9) Demos N. J. Teresi A., Newark N. J. Congenital Lung Malformations. *J. thoracic and Cardiovas Surg.* 1975; 70: 260-264.
- 10) Ramenofsky M. L., Leape L. L., Me Cauley G. K. Bronchogenic Cyst. *J. Pediatr. Surg.* 1979; 14:219-224.
- 11) Bower R. J., Kiesewetter W. B. Mediastinal masses in infants and children *Arch. Surg.* 1977; 112:1003-1009.
- 12) Suen H. C, Mathisen D. T., Grillo H. C, Surgical management and radiological characteristics of bronchogenic cysts. *Ann. Thorac Surg.* 1993; 55: 476-481.
- 13) Lyon R. D., Me Adams H. P. Mediastinal bronchogenic cyst. *Radiology.* 1993;186:427-428.
- 14) Naunhein K. S., Andros C H. Thoracoscopic drainage and resection of giant mediastinal cyst. *Ann. Thorac. Surg.* 1993; 55:156-158.
- 15) Lewis R. J. Caccavale R. J., Sisler G. E. Imaged thoracoscopic surgery; a new thoracic technique for resection of mediastinal cyst. *Ann. thorac. surg.* 1992; 53: 318-320.
- 16) Murphy J. J., Blair G. K., Fraser P. G., Rhabdomyosarcoma arising with congenital pulmonary cysts: Report of three cases. *J. Pediatr. Surg.* 1992; 27:1364-1367.
- 17) Bolton J. W., Shahian D. M. Asymptomatic bronchogenic cyst. what is the best management *Ann. Thorac. Surg.* 1992; 53:1134-1137.
- 18) Read C. A., Moront M., Carangelo R. Recurrent bronchogenic cyst. and argument for complete surgical excision. *Arch. Surg.* 1991; 126:1306-1308.

SIDA: Sabía Usted

Dr. Wilfredo Avarado*

A. SIDA: Sabía Usted

- 1.- El SIDA es una enfermedad **mortal** para la cual no existe cura en la actualidad.
- 2.- El STDA no se transmite por contacto casual
- 3.- El SIDA se propaga por medio del coito, la sangre contaminada y las agujas hipodérmicas contaminadas.
- 4.- Una mujer con SIDA puede contagiar a su bebé durante el embarazo.
- 5.- Lo más seguro es una relación estable y fiel con otra persona que no esté infectada. En todo caso, cuando se reduce el número de compañeros sexuales se reducen las posibilidades de contraer el SIDA.
- 6.- Para las personas sexualmente activas, usar siempre un condón es buena protección contra el SIDA.
- 7.- Aunque una persona tenga apariencia saludable y goce de buena salud puede transmitir la infección que causa el SIDA.¹

B. CINCO RECOMENDACIONES PARA LA ACTIVIDAD SEXUAL Y EL SIDA

- 1.- Busque una relación de mutua exclusividad con un solo compañero(a), o al menos limite el

número de compañeros sexuales a fin de reducir las posibilidades de contraer el SIDA y otras afecciones transmitidas por vía sexual.

1. ~ No practique el coito con alguien que haya tenido muchos compañeros sexuales.

C. DEFINICIÓN CLÍNICA DE SIDA EN ADULTOS Y ADOLESCENTES

La presencia de cuando menos dos signos primarios y un signo secundario en ausencia de causas conocidas de inmunosupresión como la desnutrición, hacen el diagnóstico clínico.⁽²⁾

SIGNOS PRIMARIOS

- Fiebre durante más de un mes
- Pérdida de peso de más de un 10% del peso corporal
- Diarrea durante más de un mes

SIGNOS SECUNDARIOS

- Tos por más de un mes
- Dermatitis pruriginosa generalizada
- Herpes Zoster Recurrente
- Candidiasis Orofaringea
- Herpes Simplex Crónico o Ulcerativo Agresivo
- Linfadenopatía Generalizada Persistente

D. ENCEFALITIS TOXOFLÁSMICA EN PACIENTES CON SIDA

Antecedentes: La encefalitis por toxoplasma en pacientes con SIDA es generalmente un diagnóstico de presunción

* Asesor de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el Programa Nacional del SIDA.

basado en las manifestaciones clínicas, un título de anticuerpos antitoxoplasma y en las características de las anormalidades neuroradiológicas. Una respuesta a 1) la terapéutica específica ayuda a confirmar el diagnóstico, pero no está claro cuan rápida debe ser la respuesta.

CONCLUSIONES:

2)

La clindamicina y la pirimetamina administrados por vía oral son un tratamiento efectivo para la toxoplasmosis cerebral; 600 mg. de clindamicina cuatro veces al día y 3) 75 mg. diarios de pirimetamina durante seis semanas suelen ser efectivos. Los pacientes que presentan un deterioro neurológico precoz a pesar del tratamiento o que no mejoran neurológicamente después de 10 a 14 días de terapia adecuada deberían considerarse candidatos a una biopsia cerebral.

BIBLIOGRAFÍA

American College of Physicians and Infectious Diseases Society of America. Human immunodeficiency virus (HIV) infection. Position paper. Ann. Intern. Med. 1994,120:310-318.

Quinn T. C, Mann J.M., Curran J. W., Piot P., AIDS in África: An epidemiologic paradigm. Science, 1986,34:955-969.

B. Danneman, J. A. McCutchan, D. Israelsky et al., Treatment of toxoplasmic encephalitis in patients with AIDS. A randomized trial comparing pyrimethamine plus clindamycin to pyrimethamine plus sulfadiazine. Ann. Intern. Med., 1992,116:33-44.

Experiencia Madre Canguro

Dr. Ernesto Dala Sierra, Dr. Eulogio Pineda Barahona**, Dra. Ruth Maricela Banegas'*

RESUMEN

Se evaluó los resultados del manejo de recién nacidos pretérmino y término con peso al nacer menor de 2000 gramos con los métodos de alimentación: Tradicional y Madre Canguro (10 recién nacidos en cada grupo):-Los niños manejados con el método Madre Canguro tuvieron mayor incremento ponderal y menor estancia hospitalaria, a pesar de tener menor peso promedio al nacer y un grado mayor de prematuridad, demostrándose así la efectividad del Método Madre Canguro.

PALABRAS CLAVE: *Recién nacido pretérmino, bajo peso al nacer. Programa Madre Canguro.*

INTRODUCCIÓN

El método Madre Canguro surgió como una respuesta pragmática para los niños de bajo peso al nacer en las unidades de neonatología, el cual disminuye los costos de atención y fomenta la lactancia materna.

Desde septiembre de 1979, los doctores Héctor Martínez Gómez y Edgar Rey Sanabria, iniciaron un cambio en el

manejo tradicional del prematuro y del niño con bajo peso al nacer, en el Instituto Materno Infantil de Bogotá. Colombia consistente en una salida temprana del hospital para seguir siendo controlado ambulatoriamente: actualmente se está llevando a cabo en varios países de Latinoamérica y también de Europa^{C6}.

El propósito del presente estudio es demostrar los resultados obtenidos con un grupo piloto de 10 recién nacidos que fueron incluidos inicialmente al programa Madre Canguro, comparándolos con 10 recién nacidos que fueron manejados con el Método Tradicional durante un período previo al inicio del Programa en Honduras.

DISEÑO METODOLÓGICO

Se tomaron 20 recién nacidos pretermino y término, todos ellos menores de 2000 gramos de peso al nacer, de las salas de Neonatología del Hospital Materno Infantil - Hospital Escuela y de la Unidad Materno Infantil del Instituto Hondureño de Seguridad Social.

Se dividieron en dos grupos:

1o. GRUPO: 10 recién nacidos menores de 2000 gramos, manejados con el Método Tradicional, que por factores éticos fueron tomados retrospectivamente y al azar desde enero a agosto de 1992.

2o. GRUPO: 10 recién nacidos menores de 2000 gramos, manejados con el método Madre Canguro, seguidos prospectivamente desde agosto a diciembre de 1992.

| Pediatra-Neonatólogo, Jefe de la Unidad de Terapia Intensiva de Recién Nacidos, Unidad Materno Infantil, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, M.D.C., Honduras.

K Pediatra-Perinatólogo, Jefe del Servicio de Recién Nacidos, Unidad Materno Infantil, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, M.D.C., Honduras.

*" Médico Pediatra.

En ambos grupos los recién nacidos eran comparables desde el punto de vista de las siguientes variables.

1. EPIDEMIOLOGICAS:

- a.- **EDAD MATERNA:** Edad cronológica de la madre en años, con los siguientes rangos: menores de 18 años, entre 18 y 35 años y mayores de 35 años.
- b.- **PARIDAD MATERNA:** Número total de embarazos de la madre, así: menos de 3 embarazos, entre 4 y 5, y más de 5 embarazos.
- c.- **TIPOS DE CONTROL DE EMBARAZO:** Número de controles prenatales, así: No controlado (ningún control prenatal), Inadecuado (menos de 5 controles), Adecuado (5 o más controles prenatales).

2. ANTROPOMÉTRICAS;

- a.- **PESO AL NACER:** Peso del recién nacido en gramos, graneándose el promedio de peso de los 10 recién nacidos de cada grupo.
- b.- **PESO AL EGRESO:** Peso del recién nacido en gramos al momento de salir del hospital, también se graneó el promedio de los 10 recién nacidos de cada grupo.
- c.- **AUMENTO PONDERAL EN UN MES:** Aumento de peso en gramos en 1 mes, para cada grupo se obtuvo un promedio.
- d.- **EDAD GESTACIÓN AL:** Edad gestacional al nacer determinada por clínica según el Método Dubowitz modificado por Capurro para cada grupo se obtuvo un promedio.

3. ASISTENCIALES:

- a.- **ESTANCIA HOSPITALARIA:** Número de días en el hospital desde el nacimiento hasta el egreso, para ambos grupos se obtuvo un promedio.

Se excluyeron del estudio los recién nacidos con malformaciones congénitas.

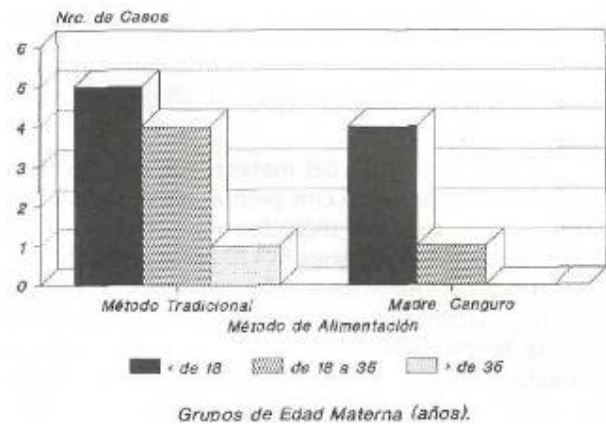
A los resultados se les aplicó análisis estadístico con tablas de frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS

Al obtener los primeros 10 recién nacidos manejados con el método Madre Canguro, se compararon con las de! Método Tradicional, obteniendo los siguientes resultados:

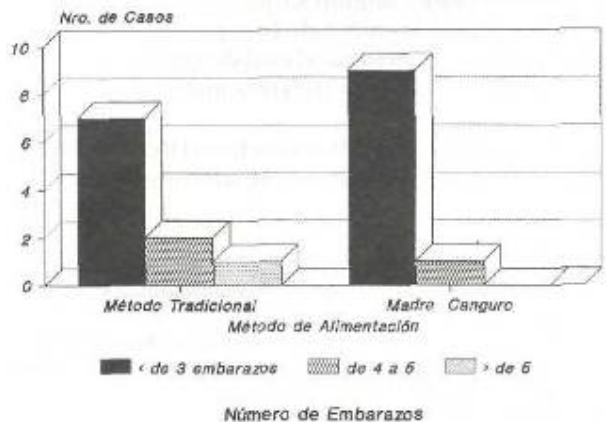
En ambos grupos la mayoría de las madres fueron menores de 18 años de edad, 5 del Método Tradicional y 4 del método Madre Canguro, (Gráfica No. 1).

Gráfica No. 1 Experiencia Madre Canguro
Distribución según Edad Materna



Al comparar la paridad materna de ambos grupos, la mayoría de las madres había cursado con menos de 3 embarazos; 6 madres del Método Tradicional y 8 del método Madre Canguro, (Gráfica No. 2).

Gráfica No. 2 Experiencia Madre Canguro
Frecuencias según el Número de Embarazos



En cuanto al tipo de control de embarazo, se observó que la mitad de las madres del Método Tradicional, tuvo control inadecuado (menos de 5 controles prenatales), y por el contrario la mitad del grupo Madre Canguro tuvo control adecuado (5 o más controles prenatales), (Gráfica No. 3).



Los recién nacidos del método Madre Canguro tuvieron menor peso promedio al nacer (1281 gramos) que los del Método Tradicional (1532 gramos) y sin embargo el peso promedio al egreso fue mayor para el grupo Madre Canguro. (Gráfica No. 4).



En el grupo Madre Canguro hubo un promedio de aumento ponderal en un mes de 580 gramos y en el grupo del Método Tradicional no se produjo aumento de peso.

La edad gestacional promedio fue menor para el grupo Madre Canguro (34.3 sem), mientras que el promedio para el grupo Tradicional fue de 36.4 semanas.

El grupo Madre Canguro presentó menor estancia hospitalaria: un promedio de 26.9 días y los del Método Tradicional 29.3 días promedio.

DISCUSIÓN

El 75% de la mortalidad neonatal corresponde a recién nacidos de bajo peso al nacer, estimándose ésta condición en un 20% a nivel nacional. En vista de lo anterior el presente estudio trata de demostrar las ventajas del manejo Método Canguro en relación al Método Tradicional en los recién nacidos menores de 2000 gramos de peso al nacer.

Previamente a la introducción del Programa Madre Canguro en las salas de Neonatología del Hospital Materno infantil e IHSS, los recién nacidos de bajo peso término y pretérmino eran manejados con el Método Tradicional en el cual se hospitalizaban y se egresaban hasta que alcanzaban 1800 gramos de peso y en ese momento también ya eran capaces de autorregular su temperatura corporal y succionar efectivamente^(2,3,4,5)

Esto traía los inconvenientes de mayor días estancia en el hospital, lo que a su vez favorecía la incidencia de infecciones nosocomiales, había predominio de lactancia artificial en su alimentación y enorme dificultad para que las madres permanecieran al lado de sus hijos. Además se necesita una mayor disponibilidad en número y tiempo de recursos de alta tecnología (incubadoras, etc.), lo que se traduce en un incremento de los costos de atención.

El programa Madre Canguro ha demostrado ser una excelente alternativa para mejorar la calidad de atención del recién nacido menor de 2000 gramos de peso al nacer. Se inició en nuestro país en agosto de 1992 en base al modelo de Bogotá, Colombia.

En el programa, un niño con bajo peso deja el hospital para ir con su madre tan pronto como es posible después del nacimiento, previa confirmación de que su estado clínico es aceptable, constatando la ausencia de dificultad respiratoria, infecciones, problemas neurológicos, desórdenes metabólicos (hipoglicemia, hipocalcemia, etc.). Además debe ser capaz de succionar, mantener estable su temperatura cuando está en posición Canguro y mostrar buena respuesta a los estímulos. El peso no es factor determinante al egreso.⁽⁶⁾

En el presente estudio se incluyeron los primeros diez recién nacidos prematuros o de término con bajo peso al nacer que se manejaron en nuestras salas de Neonatología con el Método Madre Canguro, obteniendo resultados favorables en relación a los que se manejaron con el Método Tradicional; así los del Método Madre Canguro tuvieron menor estancia hospitalaria y mayor incremento ponderal promedio: 25 gramos por día; que es lo esperado según la literatura, para la edad gestacional promedio que presentaron de 34 sem⁽²⁾, lo anterior se observó a pesar de tener menor peso promedio al nacer y un grado mayor de prematuridad que los recién nacidos manejados con el Método Tradicional.

Previo al egreso del hospital, y en forma secuencial, se lleva a cabo un proceso de adaptación y educación de la madre, a fin de hacerla partícipe del programa. Una vez en el hogar, la madre mantiene continuamente a su hijo en una posición semejando a la del bebé canguro. Uno de los aspectos sobre los cuales se hace más énfasis en el período de adaptación está relacionado con la alimentación, la cual debe ser exclusivamente con leche materna. Se excluyen del programa aquellas madres con infecciones, enfermedades mentales y alcohólicas. La educación de la madre y la vigilancia de la salud, crecimiento y desarrollo del niño, continúa después de la salida a través de la consulta ambulatoria⁽⁶⁾.

Es importante resaltar la respuesta de las madres hacia el Método Madre Canguro, durante el presente estudio: cumplieron estrictamente sus citas, mostraron satisfacción con el programa, generalmente eran acompañadas por un familiar que las apoya, y la gran mayoría dieron exclusivamente lactancia materna.

La mayoría de los niños son vistos en la consulta externa el día siguiente a su egreso y luego periódicamente cada dos semanas, el personal que los atiende está compuesto por pediatras neonatólogos, enfermeras profesionales y auxiliares, recibiendo charlas educativas sobre alimentación, vacunación, detección de signos de alarma, toma de temperatura. Además se les realiza medición de peso, talla y perímetro cefálico a los niños, así como evaluación clínica y de desarrollo, de lo cual se le informa a la madre.

Los niños del programa son también evaluados y controlados por oftalmólogos, neurólogos, psicólogos, terapeutas físicos, para completar multidisciplinariamente el cuidado y seguimiento de estos niños nacidos prematuramente o de término con bajo peso.

De ésta manera actualmente se brinda un control más organizado y sistematizado, como idealmente se recomienda en la literatura, lo que no se cumplía a cabalidad previamente con el Método Tradicional⁽¹⁾.

En vista de los resultados favorables con el Método Madre Canguro, se decidió implementarlo formalmente en las salas de Neonatología del Hospital Materno Infantil, Hospital Escuela y Unidad Materno Infantil del Instituto Hondureño de Seguridad Social.

AGRADECIMIENTOS:

A los integrantes, sobre todo al personal de Enfermería y trabajo social que participan en los comités del Programa Madre Canguro, en los Hospitales Materno Infantil y UMI-IHSS de Tegucigalpa D. C., por sus esfuerzos para beneficiar a nuestros niños que nacen más débiles.

Ala Sociedad Hondureña de Medicina Perinatal por promover la difusión del Programa.

REFERENCIAS

- 1.- Berbaum J. Friedman S. Marsha Hoffman. Preterm Infant Care After Hospital Discharge. Pediatrics in Review, 1989.10:7195-206.
- 2- Normas de Atención de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (NICO) del George Washington Birmingham Alabama 1990.
- 3.- Gomella T. Cunnigham D. Neonatology. Capítulo 7 Pags. 39-56,1989.
4. Heird W. Kashyap S. Manejo Nutricional del Recién Nacido de bajo peso al nacer. A. Sola. Cuidados Intensivos Neonatales. Ed. Científica Interamericana, Buenos Aires, Argentina. Cap. VII 516-48 1988.
- 5.- Klaus Fanaroff. Asistencia del Recién Nacido de alto riesgo. Alimentación y trastornos seleccionados del aparato gastrointestinal. Pág. 134. Editorial Panamericana. Buenos Aires, Argentina. 1987.
- 6.- Rey Sanabria, Edgar y Héctor Martínez Gómez. Manejo Racional del Niño Prematuro. I Curso de Medicina Fetal y Neonatal. Fundación Vivir. Bogotá, Colombia, Pág. 137-151,1983.

CONTENIDO

I.- EDITORIAL

Crisis Nacional, Crisis Hospitalaria	3
El STDA y la Familia	4

II.- TRABAJOS CIENTÍFICOS ORIGINALES

1.- Misoprostol para Maduración Cervical e Inducción del Trabajo de Parto <i>Dr. José Arnulfo Cárcamo M., Dr. Manuel Maldonado, Dr. Luis Navarro</i>	5
2.- Tratamiento de los Espasmos Infantiles (Síndrome de West) con Clobazan y Valproato de Sodio. <i>Dr. Rigoberto Cuéllar Alvarenga, Dr. Marco Molinero</i>	12
3.- Investigación sobre Pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Escuela <i>Dra, Kumiko Ohara, Dr, Víctor Meléndez Colindres</i>	17

III.-IMAGEN EN LA PRACTICA CLÍNICA

1.- Uñas Hipocráticas <i>Dr. Efraín Bú Figueroa</i>,	24
---	----

IV.-REVISION BIBLIOGRÁFICA

1.- Evaluación de la Atención de la Salud <i>Dra. Rosario Cabañas</i>	25
--	----

V.- CASOS CLÍNICOS

1.- Fístula Salival y Mediastinitis: Complicación Fatal Post Plastia Esofágica Reporte de un caso <i>Dr. José Gerardo Godoy Murillo, Dr. José Lizardo Barahona, Dr. Ernesto Dala Sierra, Dr. Carlos A. Muñoz, Dr. Germán Blanco</i>	30
2- Quiste Broncogénico: Informe de un caso y Revisión de la Literatura <i>Dr. José Ranulfo Lizardo B., Dr. José Gerardo Godoy M., Dr. Carlos H. Figueroa López, Dr. Rogelio García Orellana, Dr. Germán Blanco Cruz</i>	36

VI.-COMUNICACION CORTA

I.- SIDA: Sabía Usted <i>Dr. Wilfredo Alvarado</i>	41
---	----

VII- ARTICULO ESPECIAL

1.- Experiencia Madre Canguro <i>Dr. Ernesto Dala Sierra, Dr. Eulogio Pineda Barahona, Dra, Ruth Maricela Banegas</i>	43
--	----

VIII- NOTICIAS

1.- EVENTOS CIENTÍFICOS	47
-------------------------------	----